

Aethina tumida коротші ніж *Cyathodactylus luteus* та форма гомілки має прямокутну форму *Aethina tumida* і трикутну форму у *Cyathodactylus luteus*. Важливі морфологічні ознаки диференціації личинок *Aethina tumida* від личинок *Galleria melonella* (велика воскова міль). Три пари передніх кінцівок та подвійний ряд щитонки на дорсальній частині тіла личинки та подвійний урогомф (щетинки в каудальній частині личинки) *Aethina tumida* на відміну від личинки *Galleria melonella*.

ОСТЕОСИНТЕЗ КІСТОК ГОМІЛКИ У СОБАК

Лашин І.О., здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти

Білий Д.Д., д. вет. н., професор

dmdmbeliy@ukr.net

Дніпровський державний аграрно-економічний університет, Дніпро, Україна

Вступ. Наразі в умовах великих міст реєструється тенденція до збільшення рівня механічних пошкоджень серед собак, насамперед, карликових і дрібних порід. В структурі хірургічної патології травматичного генезу найбільш поширеними є переломи трубчастих кісток.

Анатомічні особливості тазової кінцівки у собак дозволяють використовувати більшість способів стабілізації переломів великогомілкової кістки, зокрема: гіпсові пов'язки, внутрішньокісткові шпиці та штифти, металеві конструкції для накісткового та зовнішнього остеосинтезу. Вивчення ефективності різних існуючих видів лікування переломів кісток гомілки у дрібних тварин є досить актуальною проблемою.

Удосконалення методів хірургічного лікування переломів і післяопераційної реабілітації є досить важливою проблемою для сучасних лікарів ветеринарної медицини, які працюють в містах і надають допомогу дрібним тваринам, тому що серед усіх видів механічних травм переломи кісток, переважно кінцівок, зустрічаються найчастіше, і цей факт свідчить про необхідність пошуку ефективних засобів і методів для надання травматологічної допомоги собакам.

Наведене вище обґрунтовує актуальність удосконалення існуючих та розробку сучасних способів остеосинтезу довгих трубчастих кісток, зокрема за перелому велико- та малоомілкової кісток.

Мета дослідження – визначити оптимальний спосіб фіксації відламків за переломів кісток гомілки у собак карликових і дрібних порід

Матеріал і методи роботи. Дослідження проводили в умовах кафедри ветеринарної хірургії і репродуктології ДДАЕУ та державної лікарні ветеринарної медицини Шевченківського та Соборного районів м. Дніпро.

Проводячи клініко-діагностичні дослідження травмованих тварин, ми враховували симптоми порушення статичної та динамічної функції кінцівки. Вони були специфічні, і в окремих випадках внаслідок перелому супроводжувався ушкодженням нервових стовбурів.

При з'ясуванні характерного клінічного перебігу найбільш типових переломах кісток гомілки ми в основному спирались на симптоматичну та рентгенологічну діагностику. По можливості з'ясовували обставини, за яких тварини були травмовані, а також сам механізм пошкодження, що дозволяло встановити і передбачити супутні клінічні прояви. При проведенні клінічних досліджень для нас було важливим розрізнити переломи на стабільні й нестабільні.

Результати роботи. Нами відмічено, що переломи в ділянках дистального

метафізарного хряща великогомілкової кістки зазвичай закінчуються епіфізеолізом. Репозицію та фіксацію епіфіза через малі розміри можна було виконати тільки при відкритому методі лікування у разі кардо-латерального оперативного доступу до суглоба передплесни. Після репозиції епіфіза, останній фіксували штифтами, які вводили навхрест через епіфіз у метафіз великогомілкової кістки. Нами відмічено, що у післяопераційному періоді для кращої реабілітації бажано застосовувати підтримуючий бандаж (пов'язка Роберта – Джонса).

При закритих переломах діяфізу гомілки без зміщення відламків проводили консервативне лікування з накладанням гіпсової іммобілізуючої пов'язки на 35 – 40 діб. Консервативне лікування застосовували при впевненості, що цілком усунене поперечне, кутове і ротаційне відхилення кісток. Зміщеннями відламків кісток до 2 – 4 мм нехтували. Таке лікування також використовували при неповних переломах гребеня великогомілкової кістки.

При діафізарних переломах кісток гомілки, операційне відновлення статичної і динамічної функції кінцівки здійснювали двома методами – інтрамедулярним і екстракортикальним остеосинтезом. Важливим критерієм при виборі методу остеосинтезу був характер перелому, вага тварини та її темперамент.

Нами відмічено, що внутрішньокісткові штифти забезпечують надійний захист від кутових сил, які діють в ділянці перелому, але слабо протидіють ротаційним та аксіальним впливам.

Тому, на нашу думку інтрамедулярний остеосинтез є доцільним коли лінія перелому є поперечною, аксіально стабільною, а співставлення кісткових країв в ділянці перелому забезпечує стабільну ротаційну стійкість. При реконструкції спіральних та осколкових переломів для забезпечення ротаційної та аксіальної стабільності а також надійної компресії уламків доцільно застосовувати додатково серкляж, а в якості металевих імплантатів декілька штифтів або спиць Кіршнера.

Екстракортикальний остеосинтез можна застосовувати для лікування майже всіх переломів великогомілкової кістки, але найкращі результати він дає в наступних випадках.

Його доцільно застосовувати у собак середніх та великих порід при поперечних, або коротких косих переломах. У цих випадках пластина створює додаткову компресію в ділянці перелому. При множинних осколкових переломах, які не піддаються реконструкції пластина виконує роль «опори», з'єднуючі ділянку перелому і запобігаючи його від усіх навантажень у процесі біологічного загоєння. У певних випадках при переломах проксимального, або дистального діяфізу, коли спеціальні Т – подібні пластинки забезпечують необхідну стабільність у випадках недостатньої кісткової маси і дозволяють уникнути інших варіантів фіксації.

Єдиним протипоказанням до застосування накісткового остеосинтезу можуть бути ситуації, при яких інші методи забезпечують таку ж стабільність за відсутності небезпеки ятрогенного пошкодження м'яких тканин.

Висновки. Інтрамедулярний остеосинтез є ефективним способом за простих та неускладнених переломів кісток гомілки на тлі недоцільності його використання за осколкових косих та спіральних переломів, за виключенням застосування додатково серкляжу.

Екстракортикальний остеосинтез має перевагу порівняно із інтрамедулярним незалежно від характеру ушкодження кістки, що пов'язано із більшою міцністю фіксації уламків та виключенням явищ їх ротації.