

МИНИСТЕРСТВО СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «БАШКИРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ АГРАРНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра инфекционных болезней,
зоогигиены и ветсанэкспертизы

Б1.О.22 АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ
НЕОТЛОЖНЫЕ АКУШЕРСКИЕ ОПЕРАЦИИ

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ

к лабораторной работе

Направление подготовки (специальность)
36.05.01 Ветеринария

Профиль подготовки (специализация)

Болезни сельскохозяйственных животных и птиц
Болезни мелких домашних и экзотических животных
Ветеринарно-санитарная экспертиза
Ветеринарная фармация

Квалификация (степень) выпускника
Ветеринарный врач

Форма обучения
очная, заочная

Уфа 2023

Рекомендовано к изданию методической комиссией факультета
биотехнологий и ветеринарной медицины

(протокол № 8 от 23 марта 2023г.)

Составитель: канд. вет.наук, ст. преподаватель Разяпов М.М.

Ответственный за выпуск:

Заведующий кафедрой инфекционных болезней,
зоогигиены и ветсанэкспертизы

к.б.н., доцент

О.Н. Николаева

г. Уфа, ФГБОУ ВО Башкирский ГАУ, кафедра инфекционных болезней,
зоогигиены и ветсанэкспертизы

Тема: Неотложные акушерские операции

Цель занятия: изучить принципы оказания неотложных родоразрешающих операций.

Место проведения занятия: аудитория кафедры.

Материал и оборудование. Боенский материал (половые органы о беременных животных) животные поступающие в клинику, музейные препараты, муляжи животных, наборы акушерских и хирургических инструментов, шовный материал, 0,5%-й и 2%-й раствор новокаина, шприцы с инъекционными иглами, схемы и плакаты, фартуки, нарукавники, мыло, полотенца, антибактериальные средства и антисептические растворы, спецодежда.

К неотложным относят несколько акушерских операций, с помощью которых удастся сохранить жизнь матери и исключить травмирование родовых путей при патологических родах или уродствах плода, а также гибели и разложения его в матке. При живых, нормально развитых плодах благодаря оперативным приемам акушерской помощи сохраняют жизнь как матери, так и плоду.

Перинеотомия, или рассечение промежности. К операции прибегают, чтобы предупредить разрыв верхней стенки влагалища и преддверия при узости вульвы или рождении крупного плода.

Скальпель лезвием вверх вводят в преддверие влагалища под прикрытием указательного пальца. Движением скальпеля вверх и назад рассекают верхнюю стенку преддверия и часть и часть промежности (возможно применение тупоконечной прямой ножницы). Обезболивание обычно не применяют из-за нехватки времени: необходимо срочное вмешательство, так как существует риск спонтанного разрыва преддверия влагалища и промежности. Поскольку известно, что рваная рана заживает

хуже. Чем резаная, задерживаться с перинеотомией не следует. Если время позволяет, рекомендовано применение инфильтрационной анестезии по линии промежности.

Плод извлекают и сразу готовят инструменты и шовный материал. Чтобы животное меньше беспокоилось, можно сделать сакральную анестезию. Затем накладывают швы на верхнюю стенку преддверия влагалища, начиная от краниального угла раны. Лучше зашивать кетгутом. При употреблении другого шовного материала узлы должны располагаться на поверхности слизистой оболочки преддверия влагалища. С этой целью иглу вкалывают со стороны слизистой оболочки, прошивают последнюю и мышечный слой, а с другой стороны раны действуют наоборот – проводят иглу сначала через мышечный слой, затем через слизистую оболочку. Связав концы лигатуры, оставляют длинные концы нитей, чтобы легче было снимать швы.

Накладывают узловый шов на промежность, захватывая кожу и подкожную клетчатку, и закрывают его коллоидной повязкой. Швы снимают через неделю; сначала со слизистой оболочки: расширив вульву пальцами, осторожно натягивают концы лигатуры и последовательно перерезают нити.

У плотоядных перинеотомию используют, чтобы было удобнее удалять новообразования из влагалища.

У первородящих самок при узости вульвы, чтобы предотвратить осложнения при последующих родах, перинеотомию заканчивают по принципу пластической операции: сшивают слизистую оболочку преддверия с кожей промежности (кантопластика), увеличивая тем самым размеры вульвы.

Кесарево сечение. Показанием к операции у коров служат узость родовых путей (таза и мягких тканей), крупный плод, уродства плода, а также его ненормальное положение, позиция и членорасположение. Оперировать животное можно как в стоячем, так и в лежащем положении.

Последнее предпочтительнее так как отпадает необходимость в станке для фиксации.

При кесаревом сечении используют местное обезболивание. Нужно учитывать, что высшая разовая доза новокаина для коровы составляет 2 г. (Полянцев Н.И., Синявин А.И.).

При паралюмбальной анестезии по И.И. Магде (Рис.1) 3%-й раствор новокаина вводят в трех точках (длина иглы 6-7 см.). Последний межреберный нерв блокируют следующим образом: иглу вводят до соприкосновения с костью перпендикулярно плоскости передненаружного угла поперечно-реберного отростка I поясничного позвонка. Сместив кончик иглы с кости, погружают иглу на 0,5-0,75 см и, осторожно поворачивая во все стороны. Инъецируют 10 мл анестетика. Извлекая иглу, вводят еще 10 мл раствора новокаина под кожу, смещая конец иглы в разные стороны. Для блокады подвздошно-подчревного нерва иглу вводят до соприкосновения с костью на уровне середины свободного конца поперечно-реберного отростка II поясничного позвонка, затем конец иглы смещают с кости и погружают еще на 0,5-0,75 см, медленно вводят 10 мл анестетика, перемещая конец иглы в краниальном и каудальном направлениях. Извлекая иглу, инъецируют под кожу еще 10 мл новокаина, передвигая конец иглы вперед и назад, чтобы заблокировать ветви I поясничного нерва. Для блокады подвздошно-пахового нерва иглу вводят до упора в кость над передненаружным краем поперечно-реберного отростка IV поясничного позвонка. Сместив иглу с кости, погружают на 0,5-0,75 см и вводят 10 мл новокаина. Извлекая иглу, инъецируют под кожу еще 10 мл анестетика, чтобы заблокировать кожные ветви.

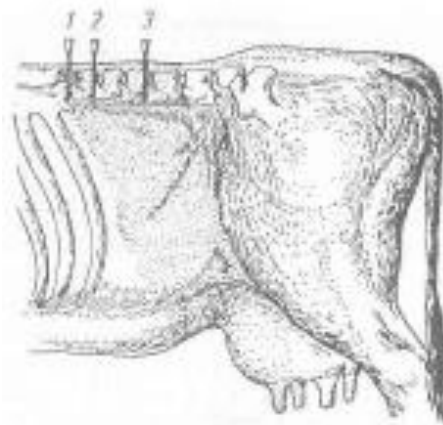


Рисунок 1. Положение игл и зона обезболивания при паралюмбальной анестезии у коровы. Блокируются нервы: 1- последний межреберный; 2- подвздошно-подчревный; 3- подвздошно-паховый.

Б.А. Башкиров предложил блокировать нервы брюшной стенки, инъецируя 3%-й раствор новокаина в другие точки. Для блокады 13-го межреберного нерва иглу вводят по заднему краю 13-го ребра, несколько выше уровня свободного конца поперечно-реберного отростка I поясничного позвонка. Иглу после соприкосновения с костью смещают, продвигают еще на 0,5 см и вводят 10 мл новокаина. Извлекая иглу, дополнительно инъецируют внутримышечно и подкожно 10 мл анестетика. К подвздошно-подчревному нерву вводят по переднему краю поперечно-реберного отростка II поясничного позвонка на расстоянии 4,5-5 см от его свободного конца. Иглу после соприкосновения с костью смещают и погружают еще на 0,5-1 см, вводя 10 мл новокаина. Медленно извлекая иглу, внутримышечно и подкожно дополнительно инъецируют 10 мл анестетика. К подвздошно-паховому нерву иглу вводят по переднему краю поперечно-реберного отростка III поясничного позвонка на расстоянии 7-7,5 см от его свободного конца. Иглу после соприкосновения с краем отростка смещают с кости и продвигают еще на 0,5-1 см, инъецируя 10 мл новокаина. При извлечении иглы внутримышечно и подкожно вводят еще 10 мл анестетика.

Можно применять инфильтрационную анестезию по линии разреза, инъецируя до 200 мл 0,5-1 %-го раствора новокаина.

Все виды оперативных доступов у рогатого скота (Рис. 2) выполняют с левой стороны. Наиболее удобны средние доступы, так как их можно использовать как при лежачем, так и при стоячем положении коровы. При среднем вертикальном доступе разрез начинают в области нижнего угла голодной ямки и ведут параллельно последнему ребру. При среднем косом доступе разрез начинают на 12-15 см ниже маклока и ведут вперед и вниз параллельно ходу мышечных волокон внутренней косой мышцы живота. В обоих случаях длина разреза обычно составляет 25-25 см.

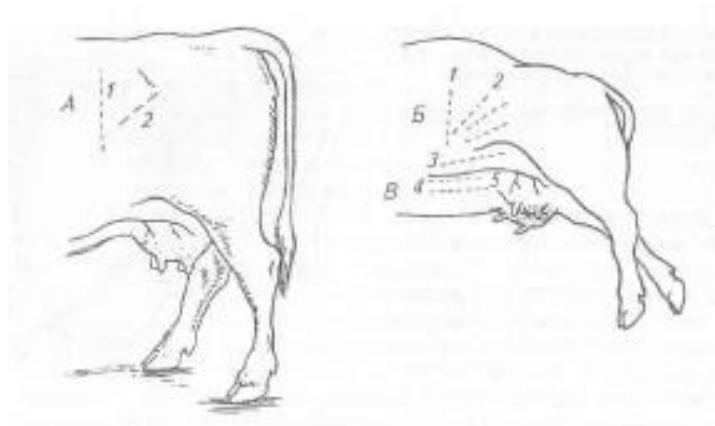


Рисунок 2. Оперативные доступы при кесаревом сечении у коровы:
А-высокие (1-вертикальный; 2-косой); Б- (1-вертикальный; 2-косые); В-нижние (3-вентролатеральный; 4-парамедианный; 5-медианный).

При средних доступах рассекают последовательно кожу с подкожной клетчаткой, поверхностную фасцию, подкожную мышцу, желтую фасцию, наружную и внутреннюю косые мышцы, их апоневрозы и поперечную мышцу. Мышцы разрезают послойно без учета направления мышечных волокон. Разрезав поперечную фасцию с ретроперитонеальной клетчаткой. Пинцетом приподнимают брюшину и осторожно рассекают ее настолько, чтобы в брюшную полость вошли указательный и средний пальцы левой руки. Под контролем пальцев разрез брюшины удлиняют прямыми ножницами на длину раны. Вскрыв брюшину и сальник, рубец максимально смещают в левое подреберье. Рукой, введенной в краниальном направлении, находят верхушку рога-плодовместилища, подтягивают его к ране и

извлекают наружу. Зафиксировав левой рукой при головном предлежании заднюю конечность, а при тазовом – головку плода, рассекают матку настолько, чтобы в ее полость вошла рука акушера. Выждав, пока отойдут воды, правой рукой фиксируют заднюю или переднюю конечность плода и извлекают наружу. Затем разрез матки (минуя плаценты) увеличивают на нужную длину, рассекают плодные оболочки и медленно извлекают плод. При чрезмерно быстром извлечении плода в брюшной полости образуется вакуум, что вызывает резкое падение кровяного давления. Пуповину обрабатывают и передают плод для его обработки, как при нормальных родах. Если послед свободно отделяется, то его удаляют из матки, если же он отделяется с трудом, то лучше его оставить в матке. Чтобы ускорить отделение последа, наложив швы на матку, в миометрий вводят 40-60 ЕД окситоцина или 25-50 ЕД питуитрина и дают корове облизать теленка.

Полость матки осушают стерильными марлевыми салфетками. Края раны матки сшивают двухэтажным швом: первый по Шмидену («елочкой», непрерывный шов на все слои стенки матки) и второй по Ламберу (серозно-мышечный шов). В качестве шовного материала используют кетгут № 6-8. При его применении Г. Меркт добился оплодотворения у 83% оперированных коров, в то время как после сшивания краев раны матки другим шовным материалом – только у 43%.

Рану брюшной стенки зашивают трехэтажным швом, методы наложения его разные и зависят от места оперативного доступа. Например, при среднем доступе первым непрерывным швом (кетгут № 8) захватывают брюшину, поперечную фасцию, поперечную мышцу и внутреннюю косую мышцу живота. Вторым узловым швом (кетгут № 10) накладывают на желтую брюшную фасцию и наружную косую мышцу. Третьим узловым швом (шелк № 10) соединяют края кожной раны, обрабатывают ее настойкой йода и прикрывают клеевой повязкой. Швы снимают на 10-12 день.

В процессе операции или в послеоперационный период у коров могут возникнуть осложнения. Например, при недостаточном обезболивании.

Чрезмерном раздражении брюшины или быстром удалении жидкости из брюшной полости (жидкость часто накапливается при скручивании матки) может развиваться шок. Профилактика шока у животных ослабленных или с повышенной болевой реакцией заключается в следующем: перед операцией вводят внутривенно 0,25%-й раствор новокаина, приготовленный на изотоническом растворе хлорида натрия, в дозе 1 мл/кг массы тела и подогретый до температуры тела животного. Препарат инъецируют медленно (не более 30-40 мл/мин), так как быстрое введение может вызвать резкое учащение пульса и дыхания. Непроизвольное мочеиспускание и дефекацию (Кузнецов А.А.). Кроме новокаина для профилактики шока используют глюкозу, глюконат натрия, а при показаниях – сердечные средства. При развитии шокового состояния вводят кофеин, 0,2%-й раствор новокаина (внутривенно) и другие противошоковые средства.

Операция кесарева сечения часто осложняется задержанием последа. В этих случаях отделение последа стимулируют различными лечебными приемами. Начиная с первого дня после операции в матку вводят антибактериальные препараты. Из других осложнений встречаются метрит, периметрит, атония рубца с признаками тимпаний, реже перитонит и сепсис. Чтобы предупредить большинство из перечисленных осложнений, целесообразно применить блокаду по В.В. Мосину: в надплевральную клетчатку впереди ножек диафрагмы вводят 0,5%-й раствор новокаина в дозе 0,5 мл/кг массы. Общую дозу раствора делят пополам и инъецируют с каждой стороны. Местом инъекции служит точка пересечения желоба, образованного подвздошно-реберной и длиннейшей мышцами спины с передним краем последнего ребра. После подготовки операционного поля кожу, подкожную клетчатку и мышцы в месте инъекции инфильтрируют 0,5%-м раствором новокаина. Затем иглу длиной 15-18 см и диаметром 2 мм вводят под углом 30-35° к горизонтальной плоскости до упора в тело позвонка (Рис. 3).



Рисунок 3 Блокада по В.В. Мосину: 1-положение иглы в момент упора в тело позвонка; 2-смещение иглы в момент инъекции раствора; 3-пограничный симпатический ствол и чревные нервы.

Убедившись в правильности положения иглы (через канал иглы не вытекает кровь и не всасывается воздух в плевральную полость), иглу фиксируют левой рукой, а правой присоединяют шприц с новокаином. Слегка надавливая большим пальцем правой руки на поршень шприца, левой отклоняют иглу вместе со шприцем на $5-10^\circ$ к сагиттальной плоскости. При этом конец иглы несколько отходит от тела позвонка и принимает направление, параллельное вентролатеральной поверхности тела позвонка. Равномерно надавливая на поршень шприца, иглу плавно перемещают вперед до момента, когда раствор свободно начнет входить в надплевральную клетчатку. После введения 10-20 мл новокаина шприц отсоединяют от иглы, чтобы убедиться в правильности положения последней. Если конец иглы находится в надплевральной клетчатке, то через канал иглы каплями вытекает новокаин, иногда раствор колеблется в канюле иглы синхронно дыханию.

Если же раствора в канюле нет, а через иглу всасывается воздух, значит, конец иглы находится в плевральной полости. В таком случае следует подтянуть иглу вверх и изменить ее положение, чтобы при дальнейшем введении анестетика в канюле иглы находилась капля новокаина. Убедившись в правильности положения иглы, медленно инъецируют всю дозу. Новокаин лучше вводить с помощью шприца непрерывного действия.

Успех кесарева сечения, как и любой операции, во многом зависит от послеоперационного ухода и кормления. В первые 2-3 дня рацион сокращают на половину, включают в него хорошее сено, отруби, жмых и другие размолотые концентраты, морковь и соль. Нельзя давать легкобродящие корма (силос, зеленую траву, свеклу, капусту, жом, барду). Ослабленным животным вводят внутривенно на протяжении 4-5 дней 40%-й раствор глюкозы в дозе 200 мл и 10%-й раствор хлорида кальция – 250 мл.

Следят за температурой тела и при ее повышении назначают антибактериальные препараты (при необходимости используют в течение 6-7 сут. после операции).

Скопившиеся в полости матки лохи или экссудат удаляют по принципу сифона, после чего в матку вводят антибактериальные средства (лучше в виде аэрозоля или пенообразующих препаратов). Чтобы не нарушить регенерацию раны, полость матки промывать нельзя. Инволюцию и сокращения миометрия стимулируют с помощью соответствующих приемов.

Показания к операции у коз и овец те же, что и у коров. Животных оперируют в лежащем положении на левом боку.

Можно применять несколько вариантов местного обезболивания брюшной стенки. В.Р. Тарасов рекомендует проводниковую анестезию 3%-м раствором новокаина по Х.Д. Джаилову. Для блокады 13-го межреберного нерва отступают от остистого отростка последнего грудного позвонка каудо-вентрально на 1-1,5 см, вкалывают иглу перпендикулярно поверхности кожи и погружают до соприкосновения с поверхностью заднего края ребра. Затем конец иглы смещают с кости на 0,2-0,3 см каудо-вентрально и вводят 10 мл анестетика. Чтобы заблокировать 1-й поясничный нерв, отступают от остистого отростка I поясничного позвонка на 1-1,5 см, чтобы игла подошла к заднему краю поперечно-реберного отростка. С кости иглу смещают назад и вверх на 0,2-0,3 см, после чего вводят анестетик в той же дозе.. Для блокады 2-го поясничного нерва находят остистый отросток II поясничного

позвонка и выполняют инъекцию также, как в предыдущем случае. Обезболивание длится 45-75 мин.

Применяют и местную инфильтрационную анестезию 0,25-0,5%-м раствором новокаина.

Оперативный доступ возможен как на боковой брюшной стенке (вертикальный или косой), так и на нижней – парамедианный (латеральное подкожной брюшной вены). Косой разрез начинают под маклоком (на 5-6 см ниже поперечно-реберных отростков последних поясничных позвонков) и ведут его по направлению волокон внутренней косой мышцы живота. Вертикальный разрез делают в нижнем углу голодной ямки. При любом доступе длина разреза 15-20 см.

Вскрыв брюшную стенку, через рану выводят рог-плодовместилище и разрезают его по большой кривизне между карункулами. Если в оболочках плода содержится жидкость, ее отсасывают. Затем извлекают плод (плоды). Отделившийся послед удаляют через операционную рану. Некоторые специалисты рекомендуют попытаться удалить послед, если он легко отделяется от карункулов.

Перед зашиванием раны в полость матки вводят антибиотики, растворенные в 10 мл 0,5%-го новокаина. Стенку матки зашивают кетгутом № 3 или 4, начиная с каудального угла: первый шов по Шмидену, второй по Ламберу или Плахотину. Затем поверхность матки, извлеченную из брюшной полости, орошают дезинфицирующим раствором.

В.А. Карпов рекомендует увлажнить серозную оболочку матки 0,5%-м раствором новокаина.

Рану брюшной стенки лучше зашить трехэтажным швом: первый накладывают на брюшину, поперечную фасцию и поперечную мышцу живота; второй – на косые мышцы живота и желтую брюшную фасцию; третий – на подкожную клетчатку и кожу. Для двух первых швов лучше использовать кетгут № 4 и 5.

Сразу после операции животному целесообразно сделать блокаду по В.В. Мосину. Иглу вкалывают в точку пересечения заднего края последнего ребра с желобком, образованным подвздошно-реберной и длиннейшей мышцами спины, продвигают иглу под углом 30-35° к горизонтальной плоскости до упора в тело позвонка, затем несколько оттягивают назад. Увеличив угол наклона до 40-45°, вновь продвигают иглу до тех пор, пока раствор не начнет свободно вытекать в надплевральную клетчатку. 0,5%-й раствор новокаина вводят равными порциями с двух сторон из расчета 2 мл/кг массы.

Послеоперационный уход такой же, как и уход за коровой.

Кесарево сечение применяют и у свиней, тем более что использование консервативных приемов акушерской помощи для них сильно ограничено. Из числа оперированных выздоравливает не более 92% свиноматок.

Животному придают боковое положение. Приемы фиксации показаны на рисунке 4. Обезболивание местное: инфильтрационная анестезия. Лапаротомия чаще справа, оперативный доступ паралюмбальный или парамедианный (вентролатеральный). В первом случае разрез делают по линии от маклока к предпоследнему соску, а во втором – на 2,5-5 см дорсальнее латерального края молочной железы и параллельно ему. В обоих случаях длина разреза 15-20 см. После разреза брюшной стенки рекомендуют в средней части раны фиксировать брюшину, чтобы она не отслаивалась: отступив на 0,5 см от края разреза, прокалывают брюшину с внешней стороны иглой с толстой лигатурой (длина 20-25 см) и, отступив на 5-6 см, проводят иглу в обратном направлении. Натянув концы нити, фиксируют их к краю кожной раны пинцетом Кохера.

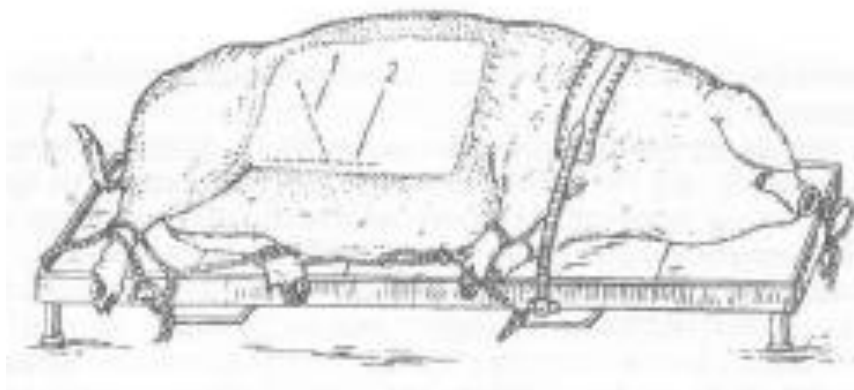


Рисунок 4. Фиксация свиньи и оперативные доступы при кесаревом сечении: 1-паралюмбальный; 2-вентролатеральный.

Введя руку в брюшную полость, отыскивают матку, захватывают основание одного из рогов матки (в месте бифуркации) и вытягивают его из брюшной полости. Извлеченный участок тщательно изолируют влажными марлевыми салфетками. Серозную оболочку периодически увлажняют теплым стерильным изотоническим раствором хлорида натрия или 0,5%-м раствором новокаина. Матку разрезают на 15 см по большой кривизне, отступив на 4-8 см от бифуркации. Близко расположенные плоды извлекают рукой, остальные осторожно, без значительных усилий выдавливают. Из-за больших размеров плодных пузырей на выделение плода вместе с оболочками уходит много времени и нередко плод погибает от асфиксии. Поэтому у свиней плодные оболочки разрывают, извлекают плод и удаляют из матки околоплодные воды. К этому же времени начинает самопроизвольно отделяться послед, который можно легко вывести из матки рукой.

Вправив в брюшную полость освобожденный рог матки, снаружи оставляют только участки с разрезом и приступают к удалению плодов из другого рога изложенными приемами. Ведя в полость матки антибиотики, рану зашивают двухэтажным швом (кетгут № 3 или 4), как и у мелкого рогатого скота. На рану матки фиксируют сальник несколькими стяжками из кетгута. Перед зашиванием в брюшную полость вводят антибиотики. На рану брюшной стенки накладывают трехэтажный шов: сначала кетгутом № 5 или

6 зашивают брюшину, затем кетгутом или шелком № 5 накладывают петлевидный шов на апоневрозы мышц брюшной стенки, а кожу зашивают узловым швом. На рану накладывают коллодийную повязку.

Сразу после операции или спустя несколько часов делают свиноматке блокаду по А.Г. Шехвитову. Иглу вкалывают, отступив на ширину трех-четырех пальцев от средней линии по заднему краю последнего ребра. Если животное не беспокоится, в этом месте выполняют тонкой иглой предварительную инфильтрационную анестезию кожи и глубже лежащих тканей 0,5%-м раствором новокаина. Затем свиноматку фиксируют петлей за верхнюю челюсть или заводят в узкую клетку, ограничивающую подвижность животного. Иглу длиной 15-18 см продвигают, соблюдая те же правила, что и при манипуляциях у рогатого скота. Общую дозу новокаина вводят равными частями с двух сторон из расчета 2 мл/кг массы свиньи. А.Г. Шехвитов выполнял блокаду у спокойных свиноматок во время родов при лежащем положении животного и без фиксации.

Оперированную свиноматку помещают в продезинфицированный станок. Поросят подпускают к ней сразу же после операции или через 2-3 ч. В течение первых трех суток инъецируют антибиотики, окситоцин или питуитрин. Дают жидкий, легкоусваиваемый корм (полезны овсяной отвар, кислое молоко). При нормальной температуре тела на 3-4-й день после операции свиноматку выпускают на прогулку. Швы снимают на 8-10 день.

У собак и кошек кесарево сечение – наиболее эффективный прием оказания акушерской помощи, так как в силу анатомических особенностей этих животных консервативные приемы родовспоможения в большинстве случаев не выполнимы. Если операция сделана вовремя, то выздоравливают 98-99% оперированных самок.

Животное фиксируют в спинном или боковом положении. Применяют местную инфильтрационную анестезию по линии разреза. Однако беспокойным и злобным самкам вводят внутримышечно 2,5%-й раствор аминазина: собаке 0,1 мл/кг массы тела, кошке 0,2 мл/кг.

Лапаротомия –по белой линии или через косой разрез по направлению волокон внутренней косой мышцы живота (на 2-3 см впереди коленной складки и параллельно последнему ребру). Длина разреза зависит от размера животного и составляет 8-20 см.

Через разрез брюшной стенки извлекают один или сразу оба рога матки, помещают их на стерильную простыню края раны изолируют стерильными салфетками, чтобы содержимое матки не попадало в брюшную полость. Матку разрезают вблизи бифуркации по большой кривизне на 7 см и более (в зависимости от размеров плодов). Нельзя травмировать зону расположения плаценты. Плоды можно извлекать в оболочках или разрезать оболочки при извлечении плодов из раны. Оставлять последы в матке нельзя. Плоды из другого рога удаляют через тот же разрез. Перед зашиванием раны необходимо проверить отсутствие плода.

Серозную оболочку матки орошают 0,1%-м раствором лактата этакридина, после чего матку вправляют в брюшную полость, за исключением разрезанного участка. На рану матки накладывают двухэтажный шов (кетгут № 1,2 или 3). В миометрий инъецируют 2-5 ЕД окситоцина или питуитрина. Разрезы брюшной стенки зашивают двухэтажным швом, который снимают через 8-9 дней.

Сразу после операции выполняют блокаду по В.В. Мосину. Затем новорожденных подкладывают к соскам матери. В первые три дня инъецируют антибиотики и окситоцин. Рану защищают с помощью ткани, в которой делают отверстия для конечностей. На спине ткань зашнуровывают. Для кормления новорожденных ткань снимают.

Гистерэктомия. Показанием к гистерэктомии, или экстирпации, матки служат ее разрывы, наличие разлагающегося плода, развитие гойно-гнилостных процессов. Экстирпацию беременной матки также осуществляют при гибели плодов и их разложении (скрытые и неполные аборты с мумификацией, мацерацией и путрификацией плодов), некрозе и перфорации стенки матки, перекручивании матки с развитием некроза,

новообразованиях в ней. Некоторым животным операцию выполняют в целях стерилизации. Наиболее часто гистерэктомию применяют у собак и кошек.

Собак и кошек фиксируют в боковом или спинном положении. Оперативные доступы и обезболивание те же, что и при кесаревом сечении.

Техника операции. Оперлируемому животному придают спинное положение, подготавливают операционное поле по общепринятой методике, проводят местное обезболивание путем инфильтрационной анестезии 0,25-0,5% раствором новокаина по ходу рассечения тканей. Разрез длиной 6 см и более у мелких животных делают медианный на уровне задней пары сосков, а у крупных – вентролатерально. Вскрыв брюшную полость, обкладывают операционное поле стерильными салфетками и осторожно извлекают матку наружу. После этого двумя лигатурами перевязывают передние и средние маточные артерии, а также другие кровеносные сосуды, проходящие по широкой маточной связке вдоль рогов и тела матки. У свиней лигатуры должны быть выше яичников, чтобы одновременно сделать и кастрацию. После прошивания широкой маточной связки с сосудами ее отсекают ножницами между лигатурами. Затем матку заворачивают максимально назад, она остается соединенной только в области шейки матки. Спереди на рану брюшной стенки накладывают трехэтажные швы.

Достигнув матки стежком, который скрепляет поперечную фасцию с брюшиной, захватывают им серозно-мышечный слой матки и прикрепляют его к брюшине. Такие же швы накладывают и сзади матки, она оказывается пришитой двумя-тремя стежками к брюшине и поперечной фасции и охвачена краями кожной раны, стянутыми тоже швами. Затем на выступающую часть матки накладывают две марлевые лигатуры, одну из них следует максимально приблизить к брюшной стенке; отступив на 2-3 см от нее, матку отсекают (Рис. 5). Культю обрабатывают 5% спиртовым раствором йода, затем припудривают ее вокруг сульфаниламидным

препаратом и кожные швы заклеивают коллоидной повязкой. На 7-10-й день культи матки отпадает, а место ее нахождения эпителизируется. В случаях отсутствия в матке гнойно-гнилостного процесса культи матки не пришивают к брюшной стенке, а смазывают 5% спиртовым раствором йода или прижигают термокаутером Пакелена и вправляют в брюшную полость.

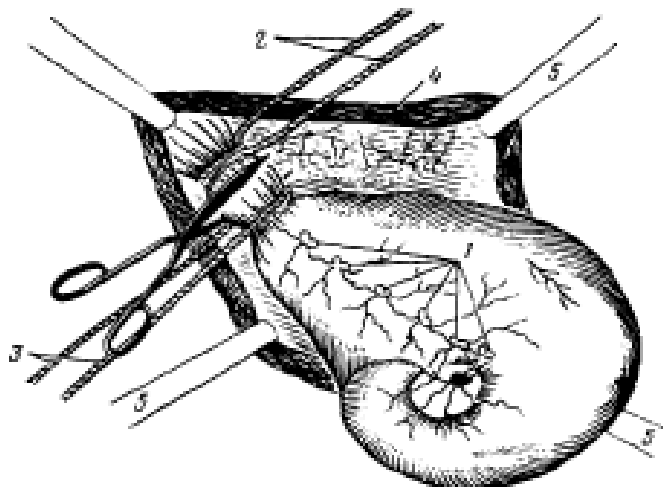


Рисунок 5. Ампутация матки у коровы: 1- лигатуры на сосудах матки; 2,3 – лигатуры перетягивающие тело матки; 4 – брюшная стенка; 5 – раневые крючки, расширяющие рану брюшной стенки.

Ампутация выпавшей матки. Показанием к операции могут быть значительные разрывы стенок матки или ее гангрена.

Прогноз. После ампутации матки прогноз в большинстве случаев благоприятный.

Техника операции. Животное фиксируют в лежачем или стоячем положении.

Проводят инфильтрационную анестезию вывернувшейся матки выше места предполагаемого наложения лигатуры, ближе к шейке матки и вводят 0,5%-ный раствор новокаина.

Перед ампутацией матку тщательно орошают антисептическим раствором, после чего на расстоянии 10-15 см от ее шейки на матку накладывают кастрационную петлю из толстого шнура или шпагата. Прежде чем затянуть петлю, убеждаются, что в полости матки нет петель кишечника. Лигатуру затягивают в несколько приемов с 5-6 минутным интервалом, чтобы добиться полного гомеостаза. После закрепления лигатуры на расстоянии 10 см от нее отрезают матку, а культю прижигают горячим железом (горячий скальпель, лезвие ножа и др.) до образования струпа. Для удаления из влагалища образующегося экссудата при распаде культи, проводят ежедневное орошение влагалища антисептическими веществами или вводят в полость антибиотикосодержащие препараты (энрафлон, эндофарм, метромакс и др.). Культи и лигатура отпадают чаще всего через 10-12 дней.

Список использованной литературы:

1. Баймишев, Х.Б. Практикум по акушерству и гинекологии : учебное пособие / Х. Б. Баймишев, В. В. Землянкин, М. Х. Баймишев. – 2-е изд. перераб. и доп. – Самара : РИЦ СГСХА, 2012. – 300 с.
2. Никитин, В.Я. Практикум по акушерству, гинекологии и биотехнике размножения животных/ В.Я. Никитин, М.Г. Миролубов, В.П. Гончаров и др. – Москва: КолосС, 2004. – 208 с.