Уральская государственная академия ветеринарной медицины

Кафедра патологической анатомии и патологической физиологии

# Контрольная работа

по предмету: "Внутренние незаразные болезни"

##### Вариант 6

#### Работу выполнила:

Студентка гр. 41 "З"

заочного отделения

факультета ветеринарии

Руководитель:

Оценка:

Троицк

2008

## Содержание

### 1. Аутогемотерапия

2. Фолликулярный ринит

3. Закупорка книжки

Список используемой литературы

###### 1. Аутогемотерапия

*Аутогемотерапия* — введение животному под кожу или внутримышечно его же крови. Представляет разновидность патогенетической терапии, сочетающей аутопротеинотерапию, комбинированную с аутосеротерапией и аутовакцинацией.

Аутогемотерапию применяют при многих инфекционных, внутренних незаразных, гинекологических, хирургических и других заболеваниях (фурункулез, острые дерматиты и экземы, вялозаживающие раны, язвы, свищи, гнойные воспаления, орхиты, мышечный и суставной ревматизм, фарингит, ларингит, бронхит, воспаление легких, перитониты, эндометрит, задержание последа, некробациллез, мыт, ящур).

Противопоказано применение аутогемотерапии при новообразованиях, органических изменениях в печени, почках, сердечной мышце, флегмонозных процессах, сопровождающихся длительным накоплением и всасыванием гнойного экссудата, интоксикацией и развитием сепсиса.

Для аутогемотерапии больных животных кровь берут с соблюдением правил асептики у крупного рогатого скота и лошадей из яремной вены, у собак — из подкожной вены предплечья, у свиней — из больших краевых вен наружной поверхности уха или артерий хвоста путем отсечения его кончика. Для крупных животных лучше набирать кровь в шприц Жанэ, для мелких — шприц объемом 10—20 мл. Полученную кровь сразу же (до ее свертывания) вводят подкожно или внутримышечно в области шеи, внутренней поверхности бедра или крупа. При повышенной свертываемости на каждые 100 мл крови добавляется 5 мл 5%-ного раствора цитрата натрия или 10 мл 10%-ного раствора салицилата натрия.

Подготовка операционного поля для инъекций обычная, за исключением крупа. Операционное поле этой области лучше обрабатывать 5—10%-ным спиртовым раствором формалина.

Кровь вводят в здоровые ткани, граничащие с пораженными, поскольку на месте инъекции создается барьер (кратковременный), обладающий аутоантисептическим свойством. Следует также учитывать расположение лимфатических сосудов, по которым лимфа оттекает из воспалительного очага к регионарным лимфатическим узлам. Кратчайший путь способствует большей локализации патологического процесса, чем при инъекциях крови в отдаленные от воспалительного очага участки тела.

Дозу крови каждый раз устанавливают в зависимости от особенностей больного животного и характера патологического процесса в организме. Для крупных животных она составляет от 50 до 150 мл, для мелких—от 10 до 20 мл. Инъекции начинают с доз 50—70 мл для крупных животных, постепенно увеличивая при повторном введении на 10—25 мл. Мелким животным инъекции начинают с 5—8 мл.

При выборе дозы аутокрови необходимо учитывать общее состояние больного животного, обращать особое внимание на состояние печеночного и почечного барьеров, резистентность, состояние воспалительного процесса и вирулентность микробов. Необходимо помнить, что после аутогемотерапии происходит усиленное всасывание из воспалительного очага в кровь экссудата, бактерий и продуктов их жизнедеятельности, которые могут дополнительно угнетать и блокировать ранее вызванную блокаду печеночно-почечного барьера и РЭС, поскольку они также в определенной мере будут блокироваться большим количеством распадающихся клеток инъецируемой крови. Все это при нерациональном подборе дозы для аутогемотерапии может ухудшить общее состояние больного животного и обострить патологический процесс.

При острых гнойных ограниченных воспалительных процессах рекомендуемые дозы аутокрови для крупных животных составляют 125-150, для мелких – 5-50 мл.

В начале заболевания целесообразнее кровь вводить вечером, во время подъема температуры тела у больного животного. При диффузных воспалительных процессах, сопровождающихся длительным лихорадочным состоянием, применяют малые дозы крови: 50-75 мл крупным животным и 2-25 - мелким.

Однократные инъекции крови редко дают положительный результат. Лучше делать 4-5 введений, хотя наиболее результативные - первых два.

В случае, когда после первой инъекции крови у животного наступает угнетение, особенно кроветворных органов, дозу повторной инъекции необходимо уменьшить на 1/4. Интервал между введениями - от 48 ч до 4 суток. Чем тяжелее заболевание, тем меньше должна быть первая доза и больше промежуток между введениями. На каждую последующую инъекцию реакция организма ослабевает. Поэтому при повторных инъекциях необходимо увеличивать дозу крови для крупных животных на 25 мл, для мелких - на 1-5 мл, не превышая максимальной.

Если после двухкратного введения у больного животного не будет улучшения общего состояния, течения патологического процесса, морфологического состава крови, то от аутогемотерапии в данном случае следует отказаться.

При аутогемотерапии следует учитывать реакцию организма и возможные осложнения. На месте введения крови развивается незначительная припухлость, исчезающая через 1-2 суток (рассасывается).

Если аутогемотерапия дает положительный результат, то в первые дни (2-4) снижается общая температура, уменьшаются симптомы воспалительного процесса. Отеки постепенно исчезают, инфильтраты рассасываются, количество гнойного экссудата уменьшается, грануляционная ткань становится более плотной и розово-красной. В некоторых случаях бывает кратковременное (1-2 дня) обострение патологического процесса с последующей положительной нормализацией его течения.

При введении завышенных доз крови и ее препаратов общая температура тела повышается, животное угнетено, количество гнойного экссудата увеличивается, грануляционная ткань становится бледной, рыхлой, кровоточивой. На месте введения развивается острое гнойное воспаление.

###### 2. Фолликулярный ринит

*Ринит* - воспаление слизистой оболочки носовой полости. Риниты делят по происхождению на первичные, развивающиеся на почве непосредственного воздействия вредного начала на слизистую оболочку носа, и вторичные, как осложнения при незаразных болезнях, а также симптоматические, развивающиеся при инфекционных болезнях и отравлениях; по характеру процесса — на серозные или катаральные, серозно-фибринозные, слизистогнойные, крупозные, дифтеритические, фолликулярные; по течению — на острые и хронические.

Этиология. Первичный ринит возникает при неблагоприятных температурно-влажностных условиях в животноводческих помещениях, большой насыщенности воздуха аммиаком (выше 0,0026%) и другими раздражающими газами. Большую роль в развитии ринитов играют переохлаждение организма за счет ускоренного движения воздуха, особенно влажного, лежание животных на металлических решетках, битумном, сыром деревянном полу и трапе без подстилки, а также сырой земле, вдыхание пыли при длительных перегонах животных; продолжительное применение антибиотиков и других лекарственных веществ (аллергический ринит), разовое применение несовместимых веществ; накопление во внешней среде «критического» количества сапрофитной микрофлоры, своеобразное сочетание различных микроорганизмов и грибов. Некоторые исследователи отмечали массовые риниты у животных при вдыхании цветочной пыли во время поедания свежего сена, что напоминает аллергическую реакцию.

Вторичные риниты наблюдают при поражении верхнечелюстной и лобной пазух, фарингите, ларингите и бронхопневмонии, что обусловлено непосредственным воздействием гнойных или гнилостных выделений на слизистую оболочку носа. Симптоматические риниты проявляются при злокачественной катаральной горячке, инфекционном ларинготрахеите и других болезнях, наличии паразитов в носовой полости.

Патогенез. Под воздействием различных раздражителей разрывается воспаление слизистой оболочки носа. Происходят набухание и слущивание эпителиальных клеток, повышается возбудимость рецепторов, усиливается и извращается секреция слизистых желез, в лимфатическую и кровеносную системы проникает значительное количество продуктов жизнедеятельности микроорганизмов и распада тканей. Всосавшиеся продукты приводят к увеличению анатомически связанных лимфатических узлов, способствуют нарушению теплорегуляции и теплопродукции, иногда крово- и лимфообращения в мозге, отрицательно влияют на дыхательный и сердечно-сосудистый центры, переваримость кормов.

Воспаление может перейти по продолжению на лобные и верхнечелюстные пазухи, конъюнктиву, глотку и гортань, вызвать кислородную недостаточность, осложниться аспирационной пневмонией, а затем гангреной легких.

Симптомы. Животные часто облизывают губы и носовые отверстия. У больных в первый и второй день появляется серозное истечение из носа, а на 3-4-й день оно становится серозно-гнойным и гнойным. Истечение нередко подсыхает и прилипает к коже носовых отверстий. Подчелюстные, а иногда и заглоточные лимфатические узлы увеличены в объеме, имеют более высокую температуру, чем окружающие ткани, болезненны при пальпации. Слизистая оболочка носа гиперемирована, набухшая, что затрудняет дыхание. При сильном сужении носовых ходов животные дышат через рот, а иногда в результате нарушения обмена газов наступает удушье. Нередко развивается конъюнктивит с выраженной светобоязнью и обильным выделением слез, обусловленным сужением слезно-носового канала и токсорефлекторным расширением сосудов. При осложнении ринита фронтитом, гайморитом или фарингитом клиническая картина дополняется признаками, свойственными поражению этих органов.

Течение. Острый ринит, за редким исключением, заканчивается выздоровлением через 8—12 дней, хронический длится месяцами.

Патолого-анатомические изменения. В носовой полости находят слизистый или слизисто-гнойный экссудат, покраснение и изъязвление. Подчелюстные и заглоточные лимфатические узлы часто увеличены. При распространении процесса выражены изменения в прилегающих тканях и органах. При рините изменяется цвет слизистой оболочки носа. В связи с развитием воспалительной гиперемии при остром рините она приобретает красную окраску. Пропитываясь экссудатом, слизистая оболочка носа набухает, в результате чего просвет носа суживается, дыхание затрудняется, становится сопящим. Возникает чиханье или фырканье. При фолликулярном рините появляются узелки на слизистой оболочке носа, коже крыльев носа, губ и щек.

Диагноз. При постановке диагноза следует иметь в виду инфекционные и паразитарные болезни, протекающие с явлениями ринита. Поэтому необходимо тщательно анализировать эпизоотологическую обстановку, условия содержания и кормления животных, клиническую картину болезни. Незаразные риниты протекают чаще спорадически, преимущественно без повышения общей температуры тела.

Прогноз до осторожного. Он зависит от происхождения и тяжести процесса.

Лечение. Устраняют причину заболевания, составляют рацион из легкопереваримых, богатых углеводами кормов, которые перед скармливанием увлажняют. Больное животное переводят в специальное помещение, где (при воспалении с пониженной секрецией слизистых желез) относительную влажность воздуха повышают до 95% путем разбрызгивания воды, распылением воды с добавлением к ней бактерицидно и анестезирующе действующих веществ (антибиотики, норсульфазол, ментол, каметон и др.). При обильном выделении секрета уменьшают влажность воздуха до 40—50%.

В животноводческих комплексах всю секцию или станок, закрытый полиэтиленовой пленкой, заполняют аэрозолями с помощью САГ-1, САГ-2 или ДАГ. В таких помещениях больных содержат до 30 мин, после чего уменьшают концентрацию аэрозолей или выводят животных. Тяжелобольным оказывают лечебную дополнительную помощь, при затрудненном дыхании слизистую смазывают иодглицерином, из носовых ходов удаляют скопившийся экссудат и корочки, затем через ирригатор или порошковдувателем вводят 3—5%-ный раствор ментола на вазелиновом масле, 2%-ный раствор анестезина, антибиотики на 0,25—2%-ном растворе новокаина, 2%-ный раствор танина. Применяют ингаляцию пара с содой, дают анальгин, внутримышечно вводят антибиотики. При инфекционных ринитах больных изолируют, проводят дезинфекцию и специфическое лечение.

Профилактика. Не допускают переохлаждения и вдыхания раздражающих веществ, регулярно удаляют навоз. Особое внимание обращают на полноценное кормление, не применяют несовместимых веществ и вызывающих аллергию. С целью предупреждения осложнений своевременно и правильно оказывают лечебную помощь.

###### 3. Закупорка книжки

*Закупорка книжки (obstructio omasi)* - непроходимость книжки вследствие скопления в ней чрезмерно большого количества кормовых масс с последующим их высыханием; сопровождается увеличением органа. Возникает при длительном кормлении животных измельчённым сухим кормом (мякина, мелко нарезанная солома, веточный корм, картофельные очистки), отходами от переработки свёклы (жом, патока), особенно мёрзлыми и засоренными песком и землёй; при продолжительном содержании животных на пастбищах с бедным травостоем; при недостатке сочных кормов в рационе. В результате гипотонического и тонического состояния преджелудков (рубца и сетки) нарушается функция книжки, в последующем развиваются воспаление слизистой оболочки книжки и некроз её листочков.

Симптомы: снижение аппетита, прекращение жвачки, ослабление моторики рубца, отсутствие перистальтических шумов книжки, повышенная болевая реакция брюшной стенки справа между 7м и 10м рёбрами по линии плече-лопаточного сочленения при пальпации и перкуссии; учащение пульса и повышение температуры тела. Чаще наблюдается запор (отсутствие дефекации) и реже непроизвольное выделение жидкого кала. Фекалии у больных животных иногда плотные, чёрного цвета. Коровы резко снижают удой и упитанность.

Диагноз основан на данных анамнеза и симптомах болезни. Для подтверждения диагноза делают прокол книжки троакаром. Неподвижность ручки троакара, введённого в книжку, свидетельствует об отсутствии сокращений, переполнении и засорении книжки. Если при контрольном проколе книжки ощущается твёрдый конгломерат, то животное подлежит выбраковке на мясо.

Лечение. Внутрь (через зонд) назначают 500 г сульфата натрия с 7—10 л воды. Непосредственно в книжку (через иглу Боброва) вводят 500 мл 15—20%ного раствора сульфата натрия, 300 мл касторового или растительного масла. Раствор соли, а затем и масла нагнетают шприцем Жане. Внутривенно вводят 200—300 мл 5—10%ного раствора хлорида натрия. Из рациона исключают корма, вызвавшие переполнение и закупорку книжки, заменяя их сочными. Воду дают вволю. Профилактика: ветеринарно-санитарный контроль за качеством кормов и соблюдение зоогигиенических правил кормления.

**Список используемой литературы**

1. Коробов А. В. Диагностика и сравнительные методы лечения засорения и переполнения книжки. М.: Ветеринария, 1975.

2. Шарабрина И.Г. Внутренние незаразные болезни с-х. животных. М.: Ветеринария, 1976.