ОСОБЕННОСТИ РАН ОТДЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ И ОБЛАСТЕЙ ТЕЛА

Локализация ран оказывает определенное влияние на течение раневого процесса, на их лечение и исход. Поэтому наряду с изучением общих закономерностей раневой патологии необходимо учитывать особенности течения и лечения ран отдельных органов и областей тела.

В связи с изложенным здесь целесообразно рассмотреть раны в области головы, грудной и брюшной стенок, крупа, бедра, а также раны в области молочной железы и сосков, поскольку для лечения этих ран нередко применяют специальные лечебные приемы и методы.

Раны суставов, сухожилий, сухожильных влагалищ, венчика и копыт рассмотрены в соответствующих главах учебника.

Раны в области головы. Причины. Раны в области головы — результат травм, нанесенных различными колющими, режущими предметами (гвоздями, кусками железа, вилами, стеклами и др.), укусов дикими животными и собаками, ударов рогами, шипами кованых лошадей, ранений огнестрельным оружием.

Клинические признаки. В области головы регистрируют резаные, рваные, ушибленно-рваные и колотые раны. Наиболее часто наблюдают раны губ, крыльев носа, щек, носа, ушей и языка. По глубине повреждения они могут быть поверхностными, или непроникающими, и проникающими в ротовую, носовую полости, в лобную, верхнечелюстную пазухи.

Проникающие в носовую полость и пазухи раны обычно сопровождаются переломами костей черепа. Через раневое отверстие проникающей в ротовую полость раны выделяются частицы кормовых масс, а из ран слюнных желез и их протоков — слюна. При переломе носовых костей и ранах слизистой оболочки носа возможно обильное носовое кровотечение.

Раны мягких тканей в области головы заживают обычно хорошо. Этому благоприятствуют обильное кровоснабжение тканей, относительно малая их подвижность и отсутствие здесь толстого слоя рыхлой клетчатки.

Среди осложнений, возможных при ранах в области головы, наиболее часто наблюдают образование эпителизированных (при проникающих ранах в области щек) и секреторных (при ранах слюнных желез и их протоков) свищей; развитие фронтита и гайморита (при переломах лобной и верхнечелюстной костей); паралич лицевого нерва (при повреждении его ветвей).

Лечение. При оказании первой помощи останавливают кровотечение, кожу вокруг раны и раневую поверхность обрабатывают 5%-ным спиртовым раствором йода, на рану накладывают защитную повязку.

При первой же возможности проводят хирургическую обработку раны, при этом иссекают мертвые и травмированные ткани, края лоскутных и рваных ран сближают швами. Раны, проникающие в ротовую полость, а также раны слюнных желез и их протоков закрывают кисетным швом. На раны языка накладывают петлевидные швы. При эпителизированных свищах в области щек отделяют стенку свища от подлежащих тканей. Отпрепарированный свищ выворачивают в ротовую полость, где на него накладывают узловатые швы для закрытия его просвета; рану со стороны кожи также зашивают узловатыми швами.

Раны грудной стенки. Причины. Раны грудной стенки чаще возникают в результате ударов рогами, падений животных на острые торчащие предметы (гвозди, вилы и т. п.), наезда на них автотранспорта, ранения огнестрельным оружием и т. п.

Клинические признаки. Раны грудной стенки делят на поверхностные, или непроникающие, когда нарушение целости тканей не сопровождается вскрытием грудной полости, и проникающие, когда нарушается целость пристеночной плевры и грудная полость сообщается через раневой канал с внешней средой.

При поверхностных ранах наблюдают признаки, свойственные обычным ранам. Проникающие раны характеризуются вхождением воздуха в плевральную полость — пневмоторакс, а иногда и скоплением крови в плевральной полости — гемоторакс.

Различают три вида пневмоторакса: закрытый, открытый и клапанный. При закрытом пневмотораксе некоторое количество воздуха проникает в плевральную полость только в момент ранения, в дальнейшем просвет раневого канала закрывается, и сообщение грудной полости с внешней средой прекращается. При открытом пневмотораксе воздух засасывается в плевральную полость во время вдоха и выталкивается наружу в момент выдоха. Вхождение и выход воздуха через раневое отверстие прослушивается в виде свиста. При клапанном пневмотораксе воздух при вдохе входит в плевральную полость и остается в ней, так как выход его наружу затруднен или отсутствует вследствие закрытия раневого канала тканевыми лоскутами («клапанами»). Скопление воздуха в плевральной полости диагностируют перкуссией и аускультацией грудной клетки: при перкуссии обнаруживают коробочный звук, а при аускультации — ослабленное, везикулярное дыхание.

Лечение. Непроникающие раны грудной стенки лечат как обычные раны. При проникающих ранах в срочном порядке закрывают пневмоторакс. Для этого уже при оказании первой помощи на рану накладывают массивные повязки, препятствующие поступлению воздуха в плевральную полость, а затем рану подвергают хирургической обработке, во время которой на межреберные мышцы и фасции накладывают узловатые швы, кожную рану не зашивают или зашивают частично в ее верхнем участке. После закрытия пневмоторакса удаляют из плевральной полости воздух путем плевроцентеза (у лошади и крупного рогатого скота 10— 20л). В послеоперационный период применяют противошоковую терапию (новокаиновые блокады), антибиотики и сульфаниламиды.

Раны брюшной стенки. Причины. Ранения колющими и режущими предметами (гвоздями, вилами, зубьями грабель и бороны, проволокой, троакаром и др.), удары рогами, шипами кованых лошадей, падение животных на острые торчащие предметы, ранения огнестрельным оружием.

Клинические признаки. Раны брюшной стенки могут быть не проникающими в брюшную полость и проникающими. Последние характеризуются нарушением целости брюшины, иногда сопровождаются повреждением органов брюшной полости (желудка, кишечника, печени и др.), выпадением сальника или кишечника. Диагноз на возможное повреждение или выпадение органов обычно уточняют путем тщательной ревизии раны, проводимой в момент ее хирургической обработки. При большом зиянии раны выпадение в рану сальника или петли кишки удается установить сразу путем осмотра. Проникающие раны брюшной стенки нередко осложняются перитонитом и сепсисом.

Лечение. При непроникающих ранах проводят те же лечебные мероприятия, что и при обычных ранах. При проникающих ранах брюшной стенки лечебная помощь зависит от характера повреждения.

Зияющие рвано-ушибленные раны подвергают хирургической обработке, при этом максимально щадят брюшные мышцы и апоневрозы. При значительном расхождении раневых краев их сближают швами, накладывая последние на мышцы и апоневрозы. В случае выпадения в рану сальника на его внешне неизмененную часть накладывают лигатуру из кетгута, а выпавшую часть сальника отсекают ниже лигатуры, культю обрабатывают 5%-ным спиртовым раствором йода и вправляют в брюшную полость. На желтую брюшную фасцию и мышцы накладывают узловатые швы. Если выпадает петля кишки, то ее после тщательного обмывания раствором этакридина лактата (1:500—1000) также вправляют в брюшную полость с последующим зашиванием брюшной стенки.

Для профилактики перитонита при проникающих ранах брюшной стенки применяют новокаиновые блокады по методам Мосина, Тихонина и антибиотикотерапию.

Раны в области крупа и бедра. Причины. Раны могут быть нанесены всевозможными колющими и режущими предметами, кованым копытом, рогами и зубами животного, а также осколками снарядов, мин и пулями.

Клинические признаки. В области крупа и бедра чаще встречаются колотые и ушибленно-рваные раны. Раны в этой области относительно часто осложняются образованием глубоких затечных полостей и карманов, в которых скапливаются гнойные массы. М.В. Плахотин установил одиннадцать анатомических путей для распространения гнойных масс в области крупа и бедра. Кроме того, наличие в этой области массивных мышц и относительно бедное их кровоснабжение способствуют развитию в травмированных тканях, особенно при глубоких ранах, анаэробной инфекции.

Лечение. Поверхностные раны лечат обычным способом. При ушибленно-рваных ранах с затечными полостями широко рассекают раневой канал, вскрывают гнойные полости, применяют дренажи с антисептическими средствами, внутривенно назначают новокаин и антибиотики. При развитии анаэробной инфекции применяют комплекс неотложных лечебных мероприятий (см. раздел 2.2.2).

Раны вымени и сосков у коров. Причины. Раны молочной железы возникают в результате травмирования ее всевозможными острыми торчащими предметами (проволокой, сучками дерева, гвоздями и др.), укусов диких животных и собак, ударов рогами и т. п.

Клинические признаки. В области вымени и сосков встречаются резаные, рубленые, колотые, ушибленно-рваные и кусаные раны. По глубине повреждения они могут быть поверхностными, глубокими и проникающими в молочные и сосковые цистерны. В последнем случае из ран выделяется молоко. Глубокие и проникающие раны нередко осложняются маститом и свищами соска.

Лечение. При свежих ранах вымени проводят первичную хирургическую обработку. Узкие раневые каналы широко рассекают, иссекают нежизнеспособные ткани, раневые края паренхимы молочной железы сближают погружными кетгутовыми швами, а на кожу накладывают узловатые швы из шелка.

Свежие и воспалившиеся раны вымени хирургически обрабатывают после инфильтрационного обезболивания. Раневой канал рассекают на всю его глубину, иссекают ушибленно-рваные ткани, обеспечивают свободный сток экссудату. При значительном зиянии раны ее частично ушивают.

При непроникающих ранах сосков делают у их основания циркулярную инфильтрационную анестезию, после чего проводят хирургическую обработку раны методом частичного иссечения и накладывают глухие узловатые швы из шелка № 4. Операционную рану покрывают клеевой повязкой (клей БФ-6). Лактирующим коровам после операции в сосковый канал вводят на 8—10 дней хлорвиниловую трубку диаметром 4—5 мм и фиксируют ее шелком к коже соска. Швы снимают на 8—9-й день.

При проникающих ранах соска также проводят хирургическую обработку раны с последующим наложением двухэтажных петлевидных швов. При наложении первого этажа швов прокол тканей иглой делают со стороны кожи соска на расстоянии 6 мм от краев раны с таким расчетом, чтобы шов проходил в подслизистом слое. Ивами второго этажа сближают кожные края раны и прилегающую к ней часть мышечного слоя стенки соска; прокол тканей иглой при этом делают также со стороны кожи соска на расстоянии 3 мм от краев раны. На сосок накладывают повязку. Из этого соска 1 раз в день сдаивают молоко через катетер или хлорвиниловую трубку. В последние годы предложен метод соединения раневых поверхностей сосков с помощью клея циакрина.