

значною мірою знаходиться під генетичним контролем, але форма кісток також змінюється навантаженням. На структурній основі кістка є або корковою (компактною), або порожнистою (трабекулярною), і механічні та біологічні відмінності між цими двома типами мають важливе значення для сили утримування ортопедичних імплантатів та швидкості, з якою перелом загоюється.

Проведений аналіз літературних даних засвідчує істотну поширеність патології кісток у собак і її різноманітність за походженням. В основному зустрічаються переломи довгих трубчастих кісток, які здебільшого виникають по причинах етіологічного травматизму та недогляду. Часто відновний посттравматичний остеогенез ускладнює нашарування інфекційно-запальних процесів у формі остеомієлітів, що обов'язково вимагає додаткової антибактеріальної терапії.

Тому, зваживши на істотне поширення переломів кісток різних ділянок та їх ускладнень у собак виникає потреба у подальшому клініко-експериментальному обґрунтуванні прогностичних критеріїв та корекції запально-регенеративної реакції за одночасної стимуляції відновного остеогенезу, практичного удосконалення методик оперативного втручання й розробки робочих схем для профілактики ускладнень при загоєнні.

Для забезпечення виконання дослідної частини нами було створено дві групи тварин: перша – мала закриті переломи кісток (плечової чи стегнової), $n=12$, друга – закриті переломи ділянок (передпліччя чи гомілки), $n=10$, у обох груп тварин нами було виділено дослідну й контрольну групи.

Оперативне лікування проводилося на 2-й чи 3-й день після перелому. Після оперативного втручання ділянка перелому у тварин обох груп дренивалася пасивним трубчастим поліхлорвініловим дренажем. Після антисептичної обробки у дослідних тварин використовувалася мазь “Левосин” 1 раз на добу у контрольній лініймент стрептоциду, застосовували обидві мазі 3–7 днів до повного припинення ексудації та ознак запалення ранові дефекти закривалися швом.

Клінічно до початку оперативного втручання ділянки переломів мали істотний набряк тканин, патологічні рухомість і значну болючість.

На 10-у добу лікування у групі контрольних тварин реєстрували незначний набряк країв рани і їх малорухливість. Стінки ран рівномірно вкривалися великозернисті грануляції. До 8–10-ї добу в залежності від стану ран видалялися дренажі у контрольної групи тварин. Рани закривалися глухим швом на 10–12 добу за повного припинення ексудації.

У дослідної групи тварин до 10-ї доби поступово зросталися краї рани, спадав набряк і ознаки запалення, зменшувалася болючість.

Швидкий та позитивний клінічний ефект в даному випадку обумовлений очищенням ділянки перелому, локалізацією ознак запалення і ранньою на цьому фоні регенерацією.

Таким чином, використання у комплексній терапії мазі “Левосин” за лікування ран при остеосинтезі переломів трубчастих кісток собак дає нам можливість на 5 діб, в середньому, зменшити тривалість лікування за переломів плечової і стегнової кісток та на 4 доби за переломів кісток передпліччя та гомілки.

УДК: 636.24:15.28/3

ІВАНЮК В.В., магістрант

Науковий керівник – **КОЗІЙ В.І.**, д-р вет. наук

Білоцерківський національний аграрний університет

vasyl.kozyi@btsau.edu.ua

МЕТОДИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ЗА СЕПТИЧНОГО ШОКУ У СОБАК

Септичний шок - ускладнення сепсису .В останні роки були досягнуті вражаючі успіхи в розумінні його патофізіології та лікування. Вивчення і випробовування різних методів реабілітаційної терапії за септичного шоку є важливим завданням ветеринарної науки і практики .

Ключові слова: сепсис, лікування, імунний статус, кортикостероїди.

Сепсис - це складний синдром, пов'язаний з величезною неоднорідністю як патогенних мікроорганізмів, так і людей-господарів. Важливо відзначити, що реакція у різних пацієнтів і у одного пацієнта з плином часу різняться [1]. Всі пацієнти з сепсисом і септичним шоком мають чіткий імунний статус, супутні захворювання, патогени, інфекції і генетичну схильність. Ця неоднорідність частково пояснює, чому багато клінічних випробувань сепсису зазнали невдачі.

Метою роботи було ознайомитися з сучасними даними наукової літератури, щодо ефективності лікувальних заходів та реабілітаційної терапії за септичного шоку.

Результати досліджень. Антибіотики зменшують бактеріальне навантаження при септичному шоці [4], тому їх раннє введення повинно бути ефективним. Ранні антибіотики зазвичай підбирають емпірично на основі: характеристик інфекції [1], таких як джерело інфекції, місцевий характер резистентності організму та набутих у громаді проти внутрішньолікарняних інфекцій, та факторів-господарів [5], таких як вік, супутні хронічні захворювання та імунний статус. Відповідно, емпіричні антибіотики широкого спектру дії, які охоплюють усі ймовірні патогени, рекомендовані в принципах виживання при сепсисі [6].

Запальна відповідь призводить до пошкодження тканини господаря, а протизапальна відповідь викликає перепрограмування лейкоцитів і зміни імунного статусу. Тимчасові вікна для втручань короткі, і лікування повинно своєчасно контролювати джерело інфекції і відновлювати гемодинамічний гомеостаз. Необхідні подальші дослідження, щоб встановити, які рідини і вазопресори найкраще. Деяким пацієнтам з септичним шоком можуть бути корисні такі препарати, як кортикостероїди або активованій протеїн С. Інші терапевтичні стратегії знаходяться в стадії вивчення, в тому числі ті, які націлені на пізні прозапальні медіатори, ендотелій або нейроендокринну систему.

Інші питання, на які ми звернути увагу, - це спосіб введення протимікробних препаратів, тривалість лікування та використання антибіотиків, керованих прокальцитоніном. Постійну інфузію та періодичне болюсне введення β -лактамів порівнювали у хворих на септичну хворобу, які не отримували замісної ниркової терапії [7]. Пацієнти, які отримували антибіотики з безперервною інфузією, мали вищі показники клінічного вилікування протягом 14 днів після припинення прийому антибіотиків (первинний результат), більший показник фармакокінетики / фармакодинаміки та більше днів без вентиляції, ніж періодична болюсна група, але жодної різниці протягом 30 днів виживання.

Кумар та ін. [2] першими описали вражаючу асоціацію раннього прийому антимікробних препаратів (протягом першої години задокументованої гіпотонії) із збільшенням виживання. За погодженням з канадським дослідженням, Сеймур та ін. [3] показав у великому ретроспективному дослідженні 50 000 хворих на септик у США, що з кожною годиною введення антимікробних препаратів затримується, ймовірність внутрішньолікарняної смерті зростає на 4%. Затримки > 6 годин були пов'язані зі смертністю в лікарнях > 25%.

Отже, сепсис та септичний шок є досить поширеним та небезпечними для тварин. Вивчення порівняльної терапевтичної ефективності і розробка практичних рекомендацій щодо їх використання у виробничих умовах є важливим завданням ветеринарної науки і практики.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Pinheiro da Silva F., Cesar Machado M.C. Personalized medicine for sepsis. *Am J Med Sci.* 2015. 350. P. 409–413
2. Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock/ A. Kumar et al. *Crit Care Med.* 2006. 34. P. 1589–1596.
3. Time to treatment and mortality during mandated emergency care for sepsis/ C.W. Seymour et al. *N Engl J Med.* 2017. 376. P. 2235–2244.
4. Novak R., Charpentier E., Braun J.S., Tuomanen E. Signal transduction by a death signal peptide: uncovering the mechanism of bacterial killing by penicillin. *Mol Cell.* 2000. 5. P. 49–57
5. Kawai T., Akira S. TLR signaling. *Cell Death Differ.* 2006. 13. P. 816–825.

6. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016/ A. Rhodes et al. Intensive Care Med. 2017. 43. P. 304–377.

7. β -Lactam Infusion in Severe Sepsis (BLISS): a prospective, two-centre, open-labelled randomised controlled trial of continuous versus intermittent β -lactam infusion in critically ill patients with severe sepsis/ M.H. Abdul-Aziz et al. Intensive Care Med. 2016. 42. P. 1535–1545.

УДК: 619:617.271:636.7

КОТУРГА М.О., магістрант

Науковий керівник – **ЯРЕМЧУК А.В.**, канд. вет наук.

Білоцерківський національний аграрний університет
nauka@btsau.ua

ПАРААНАЛЬНИЙ АДЕНІТ У СОБАК: ДІАГНОСТИКА ТА ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ

Використання у практиці запропонованої нами схеми лікування забезпечує сприятливий перебіг та стійкий лікувальний ефект за використання мазі «Левомеколь», та промивання порожнини синусів антисептичним розчином, що є підтверджує її високу лікувальну ефективність. Запропонована нами методика дозволяє в середньому в 1,5 рази скоротити терміни лікування у порівнянні з розповсюдженими у практиці традиційними методами і ефективно профілакувати рецидиви.

Ключові слова: мазь «Левомеколь», параанальні синуси, параанальні аденіти, собаки, профілактика ускладнень.

Анальні залози - (Параанальні залози) похідні потових і сальних залоз у ссавців. Відкриваються в порожнину прямої кишки або поруч з анусом. Виділяють пахучу рідину (секрет). Використовуються тваринами для пізнання один одного (внутрішньовидової ідентифікації), залучення партнерів (апелленти), відлякування ворогів (служать в якості репеленту), а також для мічення зайнятої території [1].

При дефекації на анальні мішки чиниться тиск м'язом і щільними каловими масами, в результаті чого разом з екскрементами виходить і секрет. Якщо ж калові маси занадто м'які, параанальні синуси можуть і не очиститися.

У собак, які страждають ожирінням і гіподинамією, параанальні синуси не очищаються як слід, оскільки знижений м'язовий тонус і жирова тканина перешкоджає вивільненню вмісту мішків. У домашніх собак залози спорожняються в нормі при дефекації, але можуть «вистрілити» також при активних рухах або при стресі [2]. У разі, якщо собака проявляє занепокоєння і тре залози об підлогу, це може пояснюватися закупоркою анальних залоз у тварини.

Секрет, що знаходиться в мішках занадто довго, стає щільним, як горіх, і його виділення відповідно ще складніше. Бактерії, які потрапляють в анальні мішки, можуть спровокувати запалення - тоді виділення з анальних мішків будуть гнійними або кров'яними. Може виникнути абсцес (гнійний нарив), який може прорвати стінку мішка - тоді буде спостерігатися кал з домішкою крові.

Для діагностики необхідний повний клінічний і дерматологічний огляд собаки, який обов'язково включає в себе огляд вух і видимих видимих слизових оболонок і всього шерстного покриву тварини. Анамнез є важливою частиною досліджень. Так, наприклад, вік, в який проявився свербіж спростить постановку діагнозу.

За період наших спостереження надійшло 32 тварини з діагнозом параанальний аденіт. Переважно надходили на лікування пацієнти за хронічного перебігу (20), рідше – з гострим процесом (12). Трьом пацієнтам за хронічного перебігу за час спостереження (2 місяці) нами було проводилося хірургічне лікування, через постійні хронічні рецидиви (тварини нами лікувалися за контрольною схемою до проведення нами оперативного втручання). Всі тварин для дослідження нами розділено на – дослідну і контрольну групи.

Тваринам проводили механічну чистку параанальних залоз, і надавали рекомендації щодо дієтичного харчування із високим вмістом клітковини (вилучали з раціону сухі корми,