

Захворювання сліпої кишки у коней

➤ За матеріалами А. Дж. Дарт, Б.А. Даулін і Д.Р. Ходжсон

Продовження. Початок див. у номері 25 (2008)

Розрив сліпої кишки

Розриви можуть виникати внаслідок нелікованого завалу, родів, лікувальних маніпуляцій або ж спонтанно, без будь-якого відомого підґрунтя. Породної, вікової або статеві схильності до розриву сліпої кишки не спостерігається.

На думку ряду дослідників, до виникнення розриву сліпої кишки можуть мати відношення нестероїдні протизапальні засоби, загальна анестезія або ж цестодози. В 12 випадках розриву сліпої кишки пацієнтам вводили фенілбутазон (з приводу, що не стосувався абдомінального больового синдрому), а у 6 з них на розтині виявили виразкову хворобу сліпої кишки. Висловлюються припущення, що фенілбутазон радше маскував клінічні ознаки завалу, аніж спровокував виразковий процес в кишці.

За даними А. Дж. Дарт (1997), фенілбутазон може посилити прихований виразковий процес, пов'язаний з якимось супутнім захворюванням, або чинити певну ulcerативну дію на слизову оболонку.

Вплив загальної анестезії на моторику і саесум, а також можливості взаємозв'язку між анестезією, завалом і розривом не вивчені. У вищезгаданому дослідженні загальну анестезію проводили 5 пацієнтам з 12.

Інвазія *Anoplocephala perfoliata* викликає запалення, абсцедування, завал з можливістю подальшого розриву. Проте, не дивлячись на очевидний зв'язок між інвазією і виникненням завалу, взаємозв'язку між *Anoplocephala perfoliata* і розривом сліпої кишки не встановлено.

Післяродовий розрив сліпої кишки неодноразово описаний у кобил різних порід, причому в 67% випадків він локалізувався саме по місцю ілео-цекального з'єднання. Вважається, що травматичні розриви брижів ободової і порожньої кишок виникають внаслідок різких рефлекторних рухів плода під час першої фази виведення. Порівняно малорухоме положення дистальної частини порожньої кишки у зоні ілео-цекального з'єднання сприяє травматизації сліпої кишки під час родів.

До виникнення розриву, помітити якісь особливі клінічні прояви майже ніколи не вдається. Ознаки болю в черевній порожнині можуть маскуватися анальгетиками, зокрема і НСПЗП.

Як тільки виникає перфорація, стан тварини різко погіршується із-за розвитку гострого ендотоксичного

шоку. При ректальному дослідженні виявляють розрив кишки і підшкірну емфізему, при абдоміноцентезі – сліди фекальних мас і бактерії. В деяких випадках остаточний діагноз ставлять лише при лапаротомії. Як показує клінічний досвід, перфорація сліпої кишки часто завершується летально.

Тимпанія сліпої кишки

Тимпанія сліпої кишки виникає в результаті непрохідності (завалу) висхідного або низхідного коліна ободової кишки або ж внаслідок інтенсивного газоутворення і зниження моторики. Сприяючими факторами вважаються: згодовування легкозброджуваних кормів, зміни в раціоні, зміни погодних умов, які впливають на можливість доступу до пасовищ і ін. Породної, статеві та вікової схильності не встановлено.

У хворих коней спостерігаються абдомінальні болі різної інтенсивності (від помірної до сильної), здуття черева (особливо помітне у правій здухвинній ямці).

Діагноз ставлять на підставі перкусії та ректального обстеження. У пробах абдомінальної рідини виявляють підвищений вміст білку і лейкоцитів.

Вчасно проведене лікування забезпечує високий ефект. Для зменшення больового синдрому застосовують ксилазин (0,2-0,4 мг/кг в/в) ізольовано або в комбінації з буторфанолом (0,01-0,04 мг/кг); флуніксину меглумін (1,1 мг/кг). За потреби проводять вторинну регідrataцію (до 10 мг/кг ж.м./год.), якщо ж такої можливості немає – випоюють розчин електролітів через носо-стравохідний зонд.

В особливо важких випадках показана троакаризація сліпої кишки. Шкіру і підлеглі м'язи у місці найбільшого здуття у правій здухвинній ямці знеболюють за допомогою місцевого анестетика. Катетером розміром 14G проколюють шкіру і підлеглі тканини, виймають голку, залишаючи катетер для виходу газів. Для полегшення процесу декомпресії застосовують аспірацію.

Не можна залишати в місці проколу голку або троакар, так як по мірі декомпресії збільшується небезпека пошкодження стінок кишки. При належній техніці виконання цекоцентез абсолютно безпечний.

Для профілактики подальшого газоутворення через катетер в порожнину кишки вливають диоктил натрію сульфокцинат або парафінову олію.

Якщо тимпанія сліпої кишки вторинної природи, може знадобитися хірургічне втручання.

Інвагінація

Виділяють дві форми інвагінації сліпої кишки: сліпо-сліпокишечна і сліпо-ободова. Частота інвагінації займає невелику частку серед первинних захворювань сліпої кишки – біля 3-3,5%.

Сліпо-ободова інвагінація виникає в результаті некоординованих скорочень і переміщень кормових мас від верхівки і тіла сліпої кишки до основи і правої вентральної ободової кишки, тоді як сліпо-сліпокишечна – виникає в результаті некоординованих скорочень основи.

До факторів сприяння належать: введення препаратів, які впливають на моторику кишечника; абсцеси сліпої кишки або паразитарна інвазія *Eimeria lucarti* і *Aporlocephala perfoliata*. За іншими даними, цестодози діагностовано лише у 0,95% пацієнтів з інвагінацією сліпої кишки, тому питання взаємозв'язку паразитарної інвазії і виникнення інвагінації досі не вивчене. За повідомленням Martin B.M. (1998), 63% пацієнтів належали до чистокровної верхової породи, а їх вік не перевищував 3-х років.

Перебіг може бути гострим (супроводжується інтенсивним абдомінальним больовим синдромом) або підгострим (втрата апетиту, живої маси, зниження частоти дефекації і кількості калових мас, лихоманка). На початкових стадіях біль постійний і сильніший, поступово знижується до помірного періодичного на фоні погіршення показників ССС, ендотоксемії та перитоніту.

Ректальне обстеження виявляє щільну масу у правій вентральній ділянці черевної порожнини, проте, остаточний діагноз ставлять лише при візуалізації ураження під час оперативного втручання. Методом вибору при хірургічній корекції вважається часткова тифлтомія. Інвагінацію основи сліпої кишки вправляють мануально, а потім проводять резекцію ураженої ділянки. Якщо мануально вправити не вдається, здійснюють відповідну обхідну процедуру, наприклад, ілеоколомомію.

Набагато важчою вважається корекція сліпо-кишечної інвагінації. Сліпу кишку підтягують через розріз в зоні тазового згину. Процедуру проводять дуже обережно: однією рукою підтягують інвагіновану сліпу кишку, а іншою підштовхують її через розріз ободової кишки у напрямку сліпо-ободового отвору. Після вправлення уражені тканини висікають. Необхідно пам'ятати про ризик розриву верхівки сліпої кишки.

Якщо вищезазначена методика неможлива, проводять ентєротомію правої вентральної ободової кишки. Інвагінацію або вправляють і висікають уражені ділянки, або ж здійснюють резекцію безпосередньо в порожнині правої вентральної ободової кишки без вправлення. Як правило, при ентєротомії завжди присутня незначна контамінація, проте рівень виживання все одно залишається високим (до 100%).

Як показують узагальнені статистичні дані, показники виживання пацієнтів з сліпо-сліпокишечною і сліпо-ободовою інвагінацією коливались в межах 27-

88%. На результат суттєво впливали стан серцево-судинної системи, інтенсивність процесу, життєздатність культі сліпої кишки та рівень контамінації.

Інфаркт сліпої кишки

Розповсюдженим чинником артеріїту і поліфокального інфаркту сліпої кишки вважається інвазія *Strongylus vulgaris* і ціатостоматидоз лярвальний (рис. 3).

Раніше вважалось, що сліпа кишка – орган, схильний до інфарктів через особливості васкуляризації, проте, наявність розвинутої судинної мережі, яка походить з латеральної і медіальної сліпокишечної артерії і масивного підслизового сплетіння здатні забезпечити колатеральну васкуляризацію.

Інфаркти сліпої кишки спостерігаються у молодих коней. Клінічні прояви можуть варіювати від незначних абдомінальних болів і діареї до вираженого больового синдрому і судинного колапсу. За даними автора, у 9 з 10 коней віком від 1 до 12 р. спостерігалися помірні болі протягом 12-72 год. В пробах перитонеальної рідини встановлено підвищення вмісту білку і лейкоцитів. Ректальне обстеження було малоінформативним, у 30% пацієнтів у правій каудальній області пальпувалася щільна маса.

Для корекції рекомендована субтотальна тифлєктомія. За умови значного ураження дуже важко встановити межі резекції, але в будь-якому випадку її слід проводити якомога більш проксимально. Адекватно виконане хірургічне втручання забезпечує високий відсоток одужання (до 90%).

Торзія (перекручування) сліпої кишки

Виникає під час торзії висхідного коліна ободової кишки, хоча описані випадки і первинної патології. Первинна торзія сліпої кишки пов'язана з гіпоплазією сліпо-ободової складки і патологіями дорсальних брижів, проте автором статті не відзначено жодних анатомічних відхилень у 9 коней, що належали до різних порід і статевих вікових груп. Первинна торзія супроводжується виразним больовим синдромом.

Діагноз ускладнений: ні ректальне дослідження, ні аналіз перитонеальної рідини і крові не в змозі забезпечити постановку достовірного діагнозу.

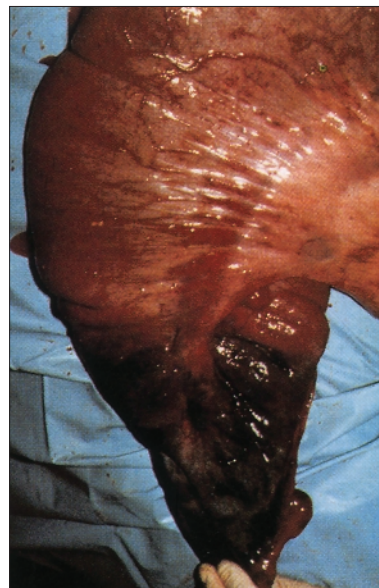


Рис. 3. Артеріїт і поліфокальний некроз сліпої кишки

Лікування ґрунтується на ранньому хірургічному втручанні: рекомендується субтотальна тифлектомія з широкою резекцією ураженого сегменту. Результат операції значною мірою залежить від життєздатності культі. За даними В. Huskamp (1984), доступ доцільно проводити через правий бік, хоча традиційним вважається доступ по білій лінії. За інформацією автора, лапаротомію по білій лінії провели п'яти коням з торзією сліпої кишки, у трьох з них результат операції був позитивним.

Якщо у тварини залишається патологія брижів, не виключені рецидиви захворювання.

Абсцеси і спайки сліпої кишки

Передумовами абсцедування і утворення спайок вважаються перфорації кишки сторонніми тілами, міграція паразитів та виразкова хвороба сліпої кишки.

Автор описує сім клінічних випадків абсцесів і спайок сліпої кишки, причому не відзначає породної або статеві-вікової схильності. В більшості пацієнтів спостерігалися помірні болі в черевній порожнині. Відхилень показників загального стану і гематологічного дослідження не відмічалось; аналіз проб перитонеальної рідини показав підвищений вміст білку і лейкоцитів. При ректальному обстеженні проблему можна виявити лише за умови формування спайок між і. саесит і черевною стінкою. Дуже інформативним вважається УЗД – як абдомінальне, так і ректальне.

Лікування полягає у хірургічній резекції ураженої області. При руйнуванні спайки необхідно уникати розриву абсцесу або стінки кишки.

Пухлини сліпої кишки

Зустрічаються рідко, в основному у коней старшого віку. Описані випадки лейоміоми, гемангіосаркоми і сосочкової аденоми. Клінічні ознаки проявляються втратою живої маси. Лікування передбачає хірургічну резекцію.

Інші захворювання

В літературі описані наступні захворювання: фістула сліпої кишки внаслідок накладання грижового зажиму, ущемлення сліпої кишки у вродженій абдомінальній або мезентеріальній грижі. Якщо є можливість вивільнити петлю і висікти нежиттєздатні тканини, прогноз хороший.

Висновки

Первинні патології сліпої кишки досить рідко викликають порушення діяльності ШКТ. Діагностика повинна бути комплексною з використанням спеціальних методів дослідження (УЗД і ін.). Найкращий результат консервативного і хірургічного лікування досягається за умови своєчасного його призначення і адекватного його виконання до виникнення розриву.

ООО «Полнет-Украина»

23232 Украина, Винницкая обл., с. Горбановка, ул. Ленина 2-а
тел./факс: +38 043 256 98 58, email: ukraine@polnet.poznan.pl



**ПРИВЛЕКАТЕЛЬНЫЕ
ЦЕНЫ**

ПОЛнет
ПОСЛЕДНЯЯ НОВОСТЬ

**БОЛЬШОЙ АССОРТИМЕНТ
ВЕТЕРИНАРНЫХ ПРОДУКТОВ**

www.polnet-ru.com