

УДК:619:616.98:578.831.3

## ПРИМЕНЕНИЕ АНТИГОМОТОКСИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ЭХИНАЦЕЯ КОМПОЗИТУМ И ТРАУМЕЛЬ ПРИ КАТАРАЛЬНОЙ БРОНХОПНЕВМОНИИ

КУШНИР В.Ю., ЧУБОВ Ю.А., ЗУБЕНКО В.А.

Одесский Государственный Аграрный Университет

**Abstract.** Using the allopathic preparations in catarrhal bronchopneumonia in animal, In particular the antimicrobial, enhances toxic and destructive processes at the cellular level is not always effective. That`s why the purpose of our work is to find biologically innocuous method of treatment dogs, ill on catharral bronchopneumonia. In our researches we used combine anthihomothoxic preparations traumel and echinacea compositum. Also we used regional limphotropic therapy. Made the researches, we notised, that using the combine anthihomotoxic preparations traumel and echinacea compositum in regional limphotropik therapy for treatment animals, ill on catarral bronchopneumonia is very affective.

**Key words:** Catarral bronchopneumonia, Echinacea compositum, Traumel, Regional limphotropic therapy.

### ВВЕДЕНИЕ

Применение при катаральной бронхопневмонии у животных аллопатических препаратов химической природы, в частности антимикробных, способствует усилению токсических и деструктивных процессов на клеточном уровне и далеко не всегда является эффективным. Кроме того, довольно часто встречаются рецидивы. В связи с этим в настоящее время является актуальным своевременное назначение больным животным антигомтоксических препаратов, которые экологически безвредны. Известно, что ингредиенты антигомтоксических препаратов обеспечивают как специфическое, так и потенциальное действие. Примером специфического иммуномодулирующего действия может быть медикаментозный эффект препарата эхинацея композитум, который в то же время дает неспецифический антимикробный и

противооспалительный эффекты.

Нами были проведены исследования, направленные на изучение действия препаратов эхинацея композитум и траумель при лечении собак, больных острой катаральной бронхопневмонией.

## МЕТОДИКА И МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Экспериментальная часть научной работы выполнялась на базе ветеринарной клиники «Динго» города Одесса и кафедры внутренних болезней животных и клинической диагностики Одесского государственного аграрного университета. Материалом для исследования были 10 собак породы - немецкая овчарка, возрастом от 1 до 3 лет, весом от 34 до 43 кг, подобранных по принципу аналогов, больных острой катаральной бронхопневмонией, которых разделили на две группы по 5 животных в каждой.

Каждая собака находилась под наблюдением 20 дней. За этот период собак подвергали ежедневному клиническому исследованию (осмотр, пальпация, аускультация) . Кроме того, проводили гематологические (лейкоциты, гемоглобин, СОЭ - по общепринятым методикам) исследования на 1, 10 и 20 день.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У животных наблюдались следующие клинические признаки заболевания: общее угнетение, слизистые легочные истечения из носовой полости, кашель, который усиливается во время движения, аппетит снижен. Температура тела повышена и колеблется в пределах 39,9 - 41,5°C, дыхание частое, поверхностное, брюшного типа. Пульс частый, слабого наполнения, количество сокращений сердца увеличено до 127 - 136 ударов в минуту. Частота дыхательных движений 35-40 в минуту. При аускультации грудной клетки хорошо прослушиваются не исчезающая после кашля хрипы. При перкуссии установлены очажки притупления в отдельных участках.

Лечение животных проводилось комплексно с применением во второй группе комплексных антигомотоксических препаратов

Эхинацея Композитум и Траумель. Для повышения эффекта действия гомеопатических средств, мы изменили методы их введения, применив лимфотропную региональную антигомтоксическую терапию. Как известно, лимфатическая система лёгких подразделяется на две сети: поверхностная – в плевре и глубокую – в самом лёгком. Поверхностная располагается в глубоком коллагеновом слое плевры и состоит из двух видов лимфатических сосудов. Первые – более широкие, образуют сеть из больших петель, соответствующих границам между основаниями легочных долек. Вторые – более узкие и представляют сеть из меньших петель, располагающихся в больших. Лимфа из поверхностной сети отводится с помощью клапанов, число которых больше на медиастинальной поверхности, в бронхопульмональных или лимфатических узлах легочных ворот. Начало глубокой лимфатической системы составляет лимфатические капилляры, расположенные около альвеолярных ходов или респираторных бронхиол, а также в межацинозных и междольковых перегородках. Около концевых бронхиол располагаются три анастомозирующих сосуда. С увеличением калибра бронхов количество перибронхиальных лимфатических сосудов увеличивается, причём в них вливаются сосуды лимфатической сети слизистой бронхов, а в большие бронхи – и сосуды второй сети, окружающей хрящевые кольца. Легочные артерии сопровождаются двумя или тремя лимфатическими сосудами. Лимфатические сосуды, сопровождающие легочные вены, начинаются от альвеолярного хода или плевры. Межацинозные лимфатические капилляры соединяются с междольковой лимфатической сетью, и в свою очередь вливаются в отводящие сосуды, сопровождающие легочные вены. Междольковая лимфатическая сеть состоит из множества широких капилляров, со всех сторон окружающих легочную дольку.

Между перибронхиальными и периваскулярными лимфатическими сосудами существуют многочисленные анастомозы по всему их протяжению – от их начала до гильюса. Поверхностная и глубокая лимфатические сети тоже анастомозируют. Широкие лимфатические капилляры, располагающиеся у основании легочных долек, соединяются с лимфатической сетью в междольковых перегородках поверхностно расположенных долек. Эти сосуды имеют клапаны,

направляющие лимфу к поверхностной сети.

Лимфатические сосуды собирают лимфу в бронхопульмональные, трахеобронхиальные и паратрахеальные торакальные узлы и далее в правый лимфатический проток. Лимфа верхушки левого лёгкого впадает непосредственно в грудной проток.

Наиболее богаты лимфатическими сосудами кожа и слизистые оболочки дыхательного аппарата, которые анастомозируют между собой. Учитывая вышесказанное, и то, что лимфатическая система активно принимает участие в процессе воспаления, причём особый интерес представляет высокое содержание в лимфе патогенной микрофлоры в начале развития бронхопневмонии и способность лимфатических узлов задерживать микроорганизмы, мы применяли лимфотропную антигомтоксическую терапию, с целью создания терапевтической концентрации гомеопатических веществ в очаге воспаления, а главное, на пути лимфооттока от него.

Как известно, нарушение лимфатических барьеров может привести к диссеминированию и генерализации воспалительного процесса, а выше предложенное лечение позволяет это исключить и ускорить процесс выздоровления.

Причём, в отличие от эндолимфатического способа введения лекарственных веществ, метод лимфотропной антигомтоксикотерапии прост и не требует специальных навыков и инструментов. Используется способность лимфатических капилляров кожи расширяться под действием некоторых ферментных препаратов, в частности лидазы, и усиливать поглощение участка кожи жидкости и находящихся в ней препаратов.

Известно, что лидаза вызывает обратный распад гликозаминогликана (мукополисахарида) – гиалуроновой кислоты до глюкозамина и глюкоровой кислоты. Гиалуроновая кислота в организме является цементирующим веществом соединительной ткани, поэтому при её распаде увеличивается проницаемость ткани, ускоряются процессы диффузии через тканевые мембраны и улучшается движение жидкости в межтканевых пространствах. Действие гиалуронидазы

обратно, при уменьшении её концентрации вязкость гиалуроновой кислоты восстанавливается.

Причём последовательность действия при этом учитывает выбор места инъекции, зависящее от очага воспаления, подготовку места инъекции, внутрикожное введение 4–32 УЕ лидазы с 0,3–1,0 мл 0,25 - 0,5% раствором новокаина, введение через пять минут после введения лидазы в то же место препарата 1/4 - 1/2 однократной терапевтической дозы, причём в качестве препарата мы использовали комплексные гомеопатические средства. Таким образом, в первой группе применили мукалтин по 0,5 г внутрь два раза в сутки до выздоровления, бициллин 3 по 50 тыс. ЕД / кг один раз в три дня внутримышечно, растворив в 2 мл изотонического раствора натрия хлорида (после проверки микрофлоры на чувствительность к антибиотикам), и витамин В<sub>12</sub> по 1 мл один раз в сутки подкожно до выздоровления. Во второй группе дополнительно к первому варианту терапии, за исключением витамина В<sub>12</sub>, применялись комплексные антигемотоксические препараты траумель лимфотропно регионально три дня подряд по 1 мл внутрискожно, потом раз в три дня, эхинацея композитум лимфотропно регионально по 1 мл 1 раз в 3 суток до выздоровления и лидаза внутрискожно 16 УЕ с 1 мл 0,25 % раствора новокаина 3 дня подряд, затем 3 раза в неделю. Причём применили региональную лимфотропную терапию, то есть вводили их подкожно в области патологического процесса. Региональная лимфотропная терапия является относительно простой и обеспечивает достаточно высокую концентрацию препарата в зоне патологического процесса.

В результате проведенного лечения мы получили следующие результаты: продолжительность лечения животных второй группы составила в среднем 7 дней, что на 9 дней меньше, чем в первой группе, в которой лечение продолжалось 18 дней. Причём выздоровление во второй группе наступило у 100 % животных, в то время как в первой группе выздоровели 40 % животных, у 40 % животных болезнь приняла хроническое течение и 20 % погибло. Таким образом видим, что использование препаратов траумель и эхинацея композитум является эффективным. Это подтверждают и

результаты гематологических исследований. Так, если содержание гемоглобина у животных обеих групп на первый день лечения было снижено (первая группа – 102 г/л; вторая группа – 104 г/л), то во время лечения данный показатель увеличивался и в конце достиг физиологической нормы (первая группа 124 г/л; вторая – 136 г/л). Причем его увеличение во второй группе было значительно быстрее, чем в первой. Что касается лейкоцитов, то в обеих группах на первый день уровень лейкоцитов был повышен (первая группа – 17,2 Г/л; вторая группа – 17,3 Г/л), в процессе лечения он снижался. Причем снижение уровня лейкоцитов во второй группе было значительно быстрее, чем в первой (первая группа – 10,9 Г/л, вторая группа – 7,2 Г/л). Также нами определялся такой показатель, как скорость оседания эритроцитов. В начале лечения у животных обеих групп СОЭ была повышена (первая группа – 8 мм/час; вторая группа – 8 мм/час). В процессе лечения данный показатель снижался, причем снижение у животных второй группы происходит значительно быстрее, чем у животных первой группы (первая группа – 6 мм/час; вторая группа – 4 мм/час). Таким образом видно, что нормализация гематологических показателей во второй группе происходит значительно лучше, чем в первой группе.

## ВЫВОДЫ

На основании вышеизложенного можно прийти к заключению, что использование комплексных антигомтоксических препаратов эхинацея композитум и траумель в комплексной региональной лимфотропной терапии собак, больных катаральной бронхопневмонией, способствует скорейшему выздоровлению животных, улучшению экономических показателей и является экономически эффективным.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРЫ:

1. Лукьяновский В.А. Болезни собак / В.А. Лукьяновский. – М.: Росагропромиздат, 1998. – 383 с.: ил.
2. Борисевич В.Б. Заразные и незаразные болезни собак / В.Б. Борисевич, Б.В. Борисевич. – К., 1997. - С. 137-138.
3. Справочник ветеринарного терапевта / Н.В.Данилевская, А.В.Коробов, С.В.Старченков, Г.Г.Щербаков; под ред. А.В. Коробова, Г.Г. Щербакова . – СПб: Лань, 2000. – (Серия Мир медицины). - 384 с.
4. Клінічна діагностика внутрішніх хвороб тварин // В. І.Левченко, В. В.Влізло, І.П. Кондрахін [та ін.]; за ред. В. І. Левченка. - Біла церква: Білоцерківський державний аграрний університет, 2004. – 608 с.
5. Нетрадиційні методи лікування тварин / Ю.О.Чубов, М.В.Трухановська, Г.О. Осадча, С.М. Усейнов. – К., 2004. - 64 с.