

Серед епітеліальних 12 доброякісних та 8 злоякісних. Також нами зареєстровано 1 злоякісну змішану пухлину.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Курс онкологии: пособие по онкологии /. – СПб.: издание СПбГПМА, 1999. 252 с.
2. Романчишен А. Ф., Жаринов Г. М. Онкология мелких домашних животных: учебное пособие /авт. сост.: Д.В. Трофимцов, И.Ф. Вилкововский, М.А. Аверин и др. / под ред. Д.В. Трофимцова, И.Ф. Вилкововского. М.: Издательский дом «НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА», 2017. 574 с.
3. Забежинский М.А., Суховольский О.К. Классификация опухолей домашних животных по системе TNM. Ветеринария. 1997. № 8. С. 37–40.

**УДК:636.09:616-006**

**ІГНАТЕНКО О.О.**, магістр

Науковий керівник – **ЄМЕЛЬЯНЕНКО О.В.**, канд. вет. наук

*Білоцерківський національний аграрний університет*

### **ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ РОЗРИВУ ПЕРЕДНЬОЇ ХРЕСТОПОДІБНОЇ ЗВ'ЯЗКИ КОЛІННОГО СУГЛОБУ У СОБАК**

У статті представлені дані стосовно поширення діагностики та лікування розриву передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглобу у собак. Техніку фіксації проводили трьома способами: біцепс-сарторіотранспозиції за методом Єфімова О.М., надверхівковий метод з використанням аутотрансплантанту та аналогічний метод з проходженням через кістковий канал.

**Ключові слова:** хрестоподібні зв'язки колінного суглоба, собаки.

Пошкодження передньої або краніальної хрестоподібної зв'язки створює нестабільність колінного суглоба. Ця нестабільність з часом призводить до певних процесів деструкції, що пов'язані з остеоартрозом. Розриви і надриви передньої хрестоподібної зв'язки є однією з найбільш частих і головних причин розвитку остеоартрозу в колінному суглобі та причиною виникнення кульгавості на тазову кінцівку [1,2].

Розрив хрестоподібної зв'язки досить часто зустрічається у собак великих і гігантських порід. Як свідчать джерела наукової літератури, для лікування цієї патології використовується цілий ряд методик [3,4]. Це протезування хрестоподібної зв'язки лавсанової стрічкою, потрійна остеотомія великогомілкової кістки, стабілізація колінного суглоба власною тканиною, метод вирівнювання шляхом остеотомії плато великогомілкової кістки та багато інших.

Досліди проводились в умовах клініки «Доктор Вет» місто Біла Церква за період з 2017-2020 рік було прооперовано 16 собак з розривом передньої хрестоподібної зв'язки.

Розрив передньої хрестоподібної зв'язки найчастіше зустрічались у таких порід, як африканського бурбуля – 28,6 % ( 6 гол.) добермана пінчера, стафордширського тер'єра, кане корсо, східноєвропейської вівчарки, ротвейлера, лабратора по 9,5 % та лайки, середньоазіатської вівчарки, чорного тер'єра по 4,8 %. У 36,5 % випадків відбувалось ушкодження медіального меніску. За ступенем розриву у 14,3 % відмічався частковий розрив, а у 85,7% повний розрив передньої хрестоподібної зв'язки. За типом розриву реєструвались 85,7 % одномоментних та 14,3 % поступових.

При розриві передньої хрестоподібної зв'язки відмічалось виражене доволі сильне кульгання тварин. У колінному суглобі виникав запальний процес, його спостерігали у 71,4%, але при давніх випадках у собак виникали дегенеративні зміни , що становило 28,6 % тварин.

Техніку фіксації колінного суглоба при розриві передньої хрестоподібної зв'язки у собак в умовах клініки «Доктор Вет» проводили трьома способами: біцепс-

сарторіотранспозиції за методом Єфімова О.М., надверхівковий метод з використанням аутотрансплантанту та аналогічний метод з проходженням через кістковий канал.

Метод біцепс-сарторіотранспозиції. Техніка операції полягає в наступному: розріз шкіри проводимо по дорсальному боку кінцівки від верхньої третини стегна до верхньої третини гомілки. Оголюється широка фасція стегна, сухожильна частина двоголового м'язу стегна і фасція гомілки. Пухка клітковина відділяється дещо в бік від лінії розрізу латерально, і до місця прикріплення кравецького м'язу в медіальний бік. Після чого розсікається широка фасція уздовж дорсального краю двоголового м'язу стегна і його сухожилля відсікається від колінної чашки і її прямої зв'язки. У дистальному напрямку розріз продовжується на фасцію гомілки, відступивши на 1 см від гребеня великогомілкової кістки з латерального боку. Двоголовий м'яз відокремлюється від фасції в поперечному напрямку по лінії суглобової щілини, потім від капсули колінного суглоба в латероплантарному напрямку до каудальної артерії стегна.

Розкривають колінний суглоб дугоподібним розрізом від горбистості великогомілкової кістки вздовж прямої зв'язки, колінної чашки і латерального краю чотириголового м'язу стегна. Колінну чашку відводять в медіальний бок, широко розкриваючи порожнину колінного суглоба. Після огляду фрагменту передньої хрестоподібної зв'язки, в необхідних випадках передній ріг медіального меніска і кісткові розрощення по краях суглобових поверхонь видаляють.

Порожнину суглоба промивають, колінну чашку репонують та зашивають розріз капсули двоповерховим швом. Потім проводять мобілізацію дистальної головки кравецького м'язу. Її виділяють з пухкої клітковини і відтинають від великогомілкової кістки. Після цього приступають до фіксації двоголового і кравецького м'язів на новому місці.

Петлевими швами дистальний кінець двоголового м'язу фіксується до фасції гомілки на гребені великогомілкової кістки. Сюди ж підшивається і дистальний кінець кравецького м'язу. Після розгинання колінного суглоба зашивається розріз широкої фасції стегна. Пошарово зшивається пухка клітковина, поверхнева фасція і шкіра.

Надверхівковий метод з використання аутотрансплантанту латеральної третини прямої зв'язки колінного суглоба та широкої фасції. Розріз роблять у латеральному парапателлярному напрямку. Виготовляється імплантант з латеральної третини прямої зв'язки колінної чашки і широкої фасції. Від горбистості великогомілкової кістки робиться розріз, відділяється пряма зв'язка і її латеральна третина. Потім в ділянці колінної чашки розріз проводиться латеральніше від краю надколінника, який продовжується по широкій фасції стегна. Роблять паралельний розріз, так, щоб ширина лоскута була 1,5 – 2 см. Проксимальна частина кріплення фасції відрізається. Надколінник відвертається в медіальний бік, роблять латеральну парапателлярну артротомію.

Проводять огляд медіального меніску, при необхідності проводять часткову меніскотомію. Видаляють ушкоджену зв'язку та остеофіти. За допомогою ретрактора Хохмана відводять в бік латеральну суглобову капсулу, виявляють латеральний виросток та фabelу. Провідник для імпланту вставляється в міжвиросткову ямку, потім підготовлений імплант проводиться за допомогою провідника в цей канал. Імплант туго підтягується та пришивається до стегново-сезамовидної фасції і періостом. Якщо імплант довгий, його вільний кінець підшивається до прямої зв'язки надколінника.

Надверхівковий метод через кістковий канал з використання аутотрансплантанту: відпрепарування латеральної третини прямої зв'язки колінного суглоба та широкої фасції проводиться аналогічно попередній техніці. Далі у латеральному виростку стегнової кістки висвердлюють кістковий канал. Потім через нього проводять провідник та за його допомогою з через утворений канал протягують імплантат. Коли кінцівка зігнута під кутом 45° фіксують імплантат на зв'язці надколінника. Зашивають суглобову капсулу та пошарово м'язи, підшкірну клітковину та шкіру.

Кожним методом було прооперовано майже однакову кількість собак. При виборі оперативного втручання опирались на те, що собакам масою тіла до 35 кг більше

застосовується метод біцепс-сарторіотранспозиції, а масою тіла більше 35 кг частіше застосовують надверхівковий метод з використанням аутоотрансплантату.

При використанні методу біцепс-сарторіотранспозиції відбувалась більш рання стабілізація колінного суглобу і термін кульгавості скорочувався в середньому на 10,7-14,8 днів порівняно з використанням аутоотрансплантату.

Також помітним є, що у собак з меншою масою тіла, оперованих всіма способами, відмічалось більш швидше зникнення кульгавості - на 4,4-5,7 днів, ніж у важчих собак. У однієї собаки (20,0 % тварин групи) при використанні аутоотрансплантату з проходженням через кістковий канал через 1 місяць після операції виникла нестабільність колінного суглоба внаслідок остеолізу просвердленої кістки. Тварину було прооперовано повторно.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ефимов А.Н.: Хирургическое лечение разрыва передней крестовидной связки у собак. Ветеринар. № 6. 2003. -22-26 11.
2. Денни Х., Баттервоф С. Ортопедия собак и кошек. Практическое руководство для ветеринарного врача. М.: Аквариум-Принт, 2007. 696 с.
3. Щуров И.В. Опыт использования синтетических материалов при восстановлении передней крестообразной связки у собак крупных пород. Ветеринарная патология. М. 2006. № 2 (17). С. 51–57.
4. Щуров И.В., Лысенко А.Т. Рентгенологическая диагностика разрыва передней крестообразной связки у собак: II Материалы межвузовской научно-практической конференции студентов, аспирантов и преподавателей аграрных вузов РФ. Издательство РУДН, М. 2005. С. 105–106.

**УДК 619: 615: 617-089.5**

**ПАЛКІВСЬКА О. Д.**, магістрантка

Науковий керівник – **СМЕЛЬЯНЕНКО О.В.**, канд. вет. наук.

*Білоцерківський національний аграрний університет*

#### **ВИКОРИСТАННЯ ІНГАЛЯЦІЙНОЇ АНЕСТЕЗІЇ ДЛЯ ДРІБНИХ ДОМАШНІХ ТВАРИН**

В статті описано доцільність використання інгаляційної анестезії при проведенні оперативних втручань, маніпуляцій, досліджень у дрібних домашніх тварин. Була вивчена фармакокінетика, фармакодинаміка препарату для інгаляційної анестезії – ізофлурану, плюси та мінуси його використання.

**Ключові слова:** інгаляційна анестезія, анальгезія, фармакодинаміка, анестетик, ізофлуран.

У сучасній ветеринарній медицині будь-яке хірургічне втручання, пов'язане з нанесенням болю, чи маніпуляцій, які викликають значне занепокоєння тварин, не повинні виконуватись без застосування анестезуючих препаратів. [1]. Тривалий час інгаляційна анестезія була не так поширена у багатьох клініках через фінансові витрати, відсутності спеціального обладнання та складнощі в забезпеченні умов безпеки [2]. У теперішній час кількість клінік, де використовується інгаляційна анестезія значно збільшилася [3].

Робота виконана протягом 2021 р. на базі приватного ветеринарного центру «5 елемент». Було проаналізовано вибірку пацієнтів у яких оперативні втручання та маніпуляції та дослідження проводилися під загальною анестезією з використанням інгаляційного наркозу препаратом ізофлуран; анестезія була в більшості випадків комбінованою та мононаркозом на ізофлурані. Дослідження, які проводилися були виконані за допомогою апарату для інгаляційної анестезії Matrх VMS.

Результати власних досліджень показали, що із загальної кількості пацієнтів, які надходили у ветеринарний центр для проведення хірургічного втручання, малоінвазійних маніпуляцій чи дослідження для анестезії у істотної кількості тварин(67%) використовувався інгаляційний наркоз з використанням ізофлурану. Інгаляційна анестезія за допомогою ізофлурану не має достатніх анальгезуючих властивостей, тому його не використовують у