

Dr. MAJA MANOLEVA

REHABILITIMI

MËSIMI OBLIGATIV DHE ZGJEDHOR
DREJTIMI SHËNDETËSOR

Për vitin III

Shkup, 2013

Botues:

MINISTRIA E ARSIMIT DHE SHKENCËS
E REPUBLIKËS SË MAQEDONISË
Rr. Mito Haxhivasilev Jasmin, p.n. Shkup

Recensentë:

Prof. Dr. Erieta Nikoloq-Dimitrova, fiziatre
Prim. As. Dr. Juliana Argakieva-Nikollova, fiziatre
Dr. Liljana Jarçevska, specialiste e biokimisë mjekësore

Përkthyes: Enfale ISMAILI

Lektor: Shkëlzen HALIMI

Shtypi: Graficki centar dooel, Shkup

Tirazhi: 16

Со решение на Министерот за образование и наука на Република Македонија бр. 22-4377/1 од 29.07.2010 година се одобрува употребата на овој учебник

Me vendim të Ministrit të Arsimit dhe Shkencës të Republikës së Maqedonisë numër 22-4377/1 të datës 29.07.2010, lejohet përdorimi i këtij libri.

CIP - Каталогизација во публикација
Национална и универзитетска библиотека "Св.Климент
Охридски" , Скопје

615.8(075.3)

МАНОЛЕВА, Маја

Рехабилитација : задолжителна и изборна настава :
здравствена струка : III година / Маја Манолева. - Скопје :
Министерство за образование и наука на Република
Македонија, 2010. - 162 стр. : илустр. ; 24 см

Речник на медицински зборови и изрази: стр. 151-158

ISBN 978-608-226-263-5

COBISS.MK-ID 84294922

Parathënie

Ky libër është dedikuar për nxënësit e vitit të tretë të profilit arsimor - teknik fizioterapeuti, për kuadrin mësimor i cili e realizon mësimin në procesin edukativ-arsimor, për mjekët të cilët në mënyrë të drejtpërdrejtë ose tërthorazi janë përfshirë në procesin e rehabilitimit dhe për individëve të tjerë.

Ky libër është përpiluar në pajtim me programin e pranuar mësimor dhe me konceptimin për përpilim të librave për arsim fillor dhe të mesëm.

Materia e paraqitur në këtë libër trajton shumë çështje nga sfera e rehabilitimit. Të gjitha ato janë shkruar në një tërësi. Në to janë ndërtuar figura dhe paraqitje skematike të cilat i shpjegojnë përmbajtjet e përpunuara, e shtojnë të mbajturit mend dhe nxisin interes më të madh për mësim. Për shkak të tërësive identike tematike dhe njësisive mësimore, të cilat mësohen në mësimin obligativ dhe zgjedhor, në këtë libër në fillim të çdo njësie mësimore gjenden shenja. Pjesët të cilat kanë të bëjnë me mësimin obligativ, por njëkohësisht edhe me mësimin zgjedhor janë shënuar me shenjën **(O)**, kurse në vazhdim, si plotësim të diturive vijon pjesa vetëm për mësimin zgjedhor që është shënuar me shenjën **(Z)**.

Pas përvetësimit të përmbajtjes mësimore nxënësi përfiton dituri, mendime dhe shkathtësi dhe aftësohet:

- Ta kuptojë rehabilitimin si proces kompleks;
- Të njohë metodat dhe teknikat themelore të cilat zbatohen në rehabilitim;
- Të dallojë procesin e rehabilitimit te fëmijët dhe të rriturit;
- Të shpjegojë terapinë gjatë rehabilitimit si terapi me indikacione dhe kundërindikacione;
- Të njohë aparatet të cilat zbatohen gjatë procedurave të caktuara të rehabilitimit;
- Të njohë efektet nga zbatimi i një lloji të caktuar të masazhit;
- Të shfrytëzojë terminologjinë profesionale mjekësore;
- Të njohë dokumentacionin mjekësor për përcjellje dhe evidencë;
- Të vendosë lidhje ndërmjet terapive të caktuara të rehabilitimit gjatë mjekimit.

Në këtë libër, në pjesën për mësim të obliguar, pas përfundimit të secilës njësi tematike janë dhënë pyetje me të cilat nxënësi do të mund ta kontrollojë diturinë e përfituar, kurse në pjesën për mësim zgjedhor – aktivitete me të cilat do të përfitohen mendime dhe shkathtësi për përvetësim të procesit të rehabilitimit.

Në fund të librit është dhënë fjalori i fjalëve dhe shprehjeve mjekësore në të cilat janë definuar të gjitha konceptet të cilat hasen në këtë libër dhe shprehje e fjalë të cilat hasen në lëndë të ngjashme mësimore.

Shpresoj se nxënësit do të kenë një libër të cilin ata me kënaqësi do të duan ta shfrytëzojnë dhe i cili do t'i nxisë ata që aktivisht të përfshihen në të mësuarin e procesit të rehabilitimit.

Nga autorja

REHABILITIMI

Tërësia tematike 1

Bazat e rehabilitimit mjekësor

Qëllimet e tërësisë tematike:

- T'i sqarojë: lëndën dhe rëndësinë e rehabilitimit si proces kompleks dhe faktorët të cilët ndikojnë në procesin e rehabilitimit;
- Ta njohë:
 - Ndarjen e rehabilitimit,
 - Vendin dhe rolin e kineziterapisë, masazhit, punën terapeutike, terapinë fizikale, hidroterapinë, termoterapinë, balneologjinë, klimatologjinë dhe fototerapinë dhe sportin në procesin e rehabilitimit.
 - Përbërjen e ekipit për rehabilitim dhe detyrat e anëtarëve të veçantë të ekipit.
 - Dokumentacionin mjekësor për ndjekjen dhe evidentimin e rehabilitimit mjekësor;
- Ta sqarojë rolin e orotikës dhe protetikës në rehabilitim;
- Ta sqarojë mënyrën e matjes së shkallës së lëvizshmërisë së nyjeve, volumin dhe gjatësinë e ekstremiteteve; realizimin dhe rëndësinë e testit muskolor; preventivën nga krijimi i dekubitusit dhe shtangimit në nyje;
- T'i njohë: metodat e mjekimit specifik, pozitat mbrojtëse në rehabilitim, zbatimin e mjeteve ndihmëse protetike ortotike dhe mjeteve tjera ndihmëse në faza të veçanta të procesit të rehabilitimit.

1. 1. LËNDA DHE RËNDËSIA E REHABILITIMIT

o

Çdo individ, me ardhjen e tij në botë, me vete mban aftësinë biologjike për ekzistencë individuale. Njëkohësisht, ai ballafaqohet me një sërë mjedisesh të reja, prej të cilëve disa në mënyrë të pakënaqshme ndikojnë në një ritëm të caktuar biologjik. Në luftën me to, individ i është i detyruar që të vërtetohet dhe të aftësohet/të habilitohet (habilitatio - të aftësuarit dhe të vërtetuarit e aftësive).

Organizmi zhvillohet në mënyrë të pavarur apo me ndihmë t'i mënjanojë çrregullimet e funksioneve të krijuara nga shumë ndikime ekzogjene apo endogjene. Me këtë kontribuon në aftësimin funksional – rehabilitim (rehabilitatio - riaftësim).

Sipas kësaj, rehabilitimi paraqet kthimin e individit në jetën paraprake, respektivisht në gjendjen që i ka paraprirë lëndimit apo sëmundjes, e më shpesh – sjelljes në gjendje afër normales.

Në të kaluarën, mjekësia ka pasur për synim shpëtimin e jetës, në kuptimin më të ngushtë, duke mos u futur në atë se çka do të ndodhë me personin pas mjekimit dhe në çfarë mase do të jetë në gjendje që të inkuadrohet në jetën normale. Mjekësia moderne në plan të parë e vë analizën e aftësive të tjera të pacientit, sipas të cilëve përcaktohet vendi i tij në shoqëri.

Pyetje:

1. Çfarë nënkuptojmë me termin rehabilitim?
2. Pse nevojitet rehabilitimi?
3. Çka mundëson procesi i rehabilitimit?

1. 2. NDARJA E REHABILITIMIT

o

Mjekësia fizikale dhe rehabilituese paraqet fushë dinamike mjekësore me bazë teorike më parë të verifikuar dhe zbatim të gjerë klinik në ruajtjen, zhvillimin dhe kthimin e kondicionit optimal fizik. Në vendin tonë mjekësia fizikale dhe rehabilitimi organizohet në nivel sekondar dhe terciar.

Rehabilitimi është efikas në reduktimin e paaftësisimit dhe në rritjen e mundësive të personave të paaftë.

Ajo ndahet në:

1. Mjekësi rehabilituese,
2. Rehabilitim profesional,
3. Rehabilitim social.

REHABILITIMI MJEKËSOR

Rehabilitimi mjekësor i përfshinë të gjitha procedurat dhe rregullat e lidhura ngushtë mes vete të cilat ndërmerren në institutet shëndetësore nga momenti i lëndimit, respektivisht nga fillimi i sëmundjes, deri në aftësimin e mundshëm maksimal mjekësor. Ai paraqet fazë fillestare të procesit të përgjithshëm të rehabilitimit. Zhvillohet kryesisht në kuadër të shërbimeve shëndetësore.

Në mjekësinë rehabilituese bëjnë pjesë: shërimi medikamentoz, terapia fizikale, puna terapeutike edukimi, përdorimi i mjeteve ndihmëse ortopedike dhe mjeteve e aparateve tjera ndihmëse etj.

Rehabilitimi mjekësor synon zgjidhjen e deficitit fizik dhe funksionin e shkatërruar si dhe zgjedhjen e problemeve sociale dhe psikologjike. Efikasiteti i rehabilitimit mjekësor është i bazuar në: restituimin, kompensimin dhe substitiuimin e funksioneve të humbura, respektivisht të dëmtuara dhe defektet e integritetit trupor.

Restituimi (restitutio) nënkupton rivendosjen e funksionit ose integritetit të trupit. Ai bazohet në procesin normal regjenerues të indeve, adaptim, aftësim të organizmit në kushte të reja.

Kompensimi (compensatio) paraqet shtesë të funksionit të humbur përmes zmadhimit të ndonjë funksioni tjetër, i cili mund ta zëvendësojë funksionin e humbur më parë.

Substituimi (substitutio) nënkupton zëvendësim, kompensim të pjesës së humbur të trupit ose funksionit (p. sh: protezat gjatë amputimit).

Fazat themelore të rehabilitimit janë:

- Rehabilitimi i hershëm;
- Rehabilitimi subakut.

Rehabilitimi i hershëm

Pas mbarimit të mjekimit të sëmurit në fazën akute paraqitet nevoja e zbatimit të hershëm të masave dhe procedurave të caktuara rehabilituese. Në këtë fazë zbatohen masat të cilat e ndalojnë paraqitjen e dekubituseve, kontrakturave, tromboflebisë, atrofisë inaktive të muskujve etj. Për atë qëllim zbatohen ushtrime të caktuara, pozicionim, ushtrime respiratore, stërvitje për transfer, vertikalizim, masazhe, këshillim etj.

Rehabilitimi i hershëm mund të zbatohet në spitale që posedojnë reparte për mjekësi dhe rehabilitim fizikal ambulantor.

Rehabilitimi subakut

Pas mbarimit të rehabilitimit të hershëm mund të vijojë rehabilitimi sekondar. Ai mund të fillojë me stabilizimin e funksioneve vitale dhe gjendjes hemodinamike të pacientit. Në procesin e rehabilitimit sekondar duhet të jetë i përfshirë çdo person tek i cili ekziston një pamje përmirësuese e funksionit të dëmtuar. Me atë rast duhet të merret parasysh se deri në cilën shkallë ai do të jetë i dobishëm.

Rehabilitimi subakut mund të organizohet sipas parimeve bambulantore, në kushte spitalore, në spitale speciale ose në banja mjekuese me programe rehabilituese.

REHABILITIMI PROFESIONAL

Rehabilitimi profesional nënkupton procedura dhe veprime të nevojshme për aftësimin e personit të hendikepuar për punën e mëparshme apo punën përkatëse të re. Ai zbatohet në organizatat dhe institucionet prodhuese, në punëtori të mbrojtura të organizuara në veçanti apo në institucione të posaçme. Rehabilitimi profesional duhet të ketë arsyetim shoqëror. Atje ku ajo nuk ndodh, ai duhet të jetë masë terapeutike

dhe theksi t'i vihet në rehabilitimin social. Gjatë zbatimit të rehabilitimit profesional duhet të merren parasysh aftësitë tjera fizike dhe psikike, por edhe dëshirat dhe ambiciet e personave të cilët kalojnë në rehabilitim..

Fazat e rehabilitimit profesional

Faza e parë. Hetimet paraprofesionale (vërtetësim i afiniteteve dhe aftësive psikofizike). Hulumtimit profesional;

Faza e dytë. Orientimi profesional (synim kah profesioni i cili mundëson mundësi reale për punësim, duke e respektuar maksimalisht dëshirën e personit i cili rehabilitohet si dhe aftësitë e tij psikofizike).

Faza e tretë. Aftësimi profesional.

Faza e katërt. Punësimi.

Metodat evolutive për orientim profesional

Ato janë metoda me të cilat vlerësohet personi dhe të cilat shërbejnë për përcaktimin e formës më të mirë dhe më të pranueshme të rehabilitimit profesional. Aty bëjnë pjesë:

- biseda,
- testet psikologjike,
- testet e interesit,
- testet e aftësive, hobi dhe të talentit,
- testet e inteligjencës,
- Seksioni për terapi si paranjësi para procesit të rehabilitimit profesional. Pas të gjithë testeve vijon procesi i edukimit dhe kërkesa për vend punë.

Anëtarët e ekipit rehabilitues në procesin e rehabilitimit profesional:

- Mjek fiziatër,
- fizioterapeut,
- punëtori terapeutik,
- psikologu,
- arsimtar për mësim praktik,
- këshilltar për zgjedhje të profesionit (vocational counsoler).

REHABILITIMI SOCIAL

Rehabilitimi social është proces që nënkupton përvetësim të një sistemi të ri të vlerave, zbulimin e formave alternative të sjelljes së suksesshme dhe vendosjen e komunikimit familjar dhe komunikimit më të gjerë social. Sot llogaritet se rehabilitimi social është pjesë integruese e rehabilitimit të përgjithshëm. Procesi i rehabilitimit social është më i suksesshëm në qoftë se fillon dhe në qoftë se zhvillohet gjatë rehabilitimit mjekësor dhe profesional. Ai është proces i riaftësisimit të individit i cili nën ndikimin e mjediseve jetësore ka përjetuar izolim të përkohshëm nga bashkësia jetësore.

Rehabilitimi social mund të vështrohet edhe si degë e mjekësisë sociale dhe në praktikë kërkon qasje dhe ekip multidisiplinar. Kjo punë është edhe në domenin e punëtorit social, në kuptim të kujdesit për problemet materiale (pensioni, ndihma financiare etj.) dhe problemet e tjera për rregullimin e gjendjeve personale, familjare dhe sociale. Zbatimi i suksesshëm i rehabilitimit social rezulton me pacient i cili është i punësuar, i inkuadruar në jetën familjare dhe shoqërore, anëtar me të drejta të barabarta në shoqëri.

Pyetje:

1. Sqaro rëndësinë e rehabilitimit profesional si pjesë e rehabilitimit mjekësor!
2. Cili është roli i fizioterapeutit në procesin e rehabilitimit profesional?
3. Cila është detyra e rehabilitimit social?

1. 3. EKIPI PËR REHABILITIM

O Për zbatimin e procedurave të komplikuarra rehabilituese gjatë sëmundjeve apo lëndimeve, duhet të angazhohet një varg personash kompetent të profesioneve përkatëse të cilët e formojnë ekipin për rehabilitim. Puna ekipore në rehabilitim është i domosdoshëm. Çdo anëtar i ekipit në veçanti e zgjidh pjesën e tij profesional. Njëkohësisht të gjithë bashkërisht, në tërësi, kanë qëllim të përbashkët. Rekomandohet që çdo anëtar i ekipit të ketë njohuri për kufirin e vend-veprimit të anëtarëve të tjerë

të ekipit që të mundet bashkërisht të veprohet. Anëtarët e ekipit duhet të raportojnë për vëzhgimet e tyre dhe ta inkuadrojnë veprimtarinë e tyre në punën ekipore. Vetëm qasja ekipore në rehabilitim do të thotë përvetësim i suksesshëm i problemeve komplekse.

Përbërja e ekipit ndryshon në varshmëri prej nevojave të pacientit, kurse anëtarë të saj janë: mjeku fiziatër, fizioterapeuti, punëtori terapeutik, motra medicinale, psikologu, punëtori social, protetiku-ortotiku, logopedi, këshilltari për zgjedhje të profesionit dhe specialistët konsultant.

Mjeku fiziatër duhet të ketë njohuri të gjerë mjekësore nga fusha të ndryshme të patologjisë. Detyra e tij është të kryejë vizitë të të sëmurit, të njihet me llojin e sëmundjes, shkakun e paraqitjes së saj dhe zhvillimin e sëmundjes. Në bazë të saj, fiziatri duhet të përgatisë program dhe plan për mjekim, parimisht me aplikimin e mjeteve fizikale. Për problemet që dalin dhe të cilat janë jashtë dijenisë dhe domenit të tij, ai konsultohet me specialistë përkatës (kirurg, neurolog etj.).

Fizioterapeuti duhet të ketë arsimin përkatës të mesëm ose të lartë dhe të jetë i njoftuar me llojet e mjeteve fizikale dhe mënyrën e përdorimit të tyre në kuadër të rehabilitimit mjekësor. Plani për zbatimin e procedurës rehabilituese që e merr nga mjeku, fizioterapeuti duhet ta përpunojë në detaje që të mundet ta zbatojë praktikisht. Për atë qëllim ai udhëheq dokumentacion dhe evidencë mjekësore, për pranimin e të sëmurit dhe për gjendjen përmirësuese apo të keqësuar të aftësisë së tij funksionale. Në veçanti duhet të pasojnë disa parametra konkrete, siç janë: vëllimi i lëvizshmërisë së nyjeve, vëllimi i masës muskulore, qëndrueshmëria gjatë ushtrimit, testimi të fuqisë muskulore e tjera.

Motra medicinale është bashkëpunëtori i parë i mjekut në mjekimin e të sëmurit. Ajo është e obliguar të bëjë zbatimin e terapisë medikamentoze, rimbështjelljet, kujdesin për të sëmurin dhe trajtime të ngjashme me programin për rehabilitim mjekësor.

Punëtori terapeutik-duhet të ketë arsimim të lartë përkatës për punëtorë terapeutik. Mjeku e përgatit planin e përgjithshëm për terapinë e të sëmurit, dhe i njëjti plan duhet të përpunohet nga ana e punëtorit terapeutik. Llojet e ndryshme të aktiviteteve duhet të përshtaten llojit të lëndimit, invaliditetit të shkaktuar dhe të ngjashëm.

Lloji i veçantë i punës terapeutike është terapia okupacionike, e cila përbëhet nga leximi i librave, dëgjimi i muzikës, luajtja në instrumente muzikore, të shikuarit e filmave, në të vërtetë të gjitha ato aktivitete që mund ta okupojnë apo ta ngadalësojnë të sëmurin për derisa është i izoluar për shkak të sëmundjes.

Punëtori social. Është anëtar i domosdoshëm i ekipit që ka për detyrë të zgjidh problemet sociale të krijuara te të sëmurit, respektivisht të lënduarit. Aktiviteti i tij është me rëndësi të veçantë tek të sëmurit kronik dhe invalidët e rëndë dhe ka të bëjë me zgjidhjen e problemeve të tyre të përditshme jetësore të natyrës materiale, problemet e banimit, përkujdesin etj.

Psikologu nga aspekti psikologjik e analizon personalitetin e të sëmurit apo të lënduarit, zgjedh shumë probleme të krijuara për shkak të sëmundjes dhe kontribuon në motivimin e të sëmurit. Ndihma profesionale nga psikologu është e domosdoshme tek të sëmurit kronik, tek rastet që nuk mund të mjekohen.

Në rastin kur i lënduari apo i sëmuri nuk mund ta kryejë profesionin e mëparshëm, në ekip kyçet edhe këshilltari për zgjedhjen e profesionit. Pas konsultimit me psikologun dhe ndjekjes së aftësive të sëmurit, këshilltari për zgjidhje të profesionit duhet të zgjedhë dhe të propozojë profesion më të përshtatshëm dhe parakualifikim eventual të lëndimet e mëdha të ekstremiteteve apo amputimet duhet të gjendet zgjedhje përkatëse për shfrytëzimin e mjeteve ndihmëse ortopedike (ortoze), respektivisht mjete për zëvendësim të ekstremiteteve të amputuara (proteza). Ajo është detyra e protetikut.

Në ekipin për rehabilitim angazhohen edhe specialist të posaçëm për mjekim më efikas (kirurgu, neurologu internisti, ortopedi etj)

Pyetje:

1. Cili është bartësi kryesor i ekipit për rehabilitim?
 - a. internisti
 - b. fiziatri
 - c. fizioterapeuti
 - d. psikologu
2. Në cilën pjesë të rehabilitimit inkuadrohet punëtori social, e në cilën pjesë këshilltari për zgjedhje të profesionit?
3. Cili është roli i punëtorit terapeutik në procesin e rehabilitimit?
4. A mund ekipi për rehabilitim të funksionojë pa fizioterapeutin?

1.4. VENDI DHE ROLI I PROCEDURAVE NË REHABILITIM

o

Mjekësia fizikale është shkencë e cila e studion veprimin e faktorëve natyror dhe faktorëve të tjerë fizikal në procesin e mjekimit. Mjetet të cilat i disponon mjekësia fizikale janë të njohura që moti dhe të shfrytëzuara në rehabilitimin mjekësor. Në to bëjnë pjesë: nxehtësia, drita, elektriciteti, mjedisi i lëngët, lëvizja e tjerë. Kjo terapi zbatohet për shkak të mënjanimit të materieve të dëmshme nga indi, transportit më të mirë dhe më të lehtë të materieve ushqyese në mes qelizave dhe nëpër membranën qelizore; zvogëlimin e proceseve të ndezjes; zvogëlimin e dhimbjes; rritjen e forcës mbrojtëse të organizmit dhe përmirësimin e kondicionit të gjithë trupit. Në terapinë fizikale bëjnë pjesë:

1. **Termoterapia.** Mjekim duke aplikuar procedura ngrohëse nga burime të ndryshme dhe me mjete të ndryshme (ujë, rërë, parafinë e tjerë). Nën ndikimin e nxehtësisë vjen deri në zbutje të indit, përshpejtim të metabolizmit lokal dhe eliminim më të lehtë të materieve toksike dhe metabolitëve. Tërthorazi lirohet edhe histamina e cila më tutje me ndryshimin e qarkullimit ndikon në tërë organizmin. Në praktikë, nxehtësia më shpesh merret nga burimet elektrike dhe nga uji i ngrohtë, parafina, ajri i ngrohtë e tjerë. Për aplikim të përgjithshëm më shpesh shfrytëzohet uji i ngrohtë dhe ajri i ngrohtë (sauna) e për aplikimin lokal –parafina. Ajri i ngrohtë si mjet për terapi mund të shfrytëzohet në dy forma - ajri i thatë (nga tharësja e flokëve, kaloriferi e tjerë) ose avulli i tejnxehur apo i tejngopur (sauna).
2. **Hidroterapia.** Mjekim me ndihmën e mjedisit të lëngët, ujë të rëndomtë ose ujë mineral. Më shpesh shfrytëzohet uji i rëndomtë i cili mund të jetë i ftohtë (prej 25°C deri 33°C) dhe ka veprim tonizues; uji indiferent ka (prej 33°C deri 35°C) – e relakson muskulaturën; uji i ngrohtë (prej 36°C deri 40°C); uji i nxehtë (mbi 40°C). Gjatë hidroterapisë së trupit të zhytur në ujë vepron shtypja e ujit që kushtëzon lëvizshmëri të zmadhuar dhe të lehtësuar. Trupi dukshëm bëhet më i lehtë (Ligji i Arkimedit). Efekti më i përshtatshëm për lehtësimin e lëvizjeve arrihet në pishinë. Terapia

individuale realizohet në vaska apo në vaska speciale në formë të fluturës (vaska e Hubardit), të cilat ushtrimet e nyjeve të mëdha realizohen lehtë. Procedurat hidrokinetikës, paraqesin zbatim të efekteve mekanike të ujit dhe në to bën pjesë masazhi nënujor.

- 3. Fototerapia.** Mjekimi me energjinë e dritës. Ajo mund ta ketë prejardhjen nga Dielli apo nga burimet artificiale. Në terapinë shfrytëzohen rrezet infra të kuqe, rrezet ultraviolete si dhe pjesë të veçanta. Në kohën më të re zbatohet energjia diellore për mjekim që quhet helioterapi.
- 4. Elektroterapi.** Mjekimi me zbatimin e rrymës elektrike. Dallojmë rrymë njëkahëshe dhe të pandryshueshme. Rryma njëkahëshe e ka prejardhjen nga elementet galvanike dhe quhet rrymë Galvanike, Procedurat me rrymën Galvanike janë Galvanizimi dhe elektroforeza e medikamenteve. Në elektroterapi shfrytëzohet edhe rryma impulsive njëkahëshe (Rryma eksponenciale, rryma diadinamike). Rrymat e pandryshueshme në elektroterapi mund të jenë me frekuencë të ulët, me frekuencë të mesme dhe frekuencë të lartë. Në rrymat me frekuencë të ulët bëjnë pjesë: rryma farade, rryma neofarade, rryma sinusoide, dhe impulse monofazore TENS. Rrymat me frekuencë të mesme janë rrymat interferente, e në rrymat me frekuencë të lartë bëjnë pjesë valët e shkurta, valët ultra të shkurta dhe mikrovalët.
- 5. Ultrazëri** është agjens fizikal me të cilin arrihet masazh i lehtë mekanik në bazë të vibracioneve të krijuara të zërit, frekuenca e të cilit kalon 17 000 Hz. Nuk zbatohet tek personat e rinj (fëmijët) për shkak të mundësisë së ndarjes së periostit dhe prishjes së zonës metafize të rritjes.
- 6. Terapia magnetike** shumë më tepër shfrytëzohet në terapinë fizikale për mjekim, para se gjithash në sistemin lokomotorik. Si agjens fizikal shfrytëzohet fushë magnetike pulsive me intensitet të ulët. Përveç kësaj në rehabilitimin mjekësor shfrytëzohet:
 - Terapia klimatike – shfrytëzohet veprimi pozitiv i faktorëve fizik të mjedisit të jashtëm dhe klima e organizmit;
 - Balneoterapia –shfrytëzohet veprimi pozitiv i ujërave termike dhe minerale, balta mjekuese (teloid), dioksidi i karbonit, radonit dhe gazra të tjera;
 - Terapia valore / marinoterapia – bazohet në shfrytëzimin e ndikimit të

klimës detare dhe ndikimit mineral të ujit të detit dhe avujve në afërsi të ujit (p. sh, koncentrimi më i madh i jodit të avulluar)?

Pyetje:

- a. Çka është fototerapia?
- b. Cilin agjens fizikal e shfrytëzon magnetoterapia?
- c. Pse është e rëndësishme balneoterapia në rehabilitimin e pacientëve?

1. 5. VENDI DHE ROLI I KINEZOTERAPISË, AKTIVITETEVE SPORTIVE, TERAPIA PUNUESE DHE MASAZHI NË PROCESIN E REHABILITIMIT

Në procesin e rehabilitimit mjekësor vend të rëndësishëm zë edhe kineziterapia. Kineziterapia është disiplinë mjekësore në përbërje të rehabilitimit mjekësor e cila e shfrytëzon lëvizjen si mjet bazë për mjekimin e personave të sëmurë apo të lënduar.

Në bazë të kësaj, ajo është jospecifike dhe funksionale që d. m. th. se nuk paraqet mjet të vetëm në mjekimin e sëmundjeve të caktuara. Në disa raste kjo terapi vetvetiu është e mjaftueshme dhe paraqet trajtim të veçantë në një varg sëmundjesh, kurse në raste të tjera ajo është pjesë përbërëse e terapisë së përgjithshme dhe faktorëve ndihmës në mjekim.

Mjet themelor në kineziterapi është lëvizja. Dallohen llojet e lëvizjeve në vijim: Lëvizjet aktive, lëvizjet pasive dhe lëvizjet aktive ndihmëse.



Figura 1 sala për kineziterapi

Elementet e sportit dhe të gjitha lojërat sportive si dhe ushtrimet trupore paraqesin burim të pashtershëm të formave të ndryshme të lëvizjeve. Ato mund të shfrytëzohen në programin e kineziterapisë. Rëndësia e aktiviteteve sportive që janë të dozuara në mënyrë të rregullt vjen në shprehje në qoftë se zbatohet në periudhën e rekonvalencës tek lëndimet e ndryshme dhe gjendjeve pas ndonjë sëmundje. Këto aktivitete i pranojnë mirë të gjithë të sëmurit, veçanërisht fëmijët, sepse çdo njeri ka afinitete për lojë, ritëm dhe sport. Efekti i vërtetë nga sporti shihet në amplitudën e zmadhuar të lëvizjes, lëvizshmëria e zmadhuar e nyjeve dhe efekti i relaksimit. Në të njëjtën kohë forcohet kondicioni psiko-fizik, ndenja garuese dhe motivi për shërim të shpejtë.

Aktivitetet sportive duhet t'i përshtaten moshës, gjinisë, sëmundjes dhe qëllimit që duhet të arrihet me to. Në disiplinat më të rëndësishme sportive bëjnë pjesë: notimi, vrapimi, basketbolli, volejbolli, hendbolli, futboll, ecja etj.

Puna terapeutike – paraqet zbatim të dozuar dhe të kontrolluar të aktiviteteve manuale, kreative sociale, rekreative dhe aktivitete të tjera si dhe mënyra të tjera të drejtuara kah rimëkëmbja më e shpejtë e aftësisë funksionale dhe punuese të sëmurëve apo të lënduarve. Atë e koordinon mjeku, kurse e zbaton punëtori terapeut. Qëllimi themelor i terapisë punuese është adaptimi i aktiviteteve themelore ditore si dhe krijimi i aftësive dhe shprehive për një profesion të caktuar. Me këtë arrihet efekt pozitiv në sistemin nervor qendror dhe në organe të tjera, që e përmirësojnë qëndrueshmërinë fizike dhe vepron në mënyrë stimulative në tërë organizmin.



Figura 2. puna terapeutike

Sipas qëllimit, puna terapeutike mund të ndahet në:

- Punë terapeutike funksionale
- Punë terapeutike okupuese apo argëtuese
- Punë terapeutike paraprofesionale
- Punë terapeutike profesionale

Në procesin e rehabilitimit mjekësor vend të rëndësishëm zë edhe masazhi terapeutike. Me termin masazh manuale nënkuptojmë zbatim të lëvizjeve speciale metodike të duarve të terapeutit nëpër trupin e pacientit, i cili gjatë atij procesi është pasiv. Masazhi manuale është një ndër format më të vjetra të terapisë fizikale që është zbatuar për shkak të lirimit nga dhimbja dhe ruajtjen apo përmirësimin e funksionit të sistemit lokomotorik.

Masazhi manuale është trajtim i lëkurës dhe indit nënlëkuror si dhe të muskujve sipërfaqësor. Gjatë këtij akti në mënyrë mekanike bëhet mënjanimi i qelizave të deskuamuara epidermale, rritet aktiviteti sekretues i gjëndrave dhjamore dhe atyre djersire, me çka rritet elasticiteti dhe turgori i lëkurës (tonusi). Nën veprimin e masazhit krijohet hiperemi aktive dhe përmirësohet të ushqyerit e indeve. Gjithashtu, ajo ka veprim analgjetik, bën përmirësimin e trofisë muskulore, funksionin respirator dhe gjendjen psikike të pacientit.

1. 6. NDJEKJA DHE EVIDENTIMI NË REHABILITIM

O Gjatë përpunimit të programit rehabilitues duhet të bëhet vlerësimi i plotë mjekësor i gjendjes së sëmurit për shkak të caktimit të të gjitha qëllimeve që duhet të realizohen.

Vlerësimin mjekësor fiziatri e bën në bazë të anamnezës dhe vizitës fizikale e sipas nevojës kryhen edhe hetime laboratorike, radiologjike, tomografike, EKG, EMG dhe hetime të tjera. Gjendja e sistemit lokomotorik shoqërohet me shumë metoda. Efekti i terapisë ndiqet përmes disa treguesve themelor të cilët kryhen në fillim, gjatë dhe në fund të rehabilitimit. Për atë qëllim kryhet:

1. Matje e vëllimit të lëvizjeve të nyjet dhe boshti kurrizor;
2. Matje e vëllimit të ekstremiteteve;
3. Matje e gjatësisë së ekstremitetit;
4. Test manual muskolor.

Matje e vëllimit të lëvizjes në nyjet dhe boshtin kurrizor

Matja e vëllimit të lëvizjeve në nyje kryhet me këndmatës (goniometër), i cili mund të jetë klasik, gravitacione dhe këndmatës për matjen e nyjeve të vogla të shuplakës. Kjo matje është njëra nga mënyrat e

ndjekjes së ndezjes së funksionit të nyjes. Përcaktimi i amplitudës së lëvizjes kryhet me matje dhe shfaqet në kënde, respektivisht shkallë. Gjatë matjes pacienti duhet të vendoset në pozitën e ashtuquajtur zero ose neutrale. Është ajo pozitë kur pacienti qëndron në këmbë, duart i ka të lëshuar pranë trupit, ndërsa pëllëmbët e duarve janë të kthyer kah trupi, ekstremitetet e poshtme janë në drejtim të boshtit të trupit, shputa e këmbës është nën këndin prej 90° dhe në krahasim me nëngjunjtë dhe boshtin kurrizor është në pozitë të drejtë. Çdo herë matet këndi nga pozita neutrale e deri në vëllimin maksimal të lëvizshmërisë, matet lëvizshmëria aktive dhe pasive e nyjes. Lëvizshmëria aktive e nyjes zakonisht vonohet në krahasim me lëvizjen pasive. Matja kryhet në atë mënyrë ashtu që skajet e këndmatësit të mbështeten në drejtim të boshtit të ekstremitetit, ashtu që kulmi i këndmatësit është në projeksion të nyjës, brinja lëvizëse në pjesën e ekstremitetit që lëviz, kurse brinja e fiksuar në pjesën e ekstremitetit që nuk lëviz. Pas matjes rezultatet futen në lista speciale nga të cilët mund të vërehet vëllimi i lëvizjes së nyjeve pas rregullave rehabilituese të realizuara.

Vëllimi i ekstremiteteve matet me shiritin për matje me ndarje në centimetra çdo herë në të njëjtën lartësi të të dy ekstremiteteve. Pas saj rezultatet krahasohen. Matja e vëllimit të ekstremitetit të poshtëm bëhet në mbigjurin, nëngjurin dhe në mes të gjurit. Gjatë kryerjes së kësaj matjeje është e nevojshme ajo të punohet në gjendje të lirë të muskujve, me shirit për matje me ndarje në centimetra të pa ngushtuara dhe në temperaturë normale të dhomës.

Kontrollimi i matjes çdo herë duhet të bëhet në vendin e njëjtë. Vëllimi i ekstremitetit matet që të vlerësohet trofika e muskulaturës, respektivisht madhësia e masës muskulore dhe shkalla e atrofisë.

Matja e gjatësisë së ekstremitetit

Ndonjëherë në procesin e rehabilitimit imponohet nevoja që të matet gjatësia e ekstremiteteve, veçanërisht të ekstremiteteve të poshtme. Matja kryhet që të bëhen përmirësime derisa ekziston pabarazi në gjatësinë e të dy ekstremiteteve. Gjatësia e ekstremiteteve të poshtme matet nga pozita e shtrirë në shpinë, nga shpina iliaca anterior superior deri në maleolin e brendshëm të tibia ose nga kërthiza e deri në maleolin e brendshëm.

Matja kryhet me shiritin për matje të ndarë në centimetra të të gjithë ekstremitetit ose parcial në segmente.

Testi manual muskolor

Testi manual muskolor (TMM) është metodë e përcaktimit të forcës muskulore, respektivisht përcaktimit të shkallës së dobësisë muskolor si rezultat i sëmundjes ose lëndimit.

Testin manual muskolor e kryejnë dy fizioterapeut. Njëri ia sqaron dhe ia kryen testin pacientit, ndërsa tjetri shënon rezultatet në formularë të veçanta. Përparësitë e TMM-vë janë se ata mund të bëhen në institucione shëndetësore dhe në kushte shtëpiake, nuk kërkon aparaturë të veçantë nuk e lodh pacientin dhe jep njohuri në efektet e procedurave habilituese.

Notat për forcën e muskujve të cilat fitohen me TMM lëvizin prej 0 deri më 5:

1. Nota 0 - gjatë tentimit për lëvizje nuk ka shenja matëse të kontraksionit dhe aktivitetit muskolor;
2. Nota 1 - gjatë aktivitetit të muskulit paraqitet kontraksion muskolor, të cilin terapeuti e ndjen me mollëzat e gishtërinjve;
3. Nota 2 - muskuli është në gjendje të bëjë lëvizje të plotë të nyjes kur është e eliminuar graviteti i tokës (në suspension, në sipërfaqe të rrafshët, në mjedis ujor);
4. Nota 3 - muskuli bën lëvizje të plota, e mposht veprimin e gravitetit të tokës, por nuk është në gjendje të mposht rezistencën plotësuese;
5. Nota 4 - muskuli bën lëvizje të plota, duke e mposhtur gravitetin e Tokës dhe rezistencën mesatare plotësuese;
6. Nota 5 - muskuli bën lëvizje të plota duke përvetësuar rezistencën maksimale, të cilën në mënyrë manuale e jep terapeuti.

Në bazë të notave të fituara duhet të planifikohet dhe të adaptohet kineziterapia. Te nota 3 rekomandohen ushtrime aktive pa ndonjë ngarkesë plotësuese, te nota 2-ushtrime në gjendje të shkarkuar, në suspension, në sipërfaqe të rrafshët me rrëshqitje, ushtrime në ujë dhe ngjashëm.

Me këtë vlerësim të forcës së muskujve nuk mund të vërtetohet se a ka ndodhur reduksioni i forcës së muskulit për shkak të dëmtimit të muskulit apo për shkak të zgjerimit të impulsit nervor deri te muskuli. Që të vërtetohet shkak i dobësisë të muskulit nevojiten hulumtime plotësuese, për shembull elektrostatis klasik, elektromiografi (EMG) e tjerë.

Pyetje:

1. Pse është e rëndësishme ndjekja dhe evidentimi në procesin e rehabilitimit?
2. Cilën notë e merr muskuli kur është në gjendje të kryejë lëvizje të plota në nyje kur graviteti i tokës është mënjanuar (në suspensionet nëpër sipërfaqe të rrafshët në mjedis ujor)?
3. Sqaro mënyrën e matjes së gjatësisë së ekstremiteteve!
4. Mendo! Pse është e rëndësishme ndjekja e lëvizjeve të muskujve?

Aktivite për nxënësin:

- Bëj matjen e lëvizjeve të nyjeve dhe gjatësisë së ekstremiteteve të poshtëm tek pacienti me artrozë të përparme të kërkulës.
- Krahasoi vlerat e fituara të këmbës së majtë dhe të djathtë!

1. 7. MJETET NDIHMËSE ORTOPEDIKE

○ Në procesin e rehabilitimit në mënyrë të paevitueshme zvogëlohet nevoja e zbatimit dhe përdorimit të mjeteve ndihmëse ortopedike dhe mjeteve tjera ndihmëse. Ato i mundësojnë pacientit që të pavarësohet gjatë kryerjes së aktiviteteve të përditshme me aftësitë e tij.

Mjetet ndihmëse ortopedike shërbejnë për rimëkëmbjen apo për përmirësimin e funksionit gjatë lëndimit të sistemit lokomotorik dhe nervor.

Mjetet ndihmëse ortopedike ndahen në disa grupe:

1. Protezat

Protezat janë mjete ndihmëse ortopedike të cilat në mënyrë funksionale dhe estetike e plotëson ekstremitetin e amputuar ose një pjesë nga ai. Ndahen në: proteza të përkohshme (Imidiale) proteza të përhershme.

Protezat imidiale kanë për detyrë që të përgatisin pacientin për protezë të përhershme.

Proteza sipas formës së saj duhet të jetë identike ose pothuajse identike me ekstremitetin e shëndoshë. Ngjyra e protezës duhet t'i adaptohet ngjyrës së lëkurës, gjatësia e protezës duhet t'i përshtatet gjatësisë së ekstremitetit tjetër. Sipas pjesës së trupit për të cilën janë dedikuar ata ndahen në:

Proteza te ekstremitetit të sipërm dhe të ekstremitetit të poshtëm.

Protezat për ekstremitetet e sipërme duhet të mundësojnë pjesë sa më të madhe të aktiviteteve funksionale të dorës. Ajo mund të jetë estetike ose mioelektrike (funksionale).

Proteza për ekstremitetet e poshtme duhet të mundësojë vertikalizim ose ecje të pacientit me mjete ndihmëse ose pa ato.

Këto proteza ndahen në: proteza që përdoren gjatë dezartikulimit të kërlokulës, protezë e cila është e vendosur mbi gjurin e këmbës, nën gjurin e këmbës dhe proteza gjata amputimit në nivel të nyjes së SHOPARTOVIT.

2. ORTOZAT

Ortozat përdoren për:

- Kufizimin e lëvizjeve të ndonjë nyje dhe rregullim të lëvizjeve në vende të caktuara të rrafshëta.
- Korrigjim të deformimeve – profilaktike ose terapeutike
- Shkarkim i ekstremitetit ose pjesë të trupit
- Mbështetje
- Sigurim të përkohshëm të rezultateve të arritura me operacion,

Sipas pjesës së trupit në të cilën është e aplikuar, ato ndahen në:

- Ortoza për ekstremitetet e sipërme (Ortoza për krahun, bërrylin e nyjes së dorës dhe gishtërinjve).
- Ortoza për ekstremitetet e poshtme (të aparateve të mbi gjurit dhe nëngjurit, aparate korrigjuese dhe mjete ndihmëse për bandazhim)
- Ortoza për boshtin kurrizor (ortoza për qafë- kollarja e SHANCOVIT, për shtyllën kurrizore torakale, torakolumbale –korsetat për korrigjim të

deformitetve të boshtit kurrizor në moshën e fëmijërisë, pjesa lumbale e boshtit kurrizor – korset lumbal nga pëlhura të përforcuar me Fishbajne). Gjatë përpunimit të të gjitha këtyre protezave duhet t'i kushtohet rëndësi peshës së tyre, fortësisë, elasticitetit, jetëgjatësisë dhe dizajnit

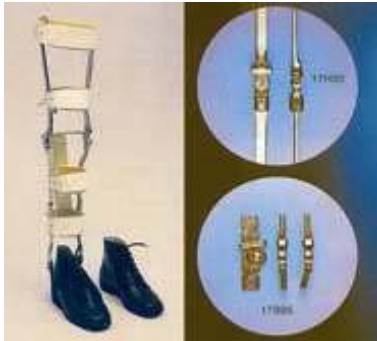


Figura 3. Aparati i nëngjurit



Figura 4. Aparati Radialis



Figura 5. Ortoza për fiksion të nyjes së shuplakës

3. Këpucët ortopedike

Këpucët ortopedike bëhen në mënyrë individuale sipas modelit të gipsit. Duhet të jenë të përpunuar nga material natyrorë (lëkurë). Përdoren gjatë deformiteteve të shpëtës së këmbës në moshën fëmijërore, abrevijimi (shkurtim i njërës këmbë), tek amputimi i gishtërinjve, në përbërje të protezës e tjerë.

4. Mjetet ndihmëse për ecje

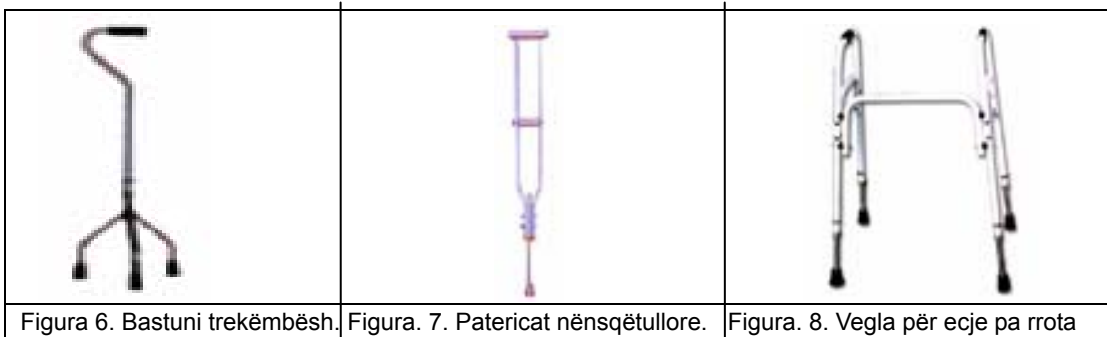
Mjetet ndihmëse për ecje përdoren për të siguruar stabilitet gjatë dobësisimit të muskujve apo koordinimit, ta risin sipërfaqen mbështetëse, ta reduktojnë mbingarkesën e tjerë.

Te mjetet ndihmëse për ecje bëjnë pjesë:

- Bastuni (i metaltë, prej druri), bastuni trekëmbësh bastuni katër këmbësh;
- Paterica nënbrylore nga druri ose metali me përshtatje të lartësisë; Patericat nënsqetullore të metalta me përshtatje të lartësisë;
- Vegël për ecje me dhe pa rrota;
- Vegël për ecje me mbështetëse nënsqetullore me dy ose katër rrota.

Bastuni është mjeti ortopedik ndihmës që përdoret më shpesh. Gjatë përdorimit të bastunit duhet të rregullohet lartësia e tij. Në qoftë se pacienti qëndron drejt dhe e mban dorëzën e bastunit, atëherë fleksioni i bërrylit duhet të lëvizë prej 15° e deri më 20°. Bastuni mbahet në dorën që është në anën e kundërt të dorës së lënduar respektivisht këmbës së sëmurë.

Patericat mundësojnë stabilitet gjatë qëndrimit në këmbë dhe ecjes në raste të deficit neurologjik të ekstremiteteve të poshtme, shkarkimit të ekstremiteteve të poshtme dhe të shtyllës kurrizor. Ndahen në: paterica nënbërrylore dhe nënsqëtullore. Vegla për ecje është mjet ndihmës tek i cili dy këmbëzat kryesore mund të jenë me rrota apo pa rrota, kurse këmbëzat e prapme janë stabile. Ekzistojnë edhe vegla për ecje tek të cilët që të katër këmbët janë me rrota ose pa rrota.



5. Karroca invalidore

Karroca invalidore zbatohet tek pacientët që janë të palëvizshëm për arsye të sëmundjeve dhe lëndimeve të ndryshme: skleroza multiple, hemoplegji, amputim, paralizë cerebrale, paraplegji, kuadriplegji e tjerë.

Karroca invalidore është e përbërë nga pjesët më të ndryshme funksionale dhe të përshtatura sipas mundësive të pacientit. Më shpesh rekomandohen karroca dhome, por ekzistojnë edhe karroca tereni, karroca të tualetit, karroca për fëmijë, karroca invalidore për qëndrim në këmbë.



Figura 9. Karroca invalidore universale



Figura 10. Karroca invalid. për fëmijë me paralizë cerebrale

6. Mjetet ndihmëse ortopedike të bandazhuara

Në mjetet ndihmëse ortopedike - të bandazhuara bëjnë pjesë: mbështetësit ortopedik, jastëkët ortopedik, jastëkët dhe dyshekët mjekësor, çorapët elastikë, brezat e barkut, gjinjhtë e silikonit.

Pyetje:

1. Patericat nënbërrylorë të drurit ose patericat e metalta me rregullim të lartësisë janë:
 - a. protezat
 - b. ortozat
 - c. mjetet ndihmëse për ecje
 - d. mjetet ndihmëse ortopedike - të bandazhuara.
2. A mundet që çdo lloj i karrocës invalidore të shfrytëzohet nga çdo pacient?
3. Ç'është vegla për ecje dhe çfarë llojesh ekzistojnë?

1. 8. PREVENÇIONI I DEKUBITUSIT DHE I KONTRAKTURAVE

O Në procesin e rehabilitimit problemet më të shpeshta me të cilët haste ekipi për rehabilitim janë paraqitja e dekubitusit dhe i kontrakturës. Dekubitusi është nekrozë e lokalizuar e lëkurës dhe indit nënlëkuror, të cilët kanë qenë të ekspozuar nga presioni i vazhdueshëm.

Shkaqet e paraqitjes së plagëve dekubitale janë:

- ❖ Ishëmia e prolonguar e indeve që është provokuar me shtypje që e tejkalon shtypjen në kapilarët e lëkurës dhe indeve nënlëkurore gjatë së cilës ndodh çrregullim i mekanizmit qelizor, nekrozës qelizore dhe reaksione të inflamacionit të indit muskolor;
- ❖ Zgjatja dhe plasaritja e enëve të gjakut nga veprimi i shtypjes së gjakut;
- ❖ Fërkimi i zmadhuar në mes lëkurës dhe sipërfaqes;
- ❖ Ulje e temperaturës trupore;
- ❖ Moshë e pacientit.

Shkaqe të tjera që mund të sjellin deri në paraqitjen e dekubitusit janë: ushqimi jo i shëndoshë, anemia, dëmtimet neurologjike, endemet, inkontinencioni i urinës dhe faqes, medikamentet dhe diabeti.

Në pasqyrën klinike të dekubitusit dallohen 5 stadiume:

- Në stadiumin e parë paraqitet ënjtje, dhimbje dhe skuqje;
- Stadiumi i dytë është i përcjellë me plagë të cekët me skaje të ashpra (është e përfshirë vetëm lëkura);
- Në stadiumin e tretë skajet e plagës bëhen më të thella, paraqitet sekret seroz në plagë;
- Në stadiumin e katërt procesi i përfshin muskujt dhe faqet e muskujve;
- Në stadiumin e pestë janë të përfshira edhe zgavrat nyjore.

Para paraqitjes së dekubitusit, në pjesën lokale, në sipërfaqe paraqitet skuqje apo cianozë, paraqitje e pliqeve dhe abrazion i lëkurës.

Dekubitusi mund të jetë sipërfaqësor dhe i thellë, me nekrozë ose pa të.

Preventiva nga paraqitja e plagëve dekubitale përbëhet nga rrotullimi i vazhdueshëm i pacientit në shtrat, përmirësim të të ushqyerit, mbajtja e nivelit të hemoglobinës, ndalimi i paraqitjes së edemeve dhe zbatimi i higjienës së përditshme.

Masat specifike për preventive të paraqitjes së dekubituseve janë: pozicionimi, përdorimi i dyshekëve antidekubital, masazhi me alkool i vendeve të rrezikuara. Në qoftë se dekubitusi është më i formuar, bëhen rimbështjellje dhe aplikohen procedura fizikale (rrezet ultraviolete, rrezet ultra të kuqe, laseroterapia).



Figura 11. Dyshekët antidekubital

Kontrakturat formohen pas dëmtimeve traumatike të indeve të buta, nyjeve, tetivave dhe eshtrave. Lëndimet e rënda në mënyrë primare mund

të sjellin deri në çrregullim të përbërjes anatomike të strukturave të eshtrave. Faktorët sekondarë për formimin e kontrakturave janë: edemi i nguajar, inflamacion reaktiv, fibroze dhe shkurtim të kapsulës nyjore, tetivave dhe muskujve. Në programin për rehabilitim të hershëm të kontrakturave zbatohen ushtrime izometrike dhe pozicionim i strukturave nyjore.

Pas heqjes së imobilizimit të gipsit realizohet programi aktiv për përvetësimin e kontrakturave post-traumatike. Nga agjensët fizikal shfrytëzohen sonoterapia, elektroterapia (galvanoterapia, elektroforeza me KJ) gnetoterapia, valët e shkurta, termoterapia (parafinoterapia), drenimi limfatik dhe hidroterapia.

Programi kinezoterapeutik përbëhet nga zgjatja e muskujve të shkurtuar, forcim të antagonistëve të muskujve të shkurtuar, zbatimi i shinave dinamik, zbatimi i mjeteve ortopedike korigjuese ndihmëse e tjerë. Zgjatja statike e muskujve të shkurtuar kryhet deri në kufi të dhimbjes. Zgjatja e cila e kalon kufirin e dhimbjes mund të realizohet vetëm në raste kur pas ndërprerjes së zgjatjes ndërpritet edhe dhimbja. Pas korigjimit maksimal të arritur vendoset ortozë optimale e modeluar, e cila mundëson rruajtje të lëvizjeve të arritura gjatë tretmanit kinezoterapeutik.

Pyetje:

1. Numëroi dhe me radhë përshkruaji stadiumet e dekubitusit.
2. Çka janë kontrakturat dhe kur krijohen?
3. Çfarë ushtrimesh shfrytëzohen në programin kinezoterapeutik për përvetësimin e kontrakturave?

O

Aktivitetet për nxënësin

- Përshkruaje procedurën kinezoterapeutike për shmangien e kontrakturës në nyjen e shtangur pas largimit të imobilizimit të gipsit dhe fillimit të procedurës rehabilituese.
- Përshkruaje procedurën për preventivë gjatë paraqitjes së dekubitusit tek pacienti me insult cerebro-vaskular në fazën akute!

REHABILITIMI

Tërësia tematike 2

Rehabilitimi te moshë e fëmijërisë

Qëllimet e tërësisë tematike:

- Të sqarojë:
 - Rëndësinë, vendin dhe rolin e procesit të rehabilitimit në moshën e fëmijërisë si proces kompleks;
 - Metodën dhe procedurat (vijimi) gjatë procesit të rehabilitimit në moshën e fëmijërisë të grupit të mëposhtëm të sëmundjeve:
 - dëmtimet e sistemit nervor qendror (SNQ);
 - dëmtimet e sistemit nervor periferik (SNP);
 - dëmtimin dhe sëmurjen e muskujve;
 - rehabilitimin e fëmijëve me deformitete (të lindur dhe të fituar) në aparatën lokomotorik;
 - dëmtimet traumatike;
 - sëmundjet reumatike e tjerë.
- T'i njohë karakteristikat e sëmundjeve që bëjnë pjesë në grupet e cekura më lartë dhe pasojat nga realizimi jo i drejtë e terapisë;
- Ta sqarojë ecurinë e rehabilitimit dhe rolin e kineziterapisë dhe mjekësisë fizikale gjatë rehabilitimit;
- Ta përshkruajë mënyrën e zbatimit të mjeteve ortopedike ndihmëse të cilat përdoren në faza të veçanta të rehabilitimit;
- T'i njohë normat etike në raportin me pacientët.

REHABILITIMI
(mësim zgjedhor)

Tërësia tematike 1

Rehabilitimi mjekësor në moshë fëmijërore

Qëllimet konkrete për nxënësin:

- ta zbatojë preventivën nga krijimi i dekubitusit dhe kontrakturave në nyje;
- ta vë pacientin në pozitë të përshtatshme për procedurë rehabilituese konkrete;
- ta masë shkallën e lëvizshmërisë së nyjeve;
- të vendosë mjete ndihmëse protetike dhe mjete ndihmëse në faza të veçanta të procesit të rehabilitimit;
- ta njohë etiologjinë dhe pasqyrën klinike, procedurën rehabilituese dhe pasojat nga kryerja jo e drejtë e terapisë tek fëmijët me këta sëmundje:
 - paraliza cerebrale,
 - plexus brahchialis,
 - sëmundjet traumatike,
 - deformitete të shtyllës kurrizore (skolioza dhe kifoza),
 - deformitete të nyjeve të ekstremiteteve;
- ta zbatojë terapinë të ordinuar nga doktori-specialist i mjekësisë fizikale në raste të përkujdesjes dhe mjekimit gjatë procesit të rehabilitimit të pacientët në moshë të fëmijërisë me sëmundje të lartpërmendura;
- t'i evidentojë të dhëna nga matjet dhe nga procedura terapeutike në procesin e rehabilitimit mjekësor;
- t'i njohë dhe t'i zbatojë normat etike në raport me pacientin-fëmijë.

2. 1. REHABILITIMI NË MOSHË TË FËMIJËRISË

O Rehabilitimi mjekësor në moshë të fëmijërisë ka për qëllim që me ndihmën e mjeteve mjekësore ta sjellë të sëmurin, respektivisht të lënduarin në gjendje fizike dhe funksionale, e cila i ka paraprirë sëmundjes lëndimi, ose ta aftësojë për funksione adekuate për aftësitë ekzistuese. Përveç kësaj, rehabilitimi mjekësor te fëmijët ka për qëllim që në situata të caktuara (të lindura apo të fituara) t'i sjellë në gjendje afër normales, që do t'i mundësojë fëmijës pavarësi funksionale të përshtatur me aftësitë e tija.

Parimet e rehabilitimit mjekësor te fëmijët janë:

1. Fillim i hershëm;
2. Zbatim i vazhdueshëm;
3. Plotësim i funksioneve të zvogëluara me forcim të pjesës së dëmtuar të segmentit, me kompensim.

Detyrat e rehabilitimit mjekësor te fëmijët janë:

- Ruajtja e funksioneve të rrezikuara;
- Rimëkëmbja e funksioneve të dëmtuara;
- Plotësimi i funksioneve të humbura me zhvillim të aftësive të tjera (me kompensim) ose me zëvendësim (supstituim);
- Aftësimi i pacientit ndaj invaliditetit.

Rehabilitimi mjekësor tek fëmijët realizohet me:

- Terapi fizikale-e shfrytëzon veprimin terapeutik të agjensëve fizik ndaj organizmit. Zbatohen: termoterapia, fototerapia dhe (më shpesh) kineziterapia. Në kuadër të terapisë fizikale, elektroterapisë dhe sonoterapisë rrallë here ose aspak nuk zbatohen tek fëmijët. Nga metodat fizikale bëhet programi rehabilitues për çdo pacient veçmas;
- Kineziterapia-e shfrytëzon lëvizjen si bazë për mjekim.

Mosha e fëmijërisë është periudhë e rritjes së shpejtë, zhvillimit dhe formimit të fëmijës. Rehabilitimi mjekësor si dhe profilaksa dhe terapia fizikale në moshën e fëmijërisë kanë për qëllim që të sigurojnë zhvillim dhe arsimim të drejtë të fëmijëve. Organizmi i fëmijës posedon dallime kualitative në krahasim me organizmin e të rriturit dhe ato dallime janë më të mëdha kur fëmija është më i vogël. Kjo veçanërisht ka të bëjë me: sistemin nervor, sistemin kardiovaskular, sistemin muskulo-nyjor, metabolizmin, termorregullimin, lëkurën e tjerë.

Sistemi nervor i fëmijës karakterizohet me mospjekje funksionale për dallim nga organizmi i të rriturit. Tek i porsalinduri dominon refleksi për thithje dhe reflekset mbrojtëse. Pragu i ngacmimit të receptorëve periferik është dukshëm më i lartë tek i porsalinduri për dallim nga personi i rritur, e pastaj zvogëlohet. Ngacmimet periferike shpejt shpërndahen përmes rrugës nervore dhe përhapen në sistemin nervor qendror, duke provokuar paraqitje të shpejtë të hipertonusit edhe gjatë ngacmimeve më të vogla. Kjo duhet të merret parasysh gjatë përdorimit të metodave fizikale për shërimin e gjendjeve të caktuara tek fëmijët. Metodatat fizikale tek fëmijët shpejt provokojnë edhe reaksione të përgjithshme dhe për atë shkak shfrytëzohen më pak metoda intensive, në proporcion me moshën dhe masën trupore të fëmijës. Pas fazave të zvarritjes dhe uljes në vitin e parë, në vitin e dytë periudha zhvillimore vazhdon me qëndrim në pozitë të ulur në mënyrë të pavarur. Këto faza zhvillimore duhet të merren parasysh gjatë tretmanit rehabilitues. Tek fëmijët parashkollor motorika përsoset dhe paraqiten shprehi të tjera lokomotorike. Në aspektin funksional, sistemi lokomotorik në moshën e fëmijërisë zhvillohet në mënyrë permanente. Funkzioni i tij është i lidhur ngushtë me zhvillimin e SNQ. Eshtrat e fëmijës janë më elastik dhe prandaj janë shumë rezistues ndaj deformimeve. Sistemi muskulo-nyjor rritet shumë shpejt. Organizmi i fëmijës më ndryshe i shfrytëzon materiet energjetike në organizëm dhe shumë lehtë mund të çrregullohet baraspesha e metabolizmit. Prandaj, me procedurat fizikale fillohet shumë ngadalë.

Në procesin e rehabilitimit mjekësor të moshës së fëmijërisë vend të posaçëm zë kineziterapia. Ushtrimet në organizmin e fëmijës kanë veprim të përgjithshëm dhe lokal. Ato e stimulojnë funksionin e indeve, e stimulojnë metabolizmin si dhe mekanizmat mbrojtëse dhe kompensuese. Në mënyrë të volitshme ndikojnë edhe në funksionin e sistemit kardiovaskular dhe organeve të frymëmarrjes. Në moshën fëmijërore ushtrimet mund të veprojnë në mënyrë preventive, terapeutike dhe rehabilituese.

Kontraindikacionet gjatë rehabilitimit mjekësor mund të jenë lokale dhe të përgjithshme. Kontraindikacionet lokale janë: inflamacioni aktiv i

nyjes, dhimbje shumë e fortë, rrezik nga gjakosja, osteomielit apo tuberkulozës së nyjes. Kontraindikacionet e përgjithshme të rehabilitimit mjekësor janë: mangësitë e zemrës me dekompensim të zemrës, sëmundje të rënda respiratore, gjendje febrile dhe tumore malinje në stadiumin përparues.

Pyetje:

1. Kur duhet të fillojë procesi i rehabilitimit në moshën e fëmijërisë?
2. Cilat janë parimet themelore të rehabilitimit në moshën e fëmijërisë?
3. Sqaroi karakteristikat e sistemit nervor në moshën e fëmijërisë.

2. 2. PARALIZA CEREBRALE E FËMIJËVË (Paralysis cereбрalis)

o

Paraliza cerebrale e fëmijëve (PCF) është dëmtim kronik joprogresiv i trurit. Ajo është çrregullim apo humbje e funksionit motorik e cila dallohet qysh në moshë më të hershme.

Etiologjia

Sipas kohës së paraqitjes së dëmtimit në sistemin nervor qendror (SNQ) faktorët themelor mund të jenë:

- prenatale (faktorë që veprojnë para lindjes-infeksione të ndryshme gjatë kohës së shtatzënisë, helmimi i nënës, marrja e medikamenteve, alkoolizmi, narkomania pirja e duhanit e tjera),
- perinatale (veprojnë gjatë procesit të lindjes-trauma e lindjes gjatë kalimit nëpër rrugët e ngushta të lindjes, asfiksion i frytit, anestezioni e tjera)
- postnatale (faktorë që veprojnë pas lindjes-meningjitis tuberkuloz apo qelbor, encefalitis, sepsa, dehidrimi, temperatura e lartë e ndjekur me kovulzione febrile e tjerë).

Pasqyra klinike



Skema 1

Forma atetoze

Në javët e para të jetës fëmija mund të duket krejtësisht i shëndoshë. Megjithatë, me vështrim të kujdesshëm mund të shihet mungesë e lëvizjeve të ekstremiteteve dhe hipotoni e gjeneralizuar e muskujve; mund të vërehen edhe çrregullime në ushqim, gëlltitje dhe në të ushqyerit. Shenjat e qarta të atetozës shihen pothuajse në fund të vitit të parë të jetës. Zhvillimi i përgjithshëm psikomotorik i fëmijës është i ngadalësuar. Funkzioni i të ecurit zhvillohet në mënyrë të ngadalësuar. Është e dëmtuar edhe koordinimi. Në gishtërinjtë e dorës paraqiten lëvizje të ngadalësuara, që ngjajnë me lëvizjen e oktopodit. Atetoza mund të jetë e gjeneralizuar, mund ta kaplojë gjysmën e trupit (hemiatetoza) ose të jete i lokalizuar në një ekstremitet respektivisht pjesë të ekstremitetit. Me rritjen e fëmijës, pasqyra e atetozës bëhet shumë më e qartë. Është e dëmtuar edhe ecja dhe përdorimi i duarve. Spazmat e muskujve mund të jenë shumë të theksuar, por gjatë shtrirjes në gjendje të qetë vërehet hipotonia e tyre.

Forma spastike e paralizës cerebrale e fëmijës i ka këta karakteristika: kur fëmija ngrihet, këmbët kryqëzohen për shkak të hipertonisë së aduktorëve. Kur fëmija ec me këtë formë të PCF, këmbët janë të drejtuar në gjunjë, shputat e këmbëve janë në ekvinus, mbigjunjtë janë në aduksion dhe rotacion të brendshëm. Gjatë ecjes vërehet e ashtuquajtura ecje në formë të gërshërëve, mandej gjunjët preken dhe fërkohen, a shputa e njërës këmbë kalon para shputës së këmbës tjetër.

Reflekset muskulore janë të forcuara, shenja e Babinskit është pozitive, hipertonia është e tipit spastik, kurse reflekset abdominale të lëkurës janë të ruajtura. Në qoftë se parapareza është e tipit të ngadalshëm, atëherë ecja mund të realizohet, por kryesisht në gishtërinj. Më vonë vjen deri te shkurtimi i tetivës së Akilit dhe paraqitje të kontraktura në nyjet e shtangura. Rreth 1/3 e këtyre fëmijëve kanë sulm epileptikë.

Në përpjesëtim me përhapjen e defektit motorik ekziston edhe deficit në zhvillimin psikik.



Figura 12. Forma hemipleziale e PCF

Forma hemipleziale e PCF është pasojë e demtimeve (fokale) të trurit. Ato më shpesh janë të natyrës vasculare për shkak të hemorragjisë apo gjakosjes.

Ekstremitetet të anës së paralizuar në tërësi mund të mbeten pas me rritje ose vetëm pjesët distale (pëllëmba e dorës, shputa e këmbës). Dora është e flektuar në bërryl, këmba është e zgjatur në gjunjë, kurse shputa e këmbës është në pozitën ekvinus. Për këtë arsye, këmba është dukshëm më e gjatë, para se gjithash në llogari të shputës së lëshuar të këmbës. I sëmuri ec me cirkumduktion të ekstremitetit. Shpesh krijohen edhe kontraktura në nyjë.

Sëmundja e Litllovit. Ajo është formë diplegiale e veçantë e PCF spastike tek e cila çrregullimet janë pothuajse të përqendruara në ekstremitetet e poshtme. Në rastet më të lehta të kësaj forme ekziston ecje spastike e theksuar me reflekse të forcuara të tetivave dhe shenjë pozitive të Babinskit. Tek rastet më të rënda ekziston hipertoni e fortë e quadriceps

dhe fleksorëve të shputës së këmbës për shkak të së cilës këmbët janë të drejtuara në gjunjë dhe shputën e këmbës. Mbigjunjtë janë në adukcion dhe rotacion të brendshëm. Ecja është tipike-paretike spastike dhe në formë të gërshërëve.

Forma cerebrale ose ataksike është forma më e rrallë e PCF. Ataksioni mundi të jetë i kombinuar dhe me sindrom spastik në varshmëri nga ndryshimet e strukturës së lokacioneve të ndryshme.

Mjekimi

Rehabilitimi mjekësor tek pacientët me PCF duhet të fillojë shumë herët, qysh me zbulimin e shenjave të para. Në programin për rehabilitim duhet të merr pjesë i tërë ekipi respektivisht një grup i personave profesionist- fiziatër fizioterapeut, neurolog, ortoped, logoped, psikolog dhe punëtorë social. Vend më të theksuar në mjekim zë kineziterapia. Ajo duhet të fillojë qysh në muajt e para të jetës.

Në atë periudhë truri posedon plasticitet dhe mund të jetë i konstuktuar.

Kineziterapia e të sëmurëve me sindromin spastik është vetëm një, por jo edhe gjithnjë e vetmja formë e terapisë me të cilën mund të arrihet përmirësim i aftësive funksionale. Spazmat në muajt e hershëm nuk janë shumë të theksuar, kurse lëvizjet e padëshiruara paraqiten pas vitit të dytë të jetës. Gjatë zbatimit të kineziterapisë duhet të merret parasysh se çdo ngacmim i jashtëm shkakton ngacmim i ri që e ka prejardhjen nga lëvizja (ushtrimet e veçanta pasive) duhet te jetë nën pragun e ngacmimit të spazmës së mëparshme të muskulaturës. Ushtrimet të cilët punohen duhet të jenë të lehta, kurse lëvizja e nyjes dhe zmadhimi i lëvizjeve të saja duhet të realizohet me kujdes të veçantë.

Spasticiteti i theksuar është i shoqëruar me ngarkesë të zmadhuar psikike. Për këtë arsye, në kushte relaksuese mund të arrihen lëvizje më të lira të nyjeve. Pikërisht duhet të ushtrohet në qetësi të plotë, me ngacmime të zvogëluara të dritës (më mirë në gjysmë errësirë dhe temperaturë mesatare të hapësirës). Vetëm në atë mënyrë dhe me koncentrim maksimal të të sëmurit mund të kombinohen lëvizje me ushtrime aktive ndihmëse ose me ushtrime aktive. Ato realizohen edhe me shfrytëzimin e topave mjekësore të madhësive të ndryshme (deri në 90 centimetra). I sëmurit vendoset në pozita të ndryshme në top. Të fryrë me sasi të ndryshme të ajrit që të fitohen lëvizje të lira.

Spasticiteti i izoluar i sipërfaqeve më të vogla nuk kërkon kushte të veçanta për relaksim. Mjafton vetëm të mënjanohet ngacmimi i shkallës më të lartë mekanik lokal.

Sipas saj, programi për kineziterapi të sindromit spastik duhet të përfshijë:

- lëvizje pasive të nyjeve sipas mundësisë deri në kufijtë fiziologjik,
- lëvizje aktive e nyjeve deri në kufirin maksimal të mundshëm,
- Ushtrime në kushte relaksuese (pasive dhe aktive),
- Ushtrime për ecje dhe baraspeshë,
- Ushtrime për koordinim të lëvizjeve dhe
- Sigurimi i pozitave funksionale të nyjeve në rastet kur nuk punohen ushtrime.

Në aspektin praktik, kineziterapia duhet të jetë individuale, sepse çdo rast ka peshën dhe shumtrajtshmërinë e tij në varshmëri nga lokacioni i dëmtimit në sistemin nervor.

Teknika e realizimit të ushtrimeve përbëhet nga lëvizja jo e detyruar, pasive dhe e vazhdueshme e nyjes, të cilën e realizojmë në afërsi të paraqitjes së reaksionit spastik (ajo vërehet si dukuri e shtangies refleksive e nyjes). Në tentimin e ardhshëm synohet që të zmadhohen lëvizjet e nyjeve që të arrihet ekskursion më i madh dhe të mos shkaktohet përsëri reaksion spastik. Me realizimin e drejtë të ushtrimeve pas një kufiri të sigurt, në vendin e nyjes ndjehet ecje e lirë dhe ajo është shenjë se spazma është tejkaluar.

Ushtrimet nuk duhet të zgjasin më shumë se gjysmë ore që të mos lodhet i sëmuri dhe që të mënjanohet monotonia gjatë ushtrimit. Pas mbarimit të tyre ushtrimet më shpesh duhet të kryhen gjatë ditës, kurse gjatë natës ekstremiteti spastik duhet të vendoset në pozitë funksionale.

Ushtrimet për ecje dhe drejtpeshim bëhen në vegjë ose në hapësirë të lirë me ndihmën e terapeutit nga i cili kërkohet angazhim i madh dhe durim. Gjatë punës së mëtutjeshme terapia mund të realizohet në ujë të ngrohtë, i cili i mundëson të sëmurit lëvizje të lehtësuar. Si rezultat i ekzistimit të lëvizjeve horeatike dhe atetozë punohen ushtrime për koordinimin e lëvizjeve (nga lëvizjet më pak të komplikuarra e deri në lëvizje shumë të komplikuarra)

Në kineziterapi janë të zhvilluara edhe metoda të tjera për mjekimin të këtyre të sëmurëve:

1. Shkolla analitike e Felpsit. Ajo ka për qëllim përmes rrugës kushtimisht të reflektuar të krijojë relaksim të muskujve spastik;
2. Metodatat globale. Aty bëjnë pjesë metodatat e Templ Fejit, faciliteti proprioceptiv neuromuskulor sipas Kabatit, trajtim i zhvillimit nervor me inhibim reflektiv dhe facilitim sipas Bobatit, metoda e lëvizjeve refleksive sipas Vojtës e tjera.
3. Metoda funksionale. Kjo metodë ka për qëllim të mundësojë pavarësi të fëmijës në mjedis, edhe sikur të ketë lëvizje të gabuara. Qëllimi themelor është që fëmija të stërvitet për vetëkujdesje dhe veprime në jetën e përditshme.

Të gjitha këta metoda të kineziterapisë dhe detyrat e tyre dalin nga ndryshimet konkrete patologjike dhe nga zhvillimi psikomotorik i fëmijës:

- Zbrazjes së lëvizjeve patologjike të fëmijës,
- Përmirësimit të koordinimit të lëvizjeve,
- Stabilizimit në mbajtjen e drejtë të trupit, qëndrimit në këmbë dhe ecjes,
- trajnim për vetëkujdesje: të ushqyerit, të veshurit, mbajtja e higjienës personale dhe të ngjashme.

Nga terapia fizikale zbatohet:

- Masazhi manuale-në mënyrë të volitshme vepron në metabolizmin lokal dhe qarkullimin e gjakut në muskujt. Gjatë caktimit të llojit dhe teknikës së realizimit e rëndësishme është që ajo të mos ketë ngacim negativ në aspekt të zmadhimit të spasticitetit të ekzistuar me ngacime të lëkurës ose shtypje joadekuate të indeve të buta. Zbatohet masazhi i tipit lëmim apo fërkim i butë;
- Hidrokineziterapia dhe balneoterapia-në temperaturë të ujit prej 36°C deri më 38°C, me çka mënjanohet paraqitja e spazmave;
- Aplikacionet parafine dhe peloidet për përvetësim të kontrakturave;
- Krioterapia.

Tek pacientet me PCF mund të shfrytëzohen ortozat-longetët për redresman të natës dhe për mbajtjen e pozitës funksionale të nyjeve të

ekstremiteteve të poshtme. Sipas nevojës, mund të shfrytëzohen edhe mjete të ndryshme ndihmëse për ecje (veçat për ecje, paterica e tjera). Tek fëmijët me formë të rëndë të PCF është e domosdoshme që të sigurohet karrocë invalide e dizajnuar në mënyrë speciale.

Mjekimi ortopedik i korrigjon deformitetet e skeletit dhe i përforcon nyjet jostabile.

Në rehabilitim duhet të kyçet edhe trajtimi nga ana e logopedit dhe sipas nevojës edhe psikologut dhe punëtorit social.

Nga terapia medikamentoze jepen antiepileptiket gjatë paraqitjes së sulmeve, si dhe medikamente për zvogëlim të spazmës.

Pyetje:

1. Cilët janë faktorët etiologjik për paraqitjen e paralizës cerebrale të fëmijëve?
2. Cilët janë karakteristikat e formës hemiplegiale të paralizës cerebrale të fëmijëve?
3. Cilat metoda të kineziterapisë shfrytëzohen në rehabilitimin e pacientit me paralizë cerebrale të fëmijëve?
4. Cilët mjete ortopedike ndihmëse përdoren në procesin e rehabilitimit të pacientit me paralizë cerebrale të fëmijëve dhe me çfarë qëllimi?
5. Cilët janë shkaqet perinatale për paraqitjen e paralizës cerebrale të fëmijëve?

O

Paraliza cerebrale e fëmijëve është gjendje e dëmtimit të trurit që paraqitet gjatë periudhës prenatale, perinatale dhe postnatale të zhvillimit. Lezioni e kaplon trurin në shkallë të ndryshme të dëmtimit, nga të lehta e deri në shumë të rëndat, me sulme të funksioneve motorike, sensitive, auditive, emocionale, mentale dhe funksione të tjera. Prej aty dalin edhe pasqyrat e ndryshme klinike dhe klasifikimet. Në aspektin praktik PCF ndahet në: forma të lehta, të mesme dhe të rënda. Fëmijët me dëmtime të lehta janë të aftë për aktivitete të përditshme. Lëvizin pa mjete ndihmëse, posedojnë potencial psikomotorik dhe intelektual.

Fëmijëve me dëmtime mesatare u është e domosdoshme ndihma dhe tretman te rregullt rehabilitës. Për atë shkak, është e domosdoshme që sa më herët që të jetë e mundur të jepet diagnoza me pjesëmarrje të neonatologut, neurologut, fziatrit, ortopedit e të tjerë për arsye të vlerësimit të statusit fizik, mental, emocional intelektual, psikologjik dhe social të fëmijës. Diagnoza e hershme dhe fillimi i hershëm i terapisë duhet ta shfrytëzojnë potencialin e mbetur zhvillimor i indit muskolor në vitet e para të zhvillimit postnatal. Fëmijët me forma të rënda të dëmtimit kanë nevojë për tretman të përhershëm.

Prognoza, në aspektin e vetëpërkujdesjes, lëvizjes dhe të folurit është jo e sigurt dhe e keqe. Tek këta forma duhet të theksohet ekskluzivisht angazhimi i madh i familjes.

Aktivite për nxënësin:

- Demonstro zbatim të ushtrimeve tek pacienti me formë spastike të paralizës cerebrale të fëmijëve!
- Gjatë paraqitjes së kontrakturave tek pacientët me PCF mund të aplikohet parafina për mënjanimin më të lehtë të kontrakturës. Përgatite vendin e punës, parafinën dhe pacientin për aplikim të kësaj procedure terapeutike!

2.3 PARALIZA E FËMIJËVE (Poliomyelitis)

o

Paraliza e fëmijëve është sëmundje infektive akute e shkaktuar nga poliovirusi.

Para aplikimit të vaksinës kundër paralizës së fëmijëve, infeksionet me poliovirusin në atë moshë kanë qenë shumë të shpeshta. Sëmundja bartet përmes rrugës fekale-orale. Më së shpeshti paraqitet gjatë muajve të verës. Zbatimi i vaksinës ka shkaktuar rrënje drastike e të paraqitjes së kësaj sëmundjeje.

Virusi hyn në organizëm përmes sistemit digjestiv, aty shumohet dhe depërton në gjak dhe prej aty e sulmon substancën e himtë të brinjëve të

përparme të palcës kurrizore, ku ndodhin ndryshime inflamatore degjeneruse të qelizave nervore.

Pasqyra klinike

Infeksioni me poliovirusë më së shpeshti kalon pa paraqitje të shenjave klinike. Shumë më rrallë është e përfshirë SNQ (meningitis seroz). Më e rrallë është forma paralitike e sëmundjes.

Tek fëmijët sëmundja është proces dyfazor. Fillon me rritje të temperaturës, dhimbje të lehtë në fyt, plogështi, ndonjëherë edhe vjellje. Këto simptome zgjasin prej një e deri në tre ditë pas së cilës vijon interval i lirë me gjendje të përgjithshme të mirë.

Stadiumi paralitik fillon me plogështi, kurse pas 2 deri 3 ditëve edhe paralizë të muskulaturës. Më parë paraqitet paralizë e njërit muskul, kurse më vonë ndodh edhe përfshirja i tërë ekstremitetit. Më shpesh janë të përfshira ekstremitetet e poshtme. Ndonjëherë është e përfshirë muskulatura e frymëmarrjes (diafragma dhe muskujt interkostal), me çka frymëmarrja bëhet e vështirësuar.

Në stadiumin e ardhshëm, i cili fillon në javën e dytë, pacienti ndjen shangim të muskulaturës. Ai stadium zgjatë rreth 2 vite. Në qoftë se gjatë asaj periudhe nuk vërehen përmirësime, atëherë pasojat llogariten si të përhershme.

I fundit është stadium i deformiteteve të përhershme i cili karakterizohet me paraliza, atrofi të muskulaturës, kontrakturë dhe deformitete të ndryshme të cilët japin dëmtime të rënda funksionale.

Mjekimi

Në stadiumin e parë mjekimi është simptomatik. Pacientët mjekohen në spital për shkak të rrezikut të mosfunksionimit të muskulaturës, e cila mund ta rrezikojë para se gjithash frymëmarrjen apo funksionet tjera vitale të organeve. Qysh në fillimi të sëmundjes dhe në fazën e parë nevojitet pushim në krevat në pozitë funksionale. Është vërtetuar se aktiviteti më i madh fizik në stadiumin paraprilitik të sëmundjes shkakton zmadhim të deficitit neurologjik muskolor. Në këtë stadium jepen analgjetikë, medikamente për ulje të temperaturës, dhimbjes e tjera. Mund të realizohen edhe lëvizje të lehta pasive të ekstremiteteve për mbajtjen e lëvizshmërisë së tyre.

Procedurat fizikale dhe kineziterapia fillojnë në fazën rekonvalescente. Nga agjensët fizikal përdoren: fototerapia, elektroterapia (galvanoterapia, rrymat diodinamike dhe elektrostimulimet-teknika bipolare). Gjatë paraqitjes së kontrakturëve të nyjeve, tek pacienti bëhen ushtrime pasive; prej 4 deri në 5-ushtrime aktive me rezistencë dhe ushtrime për forcë dhe qëndrueshmëri. Ushtrimet bëhen dy herë në ditë. Fillohet prej nyjeve periferike.

Te këta pacientë ordinoohen edhe mjete të ndryshme ndihmëse ortopedike, për çdo pacient individualisht dhe në varshmëri nga shkalla dhe lartësia e lezionit.

Te kontrakturat dhe deformitetet definitive kryhet edhe mjekim operativ.

Pyetje:

1. Cili është faktori etiologjik për paraqitjen paralizës së fëmijëve?
2. Me cilën vaksinë preventohet paraqitja e paralizës së fëmijëve?
3. Me cilat shenja klinike manifestohet paraliza e fëmijëve?
4. Cilat agjense fizikale mund të zbatohen në procesin e rehabilitimit të pacientëve me poliomyelitis?
5. Tek pacientët me poliomyelitis bëhet test manual muskolor për muskuj të caktuar dhe për ato merret nota 3. Tek pacienti në trajtimin kinezoterapeutik do të bëhen:
 - a. Ushtrime për forcë dhe qëndrueshmëri,
 - b. Ushtrime aktive,
 - c. Ushtrime ndihmëse,
 - d. Ushtrime pasive.

2. 4. DISTROFI PROGRESIVE MUSKULORE **(Dystrophia musculorum progressiva)**

○ Distrofia progresive muskulore (DPM) është sëmundje kronike degjeneruese (SKD) i muskujve.

Etiologjia

Sëmundja ka bazë gjenetike. Ajo ndërlidhet edhe me çrregullim të qarkullimit në masën muskulore. E përbashkët për llojet e ndryshme të DPM është paraqitja e tyre në fëmijërinë e hershme apo të vonshme, trashëgueshmëria e tyre dhe më tepër raste të tilla në një familje. Ndryshimet më shpesh janë të lokalizuara në ekstremitetet e sipërme, janë simetrike dhe nuk ka shenja të dëmtimit të përçueshmërisë së rrugëve nervore. Tek DPM vjen deri në atrofi permanente të fijeve muskulore të cilët dallohen dhe zëvendësohen me inde lidhëse ose dhjamore. Për shkak të këtij zëvendësimi indi i muskulit mund të bëhet më voluminoz, por me tonus të ndryshuar dhe pa karakteristika të masës muskulore. Kjo është e ashtuquajtura hipertrofi e rrejshme (pseudohipertrofi). Ajo është karakteristikë veçanërisht për muskujt e lozhës së prapme të nëngjurit dhe i brezit të supëve.

Tipet më të shpeshta të DPM.

Dystrophia musculorum progressiva infantilis (Duchenne).

Paraqitet prej moshës dyvjeçare e deri në moshën dhjetëvjeçare. I përfshin muskujt pelvik, të shpinës, abdominal dhe të nëngjurit. Nëna e përcjell vetëm tek fëmijët meshkuj. Sëmundja ka prognozë të keqe.

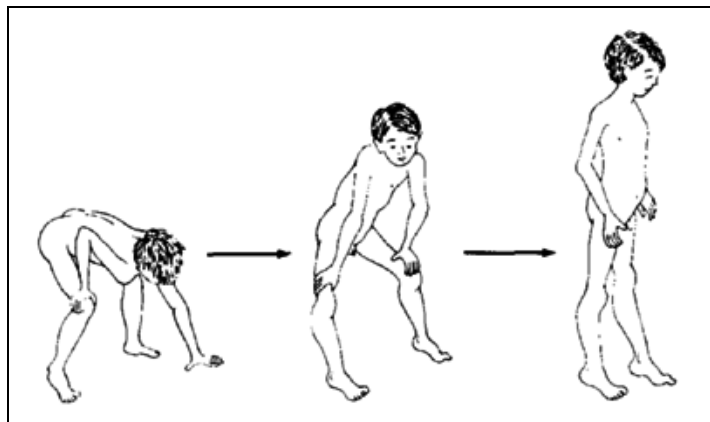


Figura 13. Orvatje për drejtim të trupit të fëmijës me DPM duke u mbështetur me duar në trupin e tij

Tipi pelvifemoral. Paraqitet në pubertet (prej moshës dhjetëvjeçare e deri në moshën katërbëdhjetëvjeçare). E përfshin muskulaturën e ashtit pelvik dhe të kofshës. Ka prognozë relativisht më të mirë. Sëmuren të dy gjinitë.

Tipi fasciopolohumeral. Paraqitet prej moshës dhjetëvjeçare e deri në moshën tetëmbëdhjetëvjeçare. I përfshin muskujt e fytyrës dhe të brezit të supeve. Përshtypje lënë të ashtuquajturat lopata me flete dhe (scapulae alatae) dhe supe të lëshuara, si dhe dobësim të muskulaturës së mimikës. Për arsye të shkatërrimit të muskulaturës së fytyrës, i sëmuri merr një pamje karakteristike-të ashtuquajtur fytyrë miopatike.

Tipi oftalmoplegial. Kjo formë e distrofisë muskulore është më e rrallë. I përfshin muskujt e jashtëm të syrit. Karakterizohet me ptozë dhe diplopi (fotografi e dyfishtë).

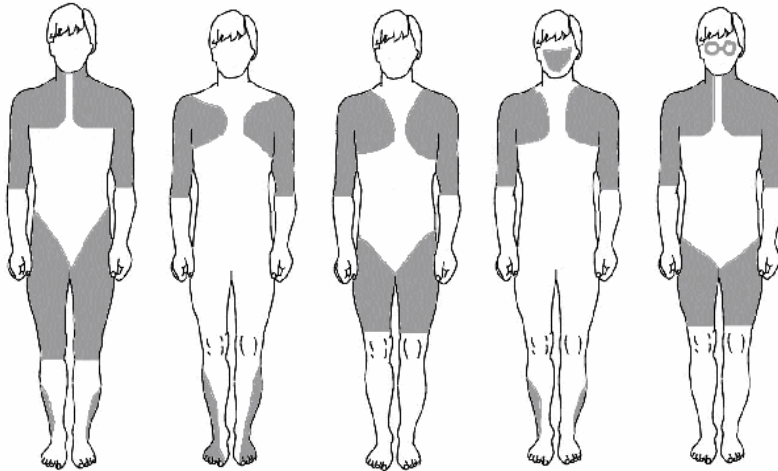


Figura 14. Vendet më të shpeshta të dobësimit të muskujve në tipet e ndryshme të distrofisë muskulore

Mjekimi

Tek pacientët me DPM qëllimi kryesor i mjekimit është rruajtja sa më e gjatë e lëvizshmërisë dhe aftësisë për vetëpërkujdesje.

Ndalimi i kontrakturave është njëra nga detyrat prioritare të rehabilitimit. Mund të shfrytëzohen procedurat fizikale, por me më pak sukses (për shembull galvanizimi, masazhi, hidroterapia, balneoterapia dhe ndonjëherë elektrostimulimi). Gjatë rehabilitimit të këtyre pacientëve rëndësi të veçantë ka kineziterapia. Me atë nuk mund të mjekohet sëmundja; megjithatë, në qoftë se arrihet rezultat pozitiv, atëherë sëmundja mund të përballohet me më pak dhimbje.

Gjatë zbatimit të ushtrimeve duhet të fillohet me një qëllim të qartë që duhet të arrihet (mënjanimin e kontrakturave, ushtrime për ulje, ngritje, ecje balancim në qëndrimin në këmbë e të tjera). Sipas asaj, programi i ushtrimeve duhet të ketë si synim realizimin e ndonjëres nga këta qëllime.

Të ushtruarit duhet të fillojë në stadiumin e zbulimit më të hershëm të sëmundjes. Në trajtimet e hershme të kineziterapisë bën pjesë edhe mbajtja preventive e nyjeve adekuate në pozitë më të përshtatshme funksionale dhe pozita të cilat e përjashtojnë zhvillimin e deformiteteve. Kineziterapia është e drejtuar edhe kah arritja e aftësisë për vëtkujdesje në funksionet themelore të tualetit personal, veshjes e të tjera.

Kur kapaciteti i mushkërive të bardha është i reduktuar, shumë të rëndësishme janë edhe ushtrimet për frymëmarrje.

Kohëzgjatja e ushtrimeve duhet të jetë prej dhjet e deri më pesëmbëdhjetë minuta me pauza të kohëpaskohshme sipas shkallës së lodhjes së çdo pacient individualisht. Në program duhet të ekzistojnë edhe ushtrime izometrike.

Punohen edhe ushtrime në ujë të ngrohtë ose të vakët. Përparësia e këtyre ushtrimeve qëndron në lëvizjen e lehte në ujë.

Në stadiumet e përparuara aplikohet karroca invalidore dhe ortoza te ndryshme (midere, rripë), në të cilat përforcohen mjete të ndryshme ndihmëse të duarve e të tjera.

Ekziston mundësia e aplikimit të intervenimeve ortopedike të indeve të buta, stabilizimi i nyjeve e të tjera.

Pyetje:

1. Cili është dallimi në mes distrofisë infatile muskulore të Dishenit dhe formës oftalmoplegiale të distrofisë muskulore?
2. Cilat janë detyrat prioritare në procesin e rehabilitimit të pacientit më distrofi progresivë muskulorë?
3. A është e arsyeshme lidhja e hershme e pacientit për karrocë invalidore, pa indikacion për të?
4. Gjatë realizimit të testit manual muskulor të një grupi të muskujve, te fëmija e sëmurë më distrofi progresive muskulore, ekstremiteti duhet të vendoset në:

- a. pozitë përkatëse,
- b. në cilën do pozitë,
- c. cilën do pozitë, por nevojiten pajisje e veçantë,
- d. cilën do pozitë, por me njohje anatomike dhe funksionale të ekstremitetit.

Zbatimi i kineziterapise në shkallë dhe formë adekuate luan rol të rëndësishëm në lehtësimin e jetës edhe ashtu të vështirë të të sëmurit nga DPM. Trajtimi kinezoterapeutik ndikon në pengimin e komplikimeve që janë rezultat i pushimit dhe pozitës jo të drejtë të trupit ose pjesëve të trupit. Me kineziterapi, për fat të keq, nuk mund të shërohet kjo sëmundje, megjithatë, në qoftë se arrihen çfarëdo lloj rezultatesh, sëmundja mund të ketë më pak dhimbje. Duke e marrë parasysh individualitetin e sëmundjes nga aspekti i vëllimit të përfshirjes së muskujve, stadiumit të sëmundjes, lokacionit, moshës së shtyrë të pacientit, nuk zbatohet vetëm një metodë dhe teknike e vetme e ushtrimeve.

Në zbatimin e ushtrimeve duhet të nisesh me një qëllim të qartë se çka duam të arrijmë (eliminim të kontrakturave, ushtrimet për ulje, për ngritje, ecje, balancim në qëndrimin në këmbë) dhe në lidhje me atë ta drejtojmë programin e ushtrimeve. Prandaj forma e ushtrimeve duhet vazhdimisht të ndryshojë dhe ti përshtatet stadiumit të sëmundjes.

Me ushtrime fillohet në stadiumin më të hershëm të sëmundjes dhe nuk duhet të lehet anësh programi e ushtrimeve dedikuar për muskujt e shëndoshë të cilët duhet të vendosin baraspeshë të kompensuar. Në procedurat e hershme të kineziterapisë bën pjesë edhe përforcimi preventiv i nyjeve përkatëse si dhe pozita më të përshtatshme funksionale të cilët e mënjanojnë zhvillimin e deformiteteve. Kjo nënkupton edhe kujdes për pozitën gjatë shtrirjes dhe ndenjes duke shfrytëzuar mjete ortopedike ndihmëse për mbështetje.

Kineziterapia duhet të drejtohet në programe përmes së cilës i sëmuri do të arrijë vetëkujdesje në funksionet themelore (toaleti personale, veshja), derisa tek rastet më të rënda ky program duhet të zgjerohet në teknike të stërvitjes për zbritje nga shtrati në karrocën invalide dhe ngjashëm.

Të rëndësishme së veçantë janë edhe ushtrimet për frymëmarrje kur kapaciteti i mushkërive të bardha është i reduktuar.

Ushtrimet mund të jenë gruporë për rastet më të lehta, por më tepër janë individualë. Kohëzgjatja e ushtrimeve duhet të lëvizë prej 10-15 minuta me pauza intervale në lidhje me shkallën e lodhjes. Gjithashtu mund të zbatohen edhe ushtrime në mjedis të lëngët, në ujë të ngrohtë ose të vakët.

Aktivitete për nxënësin



Figura 15.
Distrofi progresive muskulore

- Demonstru ushtrime për frymëmarrje tek pacienti me DPM tek i cili është i theksuar funksioni i frymëmarrjes!
- Përshkruaje ndryshimin që në vëren tek pacienti me distrofi progresive muskulore!

2. 5. DËMTIMI I GËRSHETIMIT BRANHIJAL NË MOSHËN E FËMIJËRISË *(Laesio plexus brachialis)*

o

Gërshetimi brahial krijohet nga degët e përparme të nervit të 5-të deri në nervin e 8-të të qafës dhe nervit të parë torakal.

Degët e prapme të këtyre trugjeve bashkohen në tufa të prapme nga e cila dalin radialis dhe axillaris. Degët e përparme të trugut primar të parë dhe të dytë lidhën si tufa e jashtme nga i cili nis musclocutaneus dhe pjesa e jashtme e medianus.

Degët e përparme të trugut primar të poshtëm paraqesin tufa të brendshme (mediale) nga e cila ndahen: cutaneus brachii medialis, cutaneus antebrachii medialis, ulnaris.

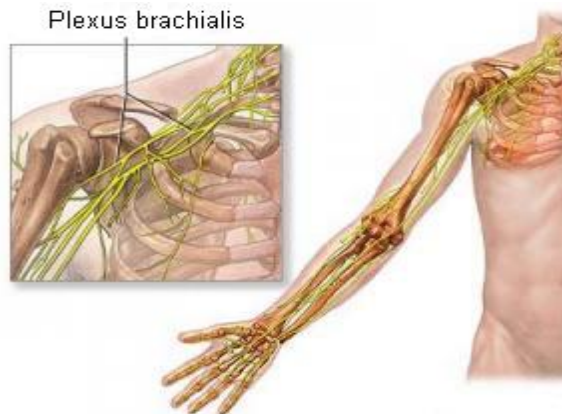


Figura 16. Plexus brachialis

Gërshetimi brahial jep inervacion për brezit të supave dhe duart. Shpeshherë, gërshetimi brakial (plexus brachialis) është i lënduar tek shumë fëmijë të vegjël.

Shkaku më i shpeshtë i dëmtimit të tij është lindja e vështirësuar dhe lëndimi i frytit. Faktorë të tjerë që mund të sjellin deri në dëmtim të këtij gërshetimi janë: tumoret, hemorragjitë, infeksionet e të tjera.

Pasqyra klinike

Dëmtimi i plotë i gërshetimit brahial është i rrallë. Mandej dora qëndron varur, i padobishëm dhe i plogësht, humbja e sensitivitetit është krejtësisht në vijën që lëshohet nga supet e poshtë, reflekset e tetiveve janë të shuar.

Paraliza e sipërme e plexus brachialis është pasojë e lëndimit të nervit C5 dhe C6 të qafës dhe i rrënjëve nga tërheqja e fortë e kokës së fëmijës nga supet gjatë lindjes së vështirësuar. Dora qëndron e varur afër trupit e rrotulluar për brenda dhe e drejtuar në bërryl. Abduksioni i pjesës së sipërme të bërrylit dhe fleksionit në bërryl është i kufizuar. Ekziston hipotrofi dhe atrofi e muskulaturës, humbje të sensitivitetit. Pjesa e sipërme e bërrylit është e ftohtë dhe cijanotike, refleksi i tetivës së bicepsit është i shuar.

Paraliza e poshtme e plexus brachialis është pasojë e tërheqjes dorës së abdukuar gjatë lindjes. Ky dëmtim i lindjes, veçanërisht gjatë pozitës pelvike, karakterizohet me paralizë dhe atrofi të muskujve të vegjël të pëllëmbës së dorës dhe paraqitja e pamjes karakteristike, siç është “pëllëmba në formë të kthetrës”.

Mjekimi

Rehabilitimi tek këta fëmijë duhet të fillojë sa më herët që të jetë e mundur. Në qoftë se ekziston enjtje dhe gjakosje, atëherë dora duhet të imobilizohet në pozitë të abduksionit të pjesës së sipërme të bërrylit prej rreth 80° dhe në rrotacion të jashtëm. Me këtë pengohet shkurtimi i abduktorëve të pjesës së sipërme të bërrylit dhe krahut. Imobilizimi mund të bëhet me gjilpërë siguroese, e cila vendoset në mëngën e teshës së fëmijës, në krevatin e fëmijës ose në jastëkun e tij. Në të njëjtën kohë kryhen lëvizje pasive të dorës në drejtim të abduksionit, rotacionit të brendshëm dhe elevacion. Ushtrimet pasive punohen pas eliminimit të enjtjes ose hemorragjisë. Njëkohësisht bëhet edhe masazh i ëmbël manualë për përmirësimin e qarkullimit. Rekomandohet edhe zbatimi i elektrostimulimit.

Në qoftë se vjen deri në krijimin e kontrakturave, atëherë punohen ushtrime për arritjen e vëllimit maksimal të lëvizjeve dhe vendosjen e imobilizimit për mbajtjen e pozitës korigjuese. Në qoftë se tretmani fizikal nuk jep rezultate, zbatohet intervenim operativ.

Pyetje:

1. Cili është shkaku më i shpeshtë për dëmtimin e gërshetimit brahial?
2. Cilat janë shenjat klinike të paralizës së sipërme të gërshetimit brahial?
3. Si duhet të vendoset dora në imobilizim dhe çka arrihet me të?
4. Tek cilat nerva për shkak të lezionit paraqitet paralizë e pjesës së sipërme të tipit plexus brachialis në moshën e fëmijërisë?

o

Në mjekimin e fëmijëve me lezion të gërshetimit brahial përveç imobilizimit i cili zbatohet menjëherë pas paraqitjes së dëmtimit, kryhet stërvitje e nënës për kryerjen e ushtrimeve pasive nga ana e fizioterapeutit. Duhet të kryhen lëvizje të rotacionit, abduksionit dhe elevacionit të jashtëm. Më e përshtatshme është që lëvizjet të kryhen derisa i porsalinduri vishet dhe zhvishet. Ushtrimet duhet të fillojnë me lëvizje të pjesëve distale të shuplakës së dorës. Në rastin e deficitit të plotë neurologjik të dorës duhet

të mënjanohet abduksioni për shkak të rrezikut nga subluksacioni ose luksacioni i humerusit.

Aktivite për nxënësin

- Paraqit mënyrë të kryerjes së ushtrimeve pasive tek fëmija me dëmtim të gërshetimit brahial!
- Bëj imobilizim të dorës së fëmijës me dëmtim të gërshetimit.

2.6. REHABILITIMI I DEFORMITETEVE NË MOSHËN FËMIJËRORE

Me termin deformitete trupore nënkuptojmë deformitete morfologjike të një pjese të caktuar të sistemit lokomotorik i cili mund të jetë i ndjekur edhe me ndryshime të caktuara funksionale të shkallëve të ndryshme.

Sipas prejardhjes, deformiteti mund të jetë:

- I lindur (kongenitale) dhe
- I fituar.

Deformiteti i cili përsëritet në familje quhet i trashëguar.

Deformitetet e lindura

Deformitetet e lindura të sistemit lokomotorik janë të shpeshtë dhe të përcjellë më shpesh më pengesa të mëdha funksionale. Në qoftë se deformitetet e tilla vërehen herët, mund që me terapi adekuate të mënjanohen pasojat.

Shkaqet e paraqitjes së deformiteteve të lindura mund të ndahen në disa grupe:

- Vitium primae formationis, do të thotë embrion i formuar në mënyrë jo të drejtë, shpesh pa ndonjë arsye të njohur. Aty bëjnë pjesë: polidaktile (gishtërinj të përtejnumërt), sindaktili (gishtërinj të ngjitur), brahifalangi (fallanga të shkurta të gishtërinjve) e të tjerë;

- Faktorët mekanik mund të ndikojnë tek fryti dhe të jenë shkak për shkatërrimin e zhvillimit të tij (për shembull ngushtim i mitrës ose zvogëlimi i hapësirës për zhvillimin e frytit në raste të bineqëve, sasi më e vogël e ujit të frytit, tumori në mitër, shtrëngimi mekanik i pjesëve të veçanta të frytit me kërthizë e të tjera).
- Trauma gjatë shtatzënisë-goditje në barkun e gruas shtatzëne mund të ndikojë në çrregullimin e qarkullimit në shtratin e frytit dhe të shkaktohet deformitetet me pasoja;
- Faktorët inflamatorë dhe toksik-gjatë shtatzënisë mund të paraqitet sëmundje intrauterale e frytit, veçanërisht nga infeksionet virale për shembull (rubeola). Rreziku më i madh është gjatë infeksioneve në tërë muajt e parë të shtatzënisë dhe tek një numër i madh i këtyre rasteve dëmtohet sistemi nervor qendror, kurse ndodhin ndryshime edhe në funksionin e sistemit lokomotorik;
- Shkaktarët fizikal-ekspozimi i shtatzënes në rrezatimin roentgenizues mund të sjellë deri në deformitete të sistemit lokomotorik. Rreziku është më i madh gjatë ekspozimit të rrezatimit në gjysmën e parë të shtatzënisë;
- Veprimi toksik i medikamenteve- janë të njohur efektet e disa medikamenteve (për shembull talidomid) të cilët mund të ndikojnë në zhvillimin e deformiteteve përdheris konsumohen gjatë shtatzënisë;
- Veprimi toksik i nikotinës dhe drogave dehëse- është vërtetuar ndikimi negativ i nikotinës, alkoolit dhe drogave dehëse, të konsumuara gjatë shtatzënisë, në zhvillimin e trupit të frytit. Pësha trupore e frytit bie, kurse më vonë edhe kualiteti paslindjes i zhvillimit gëc në më shumë drejtime;
- Zhvillim embrional jonormal-ndonjëherë nga shkaqe të panjohura zhvillimi embrional mund të gëc në etapë të caktuar, fryti mund të pranojë karakteristika të caktuara të asaj faze zhvillimore dhe të shkaktohen deformitete. Shembull, ekstremitetet janë zëvendësuar me rudimente të cilët ngjajnë me fletët e peshkut (fokomeli).

Deformitetet e fituara

Deformitetet e fituara krijohen gjatë jetës. Shkaktarët më të shpeshtë janë: dëmtimet traumatike, gjendje kronike inflamatore (reumatizmi, ndezjet me qelbosje, tuberkuloza e eshtrave), tumor, çrregullim i metabolizmit të mineraleve (rahitisi, osteomalacioni), distrofi e muskujve, paralizë e nervave periferik, paraliza e fëmijëve e të tjera.

2. 7. QAFJA E SH TRE MBERUAR (Torticollis)

O

Tortikolisi paraqet deformitet i cili paraqitet për shkak të ndryshimeve në ashtin e unazave të qafës ose disbalansit muskolor në këtë regjion (kontraktura e m. sternocleidomastoideus). Sipas etiologjisë së krijimit, ky deformitet mund të jetë i lindur ose i fituar.

Shkaqet për tortikolisin e lindur janë: hemivertebra (zhvillim jo i plotë i unazave ose gjysmë-unazave), rritje e dy unazave fqinje nga ana e njejtë, shkurtim i m. sternocleidomastoideus për shkak të çarkullimit të çrregulluar.

Tortikolisi i fituar paraqitet për shkak të lëndimeve në pjesën e përparme të qafës (veçanërisht gjatë lindjes), paraqitja e hematomit në m. sternocleidomastoideus dhe krijimi i indit lidhës i cili çon deri të kontraktura e muskulit, çrregullim i të pamurit, dëgjuarit, miopatite, lëndimi i nervave, fraktura të unazave e të tjera.

Pasqyra klinike

Në qoftë se nuk mjekohet, deformiteti çon kah shëmtimi i fytyrës me asimetri të fytyrës dhe kokës. Koka është e kthyer në anën e m. sternocleidomastoideusesh të shkurtuar. Fytyra është rrotuar në anën e kundërt, kurse lëvizjet e rotacionit të fytyrës kah ana e zënë janë të kufizuara. Lëvizjet e laterofleksionit të qafës në anën e kundërt janë të kufizuara dhe ekziston asimetri e fytyrës dhe kokës.

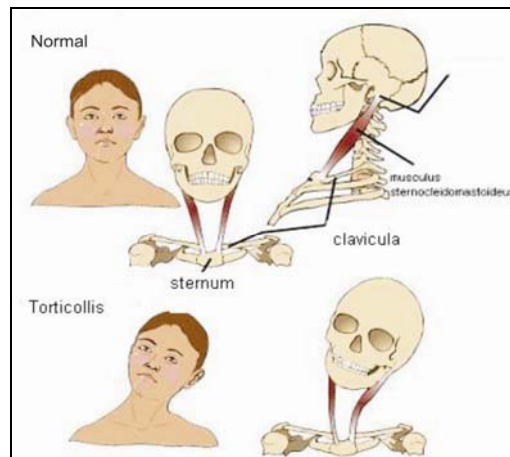


Figura 17. Torticollis



Figura 18. Torticollis

Mjekimi

Mjekimi duhet të fillojë sa më herët që të jetë e mundur. Në stadiumin më të hershëm të deformitetit më shpesh shfrytëzohet kineziterapia. Ajo ka për qëllim që sa më shpejtë ta vendosë baraspeshën kineziologjike të çrregulluar në regjion të qafës që të mos paraqiten deformitete strukturale të përhershme.

Në qoftë se shkak për qafën e shtrembër është plasja e m. sternocleidomastoideus, duhet që pas lindjes sa më herët që të jetë e mundur të fillohet me zbatimin e masazheve të hematomit dhe lëvizjeve pasive të qafës, shumë herë gjatë ditës. Pas ushtrimeve të zbatuara koka duhet të vendoset në pozitë funksionale ose hiperkorrigjuese me ndihmën e kollareve të buta për fiksion të kokës.

Tek fëmija më i rritur kryhet kombinim i ushtrimeve pasive dhe aktive në pozitë të shtrirë, në shpinë ose në bark. Njëkohësisht bëhet provokimi i lëvizjes aktive me sinjale të zhurmës ose sinjale tjera në anën në të cilën duhet të përforcohet muskuli duke e kthyer kokën. Punohet edhe masazh e kujdesshme e hematomit në muskulin me të cilin shpejtohet mënjanimi i tij dhe që e lehtëson kryerjen e lëvizjeve në qafë.

Përderisa efekti i kineziterapisë është jo i përshtatshëm duhet që mjekimi operativ të zbatohet në kohë. Operacioni bëhet në vitin e parë të jetës, para se të ndodhin ndryshime në aspekt të shtrembërimit të fytyrës. Fëmijët shkollor me tortikolis kanë funksion të kufizuar të qafës dhe duhet të lirohen nga ushtrimet e tepërta dhe ushtrimet në vegla gjimnastikore. Noti është i dobishëm për shkak të zgjatjes së muskulaturës së shkurtuar të qafës dhe forcimit të muskujve të zgjatur në anën e kundërt.

Pyetje:

1. Cilët janë faktorët etiologjik që sjellin deri në paraqitjen e torticollis?
2. Në cilën anë është e rrotuar fytyra tek lëndimi dhe shkurtimi i m. sternocleidomastoideus e anës së djathtë?
3. Cili është qëllimi i ushtrimeve që aplikohen tek pacienti me torticollis?
4. Si mjekohet qafa e shtrembëruar përderisa mjekimi konservativ nuk jep rezultate?

O

Mjekimi i qafës së shtrembëruar duhet të fillojë sa më herët që të jetë e mundur. Ai përbëhet nga korrigjimi i kokës me jastëk, zbatimi i ushtrimeve dhe imobilizimit me ndihmën e kollareve ortopedike. Kineziterapia kryhet në mënyrë pasive, me zgjatjen e muskulit të shtangur me çka duhet të krijohen kushte të relaksimit të plotë të fëmijës (duhet të jetë i ngopur dhe i qetë). Zgjatja e arritur pastaj fiksohet dhe imobilizohet. Imobilizimi hiqet gjatë kohës së ushtrimeve. Në fillim, ushtrimet kryhen më së paku tri herë gjatë ditës me angazhimin e prindërve. Njëkohësisht, nëna duhet të stërvitet për korrigjim të kokës me ndihmën e jastëkut. Procedura duhet të realizohet në gjashtë muajt e parë të jetës sepse pas asaj moshe ndryshimet e muskujve janë më intensiv dhe zgjatja e tyre është më e dobët.

Në varshmëri nga mosha e fëmijës mund të zbatohet edhe puna terapeutike. Ajo mundëson zhvillim të lëvizjeve aktive që zbatohen për shkak të zgjatjes së muskulit të shkurtuar.

Aktivitete për nxënësin

- Demonstru zbatimin e ushtrimeve pasive tek fëmija me qafë të shtrembëruar për shkak të shkurtimit të m. sternocleidomastoideus të djathtë!
- Bëj imobilizim me ortozë për qafë tek fëmija me torticollis!

2. 8. GJOKSI I PULËS (Pectus carinatum)

o

Gjoksi i fryrë është deformitet i murit të përparmë të kafazit të krahavorit. Më shpesh paraqiten si pasojë e metabolizmit të çrregulluar të kalciumit (rahit). Edhe përgjatë profilaksës sistematike antirahitike të mbrojtjes shëndetësore, ky deformitet është dukuri e shpeshtë te fëmijët edhe në ditët e sotme.

Pasqyra klinike

Në pasqyrën klinike përveç fryrjes së ashtit të krahavorit dhe brinjëve në pjesën e poshtme anësore të kafazit të krahavorit hasim në thellim me harqe të ngritura të brinjëve. Njëkohësisht mund të gjinden edhe shenja të tjera për deformitete rahitike të skeletit (për shembull këmbët-X ose këmbët –O).

Tek ky deformitet nuk është i rrezikuar funksioni i sistemit respirator ose kardiovaskular, përveç se në rastet e rënda me shtypje të theksuar anësore të murit të përparmë të kafazit të krahavorit.



Figura 19. Pectus carinatum

Mjekimi

Procesi i mjekimit nënkupton:

- Mjekim i sëmundjes bazë d.m.th. rahitisit,
- Ushtrime për frymëmarrje (marrje e thellë dhe lëshimi i ngadalshëm i frymës),

- Forcim i muskulaturës të brezi i supeve, muskulaturës respiratore dhe muskujve të shpinës,
- Shtrirja barkas në krevat,
- Mbjajtja e miderëve me pelotë elastike, e cila bën shtypje në ashtin e kraharorit (në periudhë prej 4 e deri më 5 vjet).

Aktivizimi më i mirë i të gjitha muskujve të lartpërmendura arrihet me notim (stili në kraharor ose në shpinë). Ky deformitet tek fëmijët mund të zgjidhet me intervenim kirurgjikal –osteotomia e ashtit të kraharorit.



Figura 20. Pelota e kraharorit

Pyetje:

1. Cili është shkaku më i shpeshtë i paraqitjes së gjoksit të pulës?
2. Si manifestohet deformiteti pectus carinatum?
3. Pse është i rëndësishëm mjekimi i rahitisit bashkë me mjekimin e deformitetit pectus carinatum?

2. 9. KRAHAROR I THELLUAR (Pectus infundibuliforme)

O Ky deformitet dallohet me thellim të murit të përparmë të kafazit të kraharorit. Mund të jetë me prejardhje kongenitale, kurse shkaku për deformitetin e fituar nuk është i njohur.

Madhësia e thellësisë mund të jetë e diskrete me thellim shumë përshtypës gjatë të cilit ashti i kraharorit është i ndarë nga shtylla kurrizore vetëm disa centimetra.

Pasqyra klinike

Në aspektin funksional paraqiten pengesa në punën e organeve respiratore, kurse kompresioni i drejtpërdrejtë mund të sjellë deri në zhvendosjen e enëve të mëdha të gjakut të kafazit të kraharorit dhe zemrës. Fëmija mund të jetë i zbehtë, por edhe cianotik. Gjatë punës fizike fëmija shpejt lodhet dhe bëhet dispoik. Kapaciteti i vitalitetit të mushkërive të bardha është i zvogëluar.

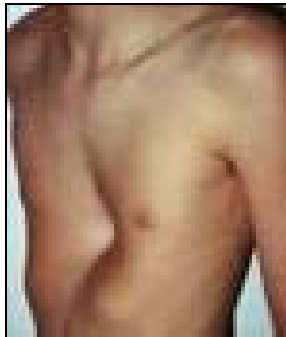


Figura 21. Pectus infundibuliforme

Mjekimi

Tek rastet e lehta dhe mesatarisht të rënda kineziterapia është metoda adekuate. Ajo ka për qëllim të nxirret ashti i thelluar i kraharorit. Kjo arrihet me zbatimin e ushtrimeve aktive për muskujt e brezi i supeve, muri i përparmë i kafazit të kraharorit dhe ekstenzorët e trupit.

Kineziterapia respiratore nënkupton frymëmarrje të thellë, mbajtja dhe lëshimi i frymëmarrjes.

Rëndësi të veçantë ka noti (stili në kraharor dhe në shpinë), elemente të ushtrimeve nga hendbolli dhe basketbolli me elevacion të dorës.

Ushtrimet duhet të kryhen në mjetë gjimnastikore-ripstoll, tra, ushtrime në pozitë të shtrirë me reklinacion (vendosje në pjesën krahërore të kurrizit).

Mund të shfrytëzohen edhe disa mjete ndihmëse ortopedike me të cilët brezi i supeve dhe shtylla kurrizore mbahen në pozitë të detyruar ekstenzore. Gjatë fjetjes duhet të sigurohet krevat i rrafshët pa jastëk që të theksohet pozita e ekstenzuar e shtyllës kurrizore.

Pyetje:

1. Cilët janë shenjat klinike të pectus infundibuliforme?
2. Në këtë deformitet përveç çrregullimit të pamjes estetike a ekziston edhe çrregullime edhe në aspektin funksional?
3. Cila është metoda e zgjedhur për mjekim të pacientit me shkallë të vogël të këtij deformiteti, duke mos e marrë në konsiderim funksionin respirator dhe të zemrës?

2. 10. DALJE NGA VENDI I KËRRLLOKULLES (Luxatio coxae congenita)

O Luksacioni i kërrllokëllit është pasqyrë shumë e shpeshtë të cilën e has fizioterapeuti gjatë punës së tij. Ajo është pasojë e displazionit, moszhvillimit së zonës së nyjes koksofemorale.

Më shpesh paraqitet te gjinia femërore.

Përveç daljes së vërtetë nga vendi tek i cili ekziston dislokacion i plotë i kokës së femurit në raport me acetablumin, deformiteti mund të jetë i theksuar edhe në formë tjetër-i ashtuquajtur i displazion kongenital i kërrllokullës, Për të është karakteristike zhvillimi i pamjaftueshëm i pjesëve të nyjes (acetabulumit ose koka e femurit).

Në mes luksacionit të plotë dhe kërrllokëllit normal ose në vend kalimin në mes kërrllokullës displastike dhe asaj të dalë nga vendi gjendet sublüksacioni, i cili më shpesh paraqitet pas dispazionit të pashëruar të kërrllokullës.

Pasqyra klinike

Diagnoza e hershme është shumë e rëndësishme tek ky deformitet. Në qoftë se diagnoza jepet në muajt e parë të jetës, kërrllokulla kongjenitale e dëmtuar mund të kthehet në pozitë anatomike të përshtatshme.

Mjekimi i këtij deformiteti përderisa fillon në gjashtë muajt e parë dhe vazhdon gjatë vitit të parë të jetës, mund të pritet shërim i plotë anatomik dhe funksional. Në qoftë se anashkalohet kjo periudhë, në numrin më të

madh të rasteve asnjëherë nuk arrihet restitucion i plotë anatomik, por vetëm restitucion funksional.

Diagnoza klinike jepet në bazë të shenjave në vijim:

1. Shenja e Ortollanit-gjatë tentimit për abduksion dhe rotacion dëgjohet i ashtuquajtur i kapërcim-klakman-dalja e kokës së femurit nga acetabulum (fenomeni lukcasionas); Abduksion i kufizuar;
2. Shkurtim i ekstremitetit të sëmurë-me matje të ekstremiteteve vërtetohet se gjuri i anës së sëmurë është i vendosur më lartë;
3. Shenja pozitive e Trendelenburgovit –Gjatë qëndrimit në këmbën e kërkullit të dalë nga vendi vjen deri në rrënje të pjesës pelvike të anës së kundërt;
4. Asimetria e hullisë gluteale në formë të fryre që e ka prejardhjen nga koka e dalë nga vendi e ferumit;
5. Hipotrofia e muskulaturës së nëngjurit nga ana e dalë nga vendi
6. Mbajtja skoliotike e kurrizit për shkak të shkurtimit të këmbës;
7. Lodhje e shpejtë gjatë ecjes dhe qëndrimit në këmbë.



Fotofia 22. Shenja e ortlanievit

Mjekimi

Mjekimi i daljes nga vendi te lindur të kërkullës, sublaksioni dhe dispazioni duhet të fillojë sa më herët që të jetë e mundur, respektivisht menjëherë pas zbulimit të deformitetit. Megjithatë, sistemi për ushtrime preventive duhet të aplikohet që në lindje sepse është vërtetuar se ushtrimi kontribon në zhvillimin e kërkullës.

Tek rastet e dispazionit dhe formave më të lehta të subluksacionit, kineziterapia mund të ketë efekt në arritjen e stabilizimit të kokës së femurit në acetabulum. Ajo përbëhet nga ushtrime pasive për lëvizje të nyjes së kërrlokullës dhe arritja e abduksionit të plotë të nëngjunjëve të flektuar të kërrlokullës. Ajo mundëson centrim të kokës së femurit në raport me acetabullumin.

Ushtrimet duhet të kenë për qëllim edhe forcimin e muskulaturës pelvike.

Këto ushtrime zbatohen shumë herë gjatë ditës nga disa minuta. Për shkak të manipulimit të lehtë ushtrohen simetrikisht të dy kërrlokullat edhe pse njëra mund të jetë normale. Pas ushtrimeve këmbët vendosen në pozitë abduksione me ndihmën e brekëve ortopedike. Ndërmjet ushtrimeve fëmija duhet të shtrihet barkas që të mund të arrihet abduksion i nyjen e kërrlokullës.

Kineziterapia tek fëmijët e rritur duhet të zbatohet përmes ushtrimeve për shkak të forcimit të muskulaturës pelvike (ushtrime në pozitë të varur, të ulur ose në pozitë të shtrirë si dhe ushtrimet në pishinë). Këta fëmijë janë të aftë për vrapim të gjatë.

Për shkak të dobësisë së muskulaturës pelvike dhe periferike krijohet edhe reperkusion i forcës së muskulaturës lumbale dhe të shpinës. Për atë shkak në tretmanin kinezoterapeutik duhet të planifikohet edhe forcimi i muskujve të shtyllës kurrizore dhe të korrigojohet lordoza lumbale, e cila çdo herë është prezent.

Korrigjimi i shkurtimit të këmbës në rastet më të lehta bëhet me ndihmën e këpucëve ortopedike me shtim të lartësisë.

Mjekimi me intervenim kirurgjikal zbatohet tek një numër i caktuar i pacientëve me qëllim që të bëhet mbështetja në kërrlokullën dhe për stabilizimin e nyjes.

Pyetje:

1. Cili është dallimi në mes kërrlokullës të dalë nga vendi dhe displastike?
2. Cilët janë shenjat themelore klinike për Luxatio coxae congenita?
3. Pse është i rëndësishëm ushtrimi preventiv i kërrlokullës tek të porsalindurit?

4. Cilat ushtrime në programin e kineziterapisë shfrytëzohen për mjekimin e pacientëve me luxatio coxae congenita?
5. Gjatë vizitës së fëmijës me luxatio coxae congenita vërehet asimetri e vijave të lëkurës, pozitë e lartë e trohanterëve, ndryshim i pozitës së kokës së ferumit, testi pozitiv i Ortollanievit, lordozë e kurrizit lumbal dhe;
 - a. Kufizim i abduksionit në kërrlokull,
 - b. Kufizim i adduksionit në kërrlokull,
 - c. Fleksion i kufizuar në nyjen e kërrlokullës,
 - d. Fleksion dorzal i kufizuar në nyjen e kërcimit.

o

Rehabilitimi postoperativ i pacientit me luksacion të kërrlokullës

Luksacioni i kërrlokullës kushtëzon shkurtim të abduktorëve, adduktorëve, fleksorëve dhe m. gluteus maximus, si dhe të rotatorëve të brendshëm, kurse gjatje të rotatorëve të jashtëm.

Gjatë mjekimit duhet të zgjaten muskujt e shkurtuar. Rehabilitimi fillon me kujdes përmes ushtrimeve aktive, mandej ushtrime ndihmëse për forcimin e muskujve të dobësuar si dhe shtrëngim të muskujve të shkurtuar.

Fëmijës i lejohet që të rrijë ulur dhe të shtrihet barkas me një thes me rërë të vendosur në pjesën pelvike, që të pengohet kontraktura e nyjes së kërrlokullës.

Kur do të arrihet amplitudë e mjaftueshme e lëvizjes, kalohet në ushtrime për forcim. Kur do të arrihet nota e MMT mbi 4 atëherë lejohet ngarkesë pas 3 deri 4 muajve të intervenimit kirurgjikal.

Gjatë mjekimit shfrytëzohet edhe elektroterapia (elektrostimulimi në fazën e forcimit të muskujve dhe procedurat analgetike gjatë paraqitjes së dhimbjes) si dhe hidroterapia.

Aktivitete për nxënësin

- Prezanto ushtrime për lëvizje të nyjes së kërrlokullës tek fëmijët!
- Bëj matje të gjatësisë së ekstremiteteve tek pacienti me dalje nga vendi të lindur të kërrlokullës dhe mendo pse është e rëndësishme të dihet gjatësia e ekstremiteteve dhe zbrapsje eventuale në gjatësinë e pjesës së majtë dhe të djathtë të ekstremitetit të poshtëm !

2. 11. DEFORMITETE TË GJURIT NË MOSHËN E FËMIJËRISË

o

2. 11. 1. Genua vara

„Këmbët-O “ (genua vara) është deformitet relativisht i shpeshtë i gjurit në moshën e fëmijërisë. Karakterizohet me shtrembërim të boshtit të këmbëve me konkavitë për brenda.

Etiologjia më shpesh është rrahitike. Paraqitet në fund të vitit të parë ose në fillim të vitit të dytë të jetës. Ngarkesa shumë e hershme e këmbëve me ecje të forcuar kontribuon edhe në shtrembërimin më të shpejtë dhe më të madh të tyre. Në qoftë se deformiteti është në lartësi të gjurit, bëhet fjalë për „genua vara“; në qoftë se kulmi i shtrembërimit është në lartësi të nëngjurit, atëherë bëhet fjalë për „crua vara“.

Pasqyra klinike

Përveç estetikës jo të mirë, reduktohet edhe aftësia funksionale e ekstremiteteve të poshtme. Ndryshimet e përshkruara sjellin deri në lodhje të shpejtë të muskujve, dhimbje të nëngjunjëve, gjunjëve dhe kërrlokullave.

Mjekimi

Në stadiumin e hershëm, përderisa eshtrat janë fleksibil mund të arrihet korrigjim i boshtit të ekstremitetit me redresman ortopedik.

Me ndihmën e ushtrimeve për forcim të përgjithshëm duhet të vepohet në forcimin e muskulaturës skeletore dhe në formimin e drejtë të sistemit lokomotorik. Punohen ushtrime për ecje në dërrasat korrigjuese, podium të bëra në formë të shkronjës V. Paralelisht duhet të forcohet edhe muskulatura e lozhës së prapme të mbigjurit, fleksorëve të nëngjurit dhe fleksorëve të shputës së këmbës.

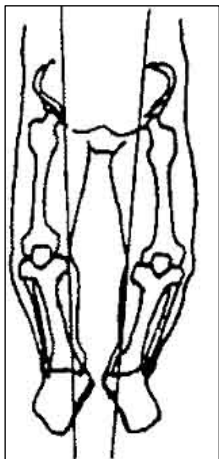


Figura 23. Genua vara

Për shkak të etiologjisë rahitike të sëmundjes duhet të zbatohet edhe terapi antirahitike, procedura me dritë, qëndrim në det e tjera.

Tretmani kinezoterapeutik dhe të gjitha masat tjera të zbatuara përderisa nuk japin rezultate, mund të bëhet edhe korrigjim operacional i boshtit.

2. 11. 2. Genua valga

„Këmbët X“ (genua valga) është deformitet mjaft i shpeshtë. Më shpesh është i etiologjisë rahitike.

Shkallë e lehtë e „këmbëve –X“ shpesh paraqitet tek gjinia femrore dhe llogaritet si fiziologjike.



Pasqyra klinike

Konkaviteti i këmbëve është për nga ana e jashtme. Pastaj gjunjët zakonisht zgjerohen për nga ana e jashtme. Ky deformitet rregullisht sjell deri në ndryshime statike të shputës së këmbës me lëshim të tehut të brendshëm (d.m.th. pes planovalgus). Tetiva e Alliohut e vëzhguar nga mbrapa tregon konkavitet për nga jashtë.

Figura 24. Genua valga

Aftësia funksionale e ekstremiteteve të poshtme është e redukuar. Paraqitet lodhje e shpejtë gjatë vrapimit, ecjes dhe ndenjes për shkak të ngarkesës jo të rregullt të nyjeve të kërcimit.

Mjekimi

Për shkak të etiologjisë së deformitetit zbatohet terapia antirahitike, si dhe qëndrimi në ajër të pastër. Përderisa deformiteti progredon atëherë zbatohet kineziterapia. Ajo ka të bëjë me forcimin e muskulaturës së ekstremiteteve të poshtme. Duhet të forcohen ushtrimet për muskujt supinatorë të shputës së këmbës dhe të rotatorëve të jashtëm të mbigjurit. Me forcimin e supinatorëve ngritet kubeja e brendshme e shputës së këmbës dhe bëhet korrigjimi indirekt në pjesën e përparme të këmbës. Preferohet edhe ecje në gishta dhe ecje në tehun e jashtëm të shputës së këmbës.

Ndërmjet këmbëve punohet edhe redresman pasiv i aplikuar i cili përbëhet nga vendosja e jastëkëve ndërmjet këmbëve dhe njëkohësisht me afrim të nyjeve të kërcimit.

Tek deformiteti shumë i theksuar duhet të bëhet korigjim kirurgjikal i cili jep rezultate të mira.

2. 11. 3. Genu recurvatum

„Këmba në formë të shpatës“ (Genu recurvatum) është deformitet i rrallë i cili karakterizohet me vendosje të kërllokullës përmbra. Vija mbështetëse në rrafshinën sagitale spostohet në atë mënyrë ashtu që ajo kalon para patellës. Kjo dukuri është e shpeshtë tek sëmundjet të cilët e dëmtojnë muskulaturën e mbigjurit (distrofi progresive muskulore, paraliza e fëmijëve, lëndimet mekanike të (m. quadriceps femoris).

Tek pozita e këtillë e kërllokullës aftësia funksionale e këmbës dukshëm është redukuar. Fëmijët me këtë deformitet nuk janë të aftë për vrapim, ecje, kërcime dhe ngjashëm. Shpesh herë ka nevojë për mjet ortopedik ndihmës për fiksion të gjurit. Më vonë paraqiten edhe dhimbje të gjurit, kërllokullave dhe shputave të këmbës për shkak të ngarkesës jo të barabartë.



Figura 25. Genu recurvatum

Mjekimi

Kineziterapia fillimisht ka të bëjë me forcimin e fleksorëve të nëngjurit, kurse nevojiten edhe ushtrime për muskujt e brezit pelvik, për lozhën e përparme të mbigjurit, muskujt e nëngjurit dhe shputës së këmbës. Me këtë arrihet stabilizim i mbështetjes së këmbës në pozitën në këmbë. Tek rastet më të rënda kryhet mjekim përmes intervenimit kirurgjikal.

Pyetje:

1. Cili është shkaku më i shpeshtë i paraqitjes së genua vara dhe genua valga?
2. Si manifestohet deformiteti i gjunjëve në formë të shkronjës O?
3. Cili teh i shputës së pacientit me genua vara është i ngarkuar në mënyrë statike?

Z

Gjatë deformitetit Genua valga gjunjët janë të shtypur në vijën e mesme të trupit, kurse boshti i nëngjurit dhe mbigjurit formojnë kënd të hapur nga jashtë, me qendër në lartësi të gjurit.

Deformitetet e këtilla me pozitë konsekuente të pjerrët të pjesës pelvike kushtëzon ngarkesë të zmadhuar të shtyllës kurrizore në pjesën lumbale dhe zhvillim të ndryshimeve degjeneruese (spondilloze lumbale). Mund të zhvillohet proces degjenerues (artroze) edhe te gjuri. Mjekimi është i kombinuar –konservative dhe kirurgjikale. Tek rastet më të lehta për shkak të pengimit të keqësimit të pasqyrës klinike dhe të aftësisë funksionale zbatohen procedura fizikale, termoterapia, hidroterapia, elektroterapia, kineziterapia dhe puna terapeutike.

Gjatë deformitetit Genua valga mbigjuri dhe nëngjuri formojnë kënd të hapur nga brenda, me qendër në lartësi të gjurit. Çrregullimi statik ndikon edhe në nyjen e kërrlokullës e cila në mënyrë funksionale mund të jetë e rrezikuar.

Gjatë deformitetit Genu recurvatum mbigjuri dhe nëngjuri formojnë kënd të hapur nga brenda, kurse qendra është në lartësi të gjurit. Fleksioni tek gjuri është i vështirësuar ose i pamundur. M. quadriceps femoris mund të jetë i shkurtuar, kurse fleksorët e nëngjurit janë dislokuar përpara dhe veprojnë si ekstensorë. Mjekimi mund të jetë kirurgjikal dhe konservativ (me terapi fizikale-kineziterapi; hidroterapi; elektroterapi: rrymat interferente, rrymat diadinamike, elektrostimulimi; magnetoterapia dhe laseroterapia).

Aktivite për nxënësin:

- Sqaroje dhe përcaktoje deformitetin e këmbëve në figurën 26!

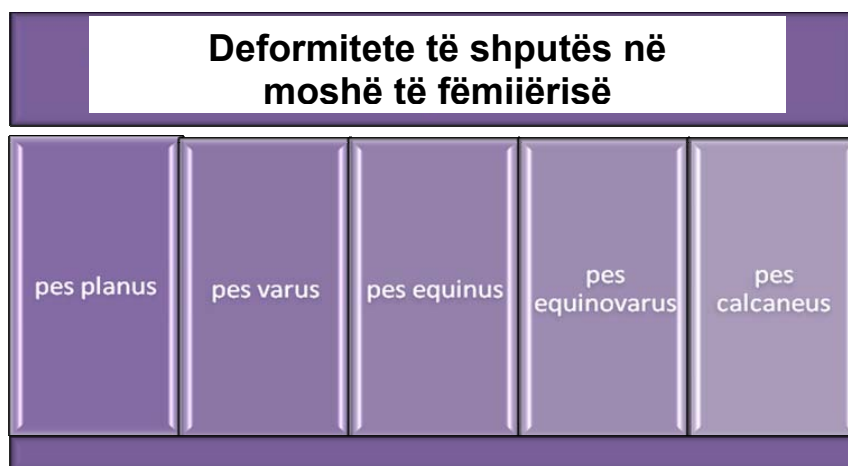


Figura 26

- Demonstru ushtrime për korrigjim të deformiteteve të këmbëve në moshën e fëmijërisë!

2. 12. DEFORMITETE TË SHPUTËS SË KËMBËS NË MOSHË TË FËMIJËRISË

o



Skema 2

Deformitetet e shputës së këmbëve kanë ndikim kryesor në gjendjen funksionale të sistemit lokomotorik, veçanërisht të ekstremiteteve të poshtme.

Te numri më i madh i popullatës këta ndryshime i hasim në përqindje më të madhe ose më të vogël. Duke e marrë parasysh faktin se shputa e këmbës përballon ngarkesë më të madhe gjatë funksionit statik dhe dinamik të sistemit lokomotorik, ekzistojnë edhe numër i madh i anashkalimeve nga pamja e tij normale.

Z

Shputa është pjesë e trupit nga e cila varet qëndrimi në këmbë dhe ecja, kurse nga ajo në masë të madhe varet edhe puna terapeutike. Gjatë qëndrimit në këmbë, shputat e këmbës e marrin mbi vete tërë peshën trupore, gjatë ecjes e ngrenë trupin nga platoja dhe e zbusin goditjen nga ajo, duke iu përshtatur platosë dhe duke vepruar si rregullator elastik i ecjes.

Mënyra e jetesës së njeriut modern ka sjellë deri në një sërë ndikimesh të dëmshme në shputën e këmbës (nuk ka ecje nëpër teren të butë, por vetëm ecje nëpër asfalt të fortë ose qëndrim pas tymonit të veturës, mbajtje e këpucëve të ngushta e të tjera).

Me ndërtimin e saj shputa e këmbës i plotëson të gjitha kërkesat e statikës. Në aspektin kineziologjik shputa e këmbës ka dy kube: të pjerrët dhe të tërthortë. Kubi i pjerrët (*arcus pedis longitudinalis*) është formuar nga harku i brendshëm i lartë prej 15 deri më 18 mm. Kubi i tërthortë i shputës së këmbës (*arcus pedis transversalis*) është formuar në pjesën e përparme të eshtrave metatarzo-kuneiformike.

Gjatë ndenjes në këmbë shputa e këmbës në mënyrë normale mbështetet në sipërfaqen e tre pikave të tija themelore: thembra, koka e ashtit metatarsal të I dhe të V.

Muskujt e gjatë dhe të shkurtë të shputës së këmbës luajnë rol të rëndësishëm në mbajtjen e dy kubeve dhe mund të kundërvihen në presion prej dyqind kilogramëve (200). Është i rëndësishëm edhe roli i muskujve peroneal dhe të m. *tibialis posterior*.

O

Deformitetet më shpesh të paraqitura janë:

2. 12. 1. Shputa e rrafshët (pes planus)

Shputa e rrafshët është deformitet i shpeshtë i ekstremiteteve të poshtme. Karakterizohet me humbje të kubeve normale fiziologjike të shputës.

Sipas etiologjisë, ajo mund të jetë e lindur (kongjenital) ose e fituar. Shputa e rrafshët e këmbës paraqet deformitet të shpeshtë gjatë të cilit ndodh humbje e kubit të shputës së këmbës dhe fryrje e fortë e mesit të një të tretës.

Shputa e rrafshët e fituar paraqitet gjatë procesit të zhvillimit. Në qoftë se humbet kubi i pjerrët, atëherë ndodh „pes planus longitudinalis“; në rast të humbjes së kubit të tërthortë ndodh „pes planus transversus“ (pes transversoplanus). Në atë rast, shtypja e kubeve përcillet në të gjitha kokat e eshtrave metatarsale në vend se vetëm në të parin dhe të pestin, siç është rasti me kubin normal.

Karakteristikat anatomike të shputës së rrafshët të këmbës janë:

- Valgidityti i thembrës gjatë të cilit pjesa e prapme e ashtit të thembrës rrotullohet për nga jashtë, kurse pjesa e përparme për poshtë dhe brenda. Ky ndryshim lehtë mund të vërehet duke vështruar drejtimin e tetivës së Akilit, e cila në raste të këtitilla tregon kthimin për nga jashtë;
- Pjesa e përparme e shputës së këmbës tregon tendencë të kthimit për nga jashtë;
- Zgjatja e tetivave muskulore dhe shtrëngim i ligamenteve përreth.

Pamja klinike e shputës së rrafshët të këmbës mund të diferencohet në më shumë forma:

- Shputa e rrafshët fleksibile e këmbës-paraqitet vetëm gjatë ngarkesës së peshës trupore dhe nuk llogaritet si patologjike;
- Shputë e rrafshët e vërtetë e këmbës – paraqet anomali strukturale. Është e lidhur për pengesa të caktuara funksionale. Në qoftë se nuk mjekohet, sjell deri në rigiditet të nyjeve të vogla të shputës së këmbës dhe shënohet si „pes planus contractus“;
- Shputa e rrafshët e rrejtshme e këmbës-gjendet tek fëmijët e moshës dyvjeçare dhe trevjeçare, kurse e ka prejardhjen nga indi nënlëkuror dhjamore i mbledhur në sasi më të mëdha.

Pasqyra klinike

Shenja klinike për shputë të rrafshët të këmbës janë dhimbjet në vet shputën e këmbës, në nëngjurin dhe në pjesën lumbosakrale. Paraqitet edhe lodhje e shpejtë gjatë ndenjes dhe ecjes. Mund të paraqiten edhe sulme neurotike dhe dhimbje të kokës për shkak të dhimbjes së vazhdueshme. Ekziston ndjenja e ngushtimit të këpucëve e cila paraqitet për arsye të zgjatjes së kubit të shputës së këmbës. Jo rrallë herë paraqiten edhe çrregullime të qarkullimit si rezultat i edemes rreth nyjes së kërcimit. Paraqitet ndjenja e të ftohtit dhe rritje e djersitjes së shputës së këmbës.

Diagnoza e shputës së rrafshët të këmbës kryhet në dy mënyra:

- Me vizitë klinike dhe
- Me mjete ndihmëse teknike.

Gjatë vizitës klinike duhet të vëzhgohet ana e përparme, e prapme, anësore, dorzale dhe plantare dhe rezultatet të krahasohen me pamjen normale. Gjatë diagnostifikimit me mjete ndihmëse teknike mund të përdoren aparate të veçanta podometër (podoskop), pedograf fluoreshent si dhe plantogram në bazë të një ekzemplari të thjeshtë me indigo ose me ngjyrë për shkrim.

Me analizën e plantogramit mund të vlerësohet shkalla e lëshimit të shputës. Në qoftë se në shputën e rrafshët të këmbës aktivizohen muskujt rotator të ashtit të kofshës në pozitën në këmbë dhe në qoftë se shputa e këmbës e merr formën normale, atëherë bëhet fjalë për deformitet të shkallës së parë. Gjithashtu, në qoftë se formohet bosht normal nga pozita në këmbë duke e ngritur këmbën, atëherë bisedohet për deformitet i shkallës së parë. Mandej, në qoftë se boshti lëshohet më shumë, atëherë deformiteti është i shkallës së dytë.

Gjatë analizës së plantogramit vlerësohet edhe gjerësia e mostrës së pjesës së jashtme të sipërfaqes plantare të shputës së këmbës. Në kushte normale çdo gjë që e kalon vijën e Mariouit (lidhja e majës së thembrës dhe të gishtit të tretë) tregon njërën nga format e shputës së rrafshët të këmbës. Në qoftë se gjerësia e pjesës së jashtme të shtypur është sa gjysma e gjerësisë së tërthortë të shputës së këmbës, atëherë bëhet fjalë për lëshim të shkallës së parë. Në qoftë se mostra është e barabartë me vijën e tërthortë të shputës së këmbës, atëherë deformiteti është i shkallës së dytë. Tek deformiteti i shkallës së tretë, mostra projektohet jashtë vijës së boshtit të pjerrët.



Figura 27. Pes planus



Figura 28. Pes planus

Mjekimi

Mjekimi ka të bëjë me përmirësimin e funksionalitetit të shputës së këmbës. Kineziterapia ka për qëllim të vendos lëvizshmëri normale dhe elasticitet të lëvizjeve të nyjeve të imta dhe forcim të muskulaturës, e cila

është e rëndësishme për formimin dhe mbajtjen e boshteve fiziologjike të shputës së këmbës.

Zbatohen ushtrime aktive të cilët duhet të jenë të drejtuara kah forcimi i fleksorëve të shkurtër të gishtërinjve, forcim të fleksorëve të gjatë të gishtërinjve dhe shputës së këmbës, forcim të supinatorëve të shputës së këmbës (ngritësit e tehut të brendshëm të shputës së këmbës).

Kryerja praktike e ushtrimeve bazohet në parimin me të cilin fleksorët e shkurtër forcohen me kapjen e objekteve me madhësi të ndryshme nga madhësia e gishtërinjve. Fleksorët e gjatë forcohen duke e kundërshtuar pjesën e trete distale të shputës së këmbës. Supinatorët aktivizohen me ecjen e gjysmës së jashtme të shputës së këmbës dhe përfshin objekte me peshë të ndryshme me sipërfaqen tabanë nga pozita e shtrirë ose e ulur.

Procedurat ngrohëse, ushtrimet në ujë të ngrohtë dhe masazhit kanë gjithashtu efekt të dobishëm.

Efektin e kineziterapisë e ndihmojnë edhe mbështetëset ortopedike të cilat përpunohen individualisht, në varshmëri nga shkalla e deformitetit.

Tek pedes transvresoplani korrigjimi i boshtit bëhet me jastëkun transferzal. Mbështetëset ortopedike mund të jenë të përpunuara nga alumini, masa plastikë, gumë e fortë, lëkurë e të tjera.

Gjatë përdorimit të këpucëve ortopedik veçanërisht tek fëmijët e vegjël duhet të kemi kujdes që ato të jenen të buta, të përshtatshme, me bosht të mirë dhe mos e shtrëngojnë këmbën e fëmijës.

Pyetje:

1. Cilat janë karakteristikat e shputës së rrafshët të këmbës?
2. Me cilat procedura diagnostike vërtetohet ekzistimi i shputës së rrafshët të këmbës?
3. Çka është plantogrami?
4. Cilat ushtrime shfrytëzohen për korrigjim të deformitetit shputë e rrafshët e këmbës?

Z

Përveç agjenseve fizikal dhe kineziterapisë, në mjekimin e shputës së rrafshët të këmbës duhet të aplikohen edhe këpucë përkatës dhe mbështetës ortopedik për shkak të korrigjimit të deformitetit dhe mbështetjes në boshtet e shputës së këmbës, derisa ta marrin muskujt funksionin për kundërngarkesë të peshës së trupit. Mjekimi konservativ ka kuptim derisa nuk mbaron ashtezimi.

Mbështetëset ortopedike të cilat përdoren në procesin e mjekimit konservativ të shputës së rrafshët të këmbës duhet ti plotësojnë kriteret në vijim:

- Ta përfshinë tërë gjerësinë e shputës,
- Boshtet të jenë të modeluar në mënyrë të drejtë dhe të jenë të fortë,
- Mbështetësi ortopedik nuk duhet të jetë më i vogël se këpuca,
- Mbështetësi ortopedik nuk duhet të shtrëngojë në vende të caktuara,
- Në pjesën e përparme të këpucës duhet të ketë vend të mjaftueshëm për lëvizje aktive të gishtërinjve.

Aktivitete për nxënësin

- Demonstru ushtrime për forcimin e fleksorëve të shkurtë dhe të gjatë të gishtërinjve dhe ushtrime për forcimin e supinatorëve të shputës!
- Apliko parafinë tek pacienti me shputë të rrafshët të këmbës!

2. 12. 2. Shputa e kthyer (pes varus)

o

Ai është deformim tek i cili shputa është e kthyer për brenda me mbështetje në tehun e jashtëm..

Etiologjia

Deformiteti shpesh paraqitet në mënyrë kongjenitale, por edhe pas traumës, si pasojë e rritjes jo të drejtë të frakturave të nyjes së kërcimit dhe eshtrave të shputës, ose pas proceseve inflamatore. Mund të paraqitet edhe si sekondare tek “këmbët –O”.

Pasqyra klinike

Paraqitet çrregullim i pamjes estetike. Përveç asaj, gjatë ecjes dhe ndejtjes më të gjatë paraqiten dhimbje të të gjitha nyjeve të këmbëve. Fëmijët me këtë deformitet gjatë vrapimit pengohen nga këmbët e tyre.

Mjekimi

Shfrytëzohet redresmam pasiv me përdorim të longetëve. Përveç asaj punohen edhe ushtrime, masazhe dhe procedura me ngrohje. Në qoftë se terapia e këtillë nuk jep rezultate, deformiteti mjekohet përmes intervenimit kirurgjikal.

Pyetje:

1. Cilët janë shkaqet për paraqitjen e pes varus?
2. A manifestohet deformiteti shputa e kthyer në mënyrë klinike?
3. Si mjekohet deformiteti shputa e kthyer përderisa mjekimi konservativ nuk jep efekt pozitiv?

Z

Aktivite për nxënësin

- Vështroje pacientin me shputë të kthyer dhe sqaro në cilin teh të shputës është mbështetja!
- Demonstro ushtrime tek pacienti me shputë të kthyer!

2. 12. 3. Shputa e kalit (pes equinus, pes ballerinus)

O

Gjatë deformitetit “shputa e kalit” mbështetja gjatë ecjes është e përqendruar në pjesën distale të shputës, kryesisht, në gishtërinj.

Etiologjia

Deformiteti paraqitet si rrjedhojë e paralizës së nervit periferik (n. peroneus) dhe për atë shkak edhe quhet shputa paralitike. Mund të paraqitet edhe në deficitin neurologjik spastik (për shkak të dëmtimit të neuronit qendror motorik), tek traumat e tetivave ekstenzore të shputës, për shkak të së cilës nuk është i mundur fleksioni dorzal i shputës. Paraqitet edhe pas traumave të nyjes së kërcimit dhe pas një shtrirjeje të gjatë në shtrat me shputë të lëshuar nga presioni i mbulesës. Plantogrami i shputës së këtillë tregon sipërfaqe shumë të vogël të mostrës.

Pasqyra klinike

Pacientët me deformitet të këtillë ecin me vështirësi: këmba e këtillë duket më e gjatë nga normalja dhe gjatë çdo hapi ata duhet ta ngrenë lartë

shputën. Ecja ngjan me ecjen e gjelit dhe prandaj quhet “Ecja e gjelit”. Në aspektin funksional, pacienti me shputë të këtillë nuk është i aftë të kryejë ushtrime të cilët kanë të bëjnë me ecjen, ndejtjen ose kërcimin.

Mjekimi

Për pengimin e paraqitjes së deformitetit të këtillë, para se gjithash tek të sëmurit e rëndë të cilët rrinë shtrirë për një kohë të gjatë, shputa duhet të vendoset në pozitë funksionale nën këndin prej 90 shkallë. Kineziterapia duhet të synojë forcimin e ekstenzorëve dorzal të shputës me ushtrime aktive. Gjatë paralizës së nervit mund të shfrytëzohet rryma galvanike dhe elektrostimulimi. Punohen ushtrime në ujë, masazhe si dhe aplikacione të procedurave ngohëse.

Si mjet ndihmës tek ky deformitet mund të shfrytëzohen aparate ortopedike për korrigjim të pozitës së shputës (e ashtuquajtur peroneus aparate) dhe aparate me stimulim elektrik në bateri (gjatë çdo kontakti të pllatos me thembrën aktivizohen fleksorët dorzal të cilët e ngrenë shputën (ortoza peroneale FES).

Pyetje:

1. Cilët janë karakteristikat e shputës së kalit (pes equinus)?
2. Pse është e nevojshme aplikimi i aparatit peroneus plastic tek pacienti me pes equinus?
3. Cilat grupe të muskujve duhet të forcohen tek pes equinus?

Z

Aktivitete për nxënësin

- Demonstroni punim të ushtrimeve aktive për forcimin e ekstenzorëve dorzal të shputës!
- Vendosni aparat peroneus tek pacienti me pes equinus!

2. 12. 4. Shputa e shtrembër (pes equinovarus)

O

Shputa e shtrembër është deformitet që është i përbërë nga tre komponentë:

- Ekvinus i nyjes së kërcimit (shputë e lëshuar),
- Varus i shputës (shputë e shtrembër),
- Addukcioni i pjesës së përarme të shputës (me orientim përbrenda).

Të gjitha këta karakteristika, kësaj shpute të deformuar i japin pozitë karakteristike të lëshuar dhe të kthyer. Shpesh herë, bashkë me këtë deformitet paraqiten edhe ndryshime të nëngjurit të cilët janë në rotacion të brendshëm me atrofi të muskulaturës.

Etiologjia

Deformiteti relativisht shpesh trashëgohet tek fëmijët meshkuj të së njëjtës familje. Përveç formës kongjenitale të deformitetit ekzistojnë edhe forma traumatike neurotike.

Pasqyra klinike



Deformiteti i këtillë shkakton vështirësi funksionale gjatë ecjes. Në qoftë se bëhet fjalë për deformitet të njëanshëm ecja mund të jete e durueshme; mirëpo në qoftë se deformiteti është i dyanshëm, ecja kryhet me hedhje të shputave njëra mbi tjetrën. Për këtë shkak paraqitet lodhje e shpejtë, zvogëlim i qëndrueshmërisë dhe pamje e keqe estetike.

Figura 29. Pes equinovarus

Mjekimi

Mjekimi duhet të fillojë menjëherë pas lindjes ose menjëherë pas fitimit të këtij deformiteti. Vend kryesor në terapi zë kineziterapia. Punohen ushtrime pasive sa më shpesh të jetë e mundur gjatë ditës me qëllim të kthimit të shputës në pozitë fiziologjike.

Teknika e manipulimit tek fëmijët qëndron në mbajtjen e shputës me një dorë, me gishtin e mesëm i bëhet shtypje ashtit të thembrës nga ana e brendshme, kurse me gishtin e madh të dorës së njëjtë i bëhet shtypje tehtë të jashtëm në lartësi të ashtit kubik tek i cili është më tepër e theksuar fryrja. Me dorën tjetër përfshihet shputa përmes boshtit të tërthortë dhe kryhet korrigjim pasiv i komponentit-varus, kurse mandej edhe të pozitës-ekuinus. Pas mbarimit të ushtrimeve korrigjimi realizohet me bandazhim të shputës ose vendosjen e longetës prej gipsi.

Tek mosha shkollore kineziterapia duhet të kombinohet me intervenim korrigjues kirurgjikal. Ekuinovarusi i korrigjuar duhet të mbahet në pozitë të volitshme me këpuca speciale ortopedike me ngritje të tehtë të jashtëm të shputës.

Pyetje:

1. Prej cilëve tre komponentë është i përbërë deformiteti shputë e shtrembër?
2. Cilët janë shkaqet për paraqitjen e shputës së shtrembër?
3. Cili është roli i kineziterapisë në mjekimin e pacientëve me shputë të shtrembër?

Z

Aktivite për nxënësin:

- Përshkruaji komponentët nga të cilët është i përbërë deformiteti shputa e shtrembër!
- Shpjego dhe demonstro teknikë të realizimit të ushtrimeve për korrigjim të shputës së shtrembër tek fëmijët!

2. 12. 5. Shputa thembrore (pes calcaneus)

O

Tek deformiteti shputa thembrore rëndesa e mbështetjes ose e gjithë rëndesa gjatë ecjes bie në thembër. Ky deformitet është dukuri e shpeshtë tek fëmijët e porsalindur, por në numrin më të madh të rasteve ai zhduket.

Etiologjia

Shkau i paraqitjes së deformitetit mund të jetë pozita e shputës gjatë zhvillimit intrauterin në mitrën e nënës. Tek të rriturit, deformiteti më shpesh është pasojë e traumës së shputës ose dëmtimit të muskulit.

Pasqyra klinike

Tek ky deformitet funksioni i shputës dukshëm është i kufizuar. Fëmijët me këtë deformitet nuk mund të bëjnë ushtrime me kërcim respektivisht aktivitete të ndërlikuara të ekstremiteteve të poshtme.



Figura 30. Pes calcaneus

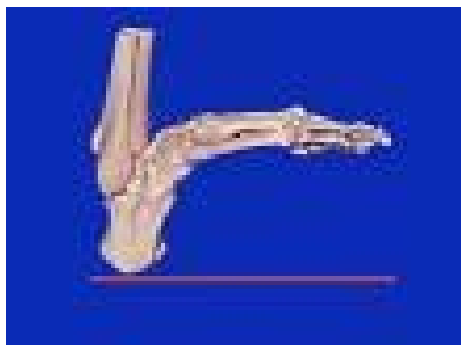


Figura 31. Pes calcaneus

Mjekimi

Kineziterapia tek fëmijët e porsalindur zbatohet menjëherë pas lindjes, kurse përbëhet nga ushtrime pasive, lëshim të shputës në mënyrë plantare dhe për brenda. Pas mbarimit të ushtrimeve duhet të bëhet bandazhim. Në mjekim shfrytëzohen edhe procedura me ngrohje, masazhe dhe hidroprocedura.

Tek të rriturit përdoren këpucë ortopedik ose bëhet intervenim kirurgjikal.

Pyetje:

1. Në cilën pjesë të shputës është mbështetja gjatë ecjes tek deformiteti pes calcaneus?
2. Cilët ushtrime zbatohen për mjekimin e pes calcaneus?
3. Në qoftë se mjekimi konservativ nuk jep rezultate, atëherë zbatohen:
 - a. Mjekimi me terapi fizikale,
 - b. mjekimi me terapi medikamentoze,
 - c. mjekimi me intervenim kirurgjikal,
 - d. plantografia.

Z

Aktivite për nxënësin

- Sqaroje deformitetin e shputës thembrose (pes calcaneus)!
- Demonstrò kryerje të ushtrimeve tek deformiteti pes calcaneus!

2. 13. DEFORMITETE TË SHTYLLËS KURRIZORE

O

Sipas të dhënave statistikore rreth 4% e njerëzve posedojnë shenja për deformitet të shtyllës kurrizore në cilën do shkallë. Të gjitha deformitetet e shtyllës kurrizore mund të sjellin deri në çrregullime të rëndësishme funksionale. Në moshën e fëmijërisë ata tolerohen për arsye të aftësisë së madhe për përshtatje të organizmit të rri, por me hyrje në moshën e pjekurisë bëhen më të padurueshme. Në fillim, pengesat funksionale pasqyrohen si lokale, në shtyllën kurrizore, kurse më vonë edhe në pjesët e sistemit lokomotorik.

Deformitetet e shtyllës kurrizore paraqesin edhe problem estetik i cili vështirë mënjanohet dhe vështirë mbahet në shkallë të njëjtë. Zhvillimi i drejtë dhe formimi i shtyllës kurrizore varet nga shumë faktorë. Mes tjerash, varet edhe nga:

- Skeleti i shtyllës kurrizore (nga forma dhe struktura e drejte),
- Fuqia e aparatit ligamentor,
- Veprimi reciprok i fuqive muskulore,
- Nga faktorët e jashtëm dhe nga faktorë të tjerë (ushqimi, mënyra e jetës, sëmundjet tjera, aktiviteti fizik, mikrotraumat, ngarkesa e hershme, teshat).

Për shkak të orientimit të drejtë të terapisë gjatë analizës së devijimeve të krijuara patologjike duhet të vërtetohet:

- Sipërfaqja ku ndodhet devijimi (të gjitha devijimet që ndodhën në pjesën frontale i takojnë tipit të devijimeve skoliotike, kurse ato në pjesën sagital bëjnë pjesë në devijimet kifotike ose lordotike).
- A mund ose nuk mund të korrigjohet devijimi dhe në cilën shkallë (a mundet të arrihet korrigjimi në mënyrë aktive apo pasive)?
- Vlerësimi a kryhet me vizitë kirurgjikale ose në mënyrë objektive me matje ose fotografi të rëntgenit;

- Sa është shkalla e devijimit? Devijimet e shkallës së lartë kanë pasqyrë jo të mirë dhe mund të keqësohen. Devijimet e shkallës më të ulët mund të mjekohen, por gjithashtu mund edhe të keqësohen; Sa është amplituda e lëvizjes së shtyllës kurrizore në përgjithësi si dhe në atë lokale?
- Si është pozita pozicionale e shtyllës kurrizore gjatë qëndrimit në këmbë, qëndrimit ulur dhe gjatë gjunjëzimit?
- A ekzistojnë ndryshime strukturale në shtyllën kurrizore? (vërtetohen në bazë të figurës së rëntgenit të unazave për vlerësim të formës së tyre, vazhduesit, radhitja simetrike e unazave e të tjera. Ndryshimet strukturale tregojnë pasqyrë jo të mirë me gjasa të vogla për korrigjim të suksesshëm).
- A ekziston inklinim i zmadhuar apo i zvogëluar i pjesës pelvike dhe sa?
- A bëhet fjalë për pacient të moshës infatile, juvenile ose në moshë të adoleshencës?
- A bëhet fjalë për deformitetet kongjenital ose deformitetet të fituar të shtyllës kurrizore? (deformitetet kongjenitale janë më serioze sepse zakonisht janë të natyrës strukturale dhe shpejtë keqësohen. Deformitetet e fituara mund të jenë edhe strukturale, të cilët kanë pasqyrë jo të mirë, por mund të bëhen edhe funksionale dhe me pasqyrë të mirë).

Shikuar në përgjithësi, deformitetet e kurrizit në raport me sipërfaqen e rrafshët i ndajmë në:

- a) deformitete në pjesën e rrafshët frontale,
- b) deformitete në pjesën e rrafshët sagital.



Skema 3.

2. 13. 1. SKOLIOZA (Scoliosis)

O

Skolioza është deformitet i shtyllës kurrizore në pjesën e rrafshët frontale. Kjo dukuri patologjike ka qenë e njohur dhe e mjekuar qysh në të kaluarën e largët. Në dekadat e fundit punohet intensivisht në studimin e etiologjisë, patogjenezës dhe terapisë së skoliozës. Përparim i madh është arritur edhe në përpunimin e metodave të shumta konservative të mjekimit dhe vënien në përdorim të mjekimit kirurgjikal. Megjithatë, më i domosdoshëm është veprimi i hershëm preventiv i të gjitha situatave që do të mund të sjellin deri në deformimin skoliotik të shtyllës kurrizore.

Skoliozat më të shpeshta janë tek gjinia femërore për dallim nga gjinia mashkullore (në raport 5:1). Shkaku për përfshirjen më të madhe të skoliozave tek fëmijët vajza nuk është e njohur (llogaritet se ndikim të caktuar kanë faktorët hormonal).

Ndarja e skoliozave



Skema 3.

Në bazë të pamjes së strukturave të ashtit të shtyllës kurrizore, skoliozat i ndajmë në:

- a) funksionale,
- b) strukturale.

Skoliozat funksionale janë devijime patologjike të shtyllës kurrizore tek të cilat devijimet e shtyllës kurrizore nuk janë të fiksuara. Për atë shkak quhen edhe skolioza të çliruara. Lehtë korrigjohen në mënyrë pasive. Te ata

nuk ekzistojnë elemente të ndryshimit të strukturës së eshtrave dhe rotacionit të shtyllës kurrizore.

Në skoliozat funksionale numërohen:

- Pozitat skoliootike të kompensuara – me to lehtësohet ndonjë mungesë tjetër skeletore që ka sjellë deri në çrregullimin e qëndrimit vertikal (për shembull këmbë e shkurtë, kërrlokull i dalë nga vendi, spondilloza, diskus hernia e të tjera).
- Pozita skoliootike pa shkas të dukshëm organik (si reaksioni i dhimbjes).

Në testin e përluljes, skoliozat funksionale nuk tregojnë gungë të brinjëzuar në qoftë se korigjohet paraprakisht qëllimi kryesor (për shembull shkurtimi i këmbës). Skoliozat funksionale janë dukuri më e shpeshtë.

Skoliozat strukturale janë deformitete të shtyllës kurrizore tek të cilat nga çfarëdo shkak ka ardhur deri në ndryshime të strukturës dhe morfologjisë së unazave. Trupi i unazës nuk është i drejtë dhe simetrik. Forma e ndryshuar e unazave çon kah rotacioni i shtyllës kurrizore, deformitete anësore rotatore të cilët janë më të theksuar në pjesën torakale. Për atë shkak gjatë përluljes së trupit paraqitet e ashtuquajtura gunga brinjëzuese.

Unaza e ndryshuar në mënyrë strukturale nuk mund të kthehet në formën normale as edhe të arrihet derotacioni i plotë i shtyllës kurrizore. Megjithatë mund të paraqitet pasqyrë klinike më e lehtë ose më e rëndë.

Skoliozat strukturale mund të jenë:

- Skolioza kongjenitale strukturale,
- Skolioza strukturale të fituara.

Skoliozat strukturale kongjenitale janë deformitete tek të cilat fëmija lind me formë të çrregullt të unazave për shkak të zhvillimit jonormal të skeletit të shtyllës kurrizore dhe strukturave përreth (brinjëve). Më shpesh bëhet fjalë për mungesë të një pjese të unazës (hemivertebra – gjysëm-unazë), çarje e unazave, ngjitje e unazës lumbale me atë sakrale e të tjera.

Skoliozat strukturale të fituara janë ato tek të cilët ndryshimi i strukturës dhe pamjes së unazave kryhet gjatë jetës. Në numrin më të madh të rasteve shkak për paraqitjen e kësaj dukurie ende nuk është i njohur dhe ato quhen skolioza idiopatike.

Në lidhje me lokacionin, skoliozat idiopatike mund të jenë: limbale, torakale, torakolumbale, cervikotorakale dhe më shpesh të kombinuara.

Skoliozat tjera strukturale te të cilat shkak është i njohur ndonjëherë ndahen në:

- Skoliozat neuropatike-paraqiten për shkak të dëmtimit të nervave periferike ose sistemit nervor qendror (skoliozat paralitike),
- Skolioza miopatike-paraqiten për shkak të ndryshimeve patologjike tek muskujt (për shembull distrofi muskulore),
- Skoliozat osteopatike – paraqiten për shkak të ndryshimeve në indin ashtor (fraktura dhe sëmurje të eshtrave),
- Skoliozat dezmogene –paraqiten për shkak të ndryshimeve të thella të indeve të buta – (për shembull djegiet më të mëdha),
- Skoliozat torakogjene –paraqiten për shkak të ndryshimeve të mëdha duke lënë njollë në kafazin e kraharorit,
- Skoliozat simptomatike (tek sëmundje të ndryshme në pozitë antalgjike si reaksion i dhimbjes-ishialgjia, diskusi, hernija).

Sipas moshës në të cilën paraqiten, skoliozat ndahen në:

- Skolioza infantile –në qoftë se paraqiten deri në moshën 4 vjeçare,
- Skoliozat juvenile-në qoftë se paraqiten në periudhën prej moshës 4 vjeçare deri në moshën 10 vjeçare,
- Skoliozat adoleshente-në qoftë se paraqiten pas moshës 10 vjeçare, do të thotë në fazën e zhvillimit të plotë të skeletit.

Diagnoza e skoliozave

Devijimet nga forma fiziologjike e shtyllës kurrizore në pjesën e rrafshët sagitale dhe frontale mund të vërtetohen me vizitë klinike, fotografim të rëntgenit dhe stereofotogrametri.

Vizita klinike është matje e drejtpërdrejtë e hulumtuesit e cila mundëson që të arrihet deri në të dhëna orientuese. Për këtë qëllim shfrytëzohet:

- Shënimi i pjesëve vazhduese spinoze të lëkurës së shpinës për shkak të ndjekjes më serioze të devijimit të shtyllës kurrizore gjate pushimit ose lëvizjes;
- Test për përulje të trupit (banding testi). Në anën e konveksitetit të devijimit paraqitet fryerje – gungë brinjëzuese, tek devijimi torakal; kurse tek devijimet lumbale – ngritje paravertebrale.

Me figurën e rëntgenit fitohen të dhëna precize.



Figura 32. Rezultatet RTG tek skolioza

Pamja e devijimit skoliotik

Tek skolioza e thjeshtë ekziston devijim i shtyllës kurrizore në formë të shkronjës “C” me konveksitet në të majtë ose në të djathtë (skoliozë sinistrokekse ose dekstrokekse). Devijimi i përbërë i shtyllës kurrizore është në formë të shkronjës “S” dhe është i përbërë prej dy devijimeve. Njëri devijim e kompenson devijimin tjetër. Në të dallohen: devijimi primar (ai që ka filluar të zhvillohet i pari) dhe devijimi sekondar (paraqitet si reaksion i të parit). Ndonjëherë një devijim primar mund të ketë dy devijime sekondare, ose dy devijime primare të kenë dy devijime sekondare. Atëherë bëhet fjalë për devijim të dyfishtë “S”. Në bazë të lokacionit të devijimit kryesor dallohen këto tipe të skoliozës: torakale, torakolumbale, lumbale, torakale dyfish e kombinuara, trefish.

Format e veçanta të skoliozës janë:

- Lordoskolioza. Deformitet i kurrizit me komponente skoliotike dhe lordotike. Janë të përcjellë me rotacion të fortë të unazave dhe kanë pamje estetike;;
- Kifoskolioza. Deformitet i kurrizit i përbërë prej dy komponenteve- kifoza dhe skolioza. Kifoskolioza e vërtetë zakonisht është deformitet kongjenital. Gjendja e këtillë paraqet tendencion për përkeqësim të përhershëm dhe kërkon mjekim energjik konservativ dhe operativ.

Pasqyra klinike

Skoliozat sjellin deri në çrregullim të pamjes estetike të trupit. Ai më shpesh është njëri nga motivet fillestare për fillim të mjekimit.



Figura 33. Skolioza

Në zhvillimin e mëvonshëm të sëmundjes paraqiten dhimbje gjatë uljes dhe ecjes për një kohë më të gjatë, më vonë edhe paraqitje e lodhjes. Skoliozat shkaktojnë pengesë në funksionin e sistemit lokomotorik për shkak të lëvizshmërisë së kufizuar të kurrizit. Ata mund të paraqiten edhe në funksionin e organeve të brendshme, posaçërisht në organet e frymëmarrjes. Sjellin deri në zvogëlimin e kapacitetit të vitalitetit të mushkërive të bardha. Skoliozat mund ti zhvendosin edhe enët e mëdha të gjakut në zbrazëtirën e krahavorit. Të shpeshtë janë edhe infeksionet respirator. Më rrallë, si komplikim mund të paraqitet edhe dëmtimi i nervave periferike si pasojë e kompresionit të rrënjëve të hapësirave intervertebrale. Rrallë herë, në rastet më të rënda mund të paraqitet edhe dëmtim i palcës kurrizore me paraqitje të paraplegjionit.

Mjekimi

Në mjekimin e skoliozës shfrytëzohen dy metoda:

- Metoda konservative,
- Metoda operative.

Suksesi i mjekimit varet nga:

- Lloji i lokacionit të devijimit skoliotik (a bëhet fjalë për devijim skoliotik funksional, struktural, kongjenital apo idiopatik),
- Shkalla e madhësisë së devijimit,
- Koha e fillimit dhe zbatimi i mirë i terapisë.

Në stadiumin fillestar të skoliozave funksionale rezultatet nga mjekimi janë të mira, kurse në stadiumet e mëvonshme gjatë paraqitjes së ndryshimeve strukturale të unazave, rezultatet janë të mira ose pjesërisht të mira. Mjekimi i plotë në aspektin anatomik është i rrallë, përderisa pamja klinike e devijimit të korrigjuar mund plotësisht të jetë e kënaqshme.

Kineziterapia si metodë e parë e mjekimit aplikohet tek të ashtuquajturat mbajtje skoliotike dhe skoliozat funksionale. Në të gjitha rastet tjera është e nevojshme terapi e kombinuar-ortopedike ose ortopedike-kirurgjikale, kurse kineziterapia duhet të jetë pjesë e integruar e programit të ndërlikuar për mjekim të deformiteteve skoliotike.

Kineziterapia duhet të zbatohet deri në përfundimin e procesit të rritjes. Ajo para se gjithash zbatohet, tek mbajtjet skoliotike dhe tek skoliozat funksionale, me devijim në 20 shkallë dhe me proces progredues të ngadalësuar. Në rastet tjera zbatohen kineziterapia dhe aplikimi i ortozës spinale-korset torakal për korrigjim të devijimit.

Kineziterapia e skoliozave në programin e vet i përfshin këto tipe të ushtrimeve:

- Ushtrime për zmadhim të lëvizshmërisë së kurrizit si dhe zgjatjen pasive dhe aktive,
- Ushtrime për forcim aktiv të muskujve të ekstenzorëve të kurrizit,
- Ushtrime për korrigjim të devijimit sagital të kurrizit, të lordozës dhe kifozës lumbale,
- Ushtrime për zgjatje të muskujve fleksor të lozhës së prapme të nëngjurit,
- Ushtrime për zgjatje të muskujve adduktore të mbigjurit,
- Ushtrime për baraspeshë në korrigjim,
- Ushtrime për forcimin e muskujve të barkut,
- Gjimnastikë respiratore,
- Ushtrime për qëndrim,
- Ushtrime për formësim.

Nga procedurat fizikale ordinohen procedurat me ngrohje dhe masazh.

E preferuar është zbatimi i hidrokineziterapisë në bazë. Notimi është shumë i dobishëm për forcimin e muskujve paravertebral.

Ortozat

Tek skoliozat me devijim mbi 20 shkallë mund të aplikohen edhe lloje të ndryshme të ortozave korrigjuese (korsetët torakalë). Aplikohen TLSO – ortoza, CBV-korsetë, SHENO-korsetë, korsetë të Lionit, korseti i Bostonit, më rrallë ortoza milvoki dhe të tjera.

Me ortozaat arrihet zvogëlim i gungës së brinjës, zvogëlim i shkallës së deformitetit, mënjanim i deformitetit të kafazit të krahavorit e të tjera.

Korsetët rekomandohen tek fëmijët dhe adoleshentët tek të cilët nuk ka mbaruar procesi i rritjes së ashtit dhe të cilët nuk kanë nevojë për mjekim operativ.

Mjekimi operativ

Skoliozat mbi 40 deri 50 shkallë kanë nevojë për mjekim operativ. Pas intervenimit operativ duhet të zbatohet procesi i rehabilitimit.

Pyetje:

1. Si ndahen skoliozat?
2. Cili është shkaku për paraqitjen e skoliozave strukturale?
3. Cilët janë shkaqet prej të cilëve varet mjekimi i skoliozave?
4. Cilët ushtrime shfrytëzohen për mjekimin të skoliozave?
5. Në cilin rast të skoliozës bëhet qasja?

Z

Qëllimi i mjekimit të skoliozave është, para se gjithash, të pengohet progresioni ose, të pengohet evolucioni i mëtuqjeshëm i skoliozës dhe të bëhet korrigjim maksimal i mundshëm.

Skoliozat funksionale për shkak të qëndrimit jo të mirë të trupit, kryesisht, mjekohen me kineziterapi gjatë së cilës punohet në korrigjimin e qëndrimit postural, kurse përveç asaj arrihet edhe efekt i volitshëm në aspekt të kondicionit të përgjithshëm.

Skoliozat të cilët paraqiten për shkak të shkurtimit të këmbës, kontrakturë të kërrlokullës dhe deformitete të ndryshme mjekohen sikur skoliozat funksionale, por me korrigjim të deformitetit themelor.

Skoliozat strukturale mjekohen me mjekim të kombinuar (konservativ dhe operativ).

Mjekimi konservativ përfshin, para se gjithash, programin kinezoterapeutik.

Qëllimet e ushtrimeve terapeutike mjekësore janë:

1. Mobilizim i të gjitha segmenteve të shtyllës kurrizore;
2. Mobilizim i kafazit të krahavorit dhe ekstremiteteve;
3. Arritje e elasticitetit më të madh të kurrizit për shkak të korrigjimit më të mirë të deformitetit;

4. Zgjatje e muskujve (zgjatja selektuese e muskujve të shkurtuar);
5. Rregullimi i frymëmarrjes;
6. Zmadhim i kapacitetit të vitalitetit;
7. Ushtrime asimetrike për frymëmarrje me qëllim të përmirësimit të ventilacionit.

Aktivite për nxënësin



Figura 34.

- *Demonstro* zbatim të ushtrimeve për lëvizshmëri të zmadhuar të kurrizit, si dhe zgjatje pasive dhe aktive !
- Paraqite vendosjen e korsetit torakal për korrigjim të devijimit skoliotik!
- Sqaro pse paraqiten skoliozat strukturale!

- Sipas pamjes së devijimit skoliotik dhe lokacionit, përcaktoje llojin e skoliozës në figurën 34!

2. 13. 2. KIFOZA (Kyphosis)

O

Kifoza është deformitet i shtyllës kurrizore në pjesën e rrafshët sagitale me konveksitet përmbra.

Shtylla normale kurrizore paraqet kifoze fiziologjike në pjesën torakale, prej 20 deri 35 shkallë me kulm të devijimit në pjesën e përparmë të unazës së pestë torakale.

Ndarja e kifozeve

Kifozat patologjike ndahen në dy grupe themelore:

- Kifozat kongjenitale,
- Kifozat e fituara.

Kifozat kongjenitale janë ato me të cilat fëmija lind. Paraqiten për shkak të zhvillimit jo të drejtë të trupit të unazës ose për shkak të unazave të bashkuara mes veti. Ata shkaktojnë pamje jo të mirë estetike dhe kanë parashikim jo të mirë.

Kifozat e fituara paraqiten gjatë jetës për shkak të shumë arsyeve:

- Dobësim të muskujve të shpinës dhe ligamenteve,
- Proceseve kronike-inflamatore të shtyllës kurrizore me prejardhje reumatike,
- Inflamacione qelbëzuese dhe tuberkulozë të eshtrave,
- Sëmundje sistemike të muskujve,
- Tumore të kurrizit,
- Reaksioni ndaj dhimbjeve me prejardhje të ndryshme me marrjen e pozitës së përhershme të kërrusur të kurrizit,
- Lëndime të kurrizit,
- Çrregullim të metabolizmit të mineraleve,
- shkurtpamësia,
- kifoza e pleqërisë,
- faktorët e jashtëm.

Kifozat e fituara të cilat paraqiten nga shkaqe të panjohura quhen idiopatike.

Kifozat ndahen në: funksionale dhe strukturale Kifozat strukturale mund të korrigojnë në mënyrë pasive, kurse në pozitë të shtrirë mund të humben, për dallim nga kifozat strukturale të cilat në pozitë të shtrirë nuk zhduken.

Në bazë të lokacionit të devijimit kifotik dallojmë:

- kifoza të larta (pjesa e një të tretës së kurrizit torakal),
- kifoza të ulëta (pjesa e mbetur e kurrizit torakal).

Pasqyra klinike

Është karakteristike rritje e fryrjes së vazhduesve spinoz. Muskulatura paravertebrale është hipotrofike, si edhe muskujt e murit të mbrapsmë të kafazit të kraharorit. Kifoza posaçërisht është e theksuar gjatë përkuljes së përparme të trupit. Tek kifozat më të përhapura mund të paraqiten dhimbje në shpinë gjatë ndenjes dhe ecjes.

Mjekimi

Mjekimi duhet të fillojë sa më herët të jetë e mundur. Kineziterapia zbatohet për arsye të:

- ✓ zgjatjes së muskujve të murrit të përparme të kafazit të kraharorit,
- ✓ Zgjatjes aktive të kurrizit nëpër boshtin vertikal-ushtrime me varje,
- ✓ Zgjatjes së muskujve të lozhës së prapme të mbigjurit,
- ✓ Zvogëlimit të uljes së përparme të pjesës pelvike dhe korrigjim i lordozës së forcuar lumbale,
- ✓ Forcimit të muskujve ekstensor të kurrizit torakal,
- ✓ Lëvizje elastike e tërë kurrizit,
- ✓ Korrigjim i përkohshëm pasiv i devijimit kifotik me ndihmën e mbajtjes reklinacione (me top mjekësor, qebe të mbështjellë e të tjera)

Rekomandohet edhe notimi dhe hendbolli.

Për korrigjim të kifozeës shfrytëzohen edhe mjete ortopedike ndihmëse – të bandazuara, pesha për brezin e supeve e të tjera.

Pyetje:

1. Kifoza është deformitet që paraqitet në:
 - a. Pjesën e rrafshët frontale,
 - b. pjesën e rrafshët horizontale,
 - c. pjesën e rrafshët sagitale,
 - d. të gjitha pjesët e rrafshët.
2. Cilat janë shenjat klinike të kifozeës?
3. Cilat ushtrime zbatohen tek pacienti me kifozeë?

Z

Në pamjen klinike të kifozeës karakteristike është theksimi i zmadhuar i vazhduesve të prapme spinoz të unazave, veçanërisht në kulmin e devijimit (zakonisht në mes Th6 – Th11, kurse më shpesh në pjesën prej Th7 e deri në Th8). Muskulatura paravertebrale dhe muskujt e murit të prapme të kafazit të kraharorit janë hipotrofike. Në varshmëri nga madhësia e kifozeës mund të jetë lordozë e forcuar dhe lumbale. Koka dhe qafa janë të shtyrë përpara.

Funksionaliteti i devijimit kifotik është i zvogëluar. Në moshën e mëvonshme paraqitet lakim më i madh i shpinës. Ai është më i theksuar dhe më i shpejtë përderisa pacienti është i ekspozuar nga ngarkesa më e madhe statike ose mbajtja e peshës. Për shkak të kifozeës ndodh edhe ekskursion i zvogëluar i nyjeve të vogla të kurrizit me paraqitjen e dhimbjes gjatë realizimit të lëvizjeve. Mund të paraqitet edhe insuficiencë respiratore

sepse lëvizshmëria e brinjëve është e zvogëluar. Ajo krijon rezistencë ndaj paraqitjes së infeksioneve dhe inflamacioneve të rrugëve respiratore.

Aktivite për nxënësin:

- Demonstroni zbatim të ushtrimeve për forcimin e ekstenzorëve të kurrizit torakal!
- Si është ndarja e kifoze sipas lokacionit të devijimit kifotik?
- Demonstroni vendosjen e peshave për korrigjim të qëndrimit kifotik!

2. 13. 3. LORDOZA (Lordosis)

o

Lordoza paraqet devijim të kurrizit në pjesën e rrafshët sagitale me konveksitet të devijimit përpara.

'Shtylla kurrizore ka lordozë fiziologjike në pjesën e qafës dhe pjesën lumbale.

Sipas prejardhjes së saj, lordoza rrallë herë ka natyrë kongjenitale, kurse më shpesh fitohet gjatë jetës.

Lordoza konstitucionale është pasojë e anomalive të sakrumit gjatë së cilës pozita e saj në mes të eshtrave të pjesës pelvike është horizontale.

Lordoza mund të shfaqet edhe për shkak të dobësimit të muskulaturës, dalje nga vendi i kerllokullave, spondillolisteza (rrëshqitje të unazës përpara).

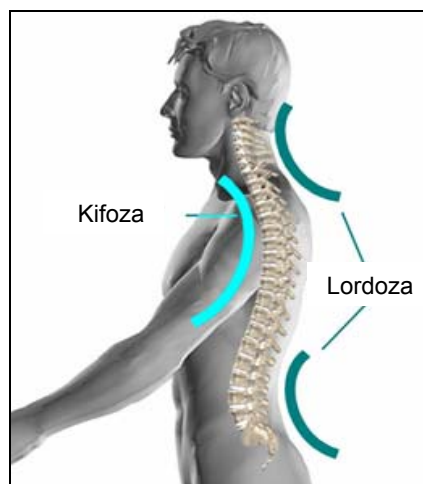


Figura 35. Kifoza dhe lordoza fiziologjike

Pasqyra klinike

Në pasqyrën klinike të personit të rritur lordotik vërehet ecje karakteristike me lëkundje të lehtë, lodhje dhe dhimbje në kryqe. Për shkak të zgjatjes së muskujve të barkut paraqitet barku i varur që çon deri në çrregullim të qarkullimit venoz me ngecje. Ai është shkaku për dobësim të peristaltikës së zorrëve, zmadhim të fryrjes së barkut (meteorizëm), ngritje të diafragmës dhe frymëmarrje e vështirësuar.

Tek lordoza shumë e theksuar funksionaliteti i kurrizit është zvogëluar. Me forcë fizike, vrapim dhe aktivitete të forta sportive mund të keqësohen sulmet.

Mjekimi

Kineziterapia ka për qëllim korigjimin e lordozës lumbale deri në kufij fiziologjik të ndikojë në mbajtjen e drejtë të trupit. Për atë qëllim punohen ushtrimet në vijim:

- Ushtrime aktive për muskulaturën abdominale në qëndrimin në këmbë, të shtrirë dhe të ulur,
- Zgjatje të m. quadratus lumborum, i cili zakonisht është i shkurtuar,
- Ushtrime për zvogëlim të këndit inclinacionues të pjesës pelvike,
- Ushtrime për frymëmarrje.

Përveç kësaj, shfrytëzohen edhe procedura me dritë dhe masazhe.

Sipas nevojës rekomandohen edhe miderë korigjuese, kurse tek format më të rënda –edhe tretman operativ.

Pyetje:

1. Si ndahen lordozat sipas prejardhjes së tyre
2. Me cilat shenja klinike manifestohet lordoza?
3. Cilat ushtrime duhet të punohen për korigjim të lordozës?

Z

Në stadiumin fillestar të lordozës është e mundur korigjim i deformitetit. Dobësia e muskulaturës abdominale dhe torakolumbale e potencon lordozën fiziologjike lumbale. Ky stadium karakterizohet me shenjat në vijim: koka është e hudhur përmbra, kafazi i kraharorit është i

rrafshuar, pjesa pelvike është e spostuar përpara dhe për poshtë, barku është i fryrë, kërrlokullat janë spostuar përpara kurse gjunjët janë të drejtuar.

Ky deformitet në qoftë së nuk korrigohet, atëherë ndodhin ndryshime strukturale të sistemit të ligamenteve, shkurtim kurse më vonë (në stadiumin e fundit) edhe zhvillim të çrregullimeve strukturale të eshtrave.

Aktivite për nxënësin

- Demonstro ushtrime për zgjatje të m. quadratus lumborum, i cili zakonisht është i shkurtuar tek lordoza!
- Demonstro ushtrime për forcimin e muskulaturës abdominale të pacientët me lordozë!

2. 14. DËMTIME TRAUMATIKE NË MOSHË TË FËMIJËRISË

o

Fëmijët janë posaçërisht të rrezikuar nga lëndimet dhe ajo është shkaku serioz për vdekshmërinë në atë moshë. Komplikimet e shumta, invaliditeti dhe traumat psikike të cilat paraqiten tek këta lëndime janë të shumta. Vendi, shpeshtimi dhe natyra e lëndimeve ndryshojnë sipas moshës së fëmijëve dhe sipas shkallës së pjekurisë së skeletit. Është e domosdoshme ndjekja e pasojave, veçanërisht tek thyerjet deri në fund të rritjes së ashtit.

Gjatë vitit të parë, thyerjet janë të rralla, por hasen gjatë kohës së lindjes edhe atë më shpesh thyerje të klavikulës, femurit dhe humerusit. Në dy vitet e para të jetës më të shpeshta janë lëndimet tek fëmija i maltretuar edhe pse për rastet e tilla pak flitet dhe pak dihet. Thyerjet e klavikulës dhe të radiusit janë dukuritë më të shpeshta në periudhën kur fëmija fillon të ecë dhe të luaj. Prej vitit të dytë e deri në vitin e pestë për shkak të ecjes së tij të pasigurt dhe pamundësisë për vlerësim të mirë të shpeshtë janë thyerjet e bërrylit, gjurit, nyjes së kërcimit. Prej vitit të gjashtë e deri në vitin e katërbëdhjetë hasen thyerje të bërrylit, gjurit, nyjes së kërcimit dhe në pjesën e përparme të nyjes së supeve.

Ashti i rri mund të durojë shkallë më të lartë të deformimit plastik. Periosti tek fëmijët është më i trashë dhe me potencial më të madh. Pllaka epifize e rritjes është pika më e dobët e ashtit për shkak të së cilës gjatë lëndimeve vjen deri në epifiziolizë ose paraqiten komplikime në rritjen e mëtutjeshme. Eshtrat e fëmijëve rriten më shpejtë se ato të rriturve, kurse rritja e eshtrave është dukuri tejet i rrallë në atë moshë.

Thyerjet e fëmijëve mund të ndahen:

- sipas lokacionit anatomik të lëndimeve në fizën ose zonën e rritjes (thyerje apofize, metafize, diafize në formë të degës së gjelbër, në formë të mbledhjes me devijime).
- në bazë të fragmenteve (të impaktuara, të tërthortë, të pjerrët, spirale kominutive dhe stres thyerje),
- në bazë të lëkurës (të hapura dhe të mbyllura),
- në bazë të gjendjes së indit ashtor (traumatike dhe patologjike),
- në bazë të kohës së paraqitjes (prenatale dhe postnatale).

Parimet dhe mënyra e mjekimit të thyerjeve tek fëmijët është shumë i rëndësishëm për mjekim të suksesshëm dhe për pasqyrën pas mjekimit të përfunduar. Shërimi i thyerjeve tek fëmijët është i mirë në përjashtim të thyerjeve të dislokuara diafize. Mundësia e paraqitjes së komplikimeve për shembull deformitete të sistemit muskulo-skeletor, inegaliteti (jobarazi) të ekstremiteteve, rritje dhe mosrritje e anuluar si dhe paraqitja e kontrakturave të nyjeve, e imponon nevojën për rehabilitim mjekësor. Në procesin e rahabilitimit të dëmtimeve traumatike në moshë të fëmijërisë duhet të ruhen të gjitha parimet, ndërkaq këto janë:

- ✓ Fillim i hershëm, me çka do të zmadhohet efikasiteti në mjekim;
- ✓ Zbatim i vazhdueshëm i procedurave rehabilituese;
- ✓ Kompensim i funksioneve të zvogëluara të pjesës së lënduar me rol të përforcuar të pjesës tjetër të mbetur të segmentit të dëmtuar me kompensim.

Nga agjensët fizikal të cilët shfrytëzohen gjatë rehabilitimit të dëmtimeve traumatike në moshë të fëmijërisë, më tepër aplikohen: termoterapia, hidroterapia, fototerapia.

Në procesin e rehabilitimit mjekësor është e domosdoshme edhe kyçja e programit kinezoterapeutik.

Kineziterapia aplikohet për pengimin e kontrakturave të nyjeve, mbajtjen e lëvizjeve të nyjeve, forcim të muskulaturës së pjesës së lënduar të trupit, forcim i muskujve të tjerë të trupit dhe përmirësim të qëndrueshmërisë lokale dhe të përgjithshme. Aplikohen ushtrime aktive ndihmëse dhe ushtrime aktive, kurse më pas në mënyrë sistematike futen edhe ushtrime me rezistencë.

Tek frakturat e ekstremiteteve të poshtme, në qoftë se është e nevojshme, ordinohen edhe mjete ndihmëse ortopedike (paterica).

Pyetje:

1. Cili është njëri prej qëllimeve kryesore në rehabilitimin postoperativ të frakturave në moshë të fëmijërisë?
2. Cilët agjens fizikal mund të shfrytëzohen në rehabilitimin e frakturave në moshë të fëmijërisë?
3. A mundet kineziterapia të shkyçet nga rehabilitimi i frakturave në moshë të fëmijërisë?

Z

Indi ashtor ka mundësi të madhe për regjenerim. Në qoftë se fragmentet e eshtrave janë në pozitë të mirë imobilizuese, atëherë regjenerimi (veçanërisht në moshë të fëmijërisë) realizohet shpejt. Pas disa muajve mund të mos ketë asnjë gjurmë klinike për frakturë të eshtrave. Ashtëzimi kryhet në katër faza. Faza e parë është faza e hematomit. Në fazën e dytë vjen deri në organizim të hematomit. Faza e tretë është krijimi i kallusit, kurse faza e katërt është rekonstruimi i kallusit.

Mjekimi i frakturave mund të jetë konservative dhe operative.

Frakturat tek të cilët zhvendosja e fragmentit është e parëndësishme mjekimi bëhet me imobilizim me gips.

Tek disa fraktura zhvendosja e fragmenteve është e madhe dhe nuk mund të anashkalohet. Në atë rast kryhet repozicionim – vendosje të fragmenteve në pozitën normale të më përparshme.

Në qoftë se mbajtja e fragmenteve në pozitë të mirë nuk është e suksesshme, atëherë mjekimi është operative me fiksion të fragmenteve me material osteosintetik.

Pasojat e frakturave janë: atrofia e muskulaturës, ndryshime njolluese në ind, rigjeditet i nyjeve dhe pengesat qarkulluese.

Të gjitha këta elemente duhet të merren parasysh kur bëhet plani rehabilitues. Me rëndësi është të dihet se kur duhet të bëhet mobilizimi i nyjes, kur duhet të ngarkohet ashti i thyer dhe kur duhet të zbatohen

procedurat fizikale. Momenti i mobilizimit varet nga krijimi i kallusit. Ngarkimi varet nga koha që ka kaluar nga fraktura, forca e muskulaturës dhe qarkullimit.

Në qoftë se kallusi është formuar në mënyrë solide dhe në qoftë se muskulatura është e fortë, ekstremiteti mund të ngarkohet. E gabuar është imobilizimi tejet i gjatë i ekstremitetit. Duhet të përcaktohet momenti i vërtetë për përfundimin e imobilizimit dhe fillimin e ushtrimeve.

Në fazën e imobilizimit aplikohen:

- Kontraksionet statike,
- Elektrostimulimi forma-Sp
- Rrymat interferente.

Në fazën e imobilizimit e cila zbatohet në institutet për rehabilitim mjekësor, mund të aplikohet:

- Hidroterapia me masazhe nënujore,
- Masazhe me dorë të tipit drenazh,
- Rrymat interferente,
- parafinoterapia,
- galvanizimi stabil,
- puna terapeutike,
- kineziterapia –ushtrime aktive.

Aktivite për nxënësin:

- Sqaroje rëndësinë e fillimit të hershëm të rehabilitimit të frakturave tek fëmijët!
- Mendo: Pse nuk është e lejuar realizimi i ushtrimeve pasive në rehabilitimin e frakturave?
- Përgatite pacientin dhe parafinën për aplikim të parafinoterapisë!
-

2. 15. ETHET RREUMATIKE (*Febris rheumatica*)

O Ethet reumatike paraqiten te personat e sensibilizuar në streptokokun β -hemolitik të grupit A ose produkteve të tij, si sëmundje sistemore të indit lidhor. Sëmundja përfshin kryesisht zemrën, nyjet, lëkurën, indin nënlëkuror dhe trurin. Paraqitet tek fëmijët, më rrallë tek të rriturit. Tregon dispozitë ndaj recidivëve, më shpesh në pesë vitet e para pas paraqitjes së sulmit të parë të etheve reumatike.

Tek fëmijët paraqitet në moshën 5 e deri në moshën 14, në mënyrë të barabartë si tek femrat ashtu edhe tek meshkujt. Me e shpeshtë është tek personat me standard të ulët të jetës (në kushte johigjienike për jetesë, ushqimit joadekuat, tek personat që jetojnë në bashkësi).

Infeksioni me streptokok luan rol të rëndësishëm. Ai i paraprin sulmit të parë edhe të recidivëve.

Pasqyra klinike

Infeksioni streptokok akut i fytit zgjatë prej një e deri në pesë ditë. Ka simptome më të buta ose më të theksuara. Mandej vijon periudha latente prej disa ditësh e deri në pesë javë. Ajo zakonisht është pa shenja klinike, me çka manifestohen simptomet e etheve reumatike.

- Karditis- (proces i inflamacionit të tërë zemrës);

- Polioarthritis - Manifestimi më i theksuar i etheve reumatike. Fillon në mënyrë akute, me edem dhe rritje të temperaturës. I përfshin nyjet e mëdha të ekstremiteteve të poshtme. Nyja është e ënjtur, e skuqur, e nxehtë dhe e parezistueshme ndaj presionit dhe gjatë lëvizjes. Ënjtja zgjatë 4-5 ditë. Nuk lë ndryshime funksionale tek nyjet.

- Horea - zakonisht paraqitet tek vajzat, kurse manifestohet me lëvizje të pakoordinuara që krijohen për shkak të përfshirjes së trurit.

- Erythema marginatum – në trup dhe në pjesët proksimale të ekstremiteteve paraqitet skuqje rozë e hapur.

- Nyje nënlëkurore- të lokalizuar në vende ku lëkura dhe indi nënlëkurore i janë nënshtruar më tepër shtypjes.

Manifestimet tjera të mbetura të sëmundjes janë: dhimbje të barkut, tahikardi e tjera.

Mjekimi

Përveç masave të përgjithshme, në të cilat bëjnë pjesë pushimi, ushqimi i pasur me vitamine dhe edukimi i të sëmurit jepen edhe doza terapeutike të penicilinës edhe atë në periudhë prej dhjet ditëve.

Jepen edhe medikamente për trajtim të kardit akut. Pushimi në shtrat është masa themelore terapeutike që duhet domosdoshmërisht të zbatohet për shkak të dëmtimit të zemrës. Më lirimin dhe qetësimin e shenjave të

karditit në mënyrë graduale lejohet edhe ngritja nga shtrati, kurse më vonë edhe aktivitet të lehtë dhe të ngadalësuar me profilaksë dhe mjekim të infeksionit streptokoke.

Në rastin e dëmtimeve të rënda të zemrës indikohet terapia operative. Tek karditi kronik duhet ti kushtohet kujdes aktivitetit të përditshëm, mënyrës së jetës dhe profesionit.

Për mjekimin e poliartritit përdoren salicilate të cilët shumë shpejt sjellin deri në tërheqje të të gjitha shenjave. Përderisa i sëmuri për shkak të karditit duhet të shtrihet në shtrat, duhet të prevenohet krijimi i kontrakturave dhe ndryshimeve trofike të muskujve me zbatimin e ushtrimeve statike.

Pyetje:

1. Si pasojë e infeksionit, me cilën bakterie paraqiten ethet reumatike?
2. Cilët janë simptomat themelore me të cilët manifestohen ethet reumatike?
3. Cilët janë masat e përgjithshme që duhet të ndërmerren në mjekimin e etheve reumatike?
4. Ethet reumatike :
 - a. I përfshinë nyjet e vogla;
 - b. i përfshinë nyjet e mëdha;
 - c. i përfshin të gjitha nyjet;
 - d. nuk i përfshin nyjet.
5. Në fazën akute të etheve reumatike duhet:
 - a. Të merret terapi medikamentoze dhe lëvizje,
 - b. të aplikohet terapia medikamentoze dhe pushim,
 - c. të aplikohen procedura fizikale dhe ushtrime aktive me rezistencë.
 - d. të kryhen aktivitete sportive.

2. 16. ARTRITI KRONIK I JUVENILIT (*Arthritis chronica iuvenilis*)

o

Artriti kronik i Juvenililit është sëmundje sistematike e cila fillon para moshës gjashtëmbëdhjetë vjeçar, zgjatë më shumë se 3 muaj dhe ka pasqyrë të larmishme. Rrallë herë fillon në vitin e parë të jetës. Më shpesh paraqitet tek vajzat.

Shkaku për artritin e Juvenilit nuk është i njohur.

Pasqyra klinike

Artriti kronik i Juvenilit zhvillon spektër të gjerë të manifestimeve klinike. Në raport me fillimin e sëmundjes, ata mund të ndahen në tre grupe: forma sistemike, forma monoartikulare dhe forma poliartikulare.

Forma sistemike fillon në mënyrë akute, me manifestime sistemike jashtnyjore, temperaturë, përfshirja e zemrës dhe veshkave. Që nga fillimi i sëmundjes paraqiten dhimbje në nyje dhe shtangie në mëngjes. Në fazën përparuese të mëvonshme të sëmundjes zhvillohet devijimi ulnar dhe radial i gishtërinjve. Janë të përfshirë edhe nyjet temporomandibulare dhe unazat e qafës. Mund të shkaktohet edhe çrregullim i rritjes dhe zhvillimit.

Forma monoartikulare i artritis kronik të Juvenilit fillon gradualisht, rrallë herë përnjëherë, me afeksion të një nyjeje të madhe (të ekstremiteteve të poshtme). Përveç endemes karakteristike është paraqitja e dhimbjes dhe lëvizjeve të kufizuara. Në stadiumin e mëvonshëm të sëmundjes paraqitet edhe atrofi e muskulaturës përreth.

Forma poliartikulare fillon në mënyrë akute ose gradualisht me paraqitje të lodhjes, artralgjive dhe shtangies në mëngjes. Paraqitet përfshirje simetrike e nyjeve periferike të vogla dhe të mëdha, më shpesh tek vajzat më të mëdha se 6 vjet. Rrallë herë manifestohet me shenja klinike. Rrjedha e sëmundjes dallohet me episode akute të sulmeve në më shumë nyje dhe sëmundja tregon aktivitet të përhershëm.

Mjekimi

Ushqimi duhet të jetë i pasur me vitamina dhe t'i përshtatet moshës sepse një pjesë e madhe e energjisë harxhohet gjatë rritjes dhe zhvillimit të organizmit.

Gjatë fazës akute të sëmundjes pacienti duhet të pushojë, kurse në nyjet e ndezura të bëhet imobilizim. Nga terapia medikamentoze shfrytëzohen: kortikosteroidët, antimalarikët, kripërat e arta dhe salicilatet.

Qëllimi kryesor i mjekimit është zvogëlimi i dhimbjes në nyjet e ënjtura dhe të sëmura dhe përmirësimi i gjendjes së përgjithshme, e cila në fazën akute është keqësuar. Pacienti duhet të shtrihet në krevat të rrafshët me jastëk, e cila nuk duhet të jetë shumë e lartë. Kërllokullat duhet të jenë

të vendosura në abduksion prej 45° dhe rrotacion të jashtëm. Bërrylët duhet të jenë në fleksion të lehtë, nënbërrylët në supinacion, kurse gishtërinjtë lehtë të flektuar. Në këtë fazë mund të kryhet edhe mobilizim afatshkurt të disa nyjeve të zëna.

Ushtrimet statike apo izometrike kanë rëndësi të madhe tek artriti kronik i juvenilit, veçanërisht në fazën aktive. Zbatohen edhe ushtrime ndihmëse pa forcim dhe në vëllim të cilin e lejon nyja e ndezur. Pas mbarimit të ushtrimeve pacienti duhet përsëri të vendoset në pozitë funksionale. Me përmirësimin e gjendjes së përgjithshme dhe gjendjes së nyjes, zmadhohet edhe kohëzgjatja e tretmanit kinezoterapeutik, amplitudës së lëvizjeve dhe shkalla e aktiviteteve fizike.

Sëmundja pas shumë javëve kalon në stadiumin subakut në të cilin ndryshimet gjatë ndezjes qetësohen. Rehabilitimi në këtë periudhë vazhdon me aktivitet fizik të dozuar, mbajtjen e gjendjes së përgjithshme dhe fillimin e korrigjimit të deformiteteve të krijuara.

Në fazën kronike terapia ka të bëjë me luftën me kontrakturat dhe ankilozat. Nga terapia fizikale aplikohen: termoterapia, fototerapia rrymat diadinamike, fashat parafine, ultrazëri, elektroforeza dhe hidroterapia. Procedurat e ngrohjes duhet të jepen para ushtrimeve, të cilat në stadiumin kronik mund të jenë pasiv, të ndihmuara dhe aktive.

Artriti kronik i juvenilit mund të shkaktojë dëmtime të rënda funksionale të disa nyjeve, që e imponon nevojën për shfrytëzim të mjeteve të ndryshme ortopedike ndihmëse.

Tek pacientët me dëmtim të rëndë funksional indikohet mjekimi operativ.

Pyetje;

1. Cilat forma të artritit kronik të juvenilit ekzistojnë?
2. Në cilën fazë të mjekimit shfrytëzohen ushtrimet rizometrike statike?
3. Cilat procedura fizikale mund të zbatohen në mjekimin e artritit kronik të juvenilit?

REHABILITIMI

Tërësia tematike 3

Rehabilitimi tek të rriturit

Qëllimet e tërësisë tematike:

- Ta sqarojë rëndësinë dhe rolin e procesit të rehabilitimit tek personat e rritur;
- T'i sqarojë metodat dhe procedurat (rrjedhën) gjatë rehabilitimit të të rriturve për sëmundjet në vijim:
 - **Sëmundje traumatike** (kontuzion, distorzion dhe luksacion, thyerje të ekstremitetit të poshtëm dhe të sipërm),
 - **Sëmundje të SNQ** (sulm në tru, dëmtim i palcës kurrizore, lëndim i nervave periferike, discus hernia dhe dëmtim i nervus ischiadicus, polyradiculoneuritis, skleroza multipla),
 - **Sëmundje vaskulare** të ekstremiteteve të poshtme;
- Ta njihë etiologjinë dhe pasqyrën klinike të sëmundjes (të theksuara më lartë);
- Ti njihë pasojat nga realizimi jo i drejtë i terapisë;
- Ta njihë mënyrën e aplikimit të mjeteve ndihmëse ortopedike dhe protetike të cilët përdoren në procedura të veçanta rehabilituese;
- Ti zbatojë normat profesionale dhe etike gjatë rehabilitimit të pacientëve.

REHABILITIMI
(mësim zgjedhor)

Tërësia tematike 2

Rehabilitimi te të rriturit

Qëllimet konkrete për nxënësin:

- Të evidentojë të dhëna në formular përkatës për ndjekje dhe evidentim të procesit të rehabilitimit mjekësor te personat e rritur;
- Të zbatojë preventivë nga krijimi i dekubitusit dhe kontrakturave në nyje;
- Të vendosë:
 - Pacientin në pozitë adekuate për procedurë rehabilituese konkrete,
 - Mjetë protetike dhe mjete ndihmëse në faza të veçanta të procesit të rehabilitimit;
- Ta njeh etiologjinë dhe pasqyrën klinike, procedurën rehabilituese dhe pasojat nga realizimi jo i drejtë i terapisë në këto faza, tek personat e rritur me këto sëmundje:
 - traumatike,
 - sëmundje të SNQ,
 - sëmundje vaskulare të ekstremiteteve të poshtme;
- të zbatojë terapi gjatë kujdesit dhe mjekimit tek rehabilitimi i të rriturve gjatë sëmundjeve të theksuara më lartë;
- ti aplikojë normat profesionale dhe etike gjatë rehabilitimit.

3. 1. REHABILITIMI TEK INSULTI CEREBRAL VASKULAR

O

Insultët cerebrovaskulare (ICV) janë sëmundje të sistemit nervor qendror me prejardhje vaskulare.

Insulti cerebrovaskular është sëmundje e rëndë. Rreth 1/4 e të sëmurëve vdesin në 24 orët e para. Prej atyre që mbijetojnë 1/4, deri 1/3 mbesin invalid të përhershëm.

Etiologjia

Ndarja klasike e insultit vaskular të trurit është:

- tromboza,
- embolia,
- hemorragjia.

Sipas kohëzgjatjes së manifestimeve klinike, ishemia e trurit ndahet në:

- ishemi supklinike- pa shenja klinike, ekziston vetëm konstatim KT;
- deficit neurologjik transitor (DNT)) me kohëzgjatje prej disa minutave e deri në 24 orë;
- Deficit neurologjik ishemic reverzibil (DNIR), zgjatë më pak se 24 orë, kurse shërimi i plotë është deri më 3 javë;
- Deficit neurologjik ishemic progresiv (DNIP). Simptomet neurologjike zhvillohen në 24 orët e para me përkeqësime të përkohshme dhe episode të përkohshme të stabilizimit;
- Sulm komplet (CVI)-dëmtim definitiv i trurit.

Sipas substratit patologjik të vendit të dëmtimit, ekziston kjo ndarje:

- Forma ishemike e sëmundjes cerebrovaskulare,
- Forma hemorragjike e sëmundjes cerebrovaskulare,
- Itaka ishemike transitore,
- Encefalopatia hipertenzive.

Pasqyra klinike

Pasqyra klinike varet nga shkaktari i insultit vaskular, vëllimit të tij, lokacioni dhe nga mosha e pacientit.

Insulti hemorragjik karakterizohet me fillim të shpejtë dhe me humbje të vetëdijes (deri në sopor ose komë). Paraqitet deficit neurologjik i njërës gjysmë (hemiplegji) të trupit, ulje të këndit të buzës dhe shikim që është i kthyer ka ana e insultit. Menjëherë pas sulmit të anës hemiplegiale të trupit paraqitet hipotoni e musklaturës, me refleksë të tetiveve të zvogëluara ose të shuara dhe paraqitje e refleksëve patologjike.

Për dallim nga insulti cerebrovaskular hemorragjik, tek trombozat simptomat fillojnë gradualisht. Në mënyrë të ngadalësuar shfaqet deficit neurologjik i ekstremitëve të njërës gjysmë të trupit. Në varshmëri nga substrati patologjik i vendit të dëmtimit, simptomat mund të mbesin me intensitet të njëjtë ose të keqësohen në 24 orët e ardhshme e deri në 28 orë. Në një numër të madh të pasojave qoftë nëse bëhet fjalë për ICV të përmasave të mëdha, mund të paraqitet humbje e vetëdijes. Tek infarktët më të vogla vetëdija është e ruajtur ose e dëmtuar lehtë.

Tek një numër i madh i pacientëve si rezultat i ishemisë ose hemorragjisë mbesin numër i madh i pasojave, të cilët japin pasqyrë të një invaliditeti të rëndë. Nga pasojat që paraqiten, më shpesh paraqitet hemiplegji ose invaliditet (dobësim motorik të njërës anë të trupit)-të anës së kundërt nga ajo në të cilën ka ndodhur insulti; koordinim i çrregulluar; përceptim; agnozi (mosdallimi i objekteve); ndryshime në të folurit (afazi senzore dhe motorike në hemiparezën e anës së djathtë); labilitet psikik i theksuar e të tjera.

Mjekimi

Në fazën akute mjekimi është i orientuar në mbajtjen e jetës, kthimi i baraspeshës fiziologjike përmes zbatimit të mjekimit konservativ dhe kujdesit përkatës. Sipas nevojës, në këtë fazë mund të bëhet edhe mjekim operativ. Përveç asaj, në këtë fazë duhet të fillohet me procesin e rehabilitimit dhe të zbatohen masa për rruajtjen e aftësisë funksionale të sistemit lokomotorik.

Pacienti vendoset në krevat në pozitë të përshtatshëm. Që nga fillimi duhet të kthehet në anën e shëndoshë. Supi duhet të jetë i vendosur përpara, dora e elevuar, bërryli në ekstenzion, pëllëmba e dorës në pozitë të fleksionit të lehtë dorzal, dhe i mbështetur në sipërfaqe. Këmba duhet të

jetë në semifleksion. Në qoftë se pacienti shtrihet në anën e sëmurë, atëherë dora duhet të jetë e vendosur krejtësisht përpara me bërryl që është i ekstenzuar dhe në supinacion.

Gjatë shtrirjes në shpinë, koka duhet të vendoset në fleksion lateral kah ana e shëndoshë e trupit. Dora është e vendosur në jastëk, në abduksion prej 30° rotacion të jashtëm, fleksion të bërrylit dhe shuplakës me fleksion të lehtë të gishtërinjve. Këmba duhet të ketë mbështetje nën gjurin dhe fleksion të lehtë tek gjuri (vendoset jastëk i vogël ose shul). Në qoftë se është e nevojshme, mund të vendosen thasë me rërë në anën laterale të mbigjurit që të shmanget rotacioni i jashtëm i kërrlokullës. Shputa vendoset nën këndin prej 90° me nëngjurin. Vendosja e trupit në pozitë fiziologjike bëhet që të preventohet krijimi i kontrakturave. Përveç kësaj duhet të ndërmerren edhe masa për pengimin e paraqitjes së dekubituseve. Ato krijohen në vendet më të fryra (gunga okcipitale, tehet e llapës së veshit, vazhduesit spinoz të shtyllës., tehet e lopatës, në pjesën lumbosakrale të shtyllës kurrizore, të gjunjëve, të bërryleve dhe të thembrave). Për atë shkak është i domosdoshëm rrotullimi i pacientit në krevat. Shtrati nuk duhet të ketë pala. Sipas nevojës, vendosen edhe jastëk special me ajër në pjesët e fryra të trupit. Gjatë çdo rrotullimi duhet të bëhet masazh e butë e lëkurës me alkool. Toaleti duhet gjithashtu të jetë i përsosur.

Pas qetësimit të simptomeve akute, në fazën e riparimit fillon faza e ardhshme e rehabilitimit. Ajo duhet të zbatohet një kohë mjaft të gjatë sepse vendosja e funksionit motorik mundet ngadalë të kryhet.

Pas disa javëve të insultit cerebrovaskular, pacienti ndodhet në fazën spastike, me tonus të zmadhuar të muskujve skeletor. Në fillim spazma zhvillohet në fleksorët e gishtave të pëllëmbës së dorës, nyjes së dorës, fleksorët e gishtave të shputës së këmbës dhe nyja e shputës së këmbës. Spazma dukshëm ndikon në mobilim.

Në fazën e spazmës, i sëmuri duhet të këshillohet që pjesën më të madhe të aktiviteteve të përditshme ta realizojë me ekstremitetin e shëndoshë ose aq sa është e mundur me ekstremitetin e sëmurë.

Mjekimi fillon me ushtrime pasive, të cilat e zvogëlojnë ngacmimin reflektiv dhe ndihmojnë në luftën kundër kontrakturave. Ato janë të rëndësishëm edhe për stimulim të qendrave nervore përkatëse.

Tek pacientët me hemiplegji është e çrregulluar reaksioni automatik, të drejtuarit dhe baraspeshës.

Pasi të përmirësohet gjendja e përgjithshme e pacientit, ngrihet koka dhe kafazi i kraharorit nga pozita e shtrirë me ndihmën e mbështetësve. Në fazën e ardhshme, pacienti vendoset në pozitë të ulur dhe duhet të mbështetet në ekstremitetet e sëmura. Pastaj, pacienti duhet të stërvitet për rrotullim në krevat. Kur do të arrihet ulja stabile në krevat, zbatohet stërvitja

për ulje në teahun e krevatit. Më pas vijojnë ushtrimet për qëndrim në këmbë gjatë së cilës pacienti duhet që peshën trupore ta pozicionojë në anën e dëmtuar. Në fazën e ardhshme fillojnë ushtrimet për ecje në prezencë të fizioterapeutit. Më vonë vazhdohet me ecje në vegjë, ku prezenca e terapeutit përsëri është e domosdoshme. Gjatë ecjes në vegjë pacienti udhëzohet ta ndjekë në mënyrë vizuale në pasqyrë ecjen e tij.

Etapa e ardhshme është ecja në prezencë të terapeutit, i cili nuk e mban të sëmurin. Sipas nevojës, mund të shtohen edhe mjete ortopedike ndihmëse si për shembull: aparati peroneus, aparati i nëngjurit, bastuni, paterica e të tjera. Qëllimi përfundimtar është aftësimi i pacientit për kryerjen e obligimeve të përditshme në mënyrë të pavarur.

Më shpesh, aftësimi i dorës nuk jep rezultate të kënaqura. Tek numri më i madh i pacientëve hemiplegial dora mbetet e pa shfrytëzueshme ose minimale e shfrytëzueshme.

Përveç ushtrimeve, tek pacientët hemoplegial rekomandohet masazh e butë manuale e cila e relakson muskulaturën dhe e tonizon lëkurën.

Krioterapia mund të aplikohet gjatë ënjtjes dhe dhimbjes së pëllëmbës së dorës që paraqiten sipas sindromit algodistrofik supë-pëllëmbë. Ajo në mënyrë të volitshme vepron edhe në zvogëlimin e spazmës së muskulaturës paretike.

Aplikohet edhe elektroterapia (stimulimi elektrik funksional-që të realizohen lëvizje me ndihmën e stimulimit elektrik të nervit ose muskulit); si dhe TENS, rrymat diademe, elektroforeza, sonoterapia-gjatë dhimbjes në supe dhe pëllëmbë të dorës.

Rëndësi të madhe ka edhe puna terapeutike, e cila veçanërisht është e rëndësishme në stërvitjen për kryerjen e aktiviteteve të përditshme të jetës (të ushqyerit, larja, veshja e të tjera).

Nga mjetet ortopedike ndihmëse, tek këta pacientë shfrytëzohet mitella për ekstremitetin e sipërm, bastunë të llojeve të ndryshme vegla ndihmëse për ecje e të tjera.

Pyetje:

1. Sqaroje procesin e rehabilitimit të pacientit me insult cerebrovaskular në fazën akute dhe subakute!
2. Cilat procedura fizikale mund të aplikohen në fazën subakute të pacientit me ICV?

3. Pse është e rëndësishme aplikimi i punës terapeutike në rehabilitimin e pacientit me ICV?
4. Cilat mjete ortopedike ndihmëse mund të përdoren tek pacienti me ICV dhe me çfarë qëllimi?

Z Programi për rehabilitim mjekësore zbatohet përmes masave të mëposhtme:

- Kujdesi,
- Aftësimi funksional,
- kineziterapia,
- elektroterapia,
- termoterapia,
- puna terapeutike,
- kujdesi për shëndetin psikik të pacientit.

Në kuadër të kujdesit duhet të mendohet për komplikimet që mund të ndodhin përderisa ajo nuk zbatohet. Është e nevojshme që shtrati të jetë i rrafshët, i shtirë, i butë dhe nuk duhet të ketë thellime. Hyrja tek i sëmuri duhet të mundësohet nga të tri anët. Pacienti duhet të jetë i pozicionuar në pozitë adekuatë në krevat. Vëmendje të posaçme duhet ti kushtohet preventivës nga dekubitusi që përfshin; rrotullime të shpeshtë në krevat, inspeksione të përhershme të lëkurës në anën me deficit neurologjik, masazhet me alkool, zbatimi i masave higjienike, kontrollimi i funksionit të drejtë të sfinkterëve. Tek dekubitusi i formuar më parë duhet të bëhen rimbështjellje të rregullta.

Qëllimi kryesor i kineziterapisë është pengimi i kontrakturave dhe sa më herët të jete e mundur ngritje e pacientit në pozitën në këmbë. Në fazën e parë zbatohen ushtrime pasive, kurse më vonë edhe ushtrime ndihmëse dhe aktive. Ushtrohet balancimi në pozitën ulur, kurse më vonë edhe në pozitën në këmbë. Pasi të përvetësohen këta funksione në pjesën më të vështirë zbatohet-vendosje e funksionit të ecjes. Vëmendje të veçantë duhet ti kushtohet pozitës së pacientit në hapësirë sepse ekziston tendenca për ulje të anës së sëmurë. Përdoret pasqyra për korrigjim vizual. Stërvitja për ecje zbatohet në dhomën e pacientit, pranë krevatit, në vegje dhe pranë vegjës. Gjatë ecjes, përderisa dora e pacientit është plegiale, duhet të shfrytëzohet mitela. Mund të aplikohet edhe elektroterapia (FES, TENS, rrymat diadinamike, elektroforeza) dhe termoterapia (aplikimi i parafinës – për zvogëlim të spazmës dhe pengimin e kontrakturave dhe si hyrje në kineziterapi).

Puna terapeutike ka rëndësi të veçantë në përgatitjen për stërvitje në kryerjen e aktiviteteve të përditshme, si edhe në përgatitjen dhe aftësimin për orientim profesional. Shfrytëzohen elemente të procesit të punës si kusht për korrigjim dhe funksion të mirë të ekstremitetit të sipërm –radhitje të figurave, punë në vegjë të lartë, punë me argjilë e të tjera.

Aktivitete për nxënësin:

- Sqaroi etapat në rehabilitimin e pacientit me insult cerebrovaskular!
- Demonstru zbatim të ushtrimeve pasive gjatë deficitit neurologjik spastik të ekstremiteteve!



Figura 36. Aplikimi i ultrazërit në supë

- Përgatite pacientin dhe vendin e punës dhe përdore ultrazërin te pacienti me sindrom algodistrofik!

3. 2. PARAPLESIONI

3

Paraplegioni është pasqyrim klinik i dëmtimit të strukturës dhe funksionit të palcës kurrizore me reperkusione të rëndësishme të ekstremiteteve të poshtme. Më shpesh sjell deri në dëmtim përfundimtar të lëvizjes.. Mund të dëmtohet edhe funksioni i mëshikëzës së urinës dhe zorrës së trashë, funksionet seksuale tek gjinia mashkullore, dëmtim i sensibilitetit, ndryshimet trofike e të tjera.

Kjo gjendje kërkon terapi të ndërlikuar intensive dhe në kohë në të cilën vend më të rëndësishëm zë kineziterapia. Shpesh herë, është e

nevojshme kujdes i përhershëm mjekësor për këta të sëmurë për shkak të komplikimeve të shumë-numërta, të cilat janë pasojë e dëmtimit të vet palcës së kurrizit ose të inaktivitetit.

Etiologjia

Shkaqet që mund të sjellin deri në dëmtimin e palcës kurrizore janë:

- lëndimet (direkte dhe indirekte),
- kompresioni,
- çrregullim dhe dëmtim i qarkullimit (ishemia, hemorragjia),
- proceset e ndezjes,
- dhimbjet sistemike dhe autoimune,
- dhimbjet e trashëguara,
- anomali të shtyllës kurrizore dhe palcës kurrizore,
- sëmundje nervore-muskulore.

Pasqyra klinike

Paraplegioni manifestohet së pari me dëmtime të motorikës dhe paraqitje e paralizës ose parezës të cilat mund të jenë të plota, të përhershme dhe definitive. Dëmtimi i palcës kurrizore mund të jetë i tipeve dhe shkallëve të ndryshme. Sipas asaj do të zhvillohet edhe pasqyra klinike, respektivisht shkalla e paralizës, tipi i paralizës (flakcide ose spastike), dëmtim i sistemeve të tjera të motilitetit, dëmtim i sfinkterëve dhe dëmtimeve të tjera.

Shkaku më i shpeshtë për paraqitjen e paraplegionit është lëndimi (direkt dhe indirekt). Menjëherë pas krijimit të tij paraqitet faza e shokut spinal për të cilin janë karakteristike këta dukuri:

- deficit neurologjik motorik i plotë,
- humbje e sensibilitetit për të gjithë kualitetet,
- dëmtim i funksionit të sfinkterëve të mëshikëzës së urinës dhe zorrës së trashë,
- reflekset muskulore të thella plotësisht të shuara dhe
- tonus muskular i zvogëluar ose i shuar.

Paraliza është e plotë dhe i tipit flakcid.

Në fazën e shokut spinal vendosen shenjat për paraplegion spastik.

Dëmtimi i funksioneve të palcës kurrizore manifestohet me tiparet e përbashkëta siç janë:

- dëmtim i motorikës (prej pareze e deri në paralizë) të grupeve më të vogla ose më të mëdha të muskujve, që më shpesh manifestohet si deficit neurologjik dhe pamundësi për qëndrim në këmbë dhe ecje;
- Dëmtim i sensibilitetit;
- Çrregullim i funksioneve trofike (paraqitje e dekubitusit);
- Dëmtim i funksionit të sfinkterëve të mëshikëzës së urinës dhe zorrës së trashë.

Mjekimi

Paraplegioni është dëmtim i rëndë dhe më shpesh dëmtim definitiv i funksioneve motorike dhe pa shenja për shërim të plotë. Për atë shkak, programi për rehabilitim duhet të përfshijë spektër të gjerë dhe të jetë i përjetshëm. Me atë program duhet të synohet që të mënjanohej vargu i komplikimeve të sistemit lokomotorik të cilët manifestohen në formë të kontrakturave të nyjeve, atrofi e fortë e muskujve dhe ndryshime të sistemeve të tjera organike (tromboza e enëve të gjakut, infeksionet respiratore, krijimi i plagëve dekubitale e të tjera). Qëllimi themelor në rehabilitim është sigurimi i hershëm dhe i përhershëm i masave higjienike-profilaktike, në të cilët bëjnë pjesë:

- Pozicionimi i drejtë në krevat me çka do të pengohet paraqitja e kontrakturave në nyje dhe do të mënjanohet ngacmimi provokues për paraqitjen e spasticitetit të zmadhuar.
- Vendosja e ekstremiteteve në pozitë funksionale- shputat nën këndin prej 90° dhe gjunjët në pozitën nulta.
- Luftë kundër plagëve dekubitale që paraqiten në vendet predilekcionuese,
- Ushqimi i rregullt i cili nuk shkakton shtim në peshë të pacientit, me çka do ta vështirësonte realizimin e kineziterapisë,
- Kujdes për mëshikëzën e urinës me masa për pengim të infeksionit urinar.

Gjatë shokut spinal ndodh atoni e plotë e mëshikëzës së urinës, urina e mbledhur rrjedh nga ajo. Duke i falënderuar inervacionit autonom në murin e mëshikëzës së urinës, megjithatë rruhet ton i sigurt. Në 24 orët e para, sipas mundësisë, paraplegiatuesi nuk kateterizohet. Përderisa vjen deri në retencion të urinës, vendoset katetër dy herë në ditë - në mëngjes dhe në mbrëmje. Pas 10 ditëve në qoftë se nuk vendoset rritëm për

zbrazje, aplikohet kateter i përhershëm. Në rrjedhën e mëtutjeshme punohet në krijimin e ritmit të zbrazjes së mëshikëzës së urinës dhe trajnim i muskujve.

Që të pengohet paraqitja e plagëve dekubituse për shkak të shtrirjes së gjatë në një pozitë të sëmurin e rrotullojmë në krevat në çdo 2 orë me masazhe të pjesëve të shtypura të lëkurës. Nën pjesët e fryra vendosen mbështetës nga sfungjeri ose jastëkëve me ajër, por edhe dyshekë të veçantë antidekubital të mbushur me ajër ose ujë dhe të lidhur me aparat vibrues. Shtrati nuk duhet të jetë me pala.

Me kineziterapi duhet të fillohet sa më herët të jetë e mundur. Programi dhe plani për kineziterapi duhet të përmbajnë:

- Lëvizje pasive të nyjeve të ekstremiteteve me deficit neurologjik,
- Realizimi i lëvizjeve ndihmëse,
- Ushtrime aktive për ekstremitetet e sipërme dhe muskulatura e ruajtur e trupit,
- Ushtrimet për ulje,
- Ushtrimet për baraspeshë,
- Ushtrime për ecje nëpër teren të rrafshët dhe jo të rrafshët,
- Ushtrime për shfrytëzimin e karrocës invalidore.

Tek deficiti neurologjik nuk është e mundur të bëhet çfarë do lëvizje të vleit të ekstremiteteve. Për atë shkak menjëherë duhet të aplikohet lëvizje pasive e nyjeve të vogla dhe të mëdha që të pengohet krijimi i kontrakturave. Rruajtja e lëvizshmërisë së nyjeve mundëson të kalohet në hapin e ardhshëm eventual-futjen e lëvizjeve aktive dhe aplikim i aparateve ortopedike ndihmëse. Për fitimin e lëvizjeve aktive duhet të shfrytëzohen të gjitha mundësitë që e lehtësojnë lëvizjen (për shembull ushtrimet në suspension, vaska e Habardit, - hidrotank në të cilën pacienti futet në kran).

Paralelisht me programin e kineziterapisë për ekstremitetet e poshtme duhet të punohen edhe ushtrime aktive të forcuara të muskujve të ekstremiteteve të shëndosha të sipërme. Ata duhet me funksionin e tyre të zmadhuar ti kompensojnë funksionet e humbura motorike të këmbëve, kurse më vonë të mundësojnë edhe ngjarjen e karrocës invalidore. Mandej, tentohet që me ndihmën e ekstremiteteve të sipërme të bëhet ndryshim i pozitës së trupit nga pozita në shpinë në pozitën në bark dhe anasjelltas, si dhe mbajtje në një anë. Pas kësaj, duhet të vijojë tentimi për zvarritje me shfrytëzimin e forcës së ekstremiteteve të sipërme, kurse mandej tentim për ulje.

Përmirësimi i gjendjes së përgjithshme shëndetësore dhe ndryshimet lokale mundësojnë që pacienti të vendoset në qëndrimin vertikal. Në qoftë se vjen deri në bërjen e hapave, lëvizja mund të lehtësohet me fiksime të ekstremiteteve të poshtme në ortoza speciale. Ecjes i paraprijnë ushtrimet për baraspeshë dhe balancim për gjerësi të ndryshme të mbështetjes në mes shputave. Ecja fillohet në vegjë, kurse mandej jashtë tij, me ndihmën e patericave dhe ndonjë personi tjetër.

Në përbërjen e programit për kineziterapi tek paraplegjorët, nuk duhet të harrohet edhe rëndësia e punës terapeutike.

Në terapi shfrytëzohet edhe masazh (manuale dhe nënujore) të ekstremiteteve me deficit neurologjik. Me të përmirësohet qarkullimi i gjakut në muskuj, zbuten indet lidhore të tkurrur e të tjera.

Tek këta pacientë është e domosdoshme të zbatohet edhe rehabilitim i veçantë profesional dhe social.

Pyetje:

1. Cilët janë simptomat klinike të pacientit me paraplegion?
2. Me çfarë paralize karakterizohet paraplegjoni në stadiumin akut, kurse me çfarë paralize në stadiumin kronik?
3. Cilat masa specifike ndërmeren gjatë kujdesit të pacientit me paraplegion?
4. Çfarë ushtrimesh punohen tek pacienti me paraplegion?

Z

Me veprimin e traumës, procesit ekspansiv ose shkaqeve të tjera mund të paraqitet lezion i palcës kurrizore nën vendin e veprimit të procesit patologjik dhe krijimin e deficitit neurologjik të ekstremiteteve të poshtme dhe pjesës së poshtme të trupit, që quhet paraplegion.

Procesi i rehabilitimit tek këta pacientë përfshin preventivë nga tromboza e venëve të thella, mbajtjen e qarkullimit tek këmbët, preventivë nga dekubitusi, mbajtje e vëllimit të lëvizjeve, elasticiteti i indevë të buta dhe forcimi i muskujve të ekstremiteteve të sipërme. Përveç kësaj, qëllimi i rehabilitimit është automatizim i sfinkterëve dhe arritje e pavarësisë maksimale në aktivitetet e jetës ditore (AJD). Nëpër AJD kryhet stërvitja për vëtkujdesje në krevat, gjatë kohës së ngrënies, zhveshjes, veshjes, përdorimit të karrocës invalidore, toaletit e të tjera.

Aktivite për nxënësin:

- Sqaro pse është e rëndësishme lëvizja pasive e pacientit me paraplegion!
- Paraqit realizim të ushtrimeve pasive të nyjeve të ekstremiteteve të poshtme tek pacienti me paraplegion!
- Mendo: a duhet tek pacientët me paraplegion që edhe për kundër paraqitjes së lëvizjeve aktive të vazhdohet me ushtrime pasive?
- Sqaroe procesin e vertikalizimit të pacientit me paraplegion

3. 3. DËMTIMI I NEURONIT MOTORIK PERIFERIK

O

Funksion kryesor i nervave periferike është kalimi i impulseve nga SNQ kah periferia dhe anasjelltas.

Dëmtimi i neuronit motorik periferik (sindromi flacid) është pasojë e lezionit të qelizave motorike të brinjës së përparme të substancës së hirtë të palcës kurikore ose fijes nervore të saj.

Etiologjia

Shkaktarët më të shpeshtë të cilët mund të sjellin deri në sindromin flacid janë:

- Trauma (ndrydhja, prerja e nervit, shtrëngimi i plasaritjeve flakturale në mes dy fragmenteve të ashtit),
- Ndezje (bakteriologjike, virusale, toksike),
- Faktorët mekanik (dëmtim i nervit nga tumoret e të tjera).
- Në varshmëri nga lloji, lokacioni dhe shkalla e dëmtimit, humbja e funksionit të nervave është i ndryshëm si për nga intensiteti ashtu edhe për nga kohëzgjatja.

Pasqyra klinike

Dëmtimi i neuronit motorik periferik rezulton me pasojat në vijim;

- ❖ Zvogëlim i forcës motorike të muskujve (paraliza, pareza);

- ❖ Humbje ose dobësim i reflekseve të tetivave (arefleksioni ose hiporefleksioni);
- ❖ Humbje ose zvogëlim i tonusit muskular (atonia ose hipotonia);
- ❖ Zvogëlim i sensitivitetit sipërfaqësor (hiperstezioni për dhimbje, prekje temperaturë);
- ❖ Dukuri vazomotorike (skuqje, lividitet, zbehje, lëkurë e thatë ose djersitje e zmadhuar);
- ❖ Reaksion elektrik degjenerativ –reagim atipik i ngacmimit me rrymë galvanike dhe farade;
- ❖ Prirje për degjenerim të shpejtë të fijeve muskulore, të cilët janë të denervuara, e nga ajo si pasojë del hipotrofia respektivisht atrofi e muskujve.

Forma e këtillë e paralizës (pareza) është karakteristike për dëmtimin e neuronit motorik periferik. Quhet paralizë e dobët (flaccide). Për të më karakteristike janë tre simptomat –pareza, hiporefleksioni, hipotonia-që e përbëjnë të ashtuquajturin sindrom flacid.

Diagnoza

Diagnoza jepet në bazë të amnezës, pasqyrës klinike, elektrodiagnostikës, EMG dhe testit muskular manual.

Mjekimi

Mjekimi respektivisht kthimi i funksionit të nervit varet nga lloji, lokacioni dhe nga shkalla e dëmtimit.

Në raste të dëmtimeve më të lehta, kontuzioni ose komocioni i nervit, shërimi bëhet vetëm për disa ditë.

Tek dëmtimet e lehta respektivisht ndrydhje të nervit, shërimi zgjatë prej disa javëve e deri në disa muaj.

Gjatë ndërprerjes së plotë të nervit shërimi zgjatë gjatë dhe me muaj. Regjenerimi i nervit është shumë i ngadalshëm edhe atë prej një e deri në dy milimetra në ditë. Në qoftë se nuk bëhet regjenerimi prej 4 e deri në 6 muaj pas lëndimit, atëherë është e nevojshme mjekim operativ.

Në mjekimin e lëndimeve të nervave periferike shfrytëzohet:

- Terapia medikamentoze (analgjetikët, medikamente vazodilatatore dhe vitaminet e grupit B),
- Terapia fizikale elektrostimulimi, galvanoterapia, fototerapia, masazh)
- kineziterapia

Kineziterapia zë vend të rëndësishëm dhe aplikim të madh në mjekimin e dëmtimeve të funksionit të nervave periferike. Tre qëllimet themelore të kineziterapisë janë:

1. Rruajtja e lëvizshmërisë së ekstremiteteve me deficit neurologjik, para se gjithash, ushtrimet pasive (për shkak të preventivës së kontrakturës);
2. Kompensim i forcës motorike të muskujve të shëndoshë në afërsi të zonës së paralizuar;
3. Vendosja e ekstremiteteve të paralizuara në pozitë funksionale të njeve.

Efkti terapeutik e kineziterapisë më lehtë arrihet në raste të parzës sesa tek paraliza. Pa dallim nga ajo, në të dyja rastet duhet të insistohet në kryerjen e lëvizjeve aktive përmes ushtrimeve të cilës do formë. Në raste të parzës ajo është më lehtë e realizueshme sepse në zonën parietike mbetet edhe pjesë e nervave të ruajtura dhe fijeve muskulore.

Për përvetësimin e lëvizjes aktive mund të shfrytëzohen edhe mjete ndihmëse në kineziterapi. Ata mundësojnë realizim të lehtësuar të lëvizjeve (ushtrime në ujë, në suspension, nëpër sipërfaqe të lëmuar ose me ndihmën e ndonjë personi tjetër). Më vonë kalohet në lëvizje aktive të pavarura, në fillim pa ngarkesë shtuese, kurse më vonë me ngarkesë. Përderisa nuk mund të arrihet lëvizje aktive nga fillimi i paraqitjes së sindromit të flacidit, aplikohen ushtrime pasive të cilët kanë për qëllim të mbahet lëvizshmëria normale e njeve dhe të ndalohen kontrakturat.

Efkti i kineziterapisë tek dëmtimi i nervit periferik asnjëherë nuk është i shpejtë sepse regjenerimi i tij është i ngadalshëm dhe zgjatë disa muaj. Në raste të prerjes së plotë të nervit regjenerimi është ende më i ngadalshëm ose i asnjëllojshëm.

Në rehabilitimin e nervit të dëmtuar periferik vend të rëndësishëm zë edhe puna terapeutike.

Pyetje:

1. Çfarë paralize paraqitet gjatë lëndimit të neuronit motorik periferik?
2. Cilat janë shenjat tjera klinike të dëmtimit të neuronit motorik periferik?
3. Cilët janë qëllimet e kineziterapisë gjatë mjekimit të pacientëve me dëmtim të neuronit motorik periferik?

Z

Në stadiumin e paralizës, tek lezioni PMN tretmani fizikal përbëhet nga:

- termoterapia,
- kineziterapia,
- elektroterapia.

Aplikimi i termoterapisë në këtë fazë është i domosdoshëm sepse me aktivizimin e hiperhemisë arteriale të segmentit të trajtuar përmirësohet mënyra e të ushqyerit dhe mënjanoen metabolitet, kurse nervi periferik shërohet më mirë.

Kineziterapia zë vend qendror në vendosjen e përsërishme të funksioneve motorike.

Elektroterapia zë vend të rëndësishëm në tretmanin e deficitit neurologjik periferik. Galvanizimi stabil kontribon për aktivizim të metabolizmit qelizor, përshpejtim të qarkullimit dhe shërim të PMN. Mund të aplikohet edhe elektroforezë e medikamenteve e cila do ta ndërpresë krijimin e fibrozës intersticiale. Nga procedurat elektroterapeutike shfrytëzohet edhe elektrostimulimi.

Aktivitete per nxënësin:

- Sqaroje dallimin në mes paralizës dhe parëzës tek dëmtimi i neuronit motorik periferik!
- Cilat mjete ndihmëse shfrytëzohen në kineziterapi për fitimin e lëvizjes aktive te dëmtimi i neuronit motorik periferik?

3. 4. DËMTIMI I NERVIT TË FYTYRËS (*Laesio n. facialis*)

O

Dëmtimi i n. facialis është pasqyrë e shpeshtë klinike. N. facialis është nervi i shtatë kranial, i cili ka bërthama në pons. Gjatë rrugës së tij ai hyn në kanalën e lëshuar të brendshëm dhe del nëpër vrimën etmoidale në vendin e thelluar etromandibulare. Atje nervi degëzohet në disa degë: ramus frontalis, ramus oculomotorius dhe ramus mandibularis.

N. facialis e inervon muskulaturën mimike të fytyrës, gjëndrat e jargëve të hundës, jargëve të qiellzës, gjëndrës së lotit dhe gjëndrat e pjesës së fundme të zbrazëtirës së gojës. Fijet sensitive e inervojnë pjesën e përparme të gjuhës.

Etiologjia

Shkaku i dëmtimit të n. facialis më shpesh është infeksioni i veshit të mesëm, ftohja, tumoret, frakturat, hemorragjitë, meningitisi e të tjera. Lëndimi i këtij nervi mund të jetë i prejardhjes periferike dhe i prejardhjes qendrore. Tek lezioni periferik i n. facialis ekziston dëmtim i të tre degëve të tija, kurse tek lezioni qendror vetëm në zonën e gojës. Paraliza periferike e n. facialis quhet **paraliza e Belit**. Shkaku i paraqitjes së saj më shpesh është edem i natyrës alergjike të nervit në kanalën facial, kurse në raste të tilla aplikimi i ftohjes luan rol të rëndësishëm. Paralizat traumatike paraqiten gjatë intervenimeve kirurgjikale, gjatë frakturave të ashtit e të tjera.

Pasqyra klinike

Zakonisht kjo paralizë është e njëanshme, në mënyrë të barabartë paraqitet në anën e majtë dhe të djathtë. Të gjitha muskujt e anës së fytyrës me deficit neurologjik janë të përfshirë në mënyrë të barabartë.

I sëmuri zakonisht në mëngjes vëren se goja është shtrembëruar dhe ka ndjenjë se i është tërhequr ana e shëndoshë e fytyrës. Në anën e tërhequr balli është pa rrudha, vetulla është e lëshuar poshtë,, syri është më i hapur. Këndi i gojës është i lëshuar dhe me hulli më të cekët nazolabijale. I sëmuri nuk është në gjendje ta rrudhë ballin, ta mbyllë syrin

ta tërheq këndin e gojës kah ana e tërhequr. Gjatë mbylljes së syve shihet fenomeni i Belit-syri mbetet i pambuluar dhe kthehet përsipër dhe për jashtë, që duket e bardha e syrit.

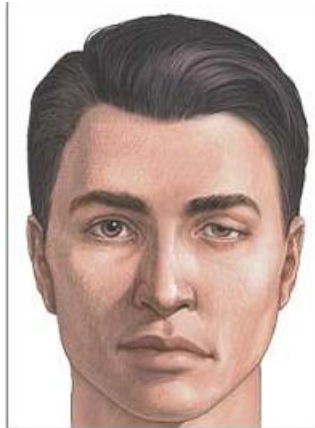


Figura 37. Paraliza e nervit fascial

Mjekimi

Në fillim terapia është medikamentoze. Jepet terapi kortikosteroide për zvogëlimin e syrit rreth nervit, analgjetikë dhe vitamine të grupit B.

Nga procedurat fizikale përdoret:

- galvanoterapia – aplikohet përmes gjysmëmaskës së Bergonit, e cila vendoset në anën e sëmurë të fytyrës. Elektroda indiferente vendoset në mënyrë interskapulare, kurse i sëmuri shtrihet në shpinë;
- Elektrostimulimi-si teknikë monopolare ose bipolare. Te teknika monopolare elektroda aktive (katoda), me dimensione të vogla dhe në forme topthore (elektroda taster) është e vendosur në anën e jashtme të nën-mbajtëses dhe vihet në pikën motorike të muskulit, me çka bëhet ngacmim direkt i pikave të caktuara motorike të çdo muskuli veçmas. Elektroda e gjurit të kundërt ose të kurrizit cervical.

Në mjekimin e paralizës së Belit shfrytëzohet edhe maska dhe masazh parafine.

Vend të rëndësishëm zë edhe kineziterapia.

Në periudhën e parë, kur nuk ka asnjë ushtrim aktiv, me rëndësi është që të rruhet trofika e muskulaturës. Punohen shumë me kujdes

lëvizje pasive me vëllim që i përshtatet funksionit normal të muskujve. Ushtrimet e anës së sëmurë të fytyrës i realizon terapeuti i cili qëndron pas pacientit, e njëkohësisht pacienti duhet ta kryejë të njëjtin ushtrim me gjysmën e shëndoshë të fytyrës.

Kur do të paraqiten edhe kontraksione më të vogla të muskulaturës paretike, fillohen me ushtrime nga ana e pacientit e që përfundohen nga ana e terapeutit. Në të njëjtën kohë duhet të zbrapsen lëvizjet e muskulaturës së shëndoshë.

Vazhdohet me ushtrime që do të kontribojnë në kthimin e forcës muskulore, lëvizshmërinë dhe koordinimin e muskulaturës së tërhequr. Punohen ushtrime me rezistencë të cilët, megjithatë duhet të mundësojnë lëvizje. Ushtrimet përsëriten 3 deri 4 herë në ditë.

Në qoftë se me këta procedura nuk arrihet efekti i dëshiruar, atëherë bëhet dekompresimi i nervit përmes rrugës kirurgjikale.

Pyetje:

1. Përshkruaje pasqyrën klinike tek paraliza e Bellit!
2. Cilat procedura fizikale aplikohen tek pacienti me lezion periferik të n. facialis?

Z

Përderisa mjekimi i paralizës së Bellit nuk bëhet në kohë dhe nuk është i plotë, mund të ndodhë kontrakturë e muskulaturës mimike. Gjatë pushimit ana e sëmurë duket si e shëndoshë, por gjatë aktivimit vërehet se ajo është ana e sëmurë. Tretmani zgjatë me kohëzgjatje të ndryshme; në qoftë se gjendja është definitive, kalohet në mjekimin operativ.

Aktivite për nxënësin:

- Paraqite mënyrën e aplikimit të galvanoterapisë me gjysmë-maskë të Bergonit!
- Përgatite pacientin dhe hapësirën për aplikim të elektrostimulimit të muskulaturës së fytyrës!
- Paraqite mënyrën e aplikimit të maskës parafine tek pacienti me paralizë të Bellit!

3. 5. DËMTIMI I N. TRIGEMIUS (Neuralgia n. trigemini)

O

N. trigeminus është nerv senzitiv kryesor. Dy degët e para të këtij nervi janë pastër sensitiv, kurse e treta është e përzier (motorike dhe sensitive). Degët sensitive e inervojnë lëkurën e fytyrës, jargën e hurdhës së gojës, të hundës dhe gjuhës. Degët motorike i inervojnë muskujt e përtypjes.

Gjatë rrugës së tij kah periferia e n. trigeminus ndahet në tri degë: n. ophthalmicus, n. maxillaris dhe n. mandibularis.

Etiologjia

Faktori etiologjik për paraqitjen e kësaj neoralgjie nuk është i njohur. Llogaritet se ndezjet e sinuseve dhe të dhëmbëve shpesh herë mund të sjellin deri në paraqitjen e saj.

Pasqyra klinike

Simptoma themelore që manifestohet është paraqitja e dhimbjes së fortë në zonën inervative të një ose më tepër degëve të këtij nervi. Dhimbja paraqitet shpejt, manifestohet me sulme të cilat zgjasin me kohëzgjatje të ndryshme prej disa sekondave. Ndërmjet sulmeve nuk ka dhimbje.

Mjekimi

Mjekimi përbëhet nga dhënia e terapisë medikamentoze, para se gjithash, analgjetikët për qetësimin e dhimbjes.

Nga procedurat fizikale aplikohet galvanoterapia përmes gjysmë-maskës së Bergonit, rrymat diadinamike dhe elektro-akupunktura.

Në rast të rezistimit të simptomave bëhet qasja drejt intervenimit kirurgjikal.

Pyetje:

1. Për shkak të cilëve shkaqe më shpesh paraqitet paraliza e n. trigeminus?
2. Si manifestohet neuralgjia e n. trigeminus?

3. 6. DËMTIMI I GËRSHETIMIT TË FYTIT (*Laesio pl. brachialis*)

O Gërshetimi branhial krijohet nga degët e përparme të nervit të pestë deri në nervin e tetë të nervit të fytit dhe nervit të parë torakal.

Degët e prapme të këtyre trungjeve bashkohen në tufa të prapme nga i cili dalin n. radialis dhe n. axillaris. Degët e përparme të trungut primar të parë dhe të dytë bashkohen si tufë e jashtme nga e cila nis n. musculocutaneus dhe pjesa e jashtme e n. medianus.

Degët e përparme të trungut të poshtëm primar paraqesin tufa të brendshme (mediale) nga e cila ndahen n. cutaneus brachii medialis, n. cutaneus antebrachii medialis dhe n. ulnaris.

3. 6. 1 DËMTIMI I N. RADIALIS (*Laesio nervi radialis*)

O



Figura 38. N. radialis

N. radialis e ka prejardhjen nga rrënjët e nervave spinale S6, S7, S8 dhe pjesërisht nga S5 dhe nga tufa e prapme e gërshetimit brahial. Ndahet në dy degë-sipërfaqësore dhe thelluese. Ai është nerv i përzier që përmban shumë fije motorike. I inervon muskujt ekstensor të pjesës së sipërme të gjurit, grupin dorzal dhe radial të muskujve të pjesës së poshtme të bryllit. Tek lëndimet e këtij nervi mund të dëmtohen muskujt në vijim sipas tipit të lezionit periferik: m. triceps brachii, m. anconeus, m. brachioradialis, m. ekstensor carpi radialis longus et brevis, m. supinator, m. ekstensor dig. communis, m. ekstensor dig. V, m. ekstensor carpi ulnaris, m. ekstensor pollicis longus et brevis, m. ekstensor indicis dhe m. abductor pollicis.

Sipas kësaj, n. radialis merr pjesë në ekstensionin e bërrylit, supinacioni i pjesës së poshtme të bërrylit dhe ekstension i pëllëmbës së dorës dhe gishtërinjve.

Etiologjia

N. radialis mund të jetë i dëmtuar për shkak të shkaqeve të ndryshme. Ai i është ekspozuar shtypjes në vendin ku e rrethon humerusin

me çka mund të lëndohet në rastet kur dora është e drejtuar gjatë kohës së gjumit, gjatë frakturave të humerusit, trauma të vet nervit, patericave nënsqetullore të cilat mbahen për një kohë të gjatë, infeksionet e tjera.

Pasqyra klinike

Gjatë lezioneve të larta ndodh tërheqja e të gjitha muskujve. Në qoftë se lezioni është në pjesën e mesme të pjesës së sipërme të bërrylit dhe më poshtë, m. triceps brachii do të jetë i kursyer. Tipike për paralizën e këtij nervi është „shuplaka e lëshuar: Kur dora e të sëmurit është e ndrydhur në bërryl, pëllëmba e dorës do të rrijë e ndrydhur në nyjen e dorës. Për shkak të paralizës së ekstensorit të gishtërinjve, ata do të jenë të ndrydhur në nyjet metakapofalngeale, pak të ndrydhur në nyjet interfalangeale (më tepër është i flectuar gishti i vogël). Senzibiliteti është shumë pak i dëmtuar për shkak të mbulimit të inervacioneve nga nervat fqinje.

Mjekimi

Tek ky lezion duhet të mënjanoen faktorët që kanë sjellë deri në dëmtimin e nervit. Zbatohen edhe masa të përgjithshme dhe terapi medikamentoze.

Rehabilitimi medicinal duhet të fillojë menjëherë pas zbulimit të lezionit. Fillimisht duhet të zbatohen masa preventive, me të cilat ndalohet ngushtimi i muskujve të dobët ekstensor dhe njëkohësisht të ndalohet shkurtimi i fleksorëve. Kjo arrihet me vendosjen në pozitë funksionale të longetës apo aparatit ortopedik radial.

Në ndërkohë, zbatohet terapia fizikale dhe kineziterapia. Pas elektrodiagnostifikimit të bërë zbatohet elektrostimulimi para së cilës mund të aplikohet galvanoterapia ose elektroforeza të cilat e zmadhojnë ngacmueshmërinë dhe përçueshmërinë e nervit motorik. Përveç asaj, jepen edhe valë të shkurta dhe fototerapi.

Kineziterapia zë një vend të rëndësishëm. Me ushtrimet fillohet në fillim me gishtat, mandej në pëllëmbën e dorës dhe shkohet kah supet. Në fillim punohen ushtrime pasive, mandej ushtrime aktive ndihmëse dhe në fund, ushtrime aktive dhe ushtrime me rezistencë. Përveç asaj, punohen edhe masazh dhe ushtrime në ujë, si dhe puna terapeutike (bërja e tapiserive, thurja, radhitja e kubeve dhe të tjera).

Pyetje:

1. Cilët janë shkaqet më të shpeshta për dëmtimin e nervit radial?
2. Cila është shenja themelore klinike me të cilën manifestohet paraliza e nervit radial?
3. Kur duhet të fillojë mjekimi i paralizës së nervit radial?
- 4.

Z

Mjekimi i lezionit të n. radialis i përfshin: mënjanimin e shkaqeve që kanë sjellë deri në dëmtimin e nervit, masat e përgjithshme, terapia medikamentoze, rehabilitimi medicinal dhe mjekimi kirurgjikal.

Nga procedurat fizike përdoret elektrostimulimi, galvanizimi, elektroforeza, valët e shkurta dhe fototerapia. Elektrostimulimi mund të realizohet me teknikë bipolare. Varësisht nga vendi i sulmit të n. radialis, elektodat vendosen në anën dorzoraterale të anës së sipërme të pjesës së sipërme të gjurit dhe mbi olekranonin e ullnës (kur aktiviteti motorik i m. triceps brachii është ndryshuar) ose në epikondilin radial të humerusit dhe në anën e jashtme të nënbërrylit, drejtpërdrejt mbi nyjen e dorës (gjatë rënies së funksionit të pjesës së poshtme të n. radialis). Galvanizimi mund të aplikohet në mënyrë të tërthortë dhe në mënyrë të pjerrët.

Aktivitete për nxënësin:

- Shikoje figurën 39 dhe mendo si është paraqitur dëmtimi i nervit radial tek pacienti!



Figura 39

- Sqaro rolin e aparatit radial, i cili vendoset te pacientët më dëmtim të n. radialis!



Figura 40. Ortoza dinamike për pëllëmbën e dorës-gishtërinjtë

- Paraqit mënyrë të vendosjes së aparatit ortopedik radial!
- Demonstr o mënyrë të realizimit të ushtrimeve pasive tek pacienti me paralizë të n. radialis!
- Aplikoje rrymën galvanike me teknikë të pjerrët tek pacienti me dëmtim të nervit radial.
-

3. 6. 2. DËMTIMI I N. MEDIANUS (Laesio n. mediani)

O

N. medianus krijohet nga fijet e rrënjës C6 – Th1. Nga hurdha e sjetullës zbrit nëpër brendinë e mbibërrylit, kalon përmes ndrydhjes së bërrylit dhe zbrit në pjesën e përparme të nënbërrylit. Në pjesën e përparme të pëllëmbëve të dorës hyn nëpër kanalën e pëllëmbës.

I inervon këta muskuj: m. pronator teres, m. fleksor digitorum superficialis, m. fleksor carpi radialis, m. palmaris, m. fleksor digitorum profundus, m. fleksor pollicis longus, m. pronator quadratus, m. abductor pollicis brevis, m. fleksor pollicis brevis, m. opponens pollicis dhe dy muskuj lumbrikal.

E inervon lëkurën nga aha volare, tërë gishtin e parë, të dytë dhe të tretë dhe anën radiale të gishtit të katërt, e nga ana dorzale-pjesët distal të gishtit të dytë dhe të tretë dhe pjesë më të vogël të gishtit të katërt.

Etiologjia

Lëndimet e nyjes së supit dhe nyjes së bërrylit, si dhe plagët e fituara nga armët e zjarrit janë shkakun më i shpeshtë për paralizën e këtij nervi.

Pasqyra klinike

Për shkak të atrofisë së tenarit dhe muskujve të tjerë paraqitet deformim, e cila quhet "dora e majmunit". Gjatë tentimit të mbylljes së dorës, gishti i madh dhe gishti tregues mbesin të drejtuar. I sëmuri nuk mundet që me anën volare të gishtit të madh ti prekë gishtat tjerë (pamundësia për opozicionim të gishtit të madh).

Çrregullimi i sensibilitetit më qartë shihet në pjesën distal të gishtit tregues.

Mjekimi

Procesi i mjekimit duhet të fillojë me vendosjen e dorës në pozitë funksionale dhe vënien e longetave që të anashkalojnë kontrakturat dhe çrregullimet e qarkullimit. Bëhet elektrodijagnostifikimi me çka fillohet me elektrostimulim të cilit mund ti paraprijë galvanoterapia dhe elektroterapia. Elektrostimulimi mund të punohet me dy teknika (monopolare dhe bipolar). Kineziterapia ka rëndësi të madhe në mjekimin e kësaj sëmundjeje. Ajo punohet në sallë, por edhe në ujë. Fillohet me ushtrime pasive, vazhdohet me ushtrime aktive ndihmëse dhe në fund, ushtrime aktive me rezistencë.



Figura 41. Ushtrimet pasive

Për shkak të pengimit të zhvillimit të kontrakturave, si dhe për përmirësimin lokal të qarkullimit shfrytëzohet edhe masazh. Më shpesh shfrytëzohen teknikat e lëmimit, fërkimit dhe vibracionit. Në qoftë se masazh krijon ndjenjë të pakëndshme, nuk duhet të aplikohet. Shumë e rëndësishme është puna terapeutike.

Përderisa nuk fitohen rezultate të mira, aplikohet edhe intervenimi operativ.

Z

Gjatë dëmtimit të n. medianus galvanizimi është njëra nga procedurat elektroterapeutike që përdoret në rehabilitim. Galvanizimi aplikohet vertikalisht ose tërthorazi. Gjatë galvanizimit vertikal, njëra elektrodë vendoset në anën e përparme të brendshme të gjysmës së poshtme të nënbërrylit.

Për elektrostimulimin mund të shfrytëzohet teknika monopolare dhe bipolare. Tek teknika bipolare, njëra elektrodë vendoset në hurdhën kubitale, e tjetra në anën volare të nyjes së dorës. Gjatë teknikës monopolare, elektroda fikse vendoset mbi nyjen e anës volare të dorës (ose në ashtin e kraharorit, ose nëmës dy shpatullave, e elektroda tjetër aktive vendoset në muskulin e ndryshuar trofik.

Aktivitete për nxënësin:

- Përgatite pacientin dhe hapësirën për aplikim të elektrostimulimit tek pacienti me lesion të n. medianus!
- Apliko teknikë bipolare të elektrostimulimit te pacienti me dëmtim të n. medianus!
- Paraqit teknika të realizimit të masazheve te pareza e n. medianus!

3. 6. 3. DËMTIMI I N. ULNARIS (*Laesio nervi ulnaris*)

O

N. ulnaris e ka prejardhjen nga vet rrënja e qafës dhe rrënjës së parë torakale. Nga hurdha e sjetullës shkon nëpër gjatësinë e logut të brendshëm të mbibërrylit, pastaj kalon pas nyjes së brendshme të humerusit, e kalon rreth e përçark ulnës nga ana e brendshme dhe zbrit në anën e përparme e nënbërrylit dhe vazhdon kah pëllëmba e dorës ku ndahet në degë përfundimtare.

I inervon këta muskuj: m. fleksor carpi ulnaris, pjesë të m. fleksor digitorum profundus, m. palmaris brevis, m. abductor digiti V, m. fleksor digiti V brevis, m. opponens digiti V, mm. interossei volares, mm. interossei dorsales, mm. lumbricales III et IV, m. adductor pollicis dhe pjesë të m. fleksor pollicis brevis.

Tek lëkura e inervon pjesën e brendshme të pëllëmbës së dorës dhe mbibërrylin, lëkura e gishtit të vogël është pjesë mediale e gishtit të katërt.

Etiologjia

Shkaqet më të shpeshta për dëmtimin e n. ulnaris janë lëndimet, ndezjet e tetivave, kompresionet e të tjera. Lëndimet janë më të shpeshtë në pjesën e përparme të bërrylit dhe pëllëmbës së dorës.

Pasqyra klinike

Gjatë paralizës ose parëzës së këtij nervi është i dëmtuar ekstensioni i fallangjeve distale dhe flejsiata e fallangjeve proksimale, abduksioni i gishtit të madh, adduksioni dhe abduksioni, si dhe opozicioni i gishtit të pestë, fleksioni i adduksionit të shuplakës së dorës. Paraqitet atrofi i hipotenarit dhe pjesërisht në tenar, si dhe hipotrofi të muskujve të vegjël të shuplakës së dorës. Për shkak të paralizës së muskujve, kontrakturave dhe atrofive, vërehet e ashtuquajtura shuplaka në formë kthetre.



Figura 42. Shuplakë në formë kthetre për shkak të lezionit të n. Ulnaris

Mjekimi

Gjatë dëmtimit të n. ulnaris nënbërryli dhe shuplaka e dorës duhet të vendosen në pozitë funksionale në longete.

Gjatë mjekimit shfrytëzohet elektrostimulimi me elektrodijagnostifikimi i bërë më parë. Para zbatimit të elektrostimulimit mund të jepet galvanoterapi. Elektrostimulimi mund të zbatohet me teknikë bipolare (te muskujve të mëdha të mbibërrylit) dhe me teknikë monopolare (te muskujve të vegjël të shuplakës së dorës).

Aplikohen edhe fototerapia, masazhet dhe ushtrimet në sallë dhe në ujë. Fillohet me ushtrime pasive, çdoherë prej pjesëve distale kah pjesët

proksimale të dorës. Vazhdohet me ushtrime ndihmëse pasive dhe aktive. Rezultate të mira arrihen edhe me punën terapeutike.

Në qoftë se nuk ka rezultate pozitive nga mjekimi konservativ, kalohet kah tretmani operativ.

Z

Elektrostimulimi me teknikë bipolare zbatohet tek muskujt e mëdha të cilët i inervon nervi ulnar. Muskujt e vegjël të shuplakës së dorës ngacmohen me teknikë monopolare. Tek teknika bipolare, elektroda proksimale vendoset në pjesën e përparme të brendshme të pjesës proksimale të nënbërrylit kurse elektroda distale në pjesën e përparme të brendshme të nyjes së dorës.

Aktivitete për nxënësin:

- Demonstroni realizim të ushtrimeve pasive dhe pasive ndihmëse të pacienti me lezion të n. ulnaris!
- Përgatite pacientin për realizimin e teknikës monopolare të elektrostimulimit të muskujve të vegjël të shuplakës së dorës tek dëmtimi i i nervit ulnar!

3. 7. DËMTIMI I GËRSHETIMIT SAKRAL (*Laesio plexus sacralis*)

Degët e përparme të nervit të katërt dhe të pestë lumbal (truncus lumbosacralis) dhe degët e përparme të tre nervave të para sakrale, të cilat dalin nga vrimat e përparme sakrale, në mes vete lidhen me anastomozë duke e ndërtuar lexis sacralis. Ky gërshetim ndodhet në pjesën e prapme të zgavrës pelvike, që shtrihet në mes rektumit dhe enëve të gjakut.

Degët e prapme të gërshetimit sakral e inervojnë lëkurën mbi m. gluteus maximus dhe lëkurën mbi pjesën sakrale. Degët e përparme të gërshetimit janë pjesë përbërëse e pleksusit lumbosakral. N. gluteus superior me degët motorike i inervon m. gluteus medius dhe m. gluteus minimus.

Gjatë dëmtimit të këtij gërshetimi ndodhin pareza ose paraliza në zonën inervative të muskulaturës. Përderisa vjen deri në dëmtim dyanësh, i sëmuri ka ecje të patës, vështirë ngrihet dhe vështirë i drejton këmbët dhe vështirë u ngjitet shkallëve.

Pas rënies së plexus sacralis i japin degët e përparme dhe të prapme nga të cilët paraqitet dega femorale dhe tibiale dhe ishijadikusi, kurse me bashkimin e atyre degëve paraqitet n. ischiadicus.

3. 7. 1. DËMTIMI I N. ISCHIADICUS (*Laesio nervi ischiadici*)

O N. ischiadicus formohet nga të gjitha degët e gërshetimit sakral: nervi i katërt dhe i pestë lumbal; nervi i dytë dhe i tretë sakral.

Ai është nervi më i madh në trupin e njeriut dhe shtrihet nga gërshetimi sakral ku paraqitet e deri të gishtërinjtë. Pas daljes nga pjesa pelvike kalon në mes trohanterit të madh dhe fryrjes për ulje përmes pjesës së prapme të mbigjurit vjen deri te gjuri ku ndahet në dy degë përfundimtare: n. peroneus communis dhe n. tibialis.

N. ischiadicus e inervon lozhën e prapme muskulore të mbigjurit.

Dëmtimi i n. ischiadicus është shumë i shpeshtë, kurse ndërprerja e saj e plotë është gjëndje e rrallë e cila karakterizohet me pamundësinë për kryerjen e feksionit të gjurit dhe paraliza e muskulaturës së nëngjurit dhe shputës së këmbës.

Etiologjia

Shkaku më i shpeshtë për dëmtimin e n. ischiadicus është protruzioni ose prolapsi i diskutit intervertebral. Si shkak i shpeshtë shënohet edhe ftohja dhe ulja në tokë të lagur ose gurrë. Dëmtim të këtillë mund të japin edhe infeksionet virusale, intoksifikimet, tumoret, diabeti, spondilitisi, spondilozate të tjera.

Njësia funksionale themelore e shtyllës kurrizore është i ashtuquajtimi segment dinamik vertebral, i cili përbëhet prej dy unazave fqinje, diskutit mesunazor, dy nyjeve intervertebrale dhe ligamenteve.

Njësia funksionale duron ngarkesë të madhe mekanike gjatë jetës dhe për atë shkak herët mund të paraqiten ndryshime degjeneruese në diskusin intervertebral, i cili është stabilizues mekanik. Ndryshimet degjeneruese në të ndodhin gradualisht. Në fillim zvogëlohet përçindja e ujit në pjesën e brendshme xhelatinoze (nucleus pulposus), kurse më vonë paraqiten edhe ndryshime të unazës fibroze (anulus fibrosus) – në fillim plasaritje të vogla, kurse më vonë edhe plasaritje më të mëdha. Në ato plasaritje shtypen fragmentet nga bërthama degjeneruese dhe paraqitet dhimbje në pjesën e përparme lumbale për shkak të kompresionit të mbarimeve nervore që ndodhën rreth unazës fibroze.

Gjatë zmadhimit të përnjëhershëm të presionit në diskutit (ngritja e peshës), lëvizje të pazakonshme por edhe pa ndonjë shkak të veçantë, mund të vijë deri në plasjen e pjesës së mbetur periferike të unazës dhe protruzion i diskutit. Njëkohësisht ose më vonë, mund të çahet edhe ligament vertikal dhe të ndodhë prolaps i diskutit. Si rezultat i protruzionit ose prolapsit të diskutit mund të ndodhë kompresim i rrënjës së nervit spinal përkatës dhe paraqitet dhimbje në gjatësinë e këmbës-lumboishialgjioni.

Pasqyra klinike



Figura 43. Lumboishialgjioni

Varësisht nga ajo se a bëhet fjalë për diskopati, prolaps ose protrusion, e tillë do të jetë edhe pasqyra klinike. Tek diskopatia dhe protruzioni dhimbja është meatarë. Tek prolapsi i diskutit dhimbja është e

fortë, therëse, e lokalizuar në pjesën ijore të shtyllës kurrizore dhe i bllokon lëvizjet. Në fazën akute vjen në shprehje i ashtuquajtura sindromi vertebral, i cili karakterizohet me spazëm të muskulaturës paravertebrale, më tepër në njërin anë të shtyllës kurrizore. Kjo paraqitet si mekanizëm mbrojtës që e pengon lëvizjen, e me atë zvogëlohen dhimbjet.

Pacienti zë pozitë analgjike. Lëvizjet në kurriz janë të kufizuara, veçanërisht fleksioni dhe ekstenzioni. Dhimbja mund të zgjerohet në gjatësinë e tërë këmbës, e deri në thembër. Në qoftë se diskusi bën presion në nervat spinal dhe në palcën kurrizore, atëherë paraqiten sulme motorike dhe paraqitje e parezave dhe paralizave. Refleksët e tetivave janë të zvogëluar ose të shuara (refleksi pateral dhe i Akilit). Mund të paraqiten edhe çrregullime sensitive në dermatomet e posaçme.

Mjekimi

Në fazën akute nevojitet pushim dhe shtrirje në shtrat në pozitën e cila më tepër i përshtatet të sëmurit. Është indikuar e ashtuquajtura pozita e Viliamsit në krevat. I sëmuri shtrihet në shpinë me këmbë të kthyer në kërrlokulla dhe në gjunjë, me kokë dhe pjesë të sipërme të trupit të ngritur. Mund të shtrihet anësh në pozitë të pandryshuar tre deri në katër herë në ditë nga një orë gjatë së cilës këmba e sëmurë është lartë, e kthyer në kërrlokull dhe në gju dhe i mbështetur në jastëk. Në atë mënyrë rrafshohet lordoza lumbale dhe zgjerohen hapësira intervertebrale me çka arrihet zvogëlim i presionit të strukturave nervore e me atë edhe zvogëlim i dhimbjes. Pushimi duhet të zgjasë një deri tre javë, varësisht nga pesha e pasqyrës klinike, por pas shtatë ditëve duhet të shfaqet përmirësim i dukshëm.

Në të njëjtën kohë jepen edhe analgjetikë për zvogëlimin e dhimbjeve.

I sëmuri duhet të edukohet dhe të njoftohet me sëmundjen e tij.

Nga agjensët fizikal në stadiumin akut mund të aplikohet masazh në pjesën e kryqeve, kurse në javën e dytë mund të aplikohet edhe ngrohje e butë (20-30 minuta).

Mund të rekomandohet edhe mbajtja e brezit lumbal, por njëkohësisht me ushtrime izometrike.

Kur do të qetësohet gjendja akute, në fazën subakute, kalohet në procedura të caktuara në kuadër të terapisë fizikale. Aplikohet: galvanizimi, rrymat diadinamike, rrymat interferente, diametria me valë të shkurta, fototerapia, sonoterapia, magnetoterapia, llaseroterapia, masazh, eksternizoni lumbal, masazh nënujore.



Figura 44. magnetoterapia

Në fazën subakute mund të fillohet edhe me aplikimin e kineziterapisë.

Gjymnastika mjekësore e cila i përshtatet të sëmurit, aplikohet shumë me kujdes, gradualisht dhe e dozuar. Kyçja shumë e hershme e muskujve, veçanërisht e atyre që kanë qenë të imobilizuar respektivisht inaktive për shkak të pushimit, mund të sjellë deri në keqësim. Në këtë fazë fillohet me ushtrime izometrike dhe izotonike. Mund të aplikohet edhe hidroterapia dhe hidrokineziterapia.

Të gjitha procedurat e mjekimit konservativ duhet të sjellin deri në zvogëlim të presionit të nervave spinale, zvogëlim të dhimbjes dhe përmirësim të statusit funksional të pacientit. Megjithatë, tek një përqindje e caktuar e pacientëve ka nevojë për mjekim operativ.

Mjekimi i sindromit të dhimbjes kronike në kryqe përfshin edukim të të sëmurit, procedura fizikale, kineziterapia, hidroterapia, balneoterapia, helioterapia, terapia valore dhe korseti.

Pyetje:

1. Cilët janë shkaktarët më të shpeshtë për paraqitjen e sindromit lumbal?
2. Me cilat simptome karakterizohet faza akute e sindromit lumbal?
3. Cilat masa zbatohen gjatë mjekimit në fazën akute të sindromit lumbal?

4. Cilat procedura termo-terapeutike mund të aplikohen në fazën akute të sindromit lumbal?
5. Cilat procedura elektro-terapeutike mund të aplikohen gjatë mjekimit në fazën subakute dhe kronike të sindromit lumbal?
6. Në cilin stadium të sindromit lumbal fillon aplikimi i kineziterapisë?
7. A është i lejuar aplikimi i procedurave kinezoterapeutike në fazën akute të dëmtimit të n. ischiadicus?

Z

Suksesi i mjekimit të sindromit lumbal varet nga diagnoza e sëmundjes së dhënë në kohë.

Në fazën akute i sëmundjes duhet të pushohet; në fillim në bazë të rrafshët dhe të fortë, në pozitë në të cilën nuk ka dhimbje ose ata janë më të vogla (gjendja fiziologjike). Pushimi duhet të zgjasë sa më shkurtë të jetë e mundur, përderisa procesi nuk qetësohet, kontraktura reflekse e muskulaturës paravertebrale nuk zvogëlohet respektivisht lezioni, edemi ose proceset e tjera që kanë sjellë deri në paraqitjen e sindromit lumbal nuk eliminohen ose nuk tërhiqen. Në atë periudhë mund të aplikohen procedura termoterapeutike të caktuara.

Në këtë fazë aplikohet terapia medikamentoze, e cila jepet varësisht nga shkaku i sëmundjes. Mund të jepen analgjetikë, barëra antiinflamatore josteroide (BAJS), glikokortikoidet.

Në fazën subakute të sëmundjes, gjatë përmirësimit të dukshëm të gjendjes mund të fillohet me kineziterapi dhe hidrokineziterapi (ecje në gishta ose thembra varësisht nga dega e zënë e n. ischiadicus. Në këtë fazë, përderisa vjen deri në paralizë ose paralizë të ndonjë dege të nervit ishijatik, mund të aplikohet edhe elektrostimulimi me rryma eksponenciale, ushtrime pasive dhe /ose ushtrime ndihmëse aktive, punë terapeutike, galvanizim stabil, rryma dijaminamike nëpër gjatësinë e nervit ishijatik.

Në fillim kineziterapia realizohet shumë me kujdes, me ushtrime të lehta, kurse më vonë mund të intensivohet për shkak të forcimit të korsetit lumbosakral natyral (muskulatura paravertebrale, torakolumbale, abdominale, pelvifemorale). Forcimi i kësaj muskulature paraqet edhe preventivë për krijimin e recidivëve të sindromit lumbal. I sëmundjes duhet të edukohet që çdo ditë ti kryejë ushtrimet dhe të përdorë pozita mbrojtëse.

Në stadiumin kronik aplikohen analgjetikë, terapi fizikale (elektroterapia, masazh, hidrokineziterapia, ushtrimet e Reganit e të tjera). Këshillohet shmangja e faktorëve provokues.

Intervenimi kirurgjikal duhet të shmanget për derisa ajo është e mundur. Para intervenimit kirurgjikal duhet të mënjanohej të gjitha mjetet e terapisë konservative dhe fizikale.

Aktivite për nxënësin:



Figura 45. aplikimi i rrymave diadinamike

- Përshkruaje pasqyrën klinike të pacientit me sidromin lumbal!
- Çfarë pozite zë pacienti me lumboishialgji në fazën akute gjatë dhimbjes së fortë?
- Në çka bazohet mjekimi i pacientit në fazën akute të lumboishialgjisë?
- Përshkruaje teknikën e aplikimit të krioterapisë në fazën akute të sëmundjes!
- Cilat procedura elektroterapeutike mund të jepen gjatë dhimbjeve kronike në kryqe?
- Në kurrizin lumbosakral apliko rryma diadinamike me teknikë paravertebrale (segmentale)!

3. 7. 2. DËMTIMI I N. PERONEUS (*Laesio nervi peronealis*)

O

Nervi peroneal është degë e jashtme e n. ischiadicus i cili nga poplietale shkon rreth kokzës së fibulës dhe lëshohet në anën e jashtme të nëngjurit dhe në lartësi të m. peroneus longus ndahet në n. peroneus superficialis dhe n. peroneus profundus.

Ky nerv ka degë sipërfaqësore dhe të thelluar. Dega sipërfaqësore i inervon m. peroneus brevis et longus. Dega e thelluar i inervon m. tibialis anterior, m. extensor dig. longus et brevis, m. extensor hallucis longus.

Etiologjia

Lëndimi i këtij nervi është relativisht i shpeshtë (për shkak të pozitës së tij gjatë kalimit prej hurdhës së mbigjurit e rreth qafës së fibulës).

Shkaku më i shpeshtë për lezion të n. peroneus është lëndimi. Faktorë të tjerë që mund të sjellin deri në mosfunksionimin e muskulit janë kompresionet dhe dëmtimet e n. ischiadicus.

Pasqyra klinike

Dëmtimi i n. peroneus e vështirëson ose e pamundëson eksternsionin e shputës dhe gishtërinjve, si dhe abduksionin e shputës së këmbës. Shputa rri varur dhe zë pozitën-varus. Këmba në mënyrë të dukshme ka gjatësi më të madhe. Për atë shkak, gjatë ecjes, pacienti e ngre lartë këmbën në kërrlokull dhe gjuri dhe rëndohet në gishtërinjtë e këmbës, e jo në thembër (“ecja e gjelit”).



Figura 46. Paraliza e nervit të majtë peroneal

Mjekimi

Mjekimi duhet të fillojë sa më herët të jetë e mundur që të pengohet krijimi i të ashtuquajturës thembra e varur dhe e kontrakturave. Në terapi shfrytëzohet elektrostimulimi pas elektrodijagnostifikimit të kryer. Si hyrje në elektrostimulim shfrytëzohet galvanoterapia. Mund të jepen rryma interferente, fototerapi dhe valë të shkurtra. Për përmirësimin e qarkullimit lokal dhe për pengimin e kontrakturave shfrytëzohet masazh. Tek rehabilitimi i këtyre pacientëve vend të rëndësishëm zë edhe kineziterapia. Punohen ushtrime pasive, mandej ushtrime ndihmëse dhe në fund, ushtrime aktive. Efekt të mirë japin edhe ushtrimet në ujë.

Sipas nevojës ordinohen edhe këpucët ortopedik me shinë peroneale ose aparat peroneus.

Pyetje:

1. Cilët muskuj i inervon n. peroneus?
2. Cilat procedura fizikale shfrytëzohen në mjekimin e paralizës së n. peroneus?
3. Cila lëvizje është e pamundur ose e vështirësuar gjatë lezionit të n. peroneus?
4. Pse është e rëndësishme të vendoset aparat peroneus plastik gjatë dëmtimit të n. peroneus?

Z

Galvanoterapia tek dëmtimi i nervit peroneal zbatohet si hyrje në elektrostimulimin. Galvanizimi mund të jetë i pjerrët ose i tërthortë. Elektrostimulimi aplikohet në formë të teknikës bipolare. Njëra elektrodë vendoset në anën e përparme të jashtme në pjesën e kokzës së fibulës, kurse tjetra në pjesën e jashtme të pjesës së tretë distale të nëngjurit.

Aktivitete për nxënësin:

- Cilat procedura elektrike mund të aplikohen tek paraliza e n. peroneus?
- Vendos aparat peroneus tek pacienti me paralizë të n. peroneus!
- Apliko rryma interferente tek pacienti me dëmtim të nervit peroneal!

3. 7. 3. DËMTIMI I HA N. TIBIALIS (*laesio nervi tibialis*)

O

Nervi tibial fiton fije nga nervi i katërt lumbal dhe nga nervi i parë, i dytë dhe të tretë sakral. E inervon lozhën e prapme të nëngjurit edhe atë: m. gastrocnemius, m. popliteus, m. plantaris, m. soleus, m. tibialis posterior, m. flexor digitorum longus, m. flexor hallucis longus dhe muskujt e vegjël të shputës së këmbës. Degët sensitive të këtij nervi e inervojnë lëkurën e anës së mbrapme të gjysmës së poshtme të nëngjurit.

Etiologjia

Lezioni i n. tibialis krijohet në përbërje të dëmtimit të nervit ishijadik, spondilozave, lëndimeve, infeksioneve e të tjera.

Pasqyra klinike

Për shkak të paralizës së muskujve te nëngjurit dhe të tabanëve, gjatë lëndimit të këtij nervi nuk është e mundur fleksioni plantar i shputave dhe i gishtërinjve. Qëndrimi në këmbë dhe ecja në gishtërinj është e pamundur. Për shkak të veprimit të antagonistëve, shputa zë pozitë të fleksionit dorzal dhe krijohet pes calcaneus. Refleksi i Ahillit është i shuar.

Mjekimi

Para se të fillojë procesi i mjekimit benet elektrodijagnostifikimi. Varësisht nga rezultatet e mara jepet rrymë galvanike, elektrostimulim, rryma interferente, valë të shkurtra, fototerapi, masazhe dhe hidroprocedura. Vend më të rëndësishëm zë kineziterapia. Në fillim punohen ushtrime pasive, mandej ushtrime ndihmëse dhe në fund-ushtrime aktive.

Sipas nevojës ordinohet edhe këpuca ortopedike.

Në goftë se këta masa nuk japin rezultate, atëherë ndërmerret trajtim operativ.

3. 8. SKLEROZA MULTIPLA (*Sclerosis multplex*)

O

Skleroza multipla (SM) paraqet sëmundje demielinizuese e cila i sulmon pothuajse të gjitha pjesët e sistemit nervor qendror. Karakteristikat themelore janë: diseminirimi i lezioneve dhe proces me riemisione dhe egzacerbacione.

Skleroza multipla kryesisht është sëmundje e të rinjve, por rreth 10% e të sëmurëve fillon edhe pas 50 vitet e jetës. Paraqitet një rast në 1. 5000-12. 000 banorë.

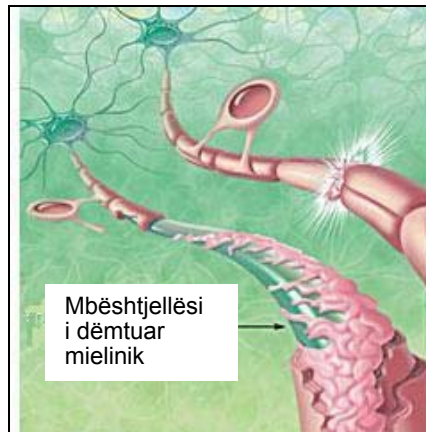


Figura 47. Demielinizacioni

Etiologjia

Shkaku i paraqitjes së sëmundjes nuk është i njohur. Disa autorë mendojnë se sëmundja ka etiologji infektuese. Llogaritet se edhe faktori trashëgues luan rol në paraqitjen e sëmundjes, por ata teori nuk janë të sqaruara deri në fund.

Në tru dhe në palcën e kurrizit krijohen vatrat demielinizuese me madhësi të ndryshme prej disa milimetrave e deri në disa centimetra. Sipas rregullës ata janë të radhitura në masën e bardhë dhe më shpesh në disa pjesë të saja. Me përparimin e procesit ndodh atrofi e trurit dhe zgjerimin e komoreve.

Pasqyra klinike

Më shpesh fillon me paraqitjen e një ose më tepër shenjave flakeruese të cilat zgjasin një kohë të caktuar, mandej humben tërësisht ose

lënë pasoja. Me paraqitjen e egzarcebacioneve të reja pasojat grumbullohen, shtresohen dhe si pasojë e sajë vjen deri në përparimin e sëmundjes.

Në rastet tjera, ecuria e sëmundjes që nga fillimi është progresive dhe nuk tregon reemisione.

Ndër shenjat e para që paraqiten janë skotomet dhe pamje jo emirë. Sëmundja mund të fillojë me shenja motorike: parapareza spastike, hemiplegion dhe monoplegion më i rrallë. Paraqitet edhe dëmtim i senzibilitetit. Ndonjëherë parastezionet na përkujtojnë në goditje të fortë të cilën e ndjen i sëmuri gjatë përdredhjes së kokës. Në procesin e mëtutjeshëm të sëmundjes paraqitet nistagmus dridhje intencionale. Gjatë ecjes paraqiten elemente të ataksionit. Në rastet e parakaluara të kësaj sëmundje vërehen edhe çrregullime në të folurit, të folurit skandik me ndarje të shkronjave dhe të folur dizatrik me shpërndarje të tingujve dhe shkronjave.

Trijasi klasik i simptomeve, nistagmus, dridhje intencionale të folurit e skandikrastet e parakaluara.

Te një përçindje e vogël e të sëmurëve me SM paraqiten edhe sulme epileptike, si dhe çrregullime psikike (depression, disfori e tjerë).

Çrregullimet e sfinkterëve mund të kalojnë, por rrallë herë janë të përhershme.

Mjekimi

Skleroza multipla kërkon mjekim adekuat dhe të përhershëm. Me rëndësi të veçantë është zbatimi i masave higjienike-dietale me regjim të veçantë të të jetuarit. Nga terapia medikamentoze përdoret glikokortikoidet, interferonet, imunoglobulinet intravenoze e të tjerë.

Në fazën akute të sëmundjes rekomandohet pushim ose aktivitet mesatar për pengimin e atrofisë së muskulaturës dhe paraqitjen e kontrakturave. Gjatë zbatimit të kineziterapisë, terapeuti duhet të ketë parasysh se tek këta të sëmurë shpesh paraqitet lodhje e shpejtë e muskujve. Në rastet e tilla aktivizimi i muskujve të lodhur është i kontraindikuar, e veçanërisht në qoftë se i sëmuri është në fazën akute (faza e egzarcebacionit).

Në fazën e reemisionit, para së gjithash është i indikuar përdorimi i kineziterapisë për përvetësimin e spasticitetit, të lehtësuarit e ecjes dhe kryerjes së skemave të caktuara të ecjes, tretmanin e ataksionit si dhe luftën me kontrakturat. Kineziterapia vëhet në përdorim në mënyrë permanente dhe çdoherë duhet të jetë e dozuar. Që të anshkalohet lodhja (i cili është i kontraindikuar te këta të sëmurë), çdo ushtrim nuk realizohet më tepër se 4 herë në çdo seancë. Fillohet me ushtrime të thjeshta, kurse

mandej përdoren edhe galvanoterapia, hidroterapia me temperaturë indiferente të ujit dhe masazh e butë manuale.

Tek këta pacientë me rëndësi të veçantë është puna terapeutike.

Në raste të vështira të të sëmurëve me SM përdoret karroca invalide. Te ta nevojitet edhe ndihmë nga persona të tjerë.

Pyetje:

1. Cili tresh i simptomave është karakteristike për sklerozën multipla?
2. Përse është i rëndësishëm përdorimi i kineziterapisë në mjekimin e pacientëve me SM?
3. Cili është qëllimi i përdorimit të punës terapeutike të pacientët me SM?

3. 9. TROMBOANGITIS I OBLITERUAR (*Thrombangitis obliterans – Endarteritis obliterans – Morbus Burger*)

O Tromboangitisi i obliteruar është trombozë-inflamuese e arterieve të shpëtës së këmbës. Paraqitet kryesisht tek meshkujt ndërmjet moshës 25 vjeçare dhe 35 vjeçare.

Etiologjia

Shkaku për paraqitjen e sëmundjes nuk është i njohur. Kjo sëmundje është dukuri e shpeshtë tek duhanpirësit. I përfshin arteriet e vogla të ekstremiteteve, kurse më vonë edhe venat, duke sjellë deri në zënie të tyre.

Pasqyra klinike

Simptomë kryesore është dhimbja në të dy nëngjunjtë gjatë ecjes. Distanca e ecjes gradualisht zvogëlohet për shkak të paraqitjes së dhimbjes. Paraqiten edhe parestezione dhe rëndesë në këmbë e cila ngandonjëherë është e përcjellë me ngërçe të muskujve. Në ecurinë e mëtutjeshme paraqiten ndryshime trofike të thonjve. Mund të paraqiten infeksionet gjatë lëndimit më të vogël të gishtave, të cilat shumë vështirë shërohen, mandej përhapen edhe në gishtat tjerë, por edhe në tërë shpëtën, kurse në rastin përfundimtar mund të paraqitet edhe gangrenë.

Diagnoza jepet në bazë të të dhënave anamnestike, me palpacion të pulsit të a. dorsalis pedis dhe a. retromalleolaris, me matje të temperaturës së lëkurës, angiografisë dhe kapilaroskopisë.

Mjekimi

Mjekimi përbëhet nga masa të përgjithshme, terapisë medikamentoze, terapisë fizikale dhe mjekimit operativ.

Këtyre të sëmurëve u rekomandohet që të ndalojnë pirjen e duhanit dhe të mbajnë tesha të ngrohta dhe doreza në periudhën e dimrit.

Nga terapia medikamentoze jepen mjete vazodilatatore.

Procedurat fizikale tek këta të sëmurë duhet të zbatohen shumë me kujdes sepse enët e ndryshuara të gjakut ndonjëherë mund të veprojnë paradoksalisht d.m.th. të zgjerohen gjatë temperaturave të ulëta dhe të mblidhen gjatë temperaturave të larta. Për atë qëllim përdoren shampot për larje të trupit të Haufeut ose termoterapi indirekte me valë të shkurta. Rezultate të mira arrihen edhe me përdorimin e galvanoterapisë, rrymave interferente, rrymave diadinamike, masazh (manual dhe nënujore) si dhe larje me ujëra të acidit karbonik, të hidrooksidit të squfurit dhe ujërave të radonit.

Nga procedurat kinezoterapeutike aplikohen ushtrime speciale sipas Alen Burgerit (Allen Burger). Mund të rekomandohet edhe ngasja e biçikletës.

Gjatë komplikimeve të rënda respektivisht paraqitjes së gangrenës së gishtave aplikohet tretman operativ- amputacioni.

Pyetje:

1. Cilët enë të gjakut i përfshin trombangitisi obliterues?
2. Cilat shenja klinike e karakterizojnë tromboangitisi i obliteruar?
3. Cilat mjete medikamentoze shfrytëzohen gjatë mjekimit të trombangiitit të obliteruar?

Z

Aktivite për nxënësin:

- Mendo: Cilat procedura fizikale mund të aplikohen tek pacienti me tromboangitis të obliteruar?
- Aplikoi ushtrimet sipas Alen Burgerit tek pacienti me tromboangitis i obliteruar!

3. 10. SËMUNDJA E REJNIT

O

Sëmundja e Rejnit është formë idiopatike primare e cijanozës së gishtërinjve. Paraqitet ndjenjë e të ftohtit në gishtërinj dhe shuplaka të dorës.

Tek kjo sëmundje arteriet e gishtave reagojnë shumë fortë në stimulet vazospastike. Shkaku nuk është i njohur, por llogaritet se rol të caktuar kanë edhe çrregullimet e sistemit nervor simpatik.

Sëmundja kryesisht paraqitet te gratë ndërmjet pubertetit dhe moshës katërdhjetë-vjeçare, me të dhëna për mbingarkesë familjare.

Pasqyra klinike

Sëmundja shfaqet me sulme të herë pas hershme të zbehjes ose cijanozës-ose zbehje me cijanozë shtesë të lëkurës së gishtërinjve të shuplakës së dorës (më rrallë gishtërinjve të shputës së këmbës). Këta sulme i shkakton i ftohti, kurse ndonjëherë edhe stresi emocional.

Gjatë sulmeve të para janë të përfshira vetëm majat e dy gishtërinjve, kurse më vonë mund të zihen të gjithë gishtërinjtë dhe e tërë pëllëmba e dorës.

Përmirësimi i gjendjes fillon nga baza e gishtërinjve ku në vend të zbehjes së përparme ose cijanozës së lëkurës paraqitet ngjyrë e kuqe e hapur. Njëkohësisht paraqitet edhe djegie, perestezione dhe ënjtje e lehtë. Sulmi zakonisht ndërpritet në mënyrë spontane ose pas hyrjes në hapësirë të ngrohtë.



Figura 48. Sëmundja e Rejnit

Situata mund të përparojë deri në atrofi të jastëkëve terminal yndyror në mollëzat e gishtërinjve dhe lëkurën e gishtërinjve si dhe ulçerat gangrenoze të cilët spontanisht kalojnë gjatë stinëve të ngrohta të vitit.

Mjekimi

Mjekimi është medikamentoze, me ndihmën e terapisë fizikale dhe intervenimit kirurgjikal.

Nga terapia medikamentoze në procesin e mjekimit të kësaj sëmundje shfrytëzohen medikamente vazodilatatore.

Nga procedurat fizikale rëndësi të madhe i kushtohet trajnimit të mureve të enëve të gjakut që arrihet me ushtrime adekuate, masazhe, hidroprocedura. Banjat e Haufit, ultrazëri në pjesën e ganglion stellatum, rrymat diadinamike të ganglioneve simpatike të qafës.

Pyetje:

1. Për arsye të cilit shkak paraqitet zbehje ose cijanozë e gishtërinjve të dorës tek sindromi i Rejnit?
2. Përse gjatë mjekimit të sëmundjes së Rejnit shfrytëzohen rrymat diadinamike në pjesën e ganglioneve të qafës?

Z

Aktivite për nxënësin:

- Përdor masazhe të dorës tek pacienti me sindrom të Rejnit!
- Apliko rryma diadinamike në pjesën e ganglioneve të qafës te pacienti me sëmundje të Rejnit!

3. 11. REHABILITIMI TE SËMUNDJET TRAUMATIKE

O

Zbatimi i agjenseve fizikal, kurse veçanërisht të kineziterapisë është njëra nga hallkat më të rëndësishme te sëmundjet traumatike, veçanërisht tek ata të sistemit lokomotorik. Lëndimet të cilët janë dukuri e shpeshtë në industri dhe komunikacion janë të tipit të politrauma, që me të vërtetë kërkon mjekim afatgjate. Personat e lënduar u janë nënshtruar një numri të

madh të komplikimeve që mund ta rrezikojnë jetën e tyre dhe të cilët shumë shpesh janë pasojë e pushimit afatgjatë në shtrat. Komplikimet kryesore të këta të sëmurë janë: atrofia e muskulaturës, ndezjet hipostatike e mushkërive të bardha, qarkullim i ngadalësuar, emboli e mushkërive të bardha, zhvillim i kontrakturave të nyjeve e të tjerë.

Qëllimet themelore të procedurës rehabilituese tek të sëmurit traumatologjik do të jenë:

1. Pengimi i kontrakturave të nyjeve për shkak të shtirjes afatgjate. Shtirja afatgjate në shtrat, veçanërisht në kushte të imobilizimit terapeutik kompensues, me gips dhe ngjashëm, në mënyrë të sigurt sjell deri në krijimin e kontrakturave në nyje. Kontraktura e nyjeve është e përcjellë me atrofi të muskujve;
2. Mbajtja e ekskursioneve në nyje deri në kufi fizikal;
3. Forcim i muskulaturës së pjesës së lënduar të trupit dhe pengimi i atrofisë së muskujve;
4. Forcim i muskujve tjerë të trupit;
5. Përmirësimi i qarkullimit periferik;
6. Pengimi i paraqitjes së sindromit trombocite të enëve të gjakut;
7. Lufta kundër plagëve dekubitues të shkaktuar për shkak të pushimit;
8. Stimulim psikologjik për shërim të personit të sëmurë.

Realizimi i qëllimeve të përmendura varet nga gjendja e lëndimit dhe gjendja e përgjithshme e të sëmurit, kurse programi për rehabilitim duhet ti përshtatet të gjithë atyre.

Rehabilitimi medicinal mund të zhvillohet në të gjitha fazat e sëmundjeve traumatike (akute, subakute dhe kronike).

Në plagën e fazës akute menjëherë pas paraqitjes së lëndimit, kurse sipas gjendjes së përgjithshme të sëmurit, mund të zbatohen masa kirurgjikale. Në atë fazë zbatohen këta masa:

- Gjendja e rregullt e të sëmurit në shtrat,
- Pozicionimi i pjesëve të dëmtuara të ekstremiteteve,
- Kujdesi ndaj të sëmurit.

Kur nuk janë më të rrezikuar funksionet vitale dhe kur do të përmirësohet gjendja e të sëmurit, kalohet në qëndrim aktiv në mjekimi dhe zbatimi i programit për kineziterapi. Zbatohet:

- ❖ Programi për forcim të muskujve që gjinden në afërsi të lëndimit-me realizimin e ushtrimeve izometrike, si dhe ushtrimeve për pengimin e

hipotrofisë së muskulaturës së regjioneve të veçanta nga lëndimi-ushtrime aktive me rezistencë;

- ❖ Preventiva nga komplikimet respiratore para se gjithash, me zbatimin e kineziterapisë respiratore;
- ❖ Përmirësimi i qarkullimit periferik;
- ❖ Preventivë e sindromit trombotik post-traumatik;
- ❖ Preventivë nga plagët dekubitale.

Pas fazës akute të lëndimit i sëmuri hyn në fazën subakute kurse më vonë në fazën kronike. i sëmuri është i vetëdijshëm, adaptohet dhe e pranon gjendjen e porsakrijuar. Ai fillon të interesohet për rezultatet dhe prognozën në aspekt të shërimit, aftësisë funksionale dhe punuese. Dhimbjet zvogëlohen ose krejtësisht zhduken. Tek disa të sëmurë mund të hasen edhe manifestime të ndryshme psikike.

Sipas planit somatik, si vazhdim i rehabilitimit të hershëm, duhet të zbatohen këta masa:

1. Forcim i forcës muskulore të pjesës së lënduar të trupit;
2. Forcim i muskulaturës së pjesëve të palënduara të trupit;
3. Mposhtja e kontrakturave post-traumatike;
4. Kineziterapia respiratore.

Pyetje:

1. Cilët janë shkaqet për rritjen e sëmundjeve traumatike në mënyrën bashkëkohore të jetesës?
2. Cilët janë qëllimet e rehabilitimit të sëmundjeve traumatike?
3. Cilat procedura rehabilituese ndërmerren në fazën akute, kurse cilat në fazën subakute dhe kronike të rehabilitimit të sëmundjeve traumatike?

Z

Probleme të veçanta të cilët mund të paraqiten si rezultat i lëndimit të sistemit lokomotorik janë:

- Osifikimi jashtnyjor;
- Atrofia inaktive e indit muskolor dhe ashtor;
- algodistrofia.

Aktivite për nxënësin:

- Sqarje rëndësive e fillimit të hershëm të rehabilitimit të sëmundjet traumatike!
- Përshkruaji masat të cilat zbatohen në fazën akute pas paraqitjes së lëndimit!
- Zbato procedura për mposhtjen e kontrakturave të pacientët në fazën kronike pas lëndimit!

3. 11. 1. KONTUZIONET (Contusio)

o

Kontuzionet janë lëndime të cilat ndodhin nga goditjet direkte me mjet të topitur në indet e buta ose në sipërfaqet nyjore. Gjatë këtij lëndimi mund të lëndohen vetëm pjesë të veçanta të indeve ose të të gjitha pjesëve, duke e përfshirë edhe sinovijumin kur është në pyetje nyja. Në qoftë se janë të lënduar enët e gjakut, paraqitet hemoragji e indeve të buta dhe rrjedhja e gjakut në hapësirën nyjore-hemartros. Gjatë këtij lëndimi i sëmunduri ndjen dhimbje gjatë çdo lëvizjeje dhe gjatë prekjes.

Mjekimi

Menjëherë pas lëndimit duhet të zbatohet krioterapia që të zvogëlohet dhimbja, ënjtja, rrjedhja dhe hemorragjia. Duhet të vendoset mbështjellës kompresiv dhe të pushohet. Pas 7-10 ditëve mund të fillohet me aplikimin e disa agjensëve fizikal (TENS, rrymat diadinamike, elektroforeza me Novokain). Rekomandohet edhe zbatimi i kineziterapisë dhe hidrokineziterapisë.

3. 11. 2. DISTORZIONI (Dystorsio)

o

Distorzioni është shtrëngimi i lidhëseve nyjore dhe kapsulës. Më shpesh paraqiten me dhunë për shkak të lëvizjes jofiziologjike të nyjes, dhe më shpesh paraqitet hemoragji.

Pasqyra klinike

Gjatë paraqitjes së distorzionit, i sëmundi ndjen dhimbje të fortë, veçanërisht në qoftë se ajo është e kombinuar me hemartros. Nyja e lënduar është e ënjtur, e ndjeshme në prekje dhe çdo tentim për lëvizje shkakton dhimbje.

Mjekimi

Mjekimi i distorzionit është konservativ. Është i indikuar mobilizimi prej gipsi. Përderisa ekziston hemartros i madh ai punktohet dhe jepet analgjetik. Në fazën e ardhshme pas nxjerrjes së imobilizimit me gips, kurse varësisht nga zbulimet lokale, aplikohen këto agjens fizikal: elektro-terapia, (galvano-terapia rrymat diadinamike) sono-terapia, magneto-terapia, fototerapia, kurse më vonë edhe termoterapia (gjatë paraqitjes së kontraktuarave). Pas zvogëlimit të dhimbjes punohen ushtrime pasive dhe aktive për shkak të përmirësimit të trofikës së muskulaturës dhe përmirësimit të vëllimit të lëvizjes së nyjeve, si dhe pengimi i paraqitjes së kontrakturave.

3. 11. 3. LUKSACIONI (Luxatio)

o

Luksacioni është nxjerrje e njërës sipërfaqe nyjore nga shtrati i saj në nyje nga rezistenca e jashtme. Për derisa sipërfaqja nyjore nuk e lëshon plotësisht shtratin e saj nyjorë paraqitet subluksacioni. Gjatë paraqitjes së këtij lëndimi mund të ekzistoj edhe lëndim i kapsulës së nyjes dhe të lidhëseve nyjore. Ndonjëherë paraqitet edhe lëndim i nervit periferik dhe paraqitet parëz ose paralizë.

Pasqyra klinike

Pas paraqitjes së lëndimit, i sëmundi ndjen dhimbje të fortë. Ai është në pozitë analgjezike të detyruar në të cilën më pak ndjehet dhimbja. Nyja është e ënjtur dhe manifestohet me dhimbje..

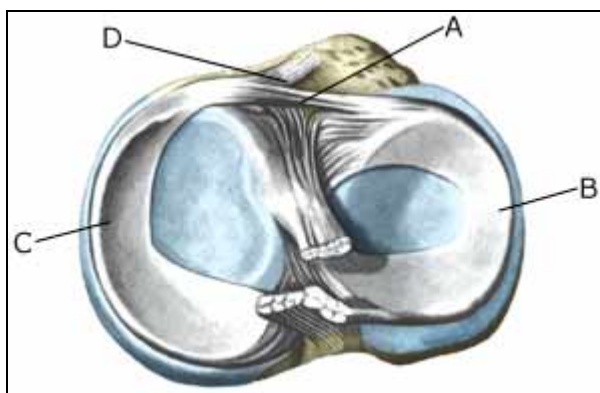
Mjekimi

Për shkak të daljes complete të sipërfaqes nyjore nga shtrati nyjor, tek këto pacient duhet të bëhet repozicionim i nyjes. Pas kësaj vendoset imobilizim me gips i cili zgjatë 10- 14 ditë. Pas nxjerrjes së imobilizimit fillon terapia fizikale. Tretmani me terapi fizikale varet nga zbulimet lokale.

Aplikohet elektroterapia (rrymat interferente, rrymat diadinamike, elektroforeza), terapia laserike. Përveç kësaj zbatohet edhe kinezo terapia dhe hidrokinezo terapia si dhe puna terapeutike.

3. 11. 4. DËMTIMI I MENISKUSIT (*Laesio menisci*)

Meniskuset luajn rol të rëndësishëm amortizues dhe stabilizues në nyjen e gjurit. Lëndimet e meniskuseve në raste të shumta janë lëndimet sportive, të cilët paraqiten gjatë rrotullimit me forcë të nëngjurit me këmbë të lakuar në gjunjë. Si dhe zgjatje e papritur dhe e shpejtë e gjurit të përdredhur dhe të abdukuar. Shumë shpesh edhe sulmi direkt mund të jetë shkaktar për lezion të meniskusit medial.



Слика 49 А. Lig. transversum genus
B. Meniscus lateralis
C, Meniscus medialis
D. Insertio anterior menisci

Pasqyra klinike

Pas shfaqjes së lëndimit të meniskusit paraqitet dhimbje e fort akute si dhe ënjtje gjatë së cilës i lënduari e ndërpret lëvizjen e nyjes së lënduar. Gjatë pulpimit paraqitet dhimbje e kufizuar në anën mediale të gjurit gjatë lëndimit të meniskusit medial dhe të anës laterale të gjurit gjatë lëndimit të meniskusit lateral. Në qoftë se vjen deri në rrjedhje të gjakut në hapësirën nyjore (hemartros) paraqitet fshirje e kontrakturave nyjore dhe balotman të patellës. Lëndimi nuk mund të diagnostifikohet me incizime të rëntgenit por me ndihmën e rezonancës magnetike (RZ). Gjatë lëndimeve më të lehta të meniskusit dhimbjet janë të përkohshme. Më të theksuara janë gjatë ecjes

nëpër sipërfaqe jo të rrafshëta dhe nëpër shkallë. Paraqitet edhe shtrëngim i nyjes që manifestohet me dhimbje të fortë. Gjatë asaj kohe me manifestimin e dhimbjes në nyje i sëmuri nuk mund të bëjë asnjë hap. Ndërmjet shtrëngimeve pacienti nuk ka sulme të theksuara dhe ndjehet mirë. Me progredim të lezionit paraqitet kufizim i

Lëvizjeve të nyjes së gjurit (fleksion dhe ekstension, rrotacion me dhimbje)si dhe hipotrofi e muskulaturës veçanërisht të m. quadriceps.

Mjekimi

Terapia fizikale dhe rehabilitimi i lëndimit të mensikut kanë për qëllim që ta pengojnë paraqitjen e hipotrofisë dhe dobësimin e m. quadriceps; të inicojnë shërim të indit, të pengojnë pengesa vaskulare dhe komplikacione, të mundësojnë aftësi fizikale të këmbës së lënduar dhe në qofte se bëhet fjalë për sportistin të pengojnë humbje më të madhe të kondicionit të tij të përgjithshëm.

Në fazën akute kryhet imobilizim i nyjes. Më pas zbatohet elektroforeza, rryma diadinamike, galvan, paraffin, (në qoftëse nuk ka enjtje)masazh manuale si dhe kineziterapi dhe hidroterapi. Në qoftë se nuk ndihmon tretmani fizikal, zbatohet intervenimi operativ. Me ndihmën e diagnostikës artroskopike, mjekimi operativ në aspektin e nivelit së plasaritjes së meniskusit ose reseksionit parcial është shumë më i zakonshëm. Në atë mënyrë zvogëlohet trauma operative, kurse meniskusi i mbrojtur e vazhdon funksionin e tij për amortizim dhe stabilizim të gjurit.

3. 11. 5. FRAKTURAT

o

Në ditët e sotme të mënyrës së jetesës frakturat e eshtrave janë dukuri shumë e shpeshtë. Fraktura paraqet ndërprerje të kontinuitetit të ashtit. Frakturat përcillen me dëmtim të funksionit dhe paraqitje të paaftësisë së përkohshme ose të përhershme, kurse ndonjëherë edhe me invaliditet. Atom mund të jenë traumatike dhe patologjike. (paraqitje gjatë disa sëmundjeve, p. sh. osteomielitit, osteoporozës, tumoreve etje.)

Frakturat traumatike paraqiten si pasoj e disa forcave gjatë së cilës ashti thyhet në dy ose më tepër fragmente. Përveç ndërprerjes së kontinuitetit të ashtit dhe depërtimit të fragmentit të ashtit nëpër të, bëhet fjalë për frakturë të hapur. Fraktura e hapur klinikisht është shumë më e

rëndë se fraktura e mbyllur, sepse përveç ashtit janë të lënduara edhe enët e gjakut, muskujt, nervat dhe lëkura. Gjatë paraqitjes së këtyre frakturave, ekziston mundësia e paraqitjes së infeksionit.

Gjatë shfaqjes së frakturës së ashtit mund të thyhet pa dislokim të fragmentit ose me dislokim të tij. Në rastin kur kontinuiteti i ashtit nuk është plotësisht i ndërprerë por vetëm e krisur bëhet fjalë për fiksurë ose frakturë subperiostale.

Frakturat më të shpeshta në traumatologji janë frakturat e ekstremiteteve. Në ekstremitetet e sipërme shumë të shpeshta janë frakturat e falangjeve të gishtërinjve, fraktura e radiusit në vendet tipike (fractura radii loco typico), frakturat e diafizave të nëngjurit, Monteggia – kjo frakturë (fraktura e trupit të ulnes dhe luksacion i kokës së radiusit), frakturë e qafës së radiusit, fraktura kondilare dhe suprakondilare e humerusit etj.

Frakturat më të shpeshta të ekstremiteteve të poshtme janë fraktura e qafës së femurit (fractura colli femoris), fraktura pertrohantere e femurit, fraktura platotibiale, fraktura e diafizeve të tibia dhe fibulës, fraktura maleopale ose bimalopale e nyjes së kërcimit etj.

Frakturat e unazave të shtyllës kurrizore mund të ndahen në fraktura me dhe pa sulme neurologjike. Unazat e fraktura kryejnë kompresion të palcës kurrizore ose të rrënjëve të nervave dhe gjatë asaj, varësisht nga lartësia e lazionit japin sulme adekuate neurologjike.

Frakturat janë lëndime të cilat kërkojnë sa më herët të jetë e mundur fillim të mjekimit. Menjëherë pas paraqitjes së frakturës i sëmuri duhet të imobilizohet në vet vendin dhe të bartet deri në institutin më të afërt shëndetësor.

Diagnoza e frakturave vendoset në bazë të të dhënave anamnestike, vizitës klinike dhe incizimet e RTG.

Mjekimi i frakturave mund të jetë konservativ dhe operativ. Mjekimi konservativ zbatohet me vendosjen e imobilizimit nga gipsi i cili mund të zgjas disa javë. Përderisa ekziston dislokim i fragmenteve para vendosjes së imobilizimit nga gipsi bëhet repozicionim (kthim i fragmenteve në pozitë të mëparshme) Repozicionimin e kryen kirurgu ose ortopedi në mënyrë manuale.

Mjekimi operativ i frakturave kryhet me zbatimin e osteostintezës me trupa metalike të formave të ndryshme (tela, pllaka, gozhda etj) si dhe me fiksatorë të jashtëm të cilët shërbejnë për pozicionim të rregullt të fragmenteve dhe shërim të shpejt dhe të rregullt të frakturave.

Tek personat e moshuar me frakturë të kërrlokullës – dukuri e shpeshtë e asaj moshe – zbatohet implantaconi i endoprotezës për shkak të vertikalizimit më të shpejtë dhe ngarkesës së ekstremitetit me deficit neurologjik. Gjatë mjekimit të frakturave duhet që fragmentet e eshtrave të mbeten të palëvizshme deri sa të krijohet kallus, ndërsa indet e buta periferike të jenë aktive dhe mobile.

Qëllimet e rehabilitimit të pacientit me frakturë janë:

- preventiva e ndryshimeve trofike të muskulaturës
- Preventiva nga zhvillimi i kontrakturave
- Përmirësimi i metabolizmit lokal
- Preventiva nga paraqitja e trombozës
- Stimulimi i kallusit
- Arritje e vëllimit të plotë të lëvizjeve
- Përmirësim të forcës muskulore dhe të funksionit

Procesi i rehabilitimit tek pacientët me kontraktura duhet të zbatohet që në ditën e parë.

Gjatë kohës së imobilizimit jepen ushtrime në atë pjesë të ekstremitetit që nuk është i mbështjellë me gips. Për shembull, në qoftë se është bërë imobilizim nga gipsi i nëngjurit dhe gjurit, jepen ushtrime aktive të gishtërinjve dhe kërrlokullës, ndërsa ushtrime izometrike të muskulaturës nën gips. Ajo mundëson rrjedhje të gjakut arterial dhe kthim të gjakut venoz, riapsorbimi të edemës, forcim të muskulaturës së pjesës së lënduar të trupit dhe muskujve të tjerë, si dhe pengimit të paraqitjes së trombozës në enët e gjakut. Në këtë fazë ordinohet edhe ushtrimet respiratore për shkak të preventivës nga paraqitja e bronkopneumonis hipostatike. Pas nxjerrjes së imobilizimit nga gipsi, shfaqet faza e ardhshme e tretmanit rehabilitues në të cilin zbatohen ushtrime aktive izometrike dhe izotonike, kurse më pas në mënyrë graduale futen edhe ushtrime me ngarkesë, ushtrime në vegla për ushtrime trupore, me thasë të mbushura me rërë dhe ushtrime të tjera. Kineziterapia në këtë fazë ka për qëllim të pengojë paraqitjen e kontrakturave të nyjeve, mbajtjen e vëllimit të lëvizshmërisë së nyjeve deri në kufi fiziologjik, forcim i muskujve të pjesës së lënduar të trupit dhe muskujve të tjerë, përmirësim të qarkullimit periferik të gjakut,

preventivë për paraqitjen e trombozës dhe dekubitusit për shkak të pushimit etj.

Agjensët fizikal zbatohen për stimulim të kallusit. Përdoret fototerapia (rrezet –UV dhe laseri), elektroterapia (rrymat interferente, elektroforeza) dhe sonoterapia.

Është e indikuar edhe zbatimi i hidroterapis, parasegjithash hidrokineziterapia në pishinë ose hodrotanku, me temperaturë indiferente të ujit, termoterapia (për mposhtjen e kontrakturave të paraqitura) dhe puna terapeutike. Sipas nevojës përdoren edhe mjetet ortopedike ndihmëse si dhe patericat nënbërrylore dhe nënsqetullore veglat ndihmëse për ecje, bastunët etj.

Pyetje:

1. Cilat janë frakturat më të shpeshta të ekstremiteteve të poshtme?
2. Çfarë ushtrimesh zbatohen tek pacientët me frakturë?
3. Cilat procedura fizikale e stimulojnë krijimin e kalusit në fraktura?
4. Cilat agjens të tjerë fizikal shfrytëzohen në rehabilitimin e frakturave?

Z



Figura 50. Laseroterapia



Figura 51. Aplikimi i rrymave interferente

Aktivite për nxënësin:

Mendo:

- Cilat nga procedurat fizikale mund të përdoren për stimuli të kalusit tek pacientët me frakturë?
- Pse është i rëndësishëm fillimi i hershëm i rehabilitimit tek frakturat?
- Cilat mjete ortopedike ndihmëse mund të shfrytëzohen në të gjitha fazat e rehabilitimit të pacientit me frakturë!
- Cilat procedura fizikale mund t'i përdorësh tek pacienti me frakturë, e mjekuar në mënyrë operative me material osteosintetik?
- Zbato elektroforezë tek pacienti me frakturë!

3. 11. 6. KONTRAKURA (Contractura)

O

Shkaku i paraqitjes së kontrakturave është dëmtimi traumatik i indeve të buta, nyjeve, tetiva dhe eshtrave. Lëndimet e rënda parimisht mund të sjellin deri në çrregullimin e marrëdhënieve anatomike të strukturave të nyjeve. Faktorët sekondarë për paraqitjen e frakturave janë: edem e ngecur, inflamacinë reaktiv, fibroz dhe shkurim të kapsulës së nyjes, tetivave dhe muskujve. Inflamacioni reaktiv është shkaku kryesor për paraqitjen e kontrakturave. Me atë rast enët e gjakut zgjerohen dhe paraqitet e ashtuquajtura edem traumatik, e cila mblidhet në indet e buta. Menjëherë pas 48 orëve ai fillon të organizohet në aspekt të pjekjes së indit granulativ dhe krijimi i indit fibroz. Paraqitet edhe proliferacioni i indit intersticial (skleroza) e cila është shumë më pak elastike. Paraqiten atehzione të strukturave të buta dhe sklerozë të indeve të buta periferike. Në atë mënyrë paraqitet kontrakura e nyjeve.

Në programin për rehabilitim të hershëm të kontrakturave zbatohen ushtrime izometrike, pozicionim i strukturave të nyjeve dhe elevacioni.

Pas heqjes së imobilizimit nga gipsi, zbatohet program aktiv për mposhtjen e kontrakturave post-traumatike. Nga agjensët fizikal shfrytëzohen sonoterapia, magnetoterapia, valët e shkurtra, termoterapia (parafionoterapia) drenazhi limfatik dhe hidroterapia.

Programi kinezoterapeutik përbëhet nga zgjatja e muskujve të shkurtuar, forcim i antagonistëve të muskujve të shkurtuar, zbatimi i binarëve dinamik, zbatimi i ortozave korigjuese etj.

Zgjatja statike nënkupton zgjatje të shumëfishtë të strukturave të shkurtuara pas lëndimit në kohëzgjatje prej 1 minute. Zgjatja kryhet deri në kufi të dhimbjes. Zgjatja përtej dhimbjes mund të realizohet vetëm atëherë kur pas ndërprerjes së zgjatjes ndërpritet edhe dhimbja. Pas korrigjimit maksimal të arritur vendoset ortozë e modeluar optimal e cila mundëson ruajtjen e vëllimit të arritur të lëvizjeve gjatë tretmanit kinezoterapeutikë.

3. 12. AMPUTIMI (*Amputatio*)

- Me termin amputim nënkupton mënjanim i ekstremitetit në tërësi ose të një pjese të tij. Shkaqet më të shpeshta për amputim janë:
 - ❖ Dëmtimi i rëndë traumatik i ekstremiteteve, para se gjithash, me komplikime vaskulare.
 - ❖ Gjendjet patologjike të eshtrave tumoret etj;
 - ❖ Ndryshimet gangrenoze për shkak të sëmundjes së enëve të gjakut (M. Burger, araterioskleroza, embolia etj.);
 - ❖ Sëmundjet metabolike me komplikime të enëve të gjakut (angiopatia diabetike);
 - ❖ Malformimet kongjenitale etj.



Gunga është pjesa që mbetet pas amputimit të një pjese të ekstremitetit.

Rehabilitimi i pacientit me amputim paraqet proces të gjatë dhe të ndërlikuar i cili përfshin kujdesin, terapinë fizikale, punën terapeutike, edukimin, vendosjen e protezës dhe zbatimin e mjeteve tjera ortopedike ndihmëse. Përveç kësaj, ka nevojë edhe për këshilla psikologjike-sociale dhe profesionale, program të aktiviteteve sportive dhe rekreacionit etj.

Figura 52. Gunga
Pas amputimit të
mbigjurit

Në pjesën postoperative duhet të zbatohet:

Vlerësimi i aftësisë së pacientit për vendosje te protezës

Në këtë fazë duhet të vlerësohen mundësitë funksionale të pacientit për vendosjen e protezës. Fillimisht mendohet në vendosjen e protezës pas amputimit të ekstremitetit të poshtëm, sepse llogaritet se çdo pacient është i aftë për vendosje të protezës pas amputimit të ekstremitetit të sipërm. Gjatë vlerësimit të komoditetit të pacientit për vendosje protezës merren parasysh këto parametra:

- Moshë e pacientit
- Gjendja e përgjithshme shëndetësore (ecja me proteza paraqet ngarkesë të dukshme për sistemin kardiovaskular dhe sistemin respiratorë)
- Motivimi i pacientit (Përgatitja për bashkëpunim me grupin koordinues për vendosjen e protezës është moment shumë i rëndësishëm, kurse mungesa e motivimit paraqet kontraindikim për vendosje të protezës.)
- Konstituimi (pacient astenik tepër të shëndosh dhe dukshëm të dobët, nuk janë të aftë për vendosje të protezës)
- Gjendja e gungës (gjatësi jo adekuate, formë ndryshimet trofike të gungës dhe njolla të forta janë shkaqet për mos vendosje të protezës.
- Gjendja psikike e pacientit

Përgatitja e gungës për vendosje të protezës

Në këtë fazë zbatohen këto procedura:

- Kujdesi i gungës – gunga menjëherë pas operacionit duhet të vendoset pozitën funksionale më të volitshme me të cilën do të mënjanohet paraqitja e kontrakturave në nyjet tjera të ekstremitetit të amputuar. Tek amputimi i mbi gjurit gunga duhet të vendoset në ekstension të plotë, i sëmuri të kalojë pjesë të madhe të kohës në pozitë të shtrirë, duhet të zbatohet edhe kujdesi i plagës postoperative që të pengohet krijimi i ndryshimeve njolluese.
- Bandazhimi i gungës – bandazhimi fillon pas heqjes së penjve kirurgjikale. Me këtë procedurë pengohet krijimi i indeve dhjamore dhe formimi i formës së konit të gungës që do mundësojë kontakt të plotë të shtratit të protezës dhe gungës. Bandazhimi realizohet me teknik të veçantë të lidhjes me mbështjellës elastik;

- Forcimi i fuqisë muskolorë të gungës – menjëherë pas shërimit të plagës postoperative duhet të filloj trajtimi kinezoterapeutik me të cilin në mënyrë progresive do të forcohet muskulatura e gungës. Në këtë mënyrë ajo do të jetë e përgatitur për mbajtje të protezës. Njëkohësisht duhet të zbatohet edhe kineziterapia e ekstremiteteve tjera;
- Ushtrimi për ecje me paterica – ecja me paterica para vendosjes së protezës është dy faktorë. Pacienti duhet të stërvitet që vetë të vendos dhe të heq protezën. Për atë qëllim fillon stërvitja për shfrytëzimin e përkohshme të plan – protezave. Kontakti i parë me protezën, në fillim në vegjë, nuk duhet të zgjasë më shumë se 10 min.
- Kohëzgjatja e shfrytëzimit të protezës vazhdon gradualisht që pacienti ta shfrytëzojë në kushte ideale gjatë tërë ditës. Aktivitetet e para me protezë janë: ushtrime të balancës, ushtrime të hapit me këmbën dhe protezë në sipërfaqe frontale dhe sagitale. Pas ndaljes nga vegja pacienti ec me paterica nëpër terrene të rrafshëta, kurse më vonë me bastun dhe në fund pa mjete ndihmëse anatomike.
- Rekomandimi i elementeve të tjera bashkëngjitëse (çorape për gungën, këpucë për proteza etj.) Pas rekomandimit të protezës duhet që teknik protetiku të merr masën për të. Pas mbarimit të përpunimit bëhet prova në hapësira posaçërisht të dedikuara dhe në prezencë të mjekut.

Faza protetike (faza post operative)

Ajo është periudha e trajnimit për zbatimin e protezës. Proteza duhet të jetë e përshtatshme për mbajtje, lehtë të vendoset dhe të nxirret, e lehtë me peshë të vogël dhe të përhershme dhe me plotësimin e kërkesave kozmetike. Ajo duhet edhe mekanikisht të funksionojë mirë dhe të ketë kërkesa të vogla për mirëmbajtje.

Stërvitje e mëtutjeshme e pacientit vazhdon në institucionet rehabilituese dhe nënkupton përdorim të protezës, mirëmbajtjen e saj dhe ecja me të.

Pyetje:

- 1 Çka është gunga?
- 2 Cilat janë qëllimet e rehabilitimit tek pacienti me amputim në fazën paraprotetike?
- 3 Pse është e rëndësishme që në fazën protetike të zbatohet bandazhimi i gungës?

3. 13. ECJA ME PATERICA

O

Tek sëmundjet e shumta dhe gjendjeve postraumatike pacientët kanë nevojë për përdorimin e patericave (mjete ortopedike ndihmëse për ecje). Pacientët duhet të stërviten për ecje me paterica.

Ecja me paterica ushtrohet nëpër këto faza:

- Vendosja e baraspeshës së patericave,
- Kontrollë e pozitës së kokës, trupit dhe pjesës pelvikë në pjesën e mesme frontale të rrafshët.
- Vendosje e patericave në drejtime dhe pozita të ndryshme dhe vendosje e balancimit në ato pozita.
- Ecje me paterica (shkarkim më i vogël ose më i madh i njërës këmbë, respektivisht ecje me ngarkesë të pjesshme e deri në ngarkesë të plotë 100% të peshës trupore)

Matja e ngarkesës së dozuar realizohet përmes peshores. Me të pacienti saktë do ta ndjejë ngarkesën që mundë ta shfrytëzoj gjatë ecjes me paterica.

Në ecjen me paterica mbështetja e këmbës së sëmurë është e ndaluar dhe realizohet me hedhje të këmbës siç është rasti me teknikën për ecje në formë të vijave zikzake (vegjës) Patericat vendosen 30 – 40 cm para mbështetjes së shputës dhe 10 cm anash. Këmba e sëmur vendoset përpara deri te paterica, kurse më pas këmba e shëndoshë vendoset afër këmbës së sëmurë.

Tek të sëmurit për të cilët është i lejuar mbështetje e pjesërishtme shfrytëzohen këto teknika të ecjes me paterica:

- për ecje katërtaktëshe
- për ecje tretaktëshe
- për ecje dytaktëshe.

Ecja katërtaktëshe realizohet në katër takte:

1. zhvendosje të njërës patericë për para
2. zhvendosje të këmbës së kundërt përpara,
3. zhvendosje të patericës së dytë për para dhe
4. zhvendosje të këmbës së kundër për prapa.

Ecja tretaktëshe realizohet në tretakte:

1. njëkohësisht barten për para të dyja patericat
2. këmba e sëmur vendoset afër patericave
3. ecje me këmbën e shëndoshë afër patericave.

Ecja dytaktëshe është variant më i përshpejtuar i ecjes katërtaktëshe:

1. Njëra patericë dhe këmba e kundërt njëkohësisht zhvendosen për para
2. Paterica e dytë dhe këmba e kundërt zhvendosen njëkohësisht përpara.

Pyetje:

1. Cilët nga pacientë e sëmurë kanë nevojë për stërvitje për ecje me paterica?
2. Cilat janë fazat e stërvitjes së personave të sëmurë për ecje me paterica?
3. Përshkruaje ecjen katërtaktëshe me paterica!

FJALOR

i fjalëve dhe shprehjeve mjekësore

l - latine
gr - greke
fr – franceze

A

Abdukcion (abductio, l.) – largim, dërgim
acetabulum (acetabulum, l.) – kupa e ashtit pelvik
addukcion (adductio, l.) – afrim, sjellje
akviruar (acquirere, l.) – i hasur, i, fituar
anaktivitet – joaktivitet
anastezioni (anaesthesia, gr) – senzibilitet i shuar për prekje (thënie neurologjike)
aponeuroza lantare – lentë e gjerë e lidhur nënlëkurore e tabanit
arefleksioni (areflexio, gr.) – mungesë e refleksit
artroza (arthrosis, gr.) – degjenerim i kërcellit të nyjes
astenik (asthenia, gr.) – i dobët (konstruksion i trupit)
atetoza (athetosis, gr.) – lëvizje pa dhimbje, të papërshtatshme
atonia (atonia, gr.) – humbje e tonusit, plogështi

B

balneologjia (balneologia, l.) – shkenca për ujërat mineralë dhe veprimi i tyre

C

cijanotike (cyanosis, gr.) – i mavijosur (me ngecje të qarkullimit të venës)
cirkumdukcion (circumductio, l.) – lëvizje rrethore
citoplazma – pjesë përbërëse e qelizës indore në brendi të membranës

D

- dekubitus (decubitus, l.)** – plagë nga shtrirja shumë e gjatë
- dermograf** – laps për shkrim nëpër lëkurë
- diatermi (diathermia, gr.)** – ngrohje me rrymë kofrekuente të lartë
- dijabetes melitus (diabetes mellitus, gr.)** – sëmundja e sheqerit
- dijafiza (diaphysis, gr.)** – trup i eshtrave të gjata
- dilatuar (dilatatio, l.)** – i zgjeruar
- diplegjioni (diplegia, gr.)** – kombinim i dy hemiplegjioneve nga lezionet në të dyja hemisferat për shkak të cilit tërheqja e gjysmës së majtë dhe të djathtë të trupit nuk është e njëjtë
- diskopati (discopathija, gr.)** – të sëmurit e plagës kërcore mesunazore (degjenerim)
- diskus intervertebralis (discus intervertebralis, gr.)** – pllaka kërcore mesunazore
- disпноike (dyspnoe, gr.)** – me frymëmarrje të vështirësuar
- distale** – poshtë
- distancë bimaleolare** – distancë në mes maleoluseve të brendshme të nyjeve të shputës
- distrofi e muskullit (dystrophia, gr.)** – shkatërrim i muskujve

E

- ekskurzion i nyjes (excursio, l.)** – vëllim i lëvizshmërisë së nyjes
- ekstenzion (extensio, l.)** - zgjatje
- elektromiografia** – regjistrim i potencialeve aksione muskulore
- elektroterapi** – mjekim me aplikimin e rrymës elektrike
- elevacion (elevatio, l.)** - ngritje (nacion anatomik)
- etiologjia (etiologia, gr.)** – shkaku i sëmundjes
- everzion i themrave (eversio, l.)** – shtrembërim i thembrës për nga jashtë
- Ekskavatus- (excavatus, l.)** - thellim
- ekspanzion (expansio, l.)** - përhapje

F

faza akute e sëmundjes (acutus, l.) – fillim i zhvillimit të sëmundjes

faza subakute e sëmundjes – gjendja pas fazës akute, kalim kah mjekimi ose gjendja kronike e sëmundjes

fiziatër – specialist për medicinë fizikale dhe rehabilitim mjekësor

fiziatria – shkenca e cila i aplikon mjetet e medicinës fizikale gjatë mjekimit

fizioterapeuti – anëtar i timit për rehabilitim

flacid (flaccidus, l.) – i plogësht

fototerapia – mjekim me energji të dritës

G

galvanizim – mjekim me rrymë galvanike

gunga – pjesë e ekstremitetit që mbetet pas amputimit

H

habilitimi (habilitatio, l.) – të dëshmuarit e aftësisë

hapsira intervertebrale – hapësira mesunazore

helioterapia (helioterapia, gr.) – mjekim me dritën e diellit

hematom (haematoma, gr.) – rrjedhje e gjakut në ind

hemiparezis – deficit neurologjik i pjesërishëm i njërës anë të trupit

hemoplegji (hemiplegia, gr.) – deficit neurologjik i njërës anë të trupit

heredit (hereditare, l.) – e trashëguar

herni (hernia, l.) - dëkim

hiperrefleksion (hyperreflexia, gr.) – refleksi i forcuar

hiperstezion – senzibilitet për prekje i zvogëluar

hipertension (hypertensia, gr.) – rritje e shtypjes së gjakut

hipertoni (hypertonus, gr.) – rritje e tonusit të muskujve

hipoksemi (hypoxaemia, gr.) – mungesë e oksigjenimit të gjakut

hipotrofi (hypotrophia, gr.) – zvogëlim i trofikës dhe vëllimit të muskujve

histamina – hormone indore

I

inçizimi profil (Rtg) – incizim rëntgen anësor

indikacion (indico, l.) – sëmundje ose gjendje në të cilën mund të përdoret ndonjë barrë ose procedurë

inhibicion (inhibere, l.) – ndërprerje, frenim

inkontinencion (incontinentio, l.) – pamundësia për mbajtjen e urinës

izotonia (isotonia, gr.) – tonus i barabartë

K

kalus (callus, l.) – indi ashtor i porsakrijuar e thyerjes

kanali vertebral – kanal i shtyllës kurrizore

kifoza (kyphosis, gr.) – shtrembërim i kurrizit në rrafshin sagital

kinezologjia (kinezis, gr.) – shkenca për lëvizjen

kineziterapia (kinezis, gr.) – mjekim me lëvizje

klimatologjia (climatologia, gr.) – shkenca për klimën

konkavitët (concavus, l.) – i thelluar

kontraindikacioni – sëmundje ose gjendje në të cilën nuk mund të përdoret ndonjë medikament ose procedurë

kontraktura (contractura, l.) - kërrusje

konveksitet (convexus, l.) – i fryrë

krioterapia (kryos, gr.) – terapia me aplikim lokal të ftohtësisë

kromoterapia (chromoterapia, gr.) – mjekim me spektër të caktuar të ngjyrave

kuadriplegjioni (quadriplegia, l.) – marrja e të katër ekstremiteteve

kube transferzale të shputës – kube e tërthortë

kubi longitudinal i shputës – kubi vertikal i shputës

kongjenitale (congenitus, l.) – i lindur

L

latenca (latentio, l.) - fshehje

laterale (latus, l.) – e jashtme

lëngu cerebrosipinal (liquor, l.) – lëngu i trurit

mediale (medialis, l.) – kah vija e mesme

meningitis (meningitia, gr.) – ndezje e mbështjellësve të trurit
monoplegjioni – marrje e njërit ekstremitet (paraliza)

N

neuron motorik periferik – nervi periferik

neuron motorik qendror– rrugë nervore nga korja e trurit të madh deri në brinjët e përparme të palcës kurrizore

O

opozicioni (oppositio, l.) – përafrim i gishtit të vogël kah gishti i madh

opstipati (opstipatio, l.) – mbyllje e jashtëqitjes

ortoza (ortho, gr.) – mjet ndihmës ortopedik

osteoliza (osteolysis, gr.) – shkatërrim i indit ashtor

osteoporoza (osteoporosis, gr.) – vrimosja e eshtrave

osteosinteza (osteosynthesis, gr.) – fiksion i thyerjes me mjete

P

parafina – derivat i naftës, masë e fortë me kapacitet të lartë ngrohës

paraliza (paralysis, gr.) – marrje e tërësishme

paraparezis (paraparesis, gr.) – marrje e pjesërishtme e dy ekstremiteteve paralele

paraplegjioni (paraplegia, gr.) – marrje e dy ekstremiteteve paralele

parezis (paresis, gr.) – marrje e pjesërishtme

pasqyra klinike – pamje e pacientit gjatë vizitës

peloide - balta minerale

perinatale – gjatë kohës së lindjes

peristaltika (peristalsis, gr.) – puna e zorrëve

Periudha e juvenilit (juvenilis, l.) – e rinisë (periudhë prej vitit të 4-të ederi në vitin e 9-të të jetës)

placenta (placenta, gr.) - shtrati i fëmijës në shtatzëni

planovalgus – shputë e rrafshët me shkarkim të anës së jashtme

plantare (planta, l.) –tabani

politrauma – dëmtim i njëkohshëm i më shumë sistemeve

pozita nulëta e nyjes – pozita fillestare për matje të këndit të lëvizshmërisë

prenatale (latus, l.) - para lindjes

protetiku – personi profesional për mjete ndihmëse

ortopedike**proteza (prothesis, gr.)** – ekstremitet artificial, organ

puna në time – punë në një grup personash profesional të programit dhe qëllimit të përbashkët

punëtori terapeutik – anëtar i timit për rehabilitim, personi profesionist për punën terapeutike

R

radiale – në drejtim të radiusit

radiologjia (radiologia, l.) – shkenca për rrezatimin

rahitis (rachitis, gr.) – çrregullim i metabolizmit të Ca i P, mungesë i vitaminës D

redresman (redressement, fr.) – të drejtuarit

rehabilitimi (rehabilitatio, l.) - riaftësim

rehabilitimi profesional – aftësim profesional

rengenologjia – shkenca për rrezet-X

repozicionim (repositio, l.) – largesa e gishtit të madh nga gishti i vogël

restituim (restitutio, l.) - përtëritje

retencim i urinës (retentio, l.) – ngecje e urinës

Rr

rrezet ultraviolete – spektër i dritës me gjatësi valore prej 290 e deri në 400 milimikronë

rryma galvanike – rrymë njëkatëshe

S

sauna – hapësira me avuj të ngopur

semifleksioni – gjysmëfleksioni

senzibilitet (sensibilitas, l.) - ndjeshmëri

sepsi (sepsis, gr.) – helmim i gjakut (bakteriologjike e të tjera)

sfinkter – muskul (sphincter, gr.) – shtrëngues i muskulit të butë ose muskuli me vijëza vertikale

sinapsa (sinapto, gr.) – vend prekja e dy qelizave nervore ose qelizës nervore dhe muskulit (pllaka neuromuskulore)

sistemi lokomotorik – sistemi për lëvizje

skolioza (scoliosis, gr.) – shtrembërim i kurrizit në rrafshin frontal
skolioza sindromi spastik – shumë e simptomave tek dëmtimi i neuronit motorik qendror

skolioza idiopatike (idiopathicus, gr.) – skoliozë nga shkak i panjohur

skolioza strukturale – ndryshime definitive të strukturës së shtyllës kurrizore

spazëm (spasmus, gr.) – shtangim, (ngërçe)

stazë (stasis, gr.) – ngecje e qarkullimit

strangulacion (strangulatio, l.) - shtrëngim

subluksacioni (subluxatio, l.) – gjysmë dalje nga vendi

suspenszioni (suspensio, l.) – metodë e ushtrimeve me shkarkim dhe zvogëlim të veprimtimit të rëndësës së Tokës

T

terapi fizikale – mjekim me mjete fizikale

terapia konservative – mjekim pa intervenim operativ

terapia valore – ndikimet natyrore, fizike dhe kimike të detit dhe bregdetit rreth mjekimit

termoterapia – mjekim me ngrohtësi

thyerje jostabile e ashtit – pjesët e frakturës mund të zhvendosen

tonsile – sistemi limfatik në fyt

triplezion (triplegia, gr.) – marrje e tre ekstremiteteve

tromboflebitis (trombophlebitis, l.) – ndezje e venave me mpiksje të gjakut

tromboza (trombos, gr.) – mpiksje e gjakut në enët e gjakut

Tufa vaskulare – shumë e enëve të gjakut

U

ulnare – kah ulna

ultrazëri – energji e zërit në bazë të zërit me frekuencë të lartë (mbi 20 kHz)

V

valë të shkurta – mjekim me ngrohtësi të rrymës me frekuencë të lartë

vazokonstrikcioni (vasoconstrictio, l.) – ngushtim i enëve të gjakut

volare (vola, l.) – nga ana e përparme

vulnerabilitet – dispozitë ndaj dëmtimeve, lëndimeve

LITERATURA E PËRDORUR

- Vulović D. : Osnovi kineziterapije 11, Beograd 2005.
- Зафировски Ѓ., Гркова В., Камнар Ј., Нијков Ј., Попоска А., Стефановска И., Божиновски З., Димитриеска – Кипровска С., Видоески Г., Самарџиски М., Малиновска Ј., Илиев Б. : Детска ортопедија, Скопје 2003.
- Zec Ž., Dr. Konforti N. : Ispitivanje snage mišića – manuelna metoda, Beograd 1972.
- Jajić I. : Fizijatrisko-reumatološka propedeutika, medicinska naklada, Zagreb 1994.
- Jajić I. : Klinička reumatologija – priručnik za liječnike specijaliste reumatologe, fizijatre, specijaliste drugih struka, liječnike opće medicine i studente medicine II izdanje, školska knjiga – Zagreb 1982.
- Jevtić R. Milorad: Klinička kineziterapija, Kragujevac 2001.
- Jovič S. : Neurorehabilitacija, Beograd 2004.
- Karaiković M. Ešref, Karaiković E. Eldin: Kineziterapija, Sarajevo 1983.
- Карговска – Клисарова А. : Анатомија на човекот – рака и граден кош
- Kostič O. : Fizikalna medicina i rehabilitacija (treće dopunjeno izdanje) Niš 2002.
- Krupp A. Markus, Chatton J. Milton, Tierney M. Lawrence: Interna medicina – savremena dijagnostika i lečenje, Beograd 1991.
- Kunej D., Stanković T. : Praktikum fizikalne terapije, Beograd 2000.
- Licul F. : Elektrodijagnostika i elektroterapija, Zagreb 1981.
- Mardešić D. i suradnici: Pedijatrija, Školska knjiga, Zagreb 1991.
- Михајловић В. : Физикална терапија, Ријека 2002.
- Николиќ – Димитрова Е. : Основи на физикална терапија, Скопје 2009.
- Николиќ – Димитрова Е.: Физикална медицина и рехабилитација, Скопје 2009.
- Pavlovič M. : Odabrana poglavlja iz opšte/osnova kineziterapije – teorijske osnovanost sa uputstvima za vežbe, Beograd 2004.
- Пановски Ј. : Специјална хирургија, Скопје 1988.
- Радоичиќ Б. : Клиничка неврологија, Скопје 2006.
- Ristić M. : Interna medicina, Beograd 1994.
- Фичорска Д. : Кинезитерапија, Скопје 1994.

Përmbajtja:

Bazat e rehabilitimit mjekësor

1.1 Lënda dhe rëndësia e rehabilitimit.....	6
1.2 Ndarja e rehabilitimit.....	7
1.3 Ekipi për rehabilitim.....	10
1.4 Vendi dhe roli i procedurave fizikale në rehabilitim.....	13
1.5 Vendi dhe roli i kineziterapisë, aktiviteteve sportive, punës terapeutike dhe masazheve në procesin e rehabilitimit	15
1.6 Ndjekja dhe evidentimi në rehabilitim.....	17
1.7 Mjete ndihmëse ortopedike.....	20
1.8 Preventiva e dekubitusit dhe kontrakturave.....	24

Rehabilitimi tek mosha e fëmijërisë

2.1 Rehabilitimi tek mosha e fëmijërisë.	29
2.2 Paraliza cerebrale e fëmijëve	31
2.3 Paraliza e fëmijëve.....	38
2.4 Distrofia progresive muskulore.....	41
2.5 Dëmtimi i gërshetimit bronhial në moshën e fëmijërisë.....	45
2.6 Rehabilitimi i deformiteteve në moshën e fëmijërisë.....	48
2.7 Qafa e shtrembër	50
2.8 Gjoksi i pulës	53
2.10 Dalje nga vendi i lindur e kërllokut	56
2.11 Deformitete të gjunjëve në moshën e fëmijërisë.....	60
2.11.1 Genua vara.....	60
2.11.2 Genua valga.....	61
2.11.3 Genu recurvatum.	62
2.12 Deformitete të shputave në moshën e fëmijërisë.....	64
2.12.1 Shputa e rrafshët.....	65
2.12.2 Shputa e kthyer (pes varus).....	69
2.12.3 Shputa e kalit (pes equinus, pes ballerinus).....	70
2.12.4 Shputa e shtrembër (pes equinovarus).....	72
2.12.5 Shputa thembrore (pes calcaneus).....	73
2.13 Deformitete të shtyllës kurrizore	75
2.13.1 Skolioza..	77
2.13.2 Kifoza.....	84

2.13.3 Lordoza.....	87
2.14 Dëmtime traumatike në moshën e fëmijërisë.....	89
2.15 Ethet reumatike.....	92
2.16 Artriti kronik i Juvenilët.....	94

Rehabilitimi tek të rriturit

3.1 Rehabilitimi i insultit cerebrovaskular.....	99
3.2 Paraplegioni	104
3.3 Dëmtimi i neuronit motorik periferik.....	109
3.4 Dëmtimi i nervit të fytyrës	113
3.5 Dëmtimi i n.trigeminus.....	116
3.6 Dëmtimi i gërshetimit të qafës	117
3.6.1 Dëmtimi i n.radialis	117
3.6.2 Dëmtimi i n.medianus.....	120
3.6.3 Dëmtimi i n.ulnaris	122
3.7 Dëmtimi i gërshetimit sakral	124
3.7.1 Dëmtimi i n.ischiadicus	125
3.7.2 Dëmtimi i n.peroneus	130
3.7.3 Dëmtimi i n.tibialis.....	132
3.8 Multipla skleroza	133
3.9 Tromboangitis i obliteruar	136
3.10 Sëmundja e Rejnit.....	137
3.11 Rehabilitimi tek sëmundjet traumatike.....	139
3.11.1 Kontuzionet	141
3.11.2 Distorzioni	142
3.11.3 Luksimi.....	143
3.11.4 Dëmtimi i meniskusit	143
3.11.5 Frakturat.....	145
3.11.6 Kontraktura.....	149
3.12 Amputimi	150
3.13 Ecja me paterica	153
Fjalor.....	155
Literatura e përdorur.....	163