

ротомией с резекцией 13 ребра. За время пребывания в клинике у коровы не наблюдалось тимпании рубца и она нормально отелилась. Выздоровление наступило на 90 день.

Такую же обширную внутрибрюшную отграниченную гнойную полость мы наблюдали у шестой коровы («Мазика»), доставленной в клинику через 3 недели после прокола рубца. В течение месяца полость выполнялась, но свищ рубца остался, несмотря на повторную попытку его зашивания.

Образование таких обширных отграниченных внутрибрюшных полостей, повидимому, объясняется тем, что после проведенной операции рубец спадается и в таком положении сначала рыхло, а потом плотно срастается с брюшной стенкой. В результате между рубцом и дорзальной стенкой брюшной полости образуется обширное пространство, где и скопляется экссудат.

Таким образом, проколы рубца при пенистой тимпаниии могут приводить к различным осложнениям, а именно: свищам по ходу прокола, отграниченным ретраперитонеальным флегмонам и образованию обширных, отграниченных внутрибрюшных гнойных полостей.

К МЕТОДИКЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ У КОРОВ

*Профессор А. А. ВЕЛЛЕР
Доцент П. И. ПАНКРЕВ
Аспирант А. И. ФЕДОРОВ*

**Кафедра оперативной хирургии
Кафедра акушерства и гинекологии**

Материалы по кесареву сечению у коров, накопленные клиникой ЛВИ за 1962—1964 гг., подтверждают высказанное нами ранее мнение (1962), что основной ведущей причиной осложнений при этой операции является несвоевременное, запоздалое ее проведение, наличие инфекции и травмы родовых путей и общее тяжелое состояние животного.

Осложнения технического порядка, в том числе и септические (перитониты), встречаются в единичных случаях и, по нашим данным, составляют 4,8% к общему числу всех (126) операций, причем мы производим кесарево сечение даже в случаях, когда имеются отягощающие прогноз факторы.

Однако, сказанное не умаляет значения методики операции. Методика должна быть, по возможности, простой, легко выполнимой и, в то же время, рассчитанной на преодоление затруднений, которые могут возникнуть по ходу операции и

предусмотреть которые заранее не всегда представляется возможным. Испытав ряд методик (разрез брюшной стенки в области правого подвздоха, слева на стоячей корове), мы в последние годы отдаем предпочтение операции, производимой вентролатерально слева при фиксации животного в правом боковом положении. В клинике ЛВИ по этой методике, предложенной в 1928 году Гетце, произведено 96 операций кесарева сечения у коров, что позволяет нам сделать некоторые обобщения и уточнить отдельные этапы операции.

По нашим данным нельзя считать обоснованным мнение, что при вентролатеральных разрезах часто могут возникать послеоперационные грыжи. Мы наблюдали образование грыжи только у одной коровы 14 лет, с очень развитым выменем, причем непосредственно после операции у нее продолжались сильные потуги. Интересно отметить, что в нескольких случаях, при заживлении операционных ран вторичным натяжением, происходило отторжение по линии шва наружного листка апоневротического влагалища прямой мышцы и, тем не менее, раны надежно рубцевались без образования грыж.

Зашивание брюшной стенки при вентролатеральном разрезе не представляет сколько-нибудь серьезных затруднений, из-за которых стоило бы отказываться от этого метода. Мы, как правило, на брюшину, спаянную с внутренним листком апоневротического влагалища прямой мышцы, накладываем отдельный непрерывный шов кетгуттом. Чтобы избежать разрывов брюшины в момент извлечения плода широко рассекаем ее на таком же расстоянии, как и наружные слои брюшной стенки. Зашив брюшину, соединяем отдельными узловатыми швами шелком наружный листок апоневротического влагалища прямой мышцы, без захвата самой мышцы. На кожу накладываем узловатый поперечно-петлевидный шов с обязательным подхватом подкожной клетчатки, а в некоторых местах и апоневроза.

Если зашить брюшину отдельно не удастся, то применяем двухрядный шов: первый ряд — прерывистый узловатый шов шелком на все слои брюшной стенки (на брюшину и прямую мышцу с наружным листком ее апоневротического влагалища) и второй ряд — на кожу.

При фиксации коровы в боковом положении вентролатеральный (трансректальный) разрез имеет почти горизонтальное направление. В основном, разрез располагается под коленной складкой, но, нередко, передний его конец заходит на 5—8 см за край складки. Возникающее при этом небольшое кровотечение легко останавливается лигированием одного — двух сосудов.

При операции применяем инфильтрационную или проводниковую (последний межреберный, первый и второй поясничные нервы) анестезию в сочетании с высокой сакрально-

эпидуральной анестезией. Эпидурально вводим, обычно, 40 -- 80 мл 2% раствора новокаина. По наблюдениям А. И. Федорова, такая анестезия не снижает артериального давления, и, если нет осложнений, то животное легко поднимается сразу же после окончания операции.

Эвентрировать беременный рог при вентролатеральном разрезе легче и проще, чем при разрезах в области подвздоха. Особенно значительно это его преимущество в случаях скручивания матки и отека ее стенок, когда матка сильно увеличена в объеме и почти не смещается, когда ее как бы распирают скопившиеся газы и жидкость или, наоборот, она плотно охватывает большой, эмфизематозно вздутый плод. Если даже не удастся вывести наружу беременный рог матки, то при вентролатеральном разрезе можно в значительной мере предохранить брюшную полость от попадания в нее содержимого матки.

Кесарево сечение мы делаем слева, благодаря чему кишечник не выпадает и не травмируется во время операции.

Матку рассекаем по большой кривизне и после извлечения плода зашиваем двухрядным серозномышечным швом кетгутом. При этом соблюдаем следующие правила:

1. Края разреза матки должны быть ровными и жизнеспособными. Иногда при удалении плода возникают разрывы стенки матки на концах разреза. Поврежденные места надо иссечь

2. Края разреза не надо сильно вворачивать внутрь. в просвет матки. Сильное вворачивание затрудняет заживление и может привести к образованию рубцового валика по линии шва. Первый ряд швов на матку мы, обычно, накладываем «елочкой» без захвата слизистой, производя выкол иглы в край разреза, а выкол приблизительно на расстоянии 1 см от него, и погружаем его вторым рядом швов по Садовскому — Плахотину.

3. По краям разреза не должно быть отслоек слизистой. Поэтому при значительном набухании слизистой слегка подхватываем ее первым швом, то есть применяем шов Шмидена.

Участки последа, плотно соединенные с карункулами, оставляем в матке, не прибегая к насильственному их отделению. В матку и брюшную полость, перед их закрытием, вводим антибиотики. Антибиотиками обрабатываем и операционную рану брюшной стенки.

Опыт практических ветеринарных врачей (А. Л. Шервуд, А. Х. Спицерев, Г. А. Хабаров, И. Э. Малкалнс и др.) свидетельствует о том, что по описанной методике можно с успехом делать кесарево сечение у коров не только в клинических условиях, но и непосредственно в колхозах и совхозах.