

УДК 619:616.31:617

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАНУЛ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ У СОБАК

Ковалев П.В., Гончаренко С.Б.

Житомирский национальный агроэкологический университет

г. Житомир, Украина

Вследствие многих факторов возникает воспаление слюнных желез у собак, которое носит название «ранула». Основными причинами возникновения ранул и ретенционных кист слюнных желез является несбалансированное кормление, наследственные факторы, а также паротит.

Название ранулы ("лягушачья опухоль") получили за сходство с глоточным пузырьком лягушки. Они развиваются в различных железистых органах при задержке или полной остановке оттока секрета. В большинстве случаев при лечении данной патологии предпочтение отдается оперативным методам. К ним относят собственно пункцию слюнной железы со стороны ротовой полости с последующей аспирацией экссудата и введением в полость последней раздражающих средств. Второй способ предусматривает экстирпацию и удаление патологически измененной слюнной железы и ее протока. Данные по эффективности этих методов лечения, по мнению многих специалистов, является достаточно противоречивыми.

Поэтому целью нашей работы было определить эффективность предлагаемых оперативных методов лечения.

В течение 2010 г. на клинику мелких животных ЖНАЭУ поступило пять собак с признаками ранул слюнных желез. При проведении клинического осмотра и постановке диагноза нами было определено, что общее состояние подавленное. Температура тела субнормальная, пульс и дыхание ускорены. В области околоушной слюнной железы (в большинстве случаев с левой стороны) отмечается слабо флюктуирующее припухание. При осмотре полости рта отмечено под языком, сбоку уздечки, припухание величиной с куриное яйцо. Диагноз ставили по характерным клиническим признакам и подтверждали пункцией кисты слюнной железы.

Нами было проведено определение эффективности трех методов оперативного лечения. Первый метод предполагал собственно только прокол и аспирацию содержимого слюнной железы, второй – прокол, аспирацию содержимого и введение в полость железы 5% раствора йода. Третий способ предусматривал полную экстирпацию слюнной железы вместе с содержимым. Критерием эффективности было полное излечение животного и отсутствие рецидивов. В послеоперационном периоде животным была назначена антибиотикотерапия (амоксацилин 3 раза, через 24 часа, доза 1 см³/10 кг живого веса) и атропина сульфат в дозе 0,1 см³/10 кг живого веса, который снижает саливацию слюнных желез.

После проведения седации животных фиксировали в боковом положении на операционном столе, ротовую полость открывали и фиксировали в таком состоянии с помощью зеvника. После этого с помощью толстой иглы (Боброва) делали пункцию и удаляли экссудат с помощью шприца. Анализируя после-

операционный период, нужно отметить что у животного почти через сутки наблюдали рецидив (наполнение полости слюнной железы). В последующем было проведено оперативное вмешательство относительно выделения видоизмененной железы.

Во втором случае, после предварительной седации и фиксации животного, прокол осуществляли через ротовую полость, удаляли экссудат и через иглу вводили 10 см³ 5% раствора йода. Через сутки у животных наблюдали сильное болевое припухание в области видоизмененной железы, повышение как местной так и общей температуры, а также угнетение общего состояния животного. Эта клиническая картина наблюдалась 4 суток. Соответственно было проведено (как и в предыдущем случае) оперативное выделение видоизмененной железы.

При выполнении экстирпации околоушной или подчелюстной слюнной железы оперативный доступ проводили в околоушной области в пределах между внешней и внутренней челюстными венами, которые сливаются в яремную вену, и задним краем нижней челюсти. Указанные пределы формируют треугольник, который достаточно контурируется при сжатии яремной вены. Все это пространство заполняет патологически измененная подчелюстная железа. Орально к ней прилегает подъязычная слюнная железа. По мнению многих исследователей, для предотвращения рецидивов одновременно с удалением подчелюстной железы нужно удалять и подъязычную железу.

В пределах определенного пространства рассекали кожу и подкожную мышцу на длину 5-7 см, тщательно останавливали кровотечение. Далее последовательно вскрывали рыхлую соединительную ткань и капсулу слюнной железы, паренхима которого имеет дольчатое строение темно-красного цвета. Тупым способом отпрепаровывали железу от капсулы, не допуская при этом повреждения кровеносных сосудов. На сосуды накладывали лигатуры и удаляли железу. При проведении операции следует должное внимание уделить изоляции операционного поля стерильными салфетками, потому что в отдельных случаях стенка железы патологически изменена и может прорываться. После удаления подчелюстной железы открывается оперативный доступ к железе подъязычной, которая имеет продолговатую форму. Ее отпрепаровывают и удаляют, останавливая при этом капиллярное кровотечение тампонадой. Стенки кисты осторожно отделяют от окружающих тканей, и после перевязки ее ножки удаляют отдельно, или с железой. Рану зашивают послойно. На кожу накладывают узловатый шов.

При признаках ранул и ретенционных кист слюнных желез эффективным есть оперативное вмешательство, которое предусматривает одновременную экстирпацию как подчелюстной, так подъязычной слюнных желез. Лечение, которое предусматривает только аспирацию содержимого желез, не является эффективным по вероятности послеоперационных рецидивов.