

нейшем отмечено снижение количества лейкоцитов, а затем устанавливалась тенденция к их росту, хотя и в незначительном количестве.

Вывод:

Критическими периодами в развитии и уровне естественных защитных сил организма поросят-сосунов содержащихся в условиях промышленного комплекса являются: - с 1 по 5, с 8 по 9 и на 14-35-й день жизни. Этот период характеризуется снижением уровня фагоцитарной и бактерицидной активности сыворотки крови, уменьшением концентрации общего белка, иммуноглобулинов и лейкоцитов.

УДК 619:617.55.43:636.4

СПОСОБЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СВИНЕЙ С ПУПОЧНЫМ ГРЫЖАМИ

Жолнерович М.Л.

Витебская государственная академия ветеринарной медицины

Лечением грыж у животных люди занимались еще в глубокой древности. По мере накопления опыта разрабатывались все новые и новые способы и подходы.

В зависимости от показаний лечение может быть консервативным и оперативным. Консервативное лечение показано при небольших вправимых грыжах у молодых животных.

В этих случаях используют липкий пластырь, бандаж, давящие повязки или втирают раздражающие мази. Подкожно и внутримышечно в области грыжи вводят очищенный скипидар, спирт-новокаин, для того, чтобы вызвать реактивное воспаление по окружности грыжевого отверстия и закрыть его образующейся рубцовой тканью.

Однако, по данным большинства авторов П.А. Алексева, 1960; Ф.Ф.Малышева, 1976; А.Ф.Бурденюка, 1976; Б.А.Башкирова, И.Е.Поваженко, 1986; К.И.Шакалова, 1987; И.И.Магда, 1990 и др. - консервативные способы лечения пупочных грыж малоэффективны.

Поэтому, при лечении животных с пупочными грыжами наиболее целесообразно использовать оперативное вмешательство, которое называется герниотомия.

Предложено много способов операционного подхода при пупочных грыжах у животных - В.Г.Гутман, 1903; Л.С. Сапожников, 1906; Б.М.Оливков, 1952; Г.С.Мастыко, 1954; П.А.Алексеев, 1960; Ф.Л.Задвирный, 1963; Ф.А.Сунагатулин, 1982; А.Ф.Бурденюк, В.М.Власенко, 1986; А.Н.Ефимов, 1988; Б.С.Семенов, В.С.Пономарев, 1991; А.В.Рыжаков, 1997.

Однако, ни один из предложенных способов хирургического вмешательства не может применяться в качестве универсального при всех разно-

видностях пупочных грыж. Эти способы рекомендуется использовать, исходя из особенностей грыжи каждого животного, комбинируя их во время операции.

Учитывая вышеизложенное, мы поставили задачу совершенствовать метод оперативного лечения пупочных грыж у поросят с широкими, от 5 до 10 см и более, грыжевыми воротами и большим объемом грыжевого мешка.

С этой целью нами были разработаны два способа оперативного лечения пупочных грыж:

а) гофрирование вправляемого грыжевого мешка и наложение петлевидных швов на грыжевые ворота;

б) наложение обратных петлевидных швов.

Были сформированы по принципу аналогов две группы поросят по 20 голов в каждой, в возрасте 2-2,5 месяца, массой 20-25 кг.

В первой группе были поросята с вправляемыми пупочными грыжами, которым проводили грыжесечение с гофрированием грыжевого мешка и наложением петлевидных швов на грыжевые ворота.

С помощью двух пинцетов собирали складку кожи над грыжевым кольцом и рассекали скальпелем в продольном направлении кожу, подкожную клетчатку, поверхностную двухлистковую, желтую брюшную фасции. Затем, с помощью марлевых тампонов и черенка скальпеля отсепаровывали от кожи и брюшной стенки грыжевой мешок, состоящий из поперечной брюшной фасции, подфасциальной клетчатки и париетального листка брюшины. После этого отсепаровывали ткани вокруг грыжевого кольца на 1-1,5 см. Грыжевое содержимое вправляли в брюшную полость и на грыжевое кольцо накладывали петлевидные швы, одновременно прошивая ими в виде гофрирования грыжевой мешок в нескольких участках для полного закрытия. После затягивания и завязывания лигатур, грыжевые ворота стягивались и оказывались дополнительно закрытыми гофрированным грыжевым мешком.

Во второй группе подход к грыжевому кольцу был аналогичным. Однако учитывая, что в этой группе грыжевой мешок был склерозирован, а следовательно, утолщен, ушивание грыжевых ворот проводили с наложением обратных петлевидных швов, предварительно иссекая грыжевой мешок.

Первоначально петлевидные швы накладывали непосредственно на грыжевое кольцо, так, чтобы расстояние между соседними стежками составляло 1 см. Затем, отступя на 0,5-1 см от грыжевого кольца накладывали обратные петлевидные швы таким образом, чтобы лигатуры проходили через середины первых петлевидных швов. Лигатуры при наложении обратного петлевидного шва проводили перитониально, т.е. между мускульным апоневрозом брюшной стенки и брюшиной, что достигалось под контролем пальца, введенного в просвет грыжевого кольца.

За живогными вели ежедневное клиническое наблюдение. проводили гематологические и др. исследования в течение 8-10 дней до снятия швов. У всех животных раны зажили по первичному натяжению.

Таким образом, при увеличении брюшного давления, когда свиньи начинают поедать корм в полном объеме, как в первом так и во втором случаях, указанные способы операционного подхода обеспечивают распределение давления более равномерно на всю поверхность наложенных швов, что способствует прорастанию соединительной рубцовой ткани, которая дает полную гарантию предупреждения рецидивов. Рецидивов грыж до убоя, в течение восьми месяцев, не наблюдалось, как в первой так и во второй группах.

УДК 619 :617.55 -089 .8 : 636.4 : 611

МОРФОГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПОРОСЯТ ПРИ ПУПОЧНЫХ ГРЫЖАХ

Жолнерович М.Л., Гуков Ф.Д.

Витебская государственная академия ветеринарной медицины

Для выяснения предрасполагающих к грыжевой патологии факторов нами было проведено макро – микроморфологическое исследование строения и кровоснабжения вентральной брюшной стенки у 10 поросят крупной белой породы в возрасте 2 – 4 месяцев. Кровеносное русло после предварительной наливки рентгеноконтрастными массами подвергалось рентгенографии. Из кусочков брюшной стенки в области пупка и грыжевого мешка изготавливались гистопрепараты, окрашиваемые гематоксилин – эозином.

Установлено, что постоянными источниками кровоснабжения пупочной области живота у здоровых поросят являются: вентральные ветви межреберных артерий, ветви внутренней грудной и диафрагмально-брюшной, а непостоянными - мускульно-диафрагмальной и подвздошно-подчревной артерий. Артерии правой и левой сторон взаимодействуют между собой на уровне ветвей второго порядка. Названные сосуды имеют преимущественно магистральный тип ветвления, а ветви 1-го и 2-го порядков образуют между собой многочисленные анастомозы. Кровоснабжение брюшины осуществляется ветвями сосудов поперечной брюшной фасции.

У поросят с грыжевой патологией источники кровоснабжения остаются прежними. Но у них теряется магистральный принцип ветвления сосудов. Ветви 1-го и 2-го порядков отходят под прямым углом, извилистые, образуют более многочисленные с узким диаметром анастомозы.