



**RYC. 34-24** Przy odprowadzaniu zamkniętym boczno-zwichnięcia barku głowę kości ramiennej ucisnąć w kierunku przyśrodkowym, powierzchnię łopatki – w kierunku boczno-przyśrodkowym.

wskazującymi na DJD może polegać na ograniczeniu ruchu i podawaniu leków przeciwzapalnych w okresach zaostrzeń objawów choroby. Próbę zamkniętej redukcji podejmuje się bezpośrednio po urazie, o ile zwichnięciu nie towarzyszy złamanie łopatki lub kości ramiennej. Odprowadzenie zwichnięcia wykonuje się w znieczuleniu ogólnym. Boczne zwichnięcie przeprowadza się z wyprostowaną kończyną. Wywiera się nacisk przyśrodkowo na głowę kości udowej, a bocznie na wewnętrzną powierzchnię łopatki (ryc. 34-24). Głowa po odprowadzeniu powinna pozostawać w panewce, kiedy wykonuje się delikatnie ruchy w zakresie fizjologicznym dla stawu ramiennego. Jeśli repozycja wydaje się stabilna, zakłada się na bark miękki opatrunek unieruchamiający na okres 10–14 dni. Przyśrodkowe zwichnięcie wymaga odwrotnych manewrów i immobilizacji opatrunkiem Velpeau. Opisano też technikę tymczasowej stabilizacji pourazowego zwichnięcia stawu ramiennego poprzez zastosowanie blokującej płyty kostnej założonej przez staw [Post i wsp., 2008]

Zmniejszenie masy ciała u pacjentów z otyłością pomaga zmniejszyć obciążenie stawów i ograniczyć objawy kliniczne spowodowane zapaleniem kości i stawów.

## POSTĘPOWANIE CHIRURGICZNE

Nietrwale odprowadzenie zwichnięcia urazowego lub chronicznego metodą zamkniętą wymaga zastosowania redukcji metodą otwartą. Konieczna jest operacja przy zwichnięciu wrodzonym, które objawia się ciężką kulawizną. W przypadku objawów dysplazji lub DJD otwarta repozycja i stabilizacja nie są skuteczne, co obliguje do podjęcia procedur ratujących (wycięcie panewki lub artrodeza).

Chirurgiczną artrodezę barku rezerwuje się dla stanów chorobowych wykluczających naprawę, np. przewlekłego nieuleczalnego zwichnięcia, wieloodłamowego złamania głowy

lub panewki, względnie DJD. Postępowanie ratujące traktuje się zatem jako rozwiązanie ostatnie z możliwych i wdraża tylko wtedy, gdy inne stawy są prawidłowe. Mobilność łopatki sprawia, że utrata ruchomości po artrodezie u większości zwierząt nie upośledza znacząco funkcji kończyny.

Wycięcie artroplastyczne jest zabiegiem ratującym, ponieważ wywołuje pseudoartrozę między łopatką a ramieniem, ograniczając ruch w stawie ramiennym. Zabieg nie wymaga implantów metalowych (śruby, płyty); u większości psów eliminuje się ból, co umożliwia im opieranie kończyny i bieganie. Po operacji widoczne są jednak nieprawidłowości w poruszaniu się psa i zaniki mięśni barkowych.

## Postępowanie przedoperacyjne

Ocenę stanu ogólnego zwierzęcia ustala się przed zabiegiem. W przypadku zwichnięcia na tle urazowym konieczne jest badanie rentgenowskie klatki piersiowej oraz EKG.

## Znieczulenie

Do nastawienia zwichnięcia zarówno otwartego, jak i zamkniętego potrzebne jest znieczulenie ogólne. W przypadku młodych, zdrowych zwierząt można wykorzystać różne modele anestezji (zob. tab. 32-5). Specjalnej troski oczekuje się przy znieczulaniu zwierząt starych oraz tych z dodatkowymi obrażeniami.

## Anatomia

Do miejsc charakterystycznych, ułatwiających wyznaczenie lokalizacji stawu ramiennego, zalicza się wyrostek barkowy grzebienia łopatki, guz większy i głowę barkową mięśnia naramiennego. Orientacyjnymi punktami, które pomagają ustalić miejsce cięcia skóry, są wyrostek barkowy łopatki, guz większy ramienia i mięśnie piersiowe. Należy unikać uszkodzenia nerwu nadłopatkowego (biegnie po przednio-bocznej powierzchni łopatki), tętnicy okalającej kość ramienną tylną i nerwu pachowego (przechodzą tylnobocznie względem barku).

## Ułożenie pacjenta

Zarówno w przypadku przyśrodkowego, jak i boczno-zwichnięcia zwierzę jest układane w pozycji grzbietowej, z obłożoną chorą kończyną przednią. Przygotowuje się pole operacyjne mające zasięg od grzbietu do brzusznej linii środkowej i poniżej łokcia.

## METODY CHIRURGICZNE

### Chirurgiczna stabilizacja przyśrodkowego zwichnięcia

Dostęp przednio-przyśrodkowy do stawu ramiennego odsłania zwichnięty staw. Pomocne wydaje się, o ile jest możliwe, nastawienie zwichnięcia przed ekspozycją stawu, odtwarzające naturalne stosunki anatomiczne. *Cięcie skóry oraz podskórza należy rozpocząć na przyśrodkowej stronie wyrostka barkowego, nad guzem większym i kontynuować przyśrodkowo do połowy trzonu kości ramiennej (ryc. 34-25, A). Powięź powinno się przeciąć wzdłuż bocznej krawędzi mięśnia ramiennie-głowowego i odciągnąć go przyśrodkowo (ryc. 34-25, B). Należy przeciąć przyczę-*