МИНИСТЕРСТВО СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ДЕПАРТАМЕНТ НАУЧНОЙ ПОЛИТИКИ И ОБРАЗОВАНИЯ

ВОЛГОГРАДСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННАЯ АКАДЕМИЯ

ФАКУЛЬТЕТ ЗООВЕТЕРИНАРНЫЙ

КАФЕДРА «АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ ЖИВОТНЫХ»

ДИСЦИПЛИНА: «ЧАСТНАЯ ХИРУРГИЯ»

РЕФЕРАТ

на тему: **«Болезни в области головы и туловища».**

Выполнила: студентка V курса

В-53 группы

Зооветеринарного факультета

Полоусова Олеся

Проверила: Петухова Е.В.

Волгоград 2010г.

**Вариант 2: «Болезни в области головы и туловища»**

**План**

1. Паралич тройничного нерва
2. Пупочная и паховая грыжи
3. Парафимоз

Список использованной литературы

**1.** **ПАРАЛИЧ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА (PARALYSIS NERVI TRIGEM1NI)**

Тройничный нерв — основной чувствительный для кожи и слизистых оболочек головы, двигательный для жевательных мышц. Он начинается от пятой пары черепно-мозговых нервов. Общий ствол тройничного нерва делится на глазничный, верхне­челюстной и нижнечелюстной нервы. Нарушение проводимости нижнечелюстной ветви, иннервирующей жевательные мышцы, принято считать параличом тройничного нерва. В клинической практике паралич нижнечелюстной ветви чаще протекает с параличом лицевого нерва.

**Этиология.** Параличи тройничного нерва встречаются у животных всех видов. Они бывают периферического (болезни зубов, среднего уха) и центрального происхождения (при бешенстве, чуме собак, кровоизлияниях, абсцессах и новообразованиях в мозге), односторонние и двусторонние. У крупного рогатого скота и лошадей паралич тройничного нерва чаще развивается на почве механической травмы, у овец — при ковыльной болезни.

**Клинические признаки.** При двустороннем параличе наблюдается отвисание нижней челюсти, жевательная мышца расслабляется, складчатость кожи исчезает, наступает потеря чувствительности кожи и слизистых оболочек, веки не смыкаются, возможно развитие кератита. В дальнейшем возникает атрофия жевательной мышцы.

При одностороннем параличе регистрируют смещение нижней челюсти в сторону, веки парализованной стороны не смыкаются, движение глазного яблока ограничено, чувствительность кожи отсутствует, из ротовой полости выделяется слюна, прием корма и воды уменьшен, снижается упитанность.

**Диагноз.** Паралич тройничного нерва устанавливают на основании атрофии жевательных мышц, потери чувствительности кожи и слизистых оболочек, нарушения движения век. Бешенство, чуму собак исключают по соответствующим эпизоотологическим признакам. При вывихе челюстного сустава невозможно сомкнуть челюсти.

**Прогноз.** При одностороннем параличе тройничного нерва прогноз осторожный, при двустороннем — неблагоприятный, так как наступает атрофия жевательных мышц, прием корма и воды невозможен, у животных наступает истощение.

**Лечение.** Необходимо устранить причину, предотвратить атрофию жевательных мышц, восстановить функцию тройничного нерва. Медикаментозные и физические методы лечения такие же, как при параличе лицевого нерва.

При назначении лечения необходимо учитывать этиологический фактор, оно должно быть ранним и комплексным, в запушенных случаях развиваются атрофии, рубцовые спайки, видоизменяются слизистые оболочки, происходит одностороннее стирание зубной аркады. Во всех случаях устраняют причину, животному создают покой, обеспечивают полноценный рацион.

В пораженном участке устраняют болевую реакцию, применяя короткую новокаиновую блокаду, восстанавливают кровообращение, для чего назначают легкий массаж и согревание тканей лампой соллюкс. В первые 12—24 ч после травмы подкожно или внутримышечно в пораженные ткани вводят гидрокортизон или преднизолон; на 3-й день назначают парафиновые или озокеритовые аппликации. Подкожно или внутримышечно вводят витамин Bi, В12, прозерин, галактамин.

При стойких травматических парезах и параличах инфекционного ипаразитарного происхождения показаны инъекции тиамина и цианокобаламина со стрихнином. По ходу пораженного лицевого нерва проводят массаж и втирание смеси следующего состава: камфоры 15,0 г, натрия хлорида 50,0 г, спирта этилового 300,0 мл. Можно вводить стрихнин в возрастающих дозах: от 1 до 5 мл. Хорошие результаты получают от диатермомоногальванизации. Анод (50 см2) накладывают ниже челюстного сустава больной стороны, катод (100 см2) размещают симметрично на противоположной стороне. В течение 10 мин подают ток в 5 мА, затем доводят его до 20 мА на 20 мин. Прокладки электродов увлажняют 0,5%-ным раствором стрихнина с целью возбуждения проводимости и 3%-ным раствором кальция хлорида для трофического действия на нервно-мышечный аппарат.

Н.С. Федотов рекомендует стрихнин вводить под кожу перед гальванизацией в области расположения положительного электрода. Стрихнин под влиянием электротока активнее рассасывается в пораженных тканях и действует более эффективно. Стрихнин назначают в возрастающих дозах: для крупных животных от 1 до 9 мл 0,5%-ного раствора, для мелких — от 0,5 до 2 мл 0,1%-ного раствора, сила тока 0,2—0,3 мА на 1 см2, экспозиция 15—20 мин через 1—2 дня. При этом учитывают общую реакцию животного. А.К. Кузнецов, И.П. Липовцев рекомендуют внутриартериальные или внутривенные введения 0,5—1%-ного раствора новокаина из расчета 2,5 мг на 1 кг массы животного на одно введение. Повторное введение показано через сутки. При двустороннем параличе и сужении носовых отверстий, затрудняющем дыхание, у лошадей проводят пластическую операцию по Н. Ф. Фатькину: на спинке носа иссекают лоскут кожи полуовальной формы 15x6 см с наложением шва на края раны или по С.И. Иванову резицируют внутреннюю стенку носа. При этом происходит механическое расширение носовых отверстий.

**2. ГРЫЖИ** (**HERNIAE)**

Смещение органов вместе с париетальным листком брюшины под кожу или в другие ткани и полости называется грыжей. Смещение внутренних органов под кожу через разорванную брюшину и мышцы называют выпадением, пролапсом или проляпсусом.

**Пупочная грыжа (Hernia umbilicalis)**. Чаще всего пупочная грыжа наблюдается у многоплодных животных (поросят, щенков), но может быть и у других животных. Грыжевым отверстием служит пупочное кольцо, остающееся расширенным после родов.

**Этиология.** В этиологии пупочных грыж существенное значение имеют врожденные недостатки развития. Такой порок считается наследственным. Один из основных моментов — родственное разведение и нарушение условий содержания и кормления, что приводит к рождению слаборазвитых животных с пониженным тонусом тканей, в том числе и мышц живота. Элемент врожденного предрасположения — замедленное редуцирование пупочной вены и пупочной артерии с урахусом. Из остатков этих тяжей образуются подобия связок: пупочно-печеночная и пупочно-пузырная. При повышении внутриутробного давления подвешенное на связках пупочное кольцо растягивается в противоположных направлениях.

Одна из причин образования пупочных грыж у многоплодных животных — короткая по отношению к длине матки пуповина, особенно у тех плодов, которые располагаются в передних отделах рогов матки. Натяжение ее влечет расширение пупочного кольца у плода еще до выхода его из родовых путей.

Некоторые авторы считают причиной грыж у новорожденных момент борьбы за сосок, когда они опрокидывают друг друга, вытягиваются, прогибая спину; ползание поросят через низкие лазы, когда они вынуждены сильно изгибать спину и натягивают вентральную стенку живота; отрывание пуповины у новорожденного, когда эта операция выполняется без должного фиксирования оставляемой культи; запоры и поносы, повышающие внутрибрюшное давление, и т. п.

**Клинические признаки.** В области пупка обнаруживают припухлость, в глубине которой часто прощупывается расширенное пупочное отверстие. При вправимых грыжах содержимое грыжевого мешка смещается через это отверстие в брюшную полость. После кормления припухлость увеличивается. При выпадении кишечника улавливается его перистальтика. При невправимых грыжах содержимое грыжевого мешка вправить в брюшную полость не удается. Общее состояние животных остается нормальным. При ущемленной грыже отмечаются такие же клинические признаки, как и при странгуляционной непроходимости. Появляется резко выраженное общее беспо­койство животного, у собак и свиней наблюдается рвота. Припухлость становится болезненной и горячей вследствие быстрого развития перитонита.

**Лечение.** При вправимых грыжах после смещения их содержимого в брюшную полость накладывают бандаж (клеевые повязки, лейкопластырь) или вводят в мышцы брюшной стенки, отступив 2—4 см от грыжевого отверстия, в четыре точки по 3—5 мл 95%-ного этилового спирта. Рекомендуется втирать раздражающие мази, вводить в окружность грыжевого отверстия гипертонический раствор натрия хлорида. Цель всех этих мероприятий — закрыть дефект брюшной стенки соединительной тканью, однако у животных они малоэффективны.

Единственно рациональна у животных герниотомия по одному из способов, указанных в оперативной хирургии. При ущемленных грыжах оперативное вмешательство должно носить неотложный характер. В тех случаях, когда грыжевые ворота нельзя закрыть за счет собственных тканей, применяют аллопластику (лавсан, тефлон, фторлон, террилетин и др.). Неизбежность резекции кишки необходимо предвидеть во всех случаях ущемления.

В послеоперационный период назначают диету и проводят симптоматическое лечение.

**животное паралич нерв грыжа парафимоз**

**Пахово-мошоночная грыжа (Hernia inguino-scrotalis)**. Выпадение петель кишечника между общей влагалищной оболочкой и мошонкой называется паховой, или мошоночной, грыжей, а выпадение петель кишечника или сальника между семенником и общей влагалищной оболочкой — интравагинальной грыжей.

**Этиология.** Образованию паховомошоночных грыж способствуют факторы врожденного порядка (широкое внутреннее отверстие пахового канала), а также обменные заболевания (рахит, авитаминоз, истощение, поносы, вздутия кишечника). Кроме того, они могут возникнуть от напряжения брюшной стенки при работе, вставании на дыбы и при наследственной предрасположенности.

**Клинические признаки.** При пахово-мошоночной грыже мошонка односторонне свисает, кожа ее также свисает, разглажена от складок. Содержимое мошонки безболезненное, мягкое. У мелких животных при приподнятом тазе содержимое грыжевого мешка частично вправляется в брюшную полость. В случае выпадения кишечника в мошонку при аускультации обычно улавливают его перистальтику.

Ущемление содержимого грыжевого мешка при грыже проявляется беспокойством животного, учащением пульса и дыхания. У жеребцов появляется потливость, происходит дальнейшее диффузное увеличение мошонки, она становится болезненной и горячей. Если запоздать с лечением, развивается некроз кишечника, появляются признаки интоксикации, а затем коллапса.

**Лечение.** При небольших грыжах применяют паллиативное (симптоматическое) лечение. Вначале дают наркоз. Животным придают косо-вертикальное положение с поднятым вверх тазом. Затем, надавливая пальцами через мошонку и наружное паховое отверстие, вправляют выпавший орган. Животных содержат в станке с уклоном вперед. В остальных случаях пахово-мошоночных грыж прибегают к хирургическому лечению. Животных кастрируют закрытым способом. У хряков делают разрез против пахового кольца, затем семенник вместе с общей влагалищной оболочкой выводят через этот разрез, содержимое грыжевого мешка вправляют в брюшную полость, после чего удаляют семенник и этой же лигатурой закрывают паховое кольцо. При ущемленных грыжах оперативное вмешательство должно быть безотлагательным. В брюшную полость через рану вводят антибиотики на 0,5%-ном растворе новокаина. В послеоперационный период делают блокаду чревных нервов по В. В. Мосину и применяют общеукрепляющие средства.

**Промежностная грыжа (Hernia perinealis).** Промежностные грыжи чаще наблюдают у собак, реже у свиней и как исключение у других животных. Они образуются вследствие растяжения или разрыва тазового слепого мешка брюшины между прямой кишкой и мочевым пузырем у самцов и между прямой кишкой и влагалищем у самок. Расширению тазового выпячивания способствуют потуги при родах, длительные тенезмы. В образовавшееся вытянутое патологическое выпячивание брюшины или через отверстие в ней могут выпадать сальник, петли кишечника, мочевой пузырь, а у самок и матка.

**Этиология.** Причиной указанных грыж может быть чрезмерное напряжение брюшного пресса при запорах, поносах, вздутиях, тяжелых родах, хирургических операциях.

**Клинические признаки.** В области промежности обнаруживают овальную или округлой формы, мягкую, в большинстве случаев безболезненную припухлость. При поднятом вверх тазе она нередко частично вправляется в тазовую полость. При выпадении мочевого пузыря отмечается нарушение мочеотделения. В случае выпадения прямой кишки нарушается акт дефекации. Иногда грыжа препятствует родам. Брюшина истончается, и содержимое грыжевого мешка находится непо­средственно под кожей. Иногда наблюдают спайки содержимого грыжи с окружающими тканями.

**Лечение. И**.**Е.** Поваженко рекомендует три способа оперативного лечения промежностных грыж.

1. Внутрибрюшинная фиксация органов, смещающихся в грыжевой мешок. По белой линии вскрывают брюшную полость, прилежащую к разрезу брюшины; стенки полости и брюшину фиксируемого органа скарифицируют; травмированные участки густо сшивают тонким шелком; в швы, накладываемые на разрез брюшины, также захватывают стенку органа. Цель операции — получение мощных спаек, способных удерживать смещающиеся из тазовой полости органы.

2. Ампутация грыжевого мешка. Отделяют его возможно глубже, подтягивая в разрез промежности в процессе отпрепарирования. Тщательно лигируют в глубоком отделе, отрезают, оставляя культю длиной 1,5 см. Уплотненный, толстостенный грыжевой мешок отшивают. Канал участка отпрепарирования последовательно смыкают узловатыми швами, захватывая края щели тазовой диафрагмы. Разрез кожи закрывают валиковыми швами.

3. Чаще пользуются ушиванием широко отпрепарированного грыжевого мешка, гофрируя его стенку на нитках узловатых швов, захватывая в каждый из них промежуток в 3—4 см. Первый такой шов накладывают на куполе, затем 3—4 шва — вокруг него, потом по более широкому кругу делают 5—6 горизонтально-петлевидных швов. В результате получают толстый пласт ткани, опускающийся вглубь таза, когда отсекают нитки, удерживающие его при ушивании. С рубцеванием он уплотняется и препятствует смещению предлежащих органов. Перед отпрепарированием грыжевого мешка удаляют лоскут кожи овальной формы. Размер его зависит от величины грыжевого мешка. В конце операции на кожную рану накладывают горизонтально-петлевидные швы, это также укрепляет рубец.

**3. ПАРАФИМОЗ** (**PHARAPHIMOSIS**)

Парафимоз — невтягивание, невправление на естественное место вышедшего из препуциального мешка полового члена. Чаще регистрируют у жеребцов и меринов, реже у животных других видов.

**Этиология.** Болезнь может быть следствием различных патологических процессов на половом члене: воспалений, развивающихся после грубой катетеризации, ударов, обморожений, ожогов, послекастрационных отеков; новообразований на головке полового члена. У длинношерстных собак после коитуса волосы могут заворачиваться внутрь препуция, препятствуя тем самым обратному втягиванию члена в полость препуция. Предрасполагают к болезни истощение, переутомление животного, парез и паралич полового члена.

**Клинические признаки.** Половой член свободно отвисает книзу. Развиваются застойные явления, половой член увеличивается, кожа натянута и блестящая. На месте перехода внутреннего листка препуция на тело полового члена образуется кольцеобраз­ная припухлость. Выпавший половой член подвергается механическим и термическим воздействиям, вследствие чего возникают изъязвления и очаги некроза. В кольцевом утолщении развивается фиброзная ткань. Утолщение делается плотным, безболезненным и почти не уменьшается в размерах. Вправление полового члена становится невозможным. Кроме того, при длительном отвисании полового члена его мышцы теряют тонус, что затрудняет удержание его в препуциальном мешке после вправления.

**Прогноз.** В зависимости от причины прогноз разный. Парафимоз на фоне воспалительного отека поддается лечению. При длительном отвисании полового члена, если появились язвы и очаги некроза, половой член необходимо ампутировать.

**Лечение.** Устраняют причину болезни. При воспалении очищают половой член и область препуциального мешка. Затем применяют холодные примочки, умеренное бинтование. По мере уменьшения отека член вправляют в препуциальный мешок и удерживают его несколько суток временно наложенным на отверстие препуциального мешка швом или специально изготовленной резиновой в виде колец корзиночкой. Если холодный компресс не оказывает должного действия, назначают местные тепловые процедуры с последующим массажем. Применяют антисептические линименты, язвенные поверхности обрабатывают бриллиантовой зеленью. В тех случаях, когда вправлению выпавшего члена мешает суженное отверстие препуция, последнее расширяют оперативным путем.

Если вправлению члена мешает так называемая «манжетка» — кольцевидное разрастание соединительной ткани, рекомендуется ее отшить и отсечь. При хорошо выраженной шейке манжетки в непосредственной близости к телу полового члена проводят с помощью иглы прочные лигатуры, затем стягивают ими кожу, сближая как только можно верхний и нижний края манжетки, и иссекают избыточно разросшуюся фиброзную ткань. Если кольцевидная припухлость не имеет хорошо выраженной шейки, делают циркулярный разрез посередине припухлости, отсепарируют кожу вверх и вниз, последовательно иссекают фиброзную ткань и кожу соединяют узловатыми швами.

При язвах, некрозе, длительных параличах, злокачественных новообразованиях, гангрене половой член ампутируют и делают промежную уретротомию.

После указанных лечебных процедур или операций следят за мочеиспусканием, назначают общую укрепляющую и стимулирующую терапию. При истощении животного назначают усиленное кормление.

**Список литературы**

1. Частная ветеринарная хирургия **/** Б.С. Семенов, А. В. Лебедев, А. Н. Елисеев и др. Под ред. Б. С. Семенова и А. В. Лебедева. — М.: Колос, 1997 г.
2. Беляков И. М., Василевич Ф. И., Жаров А. В. И др. - Основы ветеринарии – М.: КолосС, 2002г.
3. Справочник по ветеринарной медицине/Под ред. А. Ф. Кузнецова. – СПб: Издательство «Лань», 2004г.