

VIEŠOJI ĮSTAIGA JONIŠKIO LIGONINĖ  
Pašvitinio g. 21, LT-84152 Joniškis

INFORMACINIS LAPAS APIE  
BURSITO GYDYMO INTERVENCINES PROCEDŪRAS

BENDROJI INFORMACIJA

1. Jums diagnozuotas bursitas. Bursitas – tai sąnario tepalinio maišelio uždegimas. Nedidelės traumos ar padidėjęs fizinis krūvis sukelia padidėjusią sąnario maišelio sekreciją. Atsiranda fliuktuojantis, mažai skausminga patinimas.
2. Kai taikant konservatyvų gydymą (vaistais, fizioterapinėmis priemonėmis) nėra pakankamo efekto, taikoma pažeisto sąnario punkcija. Lėtinis bursitas gali būti gydomas bursos pašalinimu operacijos metu.

LIGOS PASEKMĖS IR PAVOJAI, ATSIŠAKIUS PROCEDŪROS

3. Bursitas - pavojinga liga, galinti tapti net ir invalidumo priežastimi, nes ligos pažeistą sąnarį po kurio laiko jau bus nebeįmanoma sulenkti.
4. Dar blogiau, kai negydomas bursitas ima pūliuoti. Jei negydysite pūliuojančio bursito, galite netekti galūnės.

PROCEDŪROS ESMĖ, POBŪDIS, TIKSLAS

5. Kai konservatyvios bursito gydymo priemonės neefektyvios, bursitą galima gydyti taikant minimalios invazijos procedūrą - punktuojant serozinį skystį adata ir suleidžiant į sąnario ertmę reikiamus vaistus. Po procedūros uždedamas sąnario judesius ribojantis tvarstis. Punkcija gali būti kartojama kas 3-4 dienas.
6. Jeigu punkcinis lėtinio bursito gydymas neefektyvus, bursą (sąnario tepalinį maišelį) reikia pašalinti. Bursos pašalinimo operacija yra nesudėtinga. Dezinfekavus operacinį lauką, taikant vietinę nejautrą, atliekamas puslankio formos pjūvis, nuo sąnario tepalinio maišelio (bursos) atskiriama odos skiautė. Po to, bursa atskiriamas nuo kaulo. Po operacijos žaizdoje 2-3 dienoms paliekamas drenas. Sąnarys imobilizuojamas.

ALTERNATYVŪS GYDYMO METODAI

7. Bursitas gali būti gydomas fizioterapijos priemonėmis, sąnarį suveržiančiu raiščiu, kuris užtikrina gydomam sąnariui ramybę, priešūždegiminiais vaistais.
8. Lėtinį ir pūliuojantį bursitą išgydyti kur kas sunkiau. Kartais pacientui chirurginės operacijos metu netgi tenka išimti sąnario tepalinį maišelį.

GALIMOS KOMPLIKACIJOS IR TOLESNĖS PASEKMĖS

9. Po kiekvienos operacijos, net ir kokybiškai atliktos, gerai pacientą slaugant, yra galimos pooperacinės komplikacijos. Po bursito gydymo komplikacijos yra retos ir retai sunkios.
10. Gydyta sritis gali būti skausminga, patinusi kelias dienas po procedūros.

11. Aplink žaizdą gali susidaryti hematoma (mėlynė), kuri greitai praeina.
12. Galimas infekcijos išplitimas.
13. Atliekant radikalią bursos pašalinimo operaciją, retais atvejais pasitaiko sunkesnės komplikacijos - aplink randą oda po operacijos gali būti nuolat nutirpusi, galimas rando išvešėjimas, gydyto sąnario sustingimas, sąnario funkcijos pablogėjimas, kraujagyslės ar raiščių pažeidimas.
14. Esant alergijai ar jautrumui (pvz. vaistams, dezinfekcinėms priemonėms, lateksui, pleistrui), gali pasitaikyti laikinas patinimas, paraudimas, odos niežulys, ar kitos greitai praeinančios reakcijos. Sunkios alerginės reakcijos su gyvybinių funkcijų sutrikimu ir liekamaisiais reiškiniais yra labai retos.
15. Operacijos metu ar pooperaciniu periodu gali kilti ir kitos komplikacijos, tačiau jų tikimybė yra labai maža.
16. Bursitas gali atsinaujinti.

#### REKOMENDACIJOS PO PROCEDŪROS

17. Po operacijos pacientui yra būtina gydytojo nustatytą terminą vartoti paskirtus medikamentus. Antibiotikų profilaktika apie 3-4% pacientų neapsaugo nuo infekcinių komplikacijų, t.y. žaizdos supūliavimo.
18. Po operacijos pacientui yra būtina laikytis režimo, jei gydytojo yra nurodyta, nešioti imobilizuojantį įtvarą, riboti fizinį aktyvumą gydytojo nustatytą laiką.
19. Esant neaiškumų dėl žaizdos gijimo ( $T \geq 38^\circ$ , paraudimas, patinimas, tirpimas, skausmas ir pan.), informuokite savo šeimos gydytoją.

VIEŠOJI ĮSTAIGA JONIŠKIO LIGONINĖ  
Pašvitinio g. 21, LT-84152 Joniškis, tel.: 8426 51764  
Kodas: 157659081

KONSULTACINĖ POLIKLINIKA, (8 426) 51 867

### SUTIKIMAS DĖL BURSITO GYDYMO

Procedūros pavadinimas: bursos punktavimas ir/ar pašalinimas.

Numatoma procedūros data: 20\_\_ m. \_\_\_\_\_ mėn. \_\_\_\_ d.

Sveikatos priežiūros specialisto atliksiančio procedūrą profesinė kvalifikacija, vardas, pavardė:

Aš, \_\_\_\_\_  
(paciento(-ės) vardas, pavardė, amžius)

patvirtinu, kad:

1. Susipažinau su Informaciniame lape apie bursito gydymo intervencines procedūras, patvirtintame 2011-03-14 įsakymu Nr. V-21, nurodyta informacija ir ją supratau.
2. Turėjau galimybę užduoti gydytojui klausimus ir gauti į juos atsakymus.
3. Man paaiškinta, kad, įvertinus mano sveikatos būklę, man yra galimos šios papildomos komplikacijos: \_\_\_\_\_

Įvertinęs (-usi) visą gautą informaciją:

- sutinku, kad man būtų atlikta bursos punktavimo ir/ar pašalinimo procedūra (*reikiamą pabraukti*).

\_\_\_\_\_  
(data, laikas, paciento (-ės) vardas, pavardė, parašas)

- Atsisakau procedūros.

\_\_\_\_\_  
(data, laikas, paciento (-ės) vardas, pavardė, parašas)

Pastabos. \_\_\_\_\_

Sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojo, užpildžiusio formą vardas, pavardė, pareigos, data ir laikas

VIEŠOJI ĮSTAIGA JONIŠKIO LIGONINĖ  
Pašvitinio g. 21, LT-84152 Joniškis, tel.: 8426 51764  
Kodas: 157659081

KONSULTACINĖ POLIKLINIKA, (8 426) 51 867

### SUTIKIMAS DĖL BURSITO GYDYMO

Procedūros pavadinimas: bursos punktavimas ir/ar pašalinimas.

Numatoma procedūros data: 20\_\_ m. \_\_\_\_\_ mėn. \_\_\_\_ d.

Sveikatos priežiūros specialisto atliksiančio procedūrą profesinė kvalifikacija, vardas, pavardė

---

Aš, \_\_\_\_\_

(atstovaujamojo (-sios) ir atstovo (-ės) asmens vardas, pavardė, atstovavimo pagrindas)

---

patvirtinu, kad:

1. Susipažinau su Informaciniame lape apie bursito gydymo intervencines procedūras, patvirtintame 2011-03-14 įsakymu Nr. V-21, nurodyta informacija ir ją supratau.
  2. Turėjau galimybę užduoti gydytojui klausimus ir gauti į juos atsakymus.
  3. Man paaiškinta, kad, įvertinus mano atstovaujamojo (-osios) sveikatos būklę jai yra galimos šios papildomos komplikacijos: \_\_\_\_\_
- 

Įvertinęs (-usi) visą gautą informaciją:

- sutinku, kad mano atstovaujamojam (-ajai) būtų atlikta bursos punktavimo ir/ar pašalinimo procedūra (*reikiamą pabraukti*).
- 

(data, laikas, paciento (-ės) atstovo (-ės) vardas, pavardė, parašas)

- nesutinku, kad mano atstovaujamojam (-ajai) būtų atlikta procedūra.
- 

(data, laikas, paciento (-ės) atstovo (-ės) vardas, pavardė, parašas)

Pastabos. \_\_\_\_\_

---

Sveikatos priežiūros įstaigos darbuotojo, užpildžiusio formą vardas, pavardė, pareigos, data ir laikas

---