

Болезни грудных конечностей



Паралич плечевого нервного сплетения

Под **параличом** нервного плечевого сплетения понимается заболевание, характеризующееся полным выпадением двигательной функции и рефлекторной возбудимости тканей всей конечности;

Под **парезом** этого сплетения понимают заболевание, при котором происходит неполная, частичная, потеря (ослабление) двигательной функции и рефлекторной возбудимости конечности. При частичном параличе поражаются отдельные ветви сплетения.

Паралич плечевого нервного сплетения

Плечевое нервное сплетение - plexus n. brachialis - образуется из ventральных ветвей 6, 7 и 8-го шейных нервов и 1-го и 2-го грудных нервов и располагается ventрально от лестничного мускула и медиально от лопатки и делится на 8 нервов: предлопаточный, подлопаточный, подмышечный, грудные, мускульно-кожный, лучевой, локтевой и срединный, которые иннервируют плечевой пояс и свободную переднюю конечность.

Рис. 86. Схема нервного плечевого сплетения у лошади:

1 — мышечно-кожный нерв; 2 — срединный нерв; 3 — локтевой нерв; 4 — лучевой нерв; 5 — подмышечный нерв; 6 — предлопаточный нерв; 7 — подлопаточный нерв; 8 — грудной дорсальный нерв; 9 — грудной латеральный нерв; 10 — грудной ventральный нерв; 11 — мышечная ветвь лучевого нерва; 12 — кожная ветвь локтевого нерва; 13 — мышечная ветвь срединного нерва; 14 — волярный латеральный нерв; 15 — волярный медиальный нерв; 16 — кожная ветвь мышечно-кожного нерва; 17 — грудной краниальный нерв; 18 — соединительная ветвь



Паралич плечевого нервного сплетения

Этиология.

- Парез или паралич нервного сплетения может быть центрального или периферического происхождения.
- **Центральные** парезы и параличи бывают обусловлены возникновением и развитием в мозгу, мозговом канале или поблизости от них абсцессов, опухолей, кровоизлияний и инфекционно-токсического воспаления.
- **Периферические** парезы и параличи нервного плечевого сплетения чаще вызываются сильным механическим повреждением его при ушибах, переломах лопатки, глубоких осколочных ранениях; грубыми манипуляциями (фиксация) при повале животного. Кроме того, периферический парез или паралич может возникнуть при наличии глубоких гнойно-воспалительных процессов или залегании инородных тел в подмышечной области грудной конечности.

Паралич плечевого нервного сплетения

Клинические признаки.

- Животное с **парезом** плечевого сплетения в состоянии покоя больную конечность держит полусогнутой в локтевом и запястном суставах и легко опирается зацепной частью копыта. В острых случаях заболевания наблюдается заметная дрожь трехглавого мускула плеча. Рефлексы понижены. При движении шагом возникает хромота опирающейся конечности высшей степени. В момент обременения конечности происходит сильное прогибание в локтевом суставе (выпадение функции трехглавого мускула плеча) и отхождение плечевого сустава наружу.
- При **полном параличе** плечевого сплетения опирание больной конечностью невозможно, она беспомощно висит в расслабленном состоянии, согнутая в запястном и фаланговых суставах, и соприкасается с почвой дорсальной поверхностью зацепной части копыта или путовым суставом. Если насильственно произвести разгибание запястного сустава парализованной конечности, то временное ее обременение возможно.
- При движении парализованная конечность выносится вперед волоком, касаясь почвы зацепной частью копыта. Рефлекс при уколе иглой кожи парализованной конечности отсутствует. В скором времени развивается функциональная атрофия мускулов плечевой области.

Отхождение
плечевого
сустава
наружу



Паралич плечевого нервного сплетения

Диагноз.

Наличие характерных клинических признаков позволяет безошибочно диагностировать это заболевание.

Прогноз.

При парезе и параличе периферического происхождения прогноз осторожный или сомнительный, при параличе центрального происхождения - неблагоприятный.

Лечение.

Применяют внутривенные инъекции 0,25%-ного раствора новокаина в дозе 1 мл на 1 кг массы животного, делают массаж, втирают раздражающие мази. При воспалительных процессах, обуславливающих поражение нервного сплетения назначают симптоматическое лечение.

При травмах из общих методов терапии при травмах используют высокие дозы кортикостероидных и нестероидных препаратов, чтобы как можно быстрее снять отек и остановить разрушение тканей собственными ферментами.

Основным лимитирующим фактором для полноценного выздоровления лошади после травмы нерва может быть мышечная атрофия. Мышца без иннервации теряет до половины своей массы уже в течение двух недель. Реиннервация возможна и даже через год, но при условии отсутствия фиброзно-жирового перерождения в нервных и мышечных тканях.

Абсцессы и флегмоны вскрывают, инородные тела извлекают оперативным путем.

Паралич лучевого нерва

Наблюдается у животных наиболее часто и бывает у лошадей, крупного и мелкого рогатого скота и собак. Он может быть полным и частичным или проявляется в виде пареза.

Лучевой нерв - п. *radialis* - по своей функции относится к числу смешанных нервов, с преимущественным уклоном в сторону моторных.

Лучевой нерв и его ветви иннервируют трехглавый мускул плеча, напрягатель фасции предплечья, лучевой и локтевой разгибатели запястья, общий и боковой пальцевые разгибатели и длинный абдуктор большого пальца, т. е. те мускулы и сухожилия, которые выполняют функции разгибателей локтевого, запястного и фаланговых суставов.

Паралич лучевого нерва

Этиология.

- Паралич лучевого нерва чаще бывает периферического, реже центрального происхождения. Общими этиологическими факторами являются в основном те же, что и при параличах плечевого сплетения и предлопаточного нерва (механические повреждения).
- Повреждение лучевого нерва чаще наблюдается на месте его перехода по плечевой кости около латерального мыщелка, где он расположен более поверхностно. Кроме того, паралич данного нерва может возникнуть при дрессировке, длительном лежании зафиксированного животного на операционном столе или при повале, когда лучевой нерв сдавливается между грудной клеткой и конечностью.

Паралич лучевого нерва

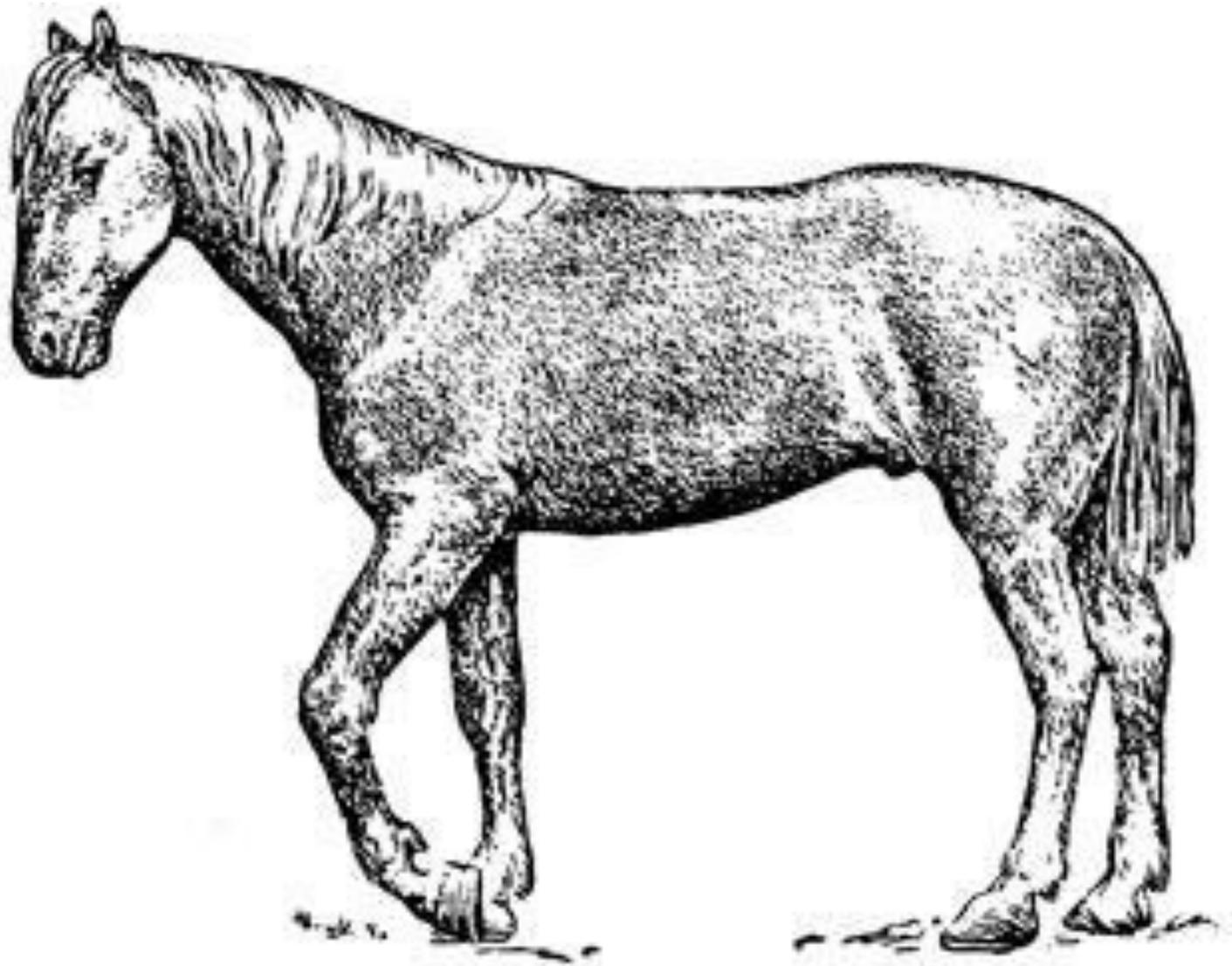
Клинические признаки.

- При **полном параличе** лучевого нерва в состоянии покоя плечевой сустав сильно разогнут, локтевой опущен, область предплечья образует с запястным суставом тупой угол; пясть при этом выдвинута назад.
- Во время движения шагом больную конечность животное выбрасывает вперед толчками, и в момент опирания ею все суставы конечности, кроме лопатко-плечевого (вследствие выпадения функции трехглавого мускула плеча - разгибателя локтевого сустава) сильно сгибаются. При движении рысью расстройство функции больной конечности усиливается, опирание становится невозможным. В дальнейшем развивается атрофия мускулов конечности.
- При **частичном параличе** лучевого нерва. У животного возникает своеобразное расстройство функции грудной конечности. В спокойном состоянии отклонений от нормы не замечается. При движении шагом по ровному твердому грунту наблюдается не плавное, поскольку парализованы разгибатели запястья и пальца, а толчкообразное разгибание запястного и фаланговых суставов. При движении рысью, особенно по неровному или топкому грунту, отмеченные выше симптомы усиливаются, животное часто спотыкается, при этом оно касается земли дорсальной поверхностью путовой кости.

Паралич лучевого нерва

- Симптомы **пареза** лучевого нерва. С целью компенсации животное старается выбрасывать конечность далеко вперед за счет активных сокращений плечевого мускула и других мускулов лопатко-плечевого сустава. При этом в момент опирания больной конечностью наблюдается характерный симптом толчкообразного движения лопатко-плечевого сустава и плеча вперед, а также сгибание (подкашивание) всех суставов конечности и частое спотыкание животного.
- Эти симптомы усиливаются при кратковременном движении животного рысью по неровному грунту или же при продолжительном движении по ровной дороге.
- В спокойном состоянии и в начале движения шагом по ровной дороге клинически выраженного расстройства функции больной конечности почти не наблюдается. Оно нарастает по мере переутомления парализованных мускулов.

Паралич лучевого нерва



Паралич лучевого нерва



Паралич лучевого нерва

Диагноз.

- Основными дифференциальными клиническими признаками, характеризующими паралич лучевого нерва, являются:
- При **полном параличе** - хромота опирающейся конечности, сопровождающаяся толчкообразным выбрасыванием конечности вперед и сгибанием всех суставов в момент обременения ее.
- При **частичном параличе** - отсутствие симптомов в состоянии покоя и толчкообразное разгибание запястного, фаланговых суставов и частое спотыкание животного при движении.
- При **парезе нерва** - хромота опирающейся конечности, сопровождающаяся толчкообразными движениями лопатко-плечевого сустава и плеча вперед в момент обременения больной конечности и частое спотыкание животного при движении его рысью по неровной дороге.
- Для уточнения диагноза пользуются «локтевой пробой». У животного приподнимают здоровую конечность, изменяют положение головы, потянув животное вперед или попятив назад, и этим переносят центр тяжести тела животного. При парезе в этом случае появляется сгибание локтевого и всех нижележащих суставов, отчего опирание конечностью становится невозможным.
- Симптомы паралича лучевого нерва дифференцируются от разрыва трехглавого мускула плеча по наличию дефекта и опухания на месте разрыва (под локтевым бугром), от поперечных переломов локтевой кости - по наличию крепитации отломков кости, а при их расхождении - по образовавшемуся углублению и болезненному опуханию.

Бурсит двуглавого мускула плеча

Воспаление слизистой сумки двуглавого мускула плеча по клиническому проявлению бывает асептическим и гнойным, а по течению - острым и хроническим. В зависимости от характера поражения тканей острые и хронические асептические бурситы подразделяются на серозные, фибринозные и фиброзные.

Слизистая сумка - *bursa intertubercularis* представляет собой у крупных животных полость 12...15 см длины, берущую свое начало от места прикрепления сухожилия двуглавого мускула плеча к бугру лопатки и доходящую до конца межбугоркового желоба.

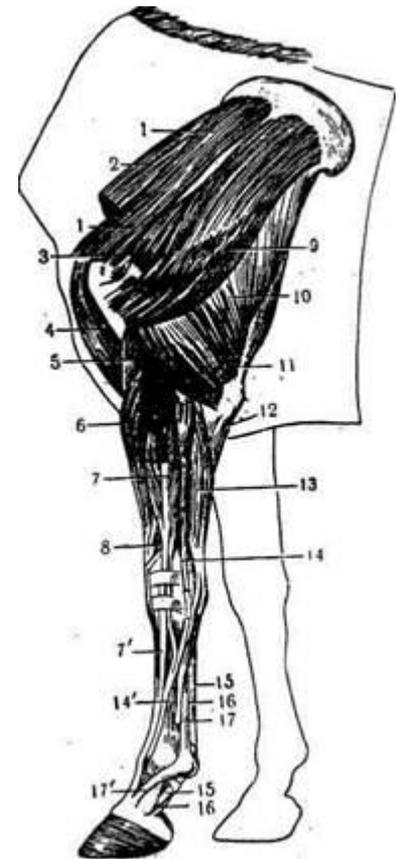
Латеральная сторона Медиальная сторона

3 – заостренный мускул плеча

4 – двуглавый мускул плеча

6 – двуглавый

мускул плеча



Бурсит двуглавого мускула плеча

Этиология.

Асептический бурсит возникает вследствие механических повреждений в области анатомического расположения бурсы (ударах твердыми предметами, сбруей, копытом, при тяжелой работе с большой нагрузкой по неровной дороге и т. п.)

Гнойные бурситы возникают при проникающих ранах бурсы и внедрении в ее полость стафилококков, стрептококков, а также при переходе воспалительного процесса на слизистую сумку с окружающих воспалившихся тканей.

Бурсит двуглавого мускула плеча

Клинические признаки.

- Хромота висячей конечности или смешанного типа.
- При **остром асептическом** бурсите в покое животное держит больную конечность согнутой в запястном суставе, отставляет ее назад, опирается зацепной частью копыта. При движении хромота висячей конечности сильной степени с укорочением переднего отрезка; при этом больная конечность выносится вперед волоком; животное скачет на трех ногах, иногда осторожно опирается только зацепом.
- При движении по кругу с обращением больной конечности наружу расстройство функции конечности усиливается. При осаживании лошади назад отклонений от нормы почти не наблюдается. Больное животное охотно пятится назад, но сопротивляется движению вперед.
- Пассивное выведение больной конечности вперед (разгибание лопатко-плечевого сустава) болезненной реакции не вызывает, при оттягивании же больной конечности назад (сгибание плечевого сустава) у животного возникает (вследствие давления двуглавого мускула плеча на бурсы) сильная болезненность; лошадь иногда при этом становится на дыбы,
- Пальпацией в области передней поверхности плечевого сустава между передне-наружным бугром плечевой кости и двуглавым мускулом плеча обнаруживается болезненное, иногда флюктуирующее, горячее на ощупь опухание.

Бурсит двуглавого мускула плеча

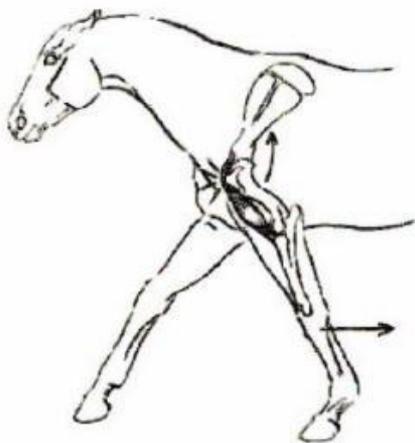
Клинические признаки.

При **слабо выраженном остром или хроническом бурсите** хромота обнаруживается только во время движения рысью. При движении шагом она обычно отсутствует. Признаки болезненного опухания бursы выражены слабо.

Хронические бурситы сопровождаются атрофией мускулов плечевой области.

При одновременном двустороннем воспалении слизистых сумок двуглавых мускулов плеча подвижность плечевой области конечности затруднена, шаг значительно укорочен (спутанная походка), наблюдается скрещивание грудных конечностей.

- При **гнойном бурсите**, кроме сильно выраженной хромоты всяческой конечности, отмечаются диффузное опухание бursы и окружающих ее тканей, образование интрабурсальных гнойных свищей, обильное истечение гнойного экссудата. В патологический процесс при этом часто вовлекается блок плечевой кости, развиваются экзостозы.



Бурсит двуглавого мускула плеча

Диагноз.

- Острые случаи бурсита диагностируются без затруднений.
- В хронических или слабо выраженных случаях бурсита точная диагностика его часто бывает затруднительной. В этом случае с помощью инъекции анестезирующей жидкости (10 мл 3%-ного раствора новокаина) в полость бursы проводят дифференциальный диагноз в отношении бурсита, заболевания плечевого сустава, плечевой кости и мускулов плечевой области. При бурсите через 10... 15 мин после инъекции анестезирующей жидкости в полость бursы хромота временно прекращается, тогда как при других ее причинах она остается неизменной. Одновременно производится исследование пунктата экссудата бursы.

Прогноз.

- При гнойном бурсите прогноз обычно неблагоприятный.

Лечение.

- Животному предоставляют полный покой. При асептическом остром бурсите в течение первых двух дней назначают на пораженную область холодные примочки. На 3...4-й день применяют тепловлажные укутывания и легкий массаж. В случаях подострого и хронического течения процесса назначают втирание рассасывающих мазей, а также физиопроцедуры.
- При гнойном бурсите возможно удаление части суставной сумки, промывание гноя и тампонирование раны, или же полное удаление сумки без предварительного вскрытия. Обязательно назначаются сульфаниламиды и антибиотики.
- Чтобы снять сильные боли и воспаление, иногда в сустав вводится гормон гидрокортизон.

Бурсит заостного мускула плеча

Заболевание наблюдается главным образом у лошадей, используемых преимущественно на быстрых аллюрах. Поражение бурсы чаще бывает асептическое и протекает остро, реже хронически.

Бурсит заостного мускула плеча

Этиология.

Заболевание возникает на почве механических повреждений: удары, спотыкание, падение, чрезмерные мышечные сокращения при больших напряжениях, особенно при крутых поворотах, резких осаждениях, интенсивная работа по кругу (на ипподроме, в цирке) и т. п. Кроме того, воспаление бурсы может быть ревматического и бруцеллезного происхождения.

Бурсит заостренного мускула плеча

Клинические признаки.

- В спокойном состоянии животного больная конечность находится в полусогнутом положении (в запястном суставе).
- При опирании животное отставляет ее наружу, опирается больше медиальной стенкой подошвы копыта. При движении отмечается хромота первой, чаще второй степени опирающейся конечности.
- Пальпацией в области наружного бугра плечевой кости обнаруживается ограниченное, болезненное на ощупь горячее флюктуирующее опухание (при серозном воспалении) тестоватой (в случае фибринозного воспаления).
- **Диагноз и лечение** как при бурсите двуглавого мускула плеча.

Прекарпальный бурсит

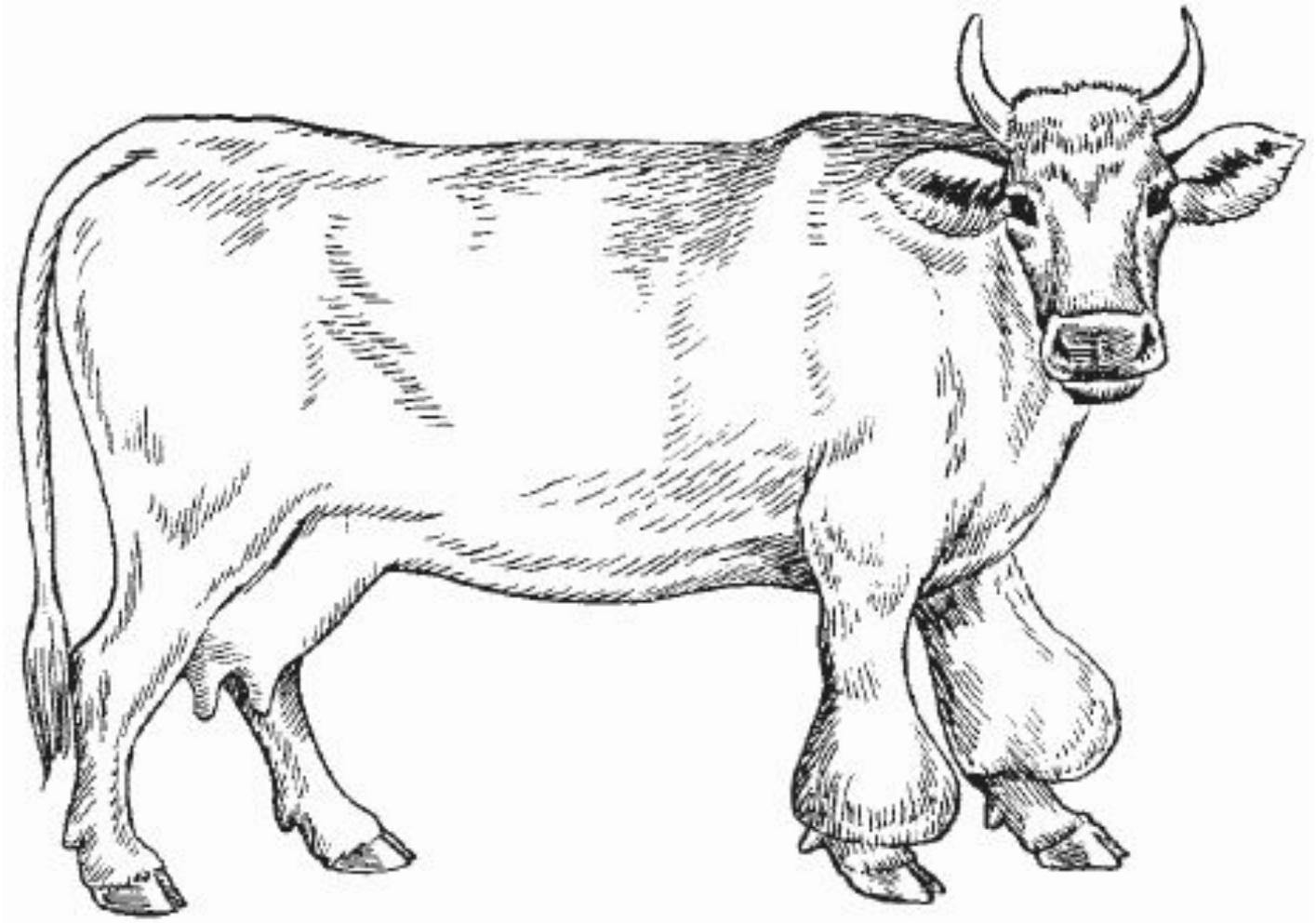
Прекарпальная подкожная bursa - располагается на дорсальной поверхности запястного сустава, а также на нижнепередней поверхности лучевой кости, медиально от сухожильного влагалища длинного разгибателя пальцев.

Прекарпальный бурсит

Этиология.

- Возникает от различных механических повреждений дорсальной поверхности запястья (при содержании животного на твердом полу без подстилки в узких стойлах; ушибы и давление на область расположения бурсы при вставании; удары о кормушки при короткой привязи)
- Инфекционные бурситы возникают при внедрении патогенных микробов через поврежденную кожу при ссадинах и пролежнях или заносе их гематогенным и лимфогенным путями (бруцеллез, туберкулез, паратиф и др.).

Прекарпальный бурсит



Прекарпальный бурсит

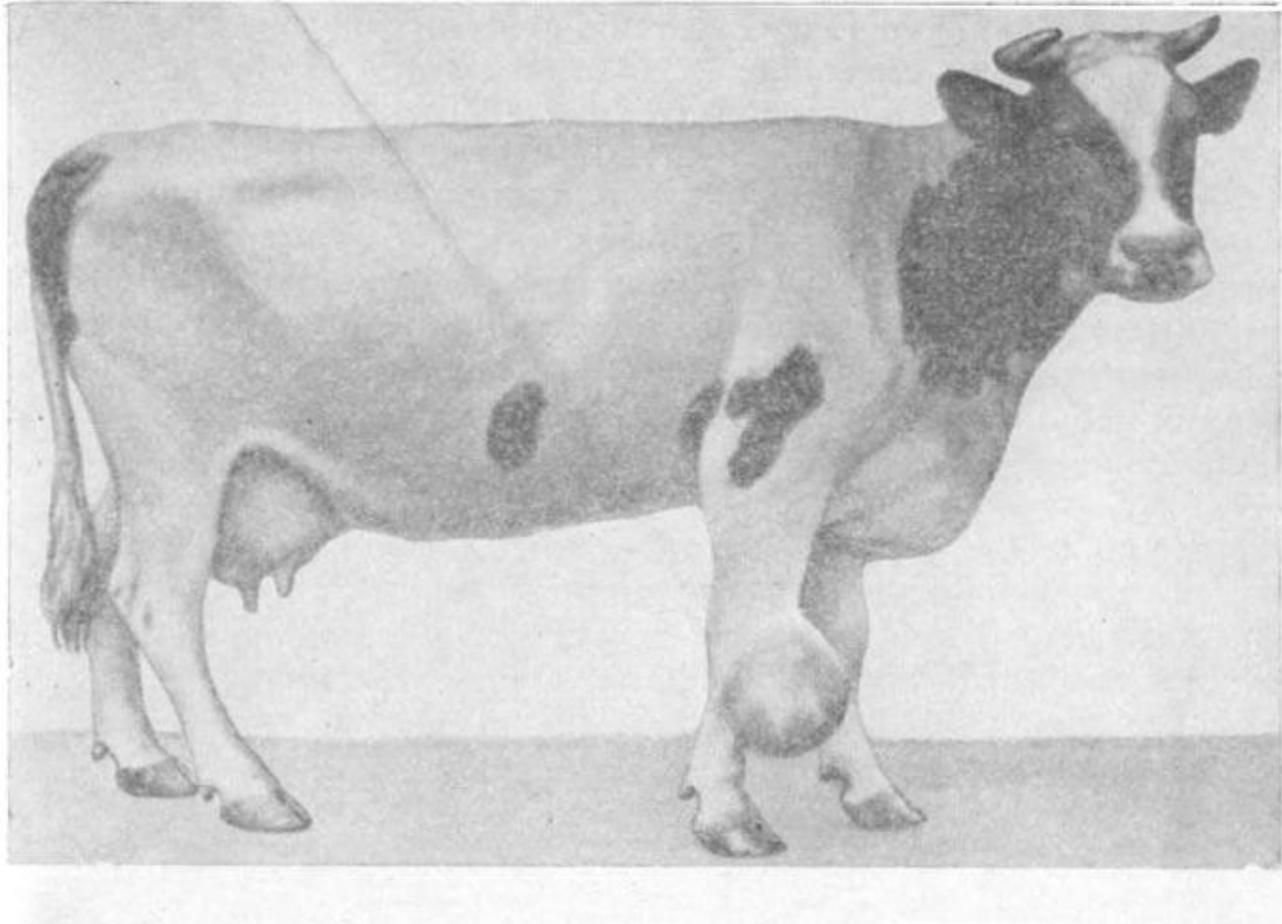


Рис. 59. Серозно-фибринозный предзапястный бурсит

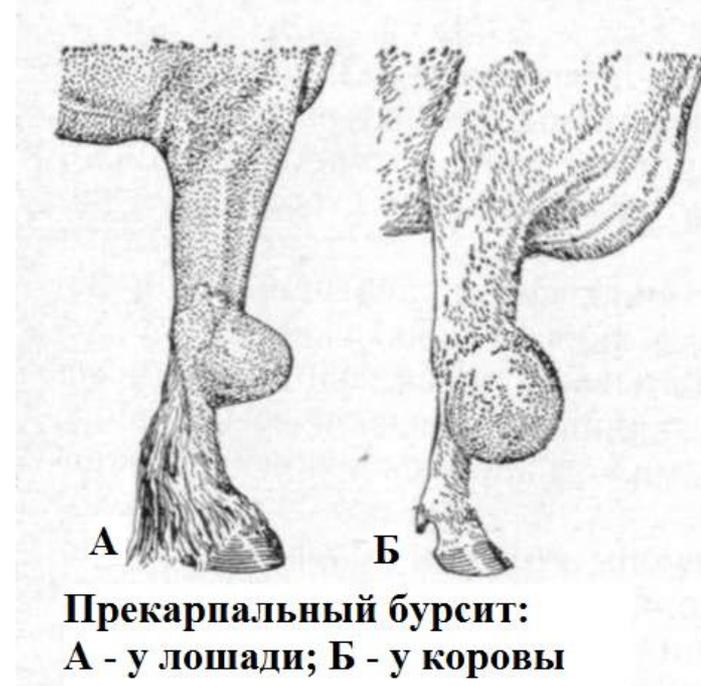
Прекарпальный бурсит (бруцеллез)



Прекарпальный бурсит

Клинические признаки.

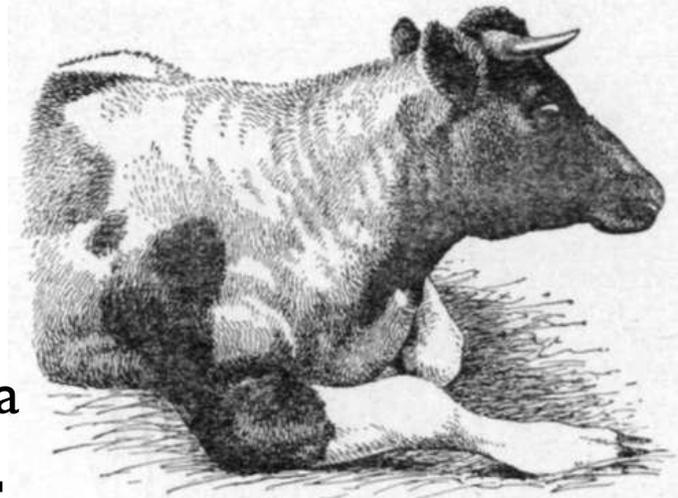
- В **острых** случаях при серозном травматическом бурсите на дорсальной поверхности запястного сустава обнаруживают флюктуирующие болезненные ограниченные припухлости с хорошо выраженной подвижностью кожи. Заболевания на ощупь бывает тестоватой, впоследствии, по мере появления в полости сумки выпота, становится флюктуирующей. При пальпации обнаруживается крепитация. Нарушение функции больной конечности выражено слабо.
- При **хроническом серозном и серозно-фибринозном** бурсите количество выпота в полости слизистой сумки заметно увеличивается, стенка ее растягивается; иногда происходит разрастание фиброзной ткани и уплотнение опухания. Болезненность при пальпации и расстройство функции конечности отсутствуют.



Прекарпальный бурсит

Клинические признаки.

- При **фибринозном** бурсите опухание бывает ограниченным, тестоватым и очень болезненным, а хромота выраженной.
- При **гнойном** прекарпальном бурсите на дорсальной поверхности сустава чаще находят разлитое болезненное флюктуирующее опухание вначале плотной, затем тестоватой консистенции. Функция больной конечности обычно бывает нарушенной.
- При **остром** течении прекарпального бурсита корова при лежании придает больной конечности вынужденное положение, выставляя ее вперед, в то время, как здоровые конечности всегда при лежании коровы подгибаются под туловище.



Вынужденное положение правой грудной конечности при остром прекарпальном бурсите у коровы

Прекарпальный бурсит

Диагноз.

- Обычно не вызывает затруднений. Дифференциальный диагноз между синовитом запястного сустава, тендовагинитом лучевого разгибателя и прекарпальным бурситом проводится по их анатомо-топографическому расположению и степени функционального расстройства больной конечности.
- При **прекарпальном бурсите** припухлость локализуется главным образом с дорсальной стороны в нижней части запястного сустава;
- При **синовите** - в верхней и боковой по ходу расположения дивертикулов капсулы сустава.
- При **тендовагините** лучевого разгибателя припухлость расположена продольно и бывает более ограниченной.
- При остром синовите и тендовагините хромота животного обычно выражена отчетливо, а при серозном бурсите - слабо.

Прекарпальный бурсит

Лечение.

- **острых и хронических асептических бурситах.** Устраняют причину заболевания. Больному животному предоставляют покой и хорошую, мягкую подстилку. В первые сутки применяют холод и давящую повязку.
- **подострое или хроническое течение.** Проводят пункцию бursы, удаляют экссудат, в полость бursы вводят гидрокортизон (125 мг), антибиотики (200—300 тыс. ЕД) в растворе новокаина в течение нескольких дней подряд, в кожу области бursы втирают раздражающие мази с последующим плотным бинтованием.
- Выздоровлением считается пальпируемый спавшейся бурсальный мешок, который не увеличивается вновь в течение последующих 2-3 недель.
- Если лечение не дало эффекта и бурса увеличивается вновь, применяют консервативно-оперативный метод. В полость бursы после аспирации содержимого вводят 5%-ный спиртовой раствор йода, массируют и накладывают давящую повязку. Эти препараты разрушают внутренний слой бursы, "выжигая" (некротизируя ее), и в связи с этим прекращается образование экссудата. Через 3—5 дн. бурсу вскрывают, удаляют ее содержимое и некротизированные ткани, промывают антисептиками и лечат, как гнойную рану или не вскрывают, если выпот жидкости прекращается, и бурса больше не увеличивается.
- При **гнойных** процессах вскрывают полость бursы, удаляют гнойный экссудат введением антисептических жидкостей (3%-ного раствора перекиси водорода, 0,1%-ного раствора перманганата калия, 0,1%-ного раствора этакридина лактата, 2%-ного карболовой кислоты; раствора фурацилина 1:5000 и др.). После этого в полость бursы вводят марлевый дренаж, пропитанный мазью Вишневского, синтомициновой и другими эмульсиями, и накладывают повязку. Дренаж меняют через 1-3 дня.

Экстирпация прекарпальной бурсы.

Выполняют у крупного рогатого скота и лошади. **Показания:** гнойное, хроническое серозное или пролиферативное воспаление бурсы.

Техника операции.

- На предплечье накладывают резиновый жгут. Кожу и подкожную клетчатку при малых бурсах разрезают вертикально и сбоку срединной линии. Нижняя граница разреза проходит по основанию бурсы.
- При значительной величине бурсы разрез делают на дорсолатеральной поверхности запястья серповидной формы выпуклостью вперед. Длина разреза должна быть такой, чтобы не было препятствий препаровки бурсы. При больших бурсах избыток кожи удаляют.
- Кожу препарируют от наружной поверхности бурсы. Бурсу осторожно отделяют. Затем бурсу препарируют от внутренней поверхности сустава, оставляя достаточный для закрытия раны участок кожи. Остальную кожу удаляют вместе с бурсой. Полость раны орошают раствором антибиотика или присыпают порошком сульфаниламида.
- Если bursa сращена с суставом, ее вскрывают и удаляют по частям, слизистую часть тщательно выскабливают кюреткой. Рану орошают раствором антибиотика. Края раны стягивают и удерживают швами с валиками или узловыми в чередовании с петлевыми швами. Животному предоставляют покой на 10—12 дней.



Экстирпация прекарпальной бурсы.

- В верхнем и нижнем краях бурсы делают короткие горизонтальные разрезы кожи и стенки бурсы. После истечения экссудата рану рыхло заполняют марлевыми тампонами и наполняют раствором этакридина лактата (1:500). Накладывают повязку.
- Через 5 дней, расширив рану разрезом в нижнем отделе бурсы, удаляют марлевые тампоны и сгустки фибрина. Через разрезы тщательно выскабливают капсулу бурсы. Вводят узкий марлевый дренаж от верхнего разреза к нижнему. Рану орошают раствором этакридина лактата. Накладывают равномерно давящую повязку. Через 6 дней дренаж удаляют. При этом наблюдается срастание кожи с подлежащими тканями, кроме места нахождения марлевого дренажа.

Тендовагиниты в области запястного сустава

- Воспаление сухожильных влагалищ, расположенных в области запястного сустава и кисти, в частности **влагалища большого абдуктора пальца, лучевого разгибателя запястья, общего и бокового пальцевых разгибателей**, а также **сухожильного влагалища поверхностного и глубокого сгибателей пальца** наблюдается сравнительно часто. Чаще всего оно бывает асептическим и реже гнойным, а по течению болезни - реже острым и чаще хроническим.

Тендовагиниты в области запястного сустава

Этиология.

- Причинами **асептических** тендовагинитов чаще всего являются закрытые механические повреждения сухожильных влагалищ, сухожилий или окружающих их мягких тканей, в частности ушибы и сдавливания, растяжения и надрывы, тяжелая работа по неровному или вязкому грунту, особенно на молодых животных, или использование животных в работе на больших расстояниях после длительного их стояния без моциона.
- Гнойные тендовагиниты часто развиваются в результате открытых повреждений (ран) сухожильных влагалищ и внедрения возбудителей, чаще кокков, или же вследствие распространения процесса на стенке сухожильного влагалища по продолжению с окружающих тканей при флегмоне, абсцессе, гнойном бурсите и артрите.
- Реже тендовагиниты возникают лимфогенным или гематогенным путем.

Тендовагиниты в области запястного сустава

Клинические признаки.

1. При серозном тендовагините сухожильного влагалища **длинного абдуктора большого пальца** у больного животного на дорсолатеральной и дорсомедиальной поверхности запястного сустава (в верхней половине запястья) обнаруживают небольшие флюктуирующие опухания, располагающиеся в косом направлении спереди назад по передней поверхности карпального сустава и медиальной головке грифельной кости. Иногда припухлость может быть разделенной пучками кольцевидной связки на несколько частей. В острых случаях воспаления припухлость бывает горячей и болезненной, в хронических случаях - малочувствительной. В спокойном состоянии животного отклонений от нормы не наблюдается; при движении шагом хромота выражена слабо, а при движении рысью усиливается. Движения запястья аритмичны, резвость лошади ослаблена, пораженная конечность быстро устает. При гнойном тендовагините выражены значительное расстройство функции больной конечности и опухание сухожильного влагалища.

Тендовагиниты в области запястного сустава

2. При воспалении **сухожильного влагалища лучевого разгибателя запястья** у больного животного на передней поверхности выше запястья и нижней части предплечья обнаруживают в случае острого течения серозного или серозно-фибринозного тендовагинита напряженную, горячую и болезненную, овально-продолговатую припухлость.

- При движении животного возникает хромота первой, реже второй степени висячей конечности. В хронических случаях (что чаще всего наблюдается) припухлость значительно увеличивается и простирается от нижней трети предплечья до верхнего конца пясти.

У крупного рогатого скота при хроническом серозном тендовагините (гигроме) опухание может достигать очень больших размеров, содержать в своей полости до 6...8 л экссудата. Опухание в средней части бывает перешнурованным и значительно напряженным во время обременения конечности и флюктуирующим на расслабленной (приподнятой) конечности. *Хромота у больного животного отсутствует.*

При гнойном тендовагините опухание бывает диффузным, очень болезненным. Из раны или свищевого отверстия обильно выделяется гнойный экссудат с примесью синовиальной жидкости. Больная конечность в области запястья утолщена. Животное лихорадит. В покое оно щадит больную конечность, при движении сильно хромает.



Рис. 103. Хронический серозный тендовагинит лучевого разгибателя запястья у крупного рогатого скота

Тендовагиниты в области запястного сустава

3. При воспалении **сухожильного влагалища общего пальцевого разгибателя** у больного животного на передне-наружной стороне в области дистальной части лучевой кости (несколько ниже запястного сустава) обнаруживают в случаях серозного и серозно-фибринозного тендовагинита флюктуирующую овальную припухлость величиной с гусиное яйцо, болезненную при остром течении болезни и малочувствительную при хроническом.

При сильном наполнении сухожильного влагалища экссудатом одновременно можно обнаружить в нижней части его вторую припухлость величиной от лесного до грецкого ореха. При надавливании на припухлость экссудат перемещается кверху и увеличивает наполнение первого, или верхнего, опухания.

При остром воспалении наблюдается хромота слабой степени; при хроническом - хромота отсутствует; гнойный тендовагинит сопровождается хромотой второй степени опирающейся конечности.



Рис. 104. Серозный тендовагинит общего пальцевого разгибателя у лошади

Тендовагиниты в области запястного сустава

4. При воспалении **бокового пальцевого разгибателя** у больного животного на наружной поверхности выше запястного сустава над и впереди латерального суставного бугра лучевой кости обнаруживают флюктуирующую, мало или совсем неболезненную овальную припухлость; расстройство функции при асептическом воспалении сухожильного влагалища часто отсутствует. Иногда (при утолщении стенки влагалища) отмечаются недостаточные поднятие и вынос больной конечности.

Тендовагиниты в области запястного сустава

5. При воспалении запястного сухожильного влагалища **поверхностного и глубокого пальцевых сгибателей** серозного характера у больного животного при большом наполнении влагалища экссудатом пальпацией обнаруживают 3 ундулирующие между собой припухлости продолговатой формы. На согнутой конечности припухлости становятся легкоподатливыми и флюктуируют. При надавливании на одно из опуханий его содержимое (экссудат) легко переливается в полость смежного припухания.

- В спокойном состоянии животное щадит больную конечность и часто держит ее в согнутом положении (волярная флексия). Расстройство функции при движении, даже при остром воспалении, обычно проявляется слабо.
- В хронических случаях хромота отсутствует, но больное животное сравнительно быстро утомляется в работе. По окончании работы оно стремится больше лежать и неохотно встает.
- Припухлости вследствие большого скопления экссудата в полости сухожильного влагалища значительно увеличиваются и легко флюктуируют при любом положении конечности.

Тендовагиниты в области запястного сустава

Лечение.

- При асептическом остром тендовагините применяют в течение одного-двух дней холод и давящие повязки.
- Затем используют согревающие водные и лекарственные компрессы (40...50%-ный раствор этилового или камфорного спирта), массаж с ихтиоловой мазью, горячие ванны, физиотерапию.
- При гнойном тендовагините применяют оперативное лечение. Сухожильное влагалище, наполненное гнойным экссудатом, вскрывают в самой нижней его части, омертвевшие ткани удаляют. Операционные раны обрабатывают антисептическим лекарственным раствором или обильно припудривают порошком стрептоцида с последующим наложением стерильной повязки.

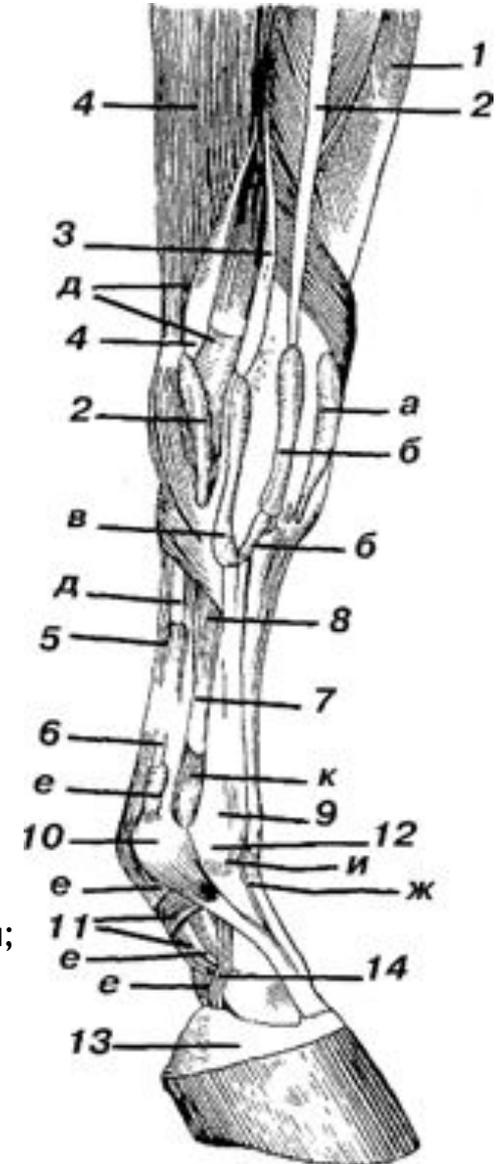
Тендениты в области пясти

- Воспаление сухожилий (тендениты) **пальцевых сгибателей и межкостного среднего мускула** - частые явления в патологии конечностей у животных, чаще встречается у лошадей.
- У рысистых и верховых лошадей они наблюдаются в несколько раз чаще на грудных конечностях, чем на тазовых. Из сухожилий пальцевых сгибателей больше всего подвергается воспалению **сухожилие глубокого пальцевого сгибателя**.
- Сухожилие глубокого пальцевого сгибателя и его добавочная головка повреждаются преимущественно у лошадей тяжеловозов а сухожилия поверхностного пальцевого сгибателя и межкостного среднего мускула - наиболее часто у рысистых и верховых лошадей, что объясняется разностью обременения сухожилий во время тяжелой работы и быстрых аллюров.

Тендениты в области пясти

- 1 — лучевой разгибатель запястья;
- 2 — общий пальцевый разгибатель;
- 3 — боковой пальцевый разгибатель;
- 4 — локтевой разгибатель запястья;
- 5 — сухожилие поверхностного пальцевого сгибателя;**
- 6 — сухожилие глубокого пальцевого сгибателя;**
- 7 — межкостный мускул;**
- 8 — наружная грифельная, или четвертая пястная, кость;
- 9 — третья пястная кость;
- 10 — кольцевидная связка;
- 11 — конечные сухожилия повернстного пальцевого сгибателя;
- 12 — путовый сустав;
- 13 — мякишный хрящ;
- 14 — связки мякишного хряща.

- а — сухожильное влагалище лучевого разгибателя запястья;
- б — сухожильное влагалище общего пальцевого разгибателя;
- в — сухожильное влагалище бокового пальцевого разгибателя запястья;
- г — сухожильное влагалище локтевого разгибателя запястья;
- д — сухожильное влагалище поверхностного и глубокого пальцевых сгибателей;
- е — сухожильное влагалище поверхностного и глубокого пальцевых сгибателей (5 и 6) в области нижнего конца пясти и первых двух фаланг пальцев;
- ж — синовиальная сумка под сухожилием общего пальцевого разгибателя;
- и — синовиальная сумка под сухожилием бокового пальцевого разгибателя; к — капсула путового сустава.



Тендениты в области пясти

Этиология.

- Часто возникают из-за: чрезмерного, часто повторяющегося растяжения, частичного надрыва или разрыва сухожильных волокон во время тяжелой, без достаточной тренировки работы, быстрых аллюров (твердому, неровному или вязкому грунту), взятия препятствий, насильственного освобождения ущемленной конечности, сдавливания сухожилий при спутывании конечностей веревками, чрезмерного отрастания копытного рога у крупного рогатого скота.
- Реже: ушибы, удары копытами, инвазия (*Onchocerca reticulata*), инфекция, ревматизм или миопатоз.
- Предрасполагают: неправильная постановка конечностей, слабость сухожильно-связочного аппарата при большой массе животного, деформация копыт и несвоевременная плохая расчистка копыт, неправильная ковка копыт, а также переход патологического процесса с соседних тканей (тендовагиниты, бурситы, абсцессы, флегмона и др.).

Тендениты в области пясти

Клинические признаки.

- При **остром воспалении сухожилия поверхностного пальцевого сгибателя** в спокойном состоянии животное заметно выставляет поврежденную конечность вперед, а путовый сустав бывает согнут.
- При движении наблюдается хромота первой или второй степени опирающейся конечности, которая сильнее проявляется в начале движения.
- Больное животное часто спотыкается, особенно при движении рысью.
- Сухожилие диффузно опухает. При осмотре больного животного сбоку легко можно обнаружить между запястным и путовым суставами выпячивание сухожилия, выпуклость которого обращена наружу в виде брюшка. Опухание горячее на ощупь и болезненное при надавливании, имеет плотную тестоватую консистенцию. На приподнятой конечности опухание распространяется только на сухожилие поверхностного пальцевого сгибателя и окружающие его ткани, а сухожилие глубокого пальцевого сгибателя находится в пределах нормы.



Рис. 108. Воспаление сухожилия поверхностного пальцевого сгибателя у лошади

Тендениты в области пясти

- При **хроническом** воспалении сухожилия поверхностного **пальцевого сгибателя** хромота обычно отсутствует, но сохраняются заметная слабость и неловкость в движении. Сухожилие заметно утолщено. Поверхностный и глубокий пальцевые сгибатели часто срастаются. Болезненность при пальпации и пассивных движениях отсутствует.
- **Воспаление сухожилия глубокого пальцевого сгибателя** сопровождается хромотой. При **остром** воспалении в спокойном состоянии животное, отставляет больную конечность несколько вперед или держит в отвесном положении. При движении отмечается хорошо выраженная *хромота опирающейся конечности*.
- При пальпации сухожилия в области задней поверхности пясти устанавливают болезненное припухание тестоватой консистенции (на расслабленной конечности).
- При **хроническом** воспалении сухожилия хромота бывает слабо выраженной и в большей части проявляется только при движении рысью. Утолщение сухожилия бывает хорошо выражено, сухожилие при этом теряет свою эластичность и укорачивается, вследствие чего развивается тендогенная контрактура запястного и пальцевых суставов.

Тендениты в области пясти

- Воспаление **межкостного среднего мускула** сопровождается хромотой. При **остром** течении в спокойном состоянии животное держит больную конечность в полусогнутом положении и выставленной далеко вперед. При движении наблюдается хромота опирающейся конечности; на расслабленной конечности можно прощупать болезненное, иногда узловатое, опухание. При **хроническом** течении хромота обычно бывает слабо выраженной, но лошадь при движении часто спотыкается. Припухлость становится твердой и болезненной.
- При воспалении **межкостного среднего мускула на почве инвазии** устанавливается четкообразное (узловатое) опухание.
- Пальпировать четкообразные утолщения наиболее удобно когда конечность согнута в запястном суставе. При этом рекомендуется кожу несколько смещать пальцами.

Тендениты в области пясти

Лечение.

- Прежде всего необходимо устранить причину, обуславливающую заболевание. При остром воспалении сухожилий больному животному предоставляют покой. В начале заболевания с целью уменьшения экссудации на пораженную область в течение первых 1,5...2 сут назначают холод.
- В первые 48 ч от начала заболевания желательно на пораженную конечность накладывать давящую повязку.
- После уменьшения острых воспалительных явлений назначают согревающие спиртовые компрессы.
- В подострых случаях течения болезни применяют массаж с ихтиоловой мазью.
- Через неделю, в случае уменьшения болезненности и хромоты, лошадь можно подковать на подкову с мягкой подкладкой в пяточной части и постепенно пускать в работу, ежедневно увеличивая время эксплуатации.
- В случаях подострого и хронического течения болезни рекомендуется применять физиопроцедуры.
- При значительном укорочении сухожилия глубокого сгибателя пальца и развившейся на этой почве тендогенной контрактуры суставов производят тенотомию этого сухожилия.

Трещины и переломы пястных костей

Этиология.

- Указанные переломы чаще всего возникают при спотыкании и падении животного, ударах копытом, ущемлении конечности и насильственном ее освобождении, от ударов конечностью о твердый предмет в момент лягания животного. У мелких животных переломы возникают при падении с высоты, прыжках, укусах.

- Предрасполагающими факторами к перелому и трещинам пястных (плюсневых) костей являются рахит, остеомалация, остеомиелит, разрезающий остит, паралич нервов, невротомия, а также разрывы сухожильно-связочного аппарата.

Трещины и переломы пястных костей

Клинические признаки.

- Симптомы полных диафизарных переломов бывают хорошо выражены: ненормальная подвижность на месте перелома, крепитация, внезапная хромота опирающейся конечности. При неполных переломах (трещинах) отмечаются по ходу линии перелома кости при пальпации и перкуссии сильная болезненность, хромота опирающейся конечности в сильной степени.
- При метафизарных переломах (эпифизеолиз) у жеребят отмечается резко выраженная хромота опирающейся конечности. Пальпацией и пассивными движениями устанавливаются болезненное опухание, смещение перелома и слабые крепитирующие звуки.

Трещины и переломы пястных костей

Диагноз.

- Установление диагноза при полном диафизарном переломе обычно не представляет затруднений. Неполные переломы (трещины кости), а также отдельные переломы грифельных костей клинически диагностируются трудно. В этих случаях окончательный диагноз устанавливается лишь на основе данных рентгенологического исследования.
- Также трудно клинически диагностируются эпифизарные переломы без смещения отломков, которые в большинстве случаев бывают фиксированы связками. В этих случаях рекомендуется производить ротационные (вращательные) движения прилегающего к поврежденной кости сустава; применение пальпации и перкуссии поврежденной области облегчит постановку диагноза. При проведении этих исследований иногда удается прослушать крепитирующие звуки, обнаружить направление линии перелома.

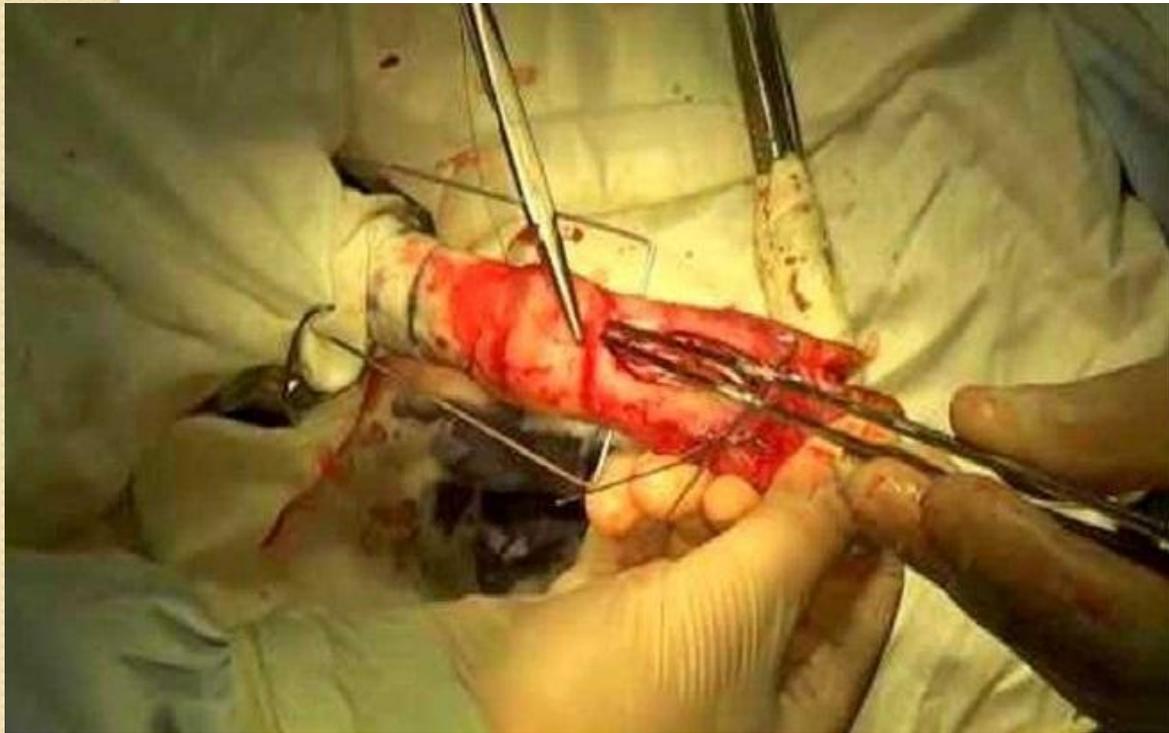
Трещины и переломы пястных костей

Прогноз.

- При неполных переломах диафиза (трещинах) прогноз осторожный или сомнительный, при полных и внутрисуставных переломах - в большинстве случаев неблагоприятный.

Лечение.

- Покой (поддерживающий аппарат), наложение иммобилизирующей повязки, физиотерапия; при открытых переломах - хирургическая обработка раны, регулярная перевязка раны с антисептиками, остеосинтез.





ДОМОЙ!!!

