### ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

### «КАЗАНСКИЙ (ПРИВОЛЖСКИЙ) ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Реферат

На тему: Бурсит

Выполнил: студент 2 курса

Группа 5279

Дрождева А.Н.

**Содержание**

1. Что такой Бурсит?

. Диагностика Бурсита

. Причины Бурсита

. Симптомы бурсита

.Особенности бурситов разной локализации

. Лечение Бурсита

. Профилактика Бурсита

**1. Что такой Бурсит?**

**Бурсит** (*bursa (лат.)* - сумка) - воспалительное заболевание синовиальных сумок, сопровождающееся повышенным образованием и накоплением в их полостях экссудата <javascript:linkDiv(46)> .

**Синовиальные сумки** (bursae synoviales) - щелевидные полости, образованные синовиальной оболочкой <javascript:linkDiv(75)>, содержащие синовиальную жидкость <javascript:linkDiv(218)> . Синовиальные сумки относятся к вспомогательному аппарату мышц. Они расположены в клетчатке между выступающими участками костей и мягкими тканями (кожей, фасциями <javascript:linkDiv(157)> , сухожилиями мышц, мышцами). Различают следующие синовиальные сумки: подкожные - расположенные в подкожной клетчатке на выпуклой поверхности сустава, подвергающегося резкому сгибанию; подфасциальные - находящиеся под фасцией <javascript:linkDiv(157)>; подсухожильные - расположенные под сухожилиями; подмышечные - лежащие под мышцами. Подсухожильные синовиальные сумки у взрослых часто сообщаются с полостью сустава. Окружая на значительном протяжении сухожилие мышцы, они могут образовывать синовиальное сухожильное влагалище. Большое количество синовиальных сумок находится в области наиболее подвижных суставов - плечевого (рис. 1), тазобедренного, коленного.

Они могут сообщаться с полостью сустава (например, надколенниковая сумка) или нет - поднадколенниковая сумка. Синовиальные сумки служат своего рода аммортизаторами, подушками, снижающими давление и трение тканей при движении в суставе.

**Бурситы** по клиническому течению могут быть острыми, подострыми, хроническими, рецидивирующими; по характеру возбудителя - неспецифическими или специфическими (гонорейные, бруцеллезные, туберкулезные, сифилитические); по характеру эксудата - серозными, гнойными или геморрагическими. Некоторые авторы выделяют асептический <javascript:linkDiv(156)> и инфицированный **бурсит**.

**Экссудат <javascript:linkDiv(46)>** (exsudatum; лат. exsudare выходить наружу, выделяться) - жидкость, богатая белком и содержащая форменные элементы крови; образуется при воспалении.

В зависимости от количественного содержания белка и вида эмигрировавших клеток различают серозный, гнойный, геморрагический, фибринозный эксудат. Встречаются также смешанные формы эксудата: серозно-фибринозный, серозно-геморрагический.

Серозный эксудат состоит преимущественно из плазмы и небольшого числа форменных элементов крови.

Гнойный эксудат содержит распавшиеся полиморфно-ядерные лейкоциты, клетки пораженной ткани и микроорганизмы.

Для геморрагического эксудат характерно наличие значительной примеси эритроцитов из крови, а для фибринозного - большое содержание фибрина <javascript:linkDiv(216)>. Эксудат может рассасываться или подвергаться организации.

Воспалительный процесс может иметь место как в постоянных, так и в новообразованных сумках в местах непрерывного давления и трения кожи, фасций <javascript:linkDiv(157)>, мышц, сухожилий о костные выступы. Наиболее часто встречается **бурсит** локтевых синовиальных сумок и синовиальных сумок коленного и плечевого суставов. Частота такой локализации обусловливается постоянным **травмированием** соответствующих участков тела в связи с особенностями определенных **видов спорта**. Это позволяет отнести **бурсит** к профессиональным заболеваниям. Частота заболеваемости **бурситом**зависит от **вида спорта** и других переменных (режимы **спортивной деятельности**, экипировка, уровень мастерства и др.).

**2. Диагностика бурсита**

Для диагностики бурсита ключевое значение имеет расспрос пациента, выяснение причин развития болей и их характера, а также осмотр и обследование проблемного и других суставов.

Для обнаружения жидкости в сумке и других изменений врач может назначить ультразвуковое исследование сустава и околосуставных тканей, а также рентгенологическое исследование. В непонятных и сложных случаях могут применять магнитно-резонансную томографию.

Специфических лабораторных тестов бурсита не существует. Назначаемые анализы позволяют подтвердить или отвергнуть наличие в организме воспаления, кроме того, они могут понадобиться для поиска первопричины воспаления суставной сумки.

Иногда выполняют укол в сумку для получения жидкости, которая скапливается в ней. Исследование жидкости позволяет понять, инфицирована ли она и ответить на некоторые другие вопросы.

**3. Причины бурсита**

Причиной возникновения **острого бурсита** чаще бывает **травма** (ушиб, ссадина, мелкие раны) и вторичное инфицирование синовиальной сумки гноеродными микробами. Инфицирование синовиальных сумок происходит по лимфатическим путям из гнойных очагов (при рожистом воспалении, фурункулах <javascript:linkDiv(99)> , карбункулах, остеомиелите <javascript:linkDiv(106)> , пролежнях), не исключается и инфицирование через кровь. Также не исключается возможность инфицирования вследствие пореза или ссадины в области суставной сумки (при падении с велосипеда, при игре в футбол).

**Хронический бурсит** часто является следствием длительного постоянного механического раздражения.

Патологическая анатомия. Патологоанатомические изменения при **остром бурсите** выражаются признаками острого воспаления стенок синовиальной сумки.

Начальные стадии **острого бурсита** характеризуются серозным пропитыванием тканей и скоплением в полости сумки серозного экссудата <javascript:linkDiv(46)> (острый **серозный бурсит**). При наличии микробной флоры серозное воспаление довольно быстро переходит в гнойное (**гнойный бурсит**). Распространение гнойного процесса на окружающие ткани может протекать по типу флегмонозного воспаления с некрозом <javascript:linkDiv(29)> стенки сумки и образованием подкожных и межмышечных флегмон <javascript:linkDiv(45)> . В запущенных случаях образуются длительно не заживающие свищи. Прорыв гноя в полость сустава приводит к развитию гнойного артрита <javascript:linkDiv(80)> .

При остром **травматическом бурсите** в растянутых синовиальных сумках и их карманах накапливается геморрагическая жидкость (кровь или плазма). При обратном развитии происходит организация фибрина <javascript:linkDiv(216)> и облитерация сосудов синовиальной оболочки. Развиваются стойкие изменения в стенке сумки, которая утолщается, поверхность синовиальной оболочки <javascript:linkDiv(75)> покрывается разрастаниями соединительной ткани (**пролиферирующий бурсит**), делящими полость сумки на дополнительные карманы.

При стихании острого воспаления и при подостром течении **бурсита** в стенке и карманах сумок остаются инкапсулированные участки некротизированных тканей или экссудат <javascript:linkDiv(46)>, которые при повторной **травме** и инфекции служат благоприятной почвой для развития рецидива воспаления (**рецидивирующий бурсит**).

**4. Симптомы бурсита**

На месте анатомического расположения сумки определяется округлая ограниченная болезненная припухлость мягко-упругой консистенции, флюктуирующая. Диаметр припухлости может достигать 8-10 см .

Больной жалуется на боли в области припухлости, недомогание; повышается температура тела; функция сустава умеренно ограничена.

При флегмонозном воспалении отмечается отек окружающих сумку тканей, гиперемия <javascript:linkDiv(13)> кожи (лимфангиит <javascript:linkDiv(102)>), выражены (особенно при **гонорейных бурситах**) общие симптомы заболевания: сильные боли, повышение температуры до 39-40°. При прогрессировании воспаления и переходе его на мягкие ткани определяются признаки флегмоны <javascript:linkDiv(45)>.

При **хроническом бурсите** на месте расположения сумки имеется округлая ограниченная припухлость мягкой консистенции, кожа над ней подвижна, не изменена, функция конечности не нарушена. Хронический процесс может обостряться; при этом увеличивается количество жидкости в полости сумки, что иногда приводит к образованию изолированной кистозной полости, заполненной жидкостью, называемой гигромой <javascript:linkDiv(114)> .

**5. Особенности бурситов разной локализации**



**Рис. 2** - Область левого плечевого сустава, вид сзади.

**1.** сумка между ножками клювовидно-акромиальной связки

**2.** сумка клювоводно-плечевой мышцы

**3.** капсула плечевого сустава

**4.** сумка подлопаточной мышцы

**5.** сумка большой круглой мышцы

**6.** сумка широчайшей мышцы спины

**7.** субакромиальная сумка

**8.** акромиальная подкожная сумка



**Рис. 3** - Область правого локтевого сустава, вид сзади (а) и спереди (б).

**1.** локтевая подкожная сумка

**2.** межкостная локтевая сумка

**3.** лучеплечавая сумка



**Рис. 4** - Область правого коленного сустава, вид спереди (а) и в продольном распиле (б).

**1.-6.** капсула сустава

**2.** глубокая поднадколенниковая сумка

**3.** поверхностная предбольшеберцовая сумка

**4.** сумка полуперепончатой мышцы

**5.** медиальная <javascript:linkDiv(153)> подсухожильная сумка икроножной мышцы

**7.** верхняя надколенниковая сумка

**8.** Подкожная

**9.** подфасциальная преднадколенниковая сумка

**10.** подсухожильная преднадколенниковая сумка

**Плечевой сустав**

В области плечевого сустава наиболее часто поражаются сумки, не сообщающиеся с полостью сустава,- подкожной акромиальная, поддельтовидная и субакромиальная (рис. 2). Жалобы сводятся к болям при отведении и вращении верхней конечности. Особенно болезненно протекает **бурсит** поддельтовидной сумки.

При осмотре контуры плеча сглажены, отмечается кажущееся равномерное увеличение самой дельтовидной мышцы; при больших размерах сумки припухлость видна по наружной поверхности плеча.  
Пальпацией обычно определяется болезненность при давлении на внутренний край большого бугра плечевой кости.  
**Надключичный бурсит** часто приходится дифференцировать от гнойного артрита <javascript:linkDiv(80)>, а также от весьма распространенного заболевания плечевого сустава - плече-лопаточного периартрита <javascript:linkDiv(86)> .

**Локтевой сустав**

**Острый бурсит** локтевых сумок чаще является результатом механического повреждения и инфицирования подкожной локтевой сумки при ее **травме**. Сумка резко увеличивается в размерах и приобретает полусферическую форму. Присоединение инфекции сопровождается появлением резкой болезненности, покраснением кожи в области локтевого отростка, повышением температуры. Более подробно о данной травме можно узнать в отдельной статье "Локтевой бурсит <http://www.sportmedicine.ru/elbow-bursitis.php>"

**Острый бурсит** нередко поражает лучеплечевую сумку, расположенную между бугристостью лучевой кости и сухожилием двуглавой мышцы (рис.3) (**бурсит теннисистов**).

**Тазобедренный сустав**

**Бурсит** в области тазобедренного сустава отличаются тяжестью течения; воспаление нередко распространяется на тазобедренный сустав. Чаще подвергается воспалению глубоко расположенная подвздошно-гробешковая сумка, находящаяся между мышцами и суставной капсулой, а также поверхностная и глубокая сумки большого вертела.  
При гнойном воспалении этих сумок отмечается резкая болезненность при отведении конечности, разгибании и вращении бедра. Бедро находится в положении сгибания, отведено и слегка повернуто наружу.

При пальпации <javascript:linkDiv(174)> определяется болезненная, эластической консистенции припухлость по передне-медиальной поверхности бедра под паховой связкой. При гнойном воспалении сумок большого вертела припухлость чаще располагается по наружной поверхности бедра.

По тяжести клинического течения и сходству симптоматики эти виды **бурсита** в ряде случаев трудно отличить от гнойного воспаления тазобедренного сустава. При **бурситах**, в отличие от артрита <javascript:linkDiv(80)>, наблюдаются:

) относительная безболезненность сгибания и приведения бедра; 2) отсутствие болезненности при нагрузке на конечность по длине; 3) наличие припухлости, располагающейся по передне-внутренней стороне бедра ниже паховой связки. Отличить поражение подкожной сумки большого вертела от поражения глубокой сумки позволяет смещаемость последней при движениях бедра кзади; при воспалении подкожной вертельной сумки смещения не отмечается.

**Коленный сустав**

В области коленного сустава наиболее часто поражаются преднадколенниковые сумки - подкожная, подфасциальная и подсухожильная (рис. 4); с коленным суставом они не сообщаются. В связи с более поверхностным расположением подкожная сумка поражается наиболее часто. Воспаление сопровождается резким местным отеком, флюктуацией, повышением температуры, увеличением регионарных лимфотических узлов.  
Воспаление глубокой поднадколенниковой сумки возникает чаще вторично как осложнение острого гонита.

**Подколенный бурсит** трудно диагностируется вследствие глубокого расположения сумки; при нем наблюдается некотороерое ограничение движений и боли в коленном суставе.

**Голеностопный сустав**

Частым видом **бурсита** в области стопы является воспаление крупной сумки, расположенной между пяточным бугром и пяточным сухожилием,- **ахиллобурсит**. Причиной его служат **травматизация**синовиальной сумки обувью, гематогенное или лимфогенное инфицирование.

**Бурсит подкожной пяточной сумки** представляет собой болезненную припухлость в области пяточного бугра. Воспалительный процесс может ограничиться фазой серозного пропитывания или привести к абсцедированию. В ряде случаев этот вид **бурсита** приходится дифференцировать от воспаления, вызванного **травмой мягких тканей** пяточной «шпорой».

**6. Лечение бурсита**

**Диагноз** несложен при воспалении поверхностно расположенных сумок и основывается на типичных клинических признаках, описанных выше. Диагноз облегчается пункцией <javascript:linkDiv(171)> полости сумки, позволяющей установить по полученному содержимому характер воспаления (серозное, гнойное, гнойно-геморрагическое и т. д.), установить характер микробной флоры и ее чувствительность к антибиотикам <javascript:linkDiv(168)>.

Для проведения наиболее эффективного лечения важно исключить специфичность вызвавшей воспаление инфекции (гонококки, бруцеллы, спирохеты и др.), что возможно на основании тщательно собранного анамнеза <javascript:linkDiv(68)>, бактериологического исследования содержимого сумок, результатов специфических серологических реакций.

Основным дифференциально-диагностическим признаком, позволяющим отличить **бурсит** от артрита <javascript:linkDiv(80)>, является сохранение движений в суставе.

Рентгенодиагностика поверхностно расположенных (подкожных) **бурситов** любой локализации сравнительно проста. В силу доступности их для клинического распознавания она обычно носит лишь уточняющий характер. Гораздо большее практическое значение имеет рентгенодиагностика глубоких **бурситов**. Среди них рентгенологу чаще всего приходится встречаться с **бурситом** в области коленного сустава и большого вертела бедра, **ахиллобурситом** и воспалением непостоянной подпяточной слизистой сумки, а на верхней конечности - с хроническим **субакромиальным бурситом**.

При **острых бурситах** в ранней стадии рекомендуется покой, давящая повязка, согревающие компрессы. Для предупреждения**гнойного бурсита** необходимо раннее активное лечение серозной формы **острого бурсита**, применение фиксирующих повязок.

При **хроническом бурсите** чаще прибегают к проколу с удалением экссудата <javascript:linkDiv(46)> и последующим промыванием полости сумки растворами антисептиков или антибиотиков <javascript:linkDiv(168)>.

При **травматическом бурсите** в полость синовиальной сумки вводят раствор гидрокортизона (по 25-50 мг с антибиотиками <javascript:linkDiv(168)> от 2 до 5 раз после предварительного введения 8-10 мл 2% раствора новокаина). Важно тщательное соблюдение асептики, т. к. в противном случае возможны серьезные осложнения.

При **гнойных бурситах** применяют лечение пункциями <javascript:linkDiv(171)>. В случае прогрессирования процесса прибегают к вскрытию сумки и удалению гноя; гнойную рану лечат по общим правилам. Недостатком этого метода является длительность заживания операционной раны.

**Прогноз** при **остром бурсите** зависит от степени патологических изменений в тканях пораженных сумок, их распространенности, способности инфекции к распространению, сопротивляемости организма больного. Неблагоприятные исходы **острого бурсита**могут иметь место при его осложнении артритом <javascript:linkDiv(80)>, остеомиелитом <javascript:linkDiv(106)>, свищами, сепсисом <javascript:linkDiv(208)> . Рецидив при хроническом **травматическом бурсите** отмечается у 2-2,5% оперированных.

Важно исключить возможность повторного бурсита, для чего достаточно долго проводят процедуры, снимающие воспаление и помогающие удалить из сумки экссудат. Обычно делают влажно-высыхающие повязки с раствором сульфата магния или повязки с мазью Вишневского. В последнее время появилось мнение, что при воспалении холодовые процедуры (например, прикладывание пакетов со льдом через ткань) более уместны, чем тепловые.

**Профилактика** состоит в устранении постоянного **травмирования** синовиальных сумок, в частности ношении защитных повязок, в тщательной первичной обработке ран синовиальных сумок антисептиками (обработка перекисью водорода, наложение бактерицидного пластыря/повязки), своевременном и рациональном лечении гнойничковых заболеваний.

Профилактикой бурсита является исключение нагрузок приведших к развитию бурсита. Нередко рекомендуется ношение ортопедических приспособлений, особенно если работа связана с определенным риском травмирующих движений. ЛФК тоже позволяет оптимизировать работу мышц и связок.

Старайтесь по мере возможностей избегать повреждений. Не перегружайте мышцы, используйте защитные приспособления, особенно при занятиях контактными видами спорта.

Разогревайтесь, правильно проводите разминку перед физическими нагрузками. А после их завершения выполняйте так называемую «заминку»

комплекс завершающих упражнений.

Старайтесь всё время оставаться в хорошей физической форме, занимайтесь собой!

воспаление синовиальная сумка сустав бурсит

**Использованная литература**

Большая медицинская энциклопедия: в 30-ти томах. 3-е изд. /Глав. ред. Петровский Б.В.- М., «Советская энциклопедия», 1982