

ДОНСКОЙ ВЕТЕРИНАРНЫЙ ГОСПИТАЛЬ +7 (863) 246 61 93

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ЗАПЯСТЬЯ У СОБАК ПОСЛЕ ДИСТАЛЬНОГО ЛУЧЕВОГО ЭПИФИЗИОЛИЗА. ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ПОЛИФЕРРИН-А» В ПОСТОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Дистальный лучевой эпифизиолиз встречаются у собак в возрасте до 1 года. Заболевание вызывает развитие вальгусной деформации запястья. Иногда закрытая репозиция может оказаться невозможной, особенно если она проводится позднее 1 суток после травмы. Недостаточно стабильная фиксация, сопровождающаяся ранней физической нагрузкой, вызывает стойкую вальгусную деформацию, которая усугубляется при избыточной массе. По данным Донского ветеринарного госпиталя, частота патологии составляет 7,3% от всех пациентов с ортопедическими проблемами.

В.И. Кобяков, ветеринарный врач, директор ООО «Донской ветеринарный госпиталь», г. Ростов-на-Дону

Для коррекции неправильно сросшегося дистального эпифизиолиза лучевой кости автором статьи применен метод аллопластики с аутопластикой и использованием L-образной пластины, спиц Киршнера и участка губчатой костной ткани крыла подвздошной кости.

Разрез проводили по передней поверхности дистальной части предплечья. Мягкие ткани разъединяли тупо. Длинный абдуктор большого пальца отслаивали медиально, а локтевой разгибатель запястья - латерально. Сухожилия длинного разгибателя большого пальца, общего разгибателя пальцев и бокового разгибателя пальцев смещали медиально. Надкостницу разрезали и отслаивали распатором Фарабефа. Долотом проводили клиновидную остеотомию лучевой кости выше участка неправильно сросшегося эпифизиолиза. Угол удаляемого клина при остеотомии определяли предварительно сравнивая рентгенограммы здоровой и пораженной конечностей.

В тех случаях, когда вывести конечность в физиологическое положение не удавалось, проводили косую остеотомию локтевой кости на 1-2 см ниже головки последней.

Губчатую костную ткань вырубали долотом из крыла подвздошной кости, причем трансплантат лишали надкостницы. Фрагменту придавали клиновидную форму, соответствующую замещаемому участку, затем помещали в подготовленное ложе. Выводили конечность в нормальное физиологическое положение. L-образной титановой пластиной на 4 винтах фиксировали дистальный и проксимальный участки, добиваясь адекватной компрессии трансплантата. Участок кости стабилизировали внутрикостно с помощью спицы Киршнера и 8-образной проволочной петли. Операционную рану ушивали послойно. В послеоперационный период в/м применяли 30% линкомицина гидрохлорид (1 мл, 3 раза в сутки, 5 суток) и в/в полиферрин-А (1 мл, 3 раза с интервалом 24 ч между введениями).

Полиферрин-А применяли у 8 животных. Через 6 недель проводили контрольное рентгенологическое исследование. На всех снимках наблюдали достаточную консолидацию участка остеотомии. Трансплантат морфологически полностью соответствовал нормальной костной ткани. Металлоконструкции удаляли через 6-7 недель. Всего было прооперировано 12 животных с указанной патологией. Во всех

случаях опорная и двигательная функции конечностей восстановились, морфологическая и функциональная перестройки трансплантата наступили полностью:

- на 10-14 сутки у собак, не получавших полиферрин-А (4 гол.);

- на 7-9 сутки у собак, получавших полиферрин-А (8 гол.).

При гематологическом контроле у собак, получавших препарат, количество лимфоцитов увеличивалось в среднем на 4-7%.

Таким образом, Полиферрин-А является стимулятором остеогенеза, и его применение в качестве компонента послеоперационного лечения целесообразно как после травматологических, так и после остеопластических операций.

Г. РОСТОВ-НА-ДОНУ, УЛ. ЗОРГЕ, 40 А
УГОЛ УЛ. РОВЕНСКОЙ, 130