

Dr. MAJA MANOLEVA

REHABILITIMI

MËSIMI OBLIGATIV DHE ZGJEDHOR

DREJTIMI SHËNDETËSOR

Për vitin IV

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: Fatlume ADILI

Lektore: Arlinda BEQIRI

Shtypi: Graficki centar dooel, Shkup

Tirazhi: 20

Со решение на Министерот за образование и наука на Република Македонија бр. 22-4379/1 од 29.07.2010 година се одобрува употребата на овој учебник.

Me vendim të Ministrit të Arsimit dhe Shkencës të Republikës së Maqedonisë numër 22-4379/1 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 :
IV година / Маја Манолева. - Скопје : Министерство за образование и наука
на Република Македонија, 2010. - 135 стр. : илустр. ; 24 см

Речник на медицински зборови и изрази: стр. 125-132

ISBN 978-608-226-264-2

COBISS.MK-ID 84295434

PARATHËNIE

Ky libër iu dedikohet nxënësve të vitit të katërt të profilit shëndetësor, drejtimi i fizioterapeutëve, mësimeve të lëndës, mjekëve të përfshirë drejtpërdrejt apo tërthorazi në procesin e rehabilitimit dhe individëve të tjerë.

Libri është hartuar sipas programit mësimor dhe konceptit të hartimit të librave të shkollës fillore dhe të mesme.

Materiali i këtij libri prek shumë çështje nga fusha e rehabilitimit të cilat janë përmbledhur në një tërësi. Këtu gjenden fotografi dhe skema të cilat e qartësojnë përmbajtjen, e rritin kujtesën dhe ngjallin interesin e nxënësit. Meqë tërësitë dhe njësitë tematike janë identike si në mësimin e detyruar ashtu edhe në atë zgjedhor, përpara çdo njësie tematike janë vënë shenja. Përpara pjesëve që iu referohen mësimin të detyruar dhe atij zgjedhor është shkruar shkronja (D), ndërsa përpara atyre të mësimin zgjedhor shkronja (Z).

Pas përvetësimit të materialit nxënësi duhet të jetë në gjendje:

- të kuptojë se rehabilitimi është një proces kompleks;
- të njohë metodat dhe teknikat kryesore të rehabilitimit;
- të njohë dallimet mes rehabilitimit të rritur dhe atij të fëmijëve;
- ta sqarojë terapinë që jepet gjatë rehabilitimit e cila ka indikacione dhe kundërindikacione;
- t'i njohë aparatet që aplikohen gjatë procedurave rehabilituese;
- t'i njohë efektet e aplikimit të masazheve të llojeve të ndryshme;
- të përdorë terminologji mjekësore;
- ta njohë dokumentacionin që përdoret për evidentim dhe ndjekje të gjendjes së pacientit;
- të bëjë lidhje mes terapive rehabilituese të caktuara.

Në fund të secilës njësi tematike nga mësimi i detyruar janë dhënë pyetje në mënyrë që nxënësi të mund të kontrollojë dijet e fituara, ndërsa në pjesën e mësimin zgjedhor janë dhënë aktivitete me të cilat nxënësi duhet të fitojë aftësi dhe shkathtësi për kryerjen dhe zbatimin e procesit të rehabilitimit.

Në fund të librit është dhënë një fjalorth i fjalëve dhe shprehjeve mjekësore në të cilin janë përkufizuar të gjithë termat e përdoruar në këtë libër, si dhe shprehje dhe fjalë që takohen në lëndë të ngjashme. Mbetem me shpresë se nxënësit do të marrin në dorë një libër që do t'u sjellë kënaqësi gjatë leximit dhe që do t'i nxitë të marrin pjesë aktivisht në të nxënit e procesit të rehabilitimit.

Autorja

REHABILITIMI

Tërësia tematike 1

REHABILITIMI I TË RRITURVE

Qëllimet e tërësisë tematike:

- të shpjegojë procesin e rehabilitimit të të rriturve me sëmundje të caktuara;
- të shpjegojë metodat dhe procedurat e rehabilitimit të të rriturve me sëmundjet e mëposhtme:
 - komplikimet posttraumatike,
 - sëmundjet reumatike inflamatore,
 - sëmundjet degjeneruese të nyjave,
 - sëmundje reumatike të elementeve jashtë nyjave,
 - sëmundje reumatike të paklasifikuara qartë;
- të njohë shkaktarët etiologjik të sëmundjes;
- të njohë dallimet mes pasqyrës klinike të sëmundjeve të ndryshme;
- t'i identifikojë pasojat e keqaplikimit të terapisë;
- ta përshkruajë mënyrën e aplikimit të mjeteve ndihmëse ortopedike dhe protetike që aplikohen gjatë procedurave rehabilituese;
- të zhvillojë norma etike dhe profesionale në procesin e rehabilitimit të të rriturve.

REHABILITIMI **(mësim zgjedhor)**

Tërësia tematike 1

Rehabilitimi i të rriturve

Qëllimet konkrete për nxënësit:

- të aplikojnë procedura rehabilituese të caktuara dhe ushtrime kineziterapeutike gjatë rehabilitimit të pacientëve të rritur që kanë këto sëmundje:
 - komplikime posttraumatike,
 - sëmundje reumatike inflamatore,
 - sëmundje degjenerative,
 - sëmundje reumatike jashtë nyjave,
 - sëmundje reumatike të paklasifikuara qartë;
- t'i numërojë shkaktarët etiologjik dhe procesin anatomopatologjik të shkaktimit të sëmundjes (të dhënë më lart);
- t'i sqarojë pasojat nga keqaplikimi i terapisë;
- ta përshkruajë procedurën e përgatitjes gjatë vënies së protezave (ushtrimet për forcimin e muskulaturës, ushtrimet për kondicion);
- ta përshkruajë aplikimin e mjeteve ndihmëse ortopedike dhe protetike;
- t'i stërvitë pacientët që të mund të përdorin mjete të ndryshme ndihmëse ortopedike dhe protetike.

1.1. KOMPLIKIMET POST-TRAUMATIKE

- ❖ **Kontraktura e Folkmanit**
- ❖ **Atrofia e Sudekut**

1.1.1 KONTRAKTURA E FOLKMANIT

O

Kontraktura e Folkmanit është një deformitet i dorës, gishtërinjve dhe kyçit të dorës i cili shkaktohet nga lëndimi i muskujve të parakrahut.

Etiologjia

Kontraktura e Folkmanit ndodh gjatë zvogëlimit të qarkullimit të gjakut (iskemisë), kur për shkak të ënjtjes lokale rritet shtypja te vendi i traumës. Kjo gjendje quhet sindroma e kompartamentit.

Te lëndimet e dorës, përfshirë edhe ato të ashtuquajtura lëndime “kresh”, mund të kemi ënjtje e cila i shtyp enët e gjakut të dorës.

Ulja e shtypjes së gjakut që zgjat një kohë të gjatë, i dëmton fijet nervore dhe ato muskulore, duke i bërë më të shkurtra dhe më të ngurta.

Muskuli i shkurtuar tërheq nyjën te vendi i tij i lidhjes. Kjo ndodh gjatë kontraksionit; meqë muskuli është i ngurtë, nyja nuk mund të kthehet në gjendjen e mëparshme, dhe kështu ndodh kontraktura.

Pasqyra klinike

Te rastet me kontrakturën e Folkmanit preken muskujt e parakrahut dhe kjo sjell kontraktura dhe deformitete të gishtërinjve, dorës dhe kyçit të dorës.

Kemi tri shkallë të kontrakturës së Folkmanit:

1. Shkalla e lehtë. Kontrakturë fleksore e dy apo tre gishtërinjve me ose pa zvogëlim të ndjeshmërisë (sensibilitetit);

2. Shkalla e mesme. Të gjithë gishtërinjtë janë të flektuar, gishti i madh te pëllëmba e dorës, kyçi i dorës i flektuar; në shumë raste është humbur ndjeshmëria sipërfaqësore e dorës;
3. Shkalla e rëndë. Të prekur janë të gjithë muskujt e parakrahut, si fleksorët ashtu edhe ekstensorët.



Figura 1. Kontraktura e Folkmanit

Te fëmijët zakonisht kjo gjendje lidhet me frakturat e bërrylit.

Gjendje të tjera që shkaktojnë rritjen e shtypjes te parakrahu janë: frakturat e parakrahut, djegiet, çrregullimi i qarkullimit të gjakut, ushtrimet e tepërta, injeksione te parakrahu dhe kafshimi i kafshëve.

Simptoma kryesore është dhimbja e cila nuk ndalet gjatë të pushuarit e as pas përdorimit të analgjetikëve, por që me kalimin e kohës përkeqësohet akoma më shumë. Nëse shtypja ngelet një kohë më të gjatë ndjeshmëria sipërfaqësore ulet, lëkua zbehet dhe trupi dobësohet.

Parandalimi.

Te frakturat e parakrahut apo të bërrylit dora duhet të imobilizohet dhe të ngrihet në nivelin e zemrës, meqë këto veprime parandalojnë përkeqësimin e lëndimit.

Mjekimi.

Trajtimi më i mirë është mjekimi operativ i hershëm në mënyrë që të largohet shtypja te parakrahu, përpara se të ndodhin dëmtimet e pakthyeshme të muskujve dhe nervave.

Trajtimi konservativ përfshin aplikimin e procedurave me nxehtësi (parafinoterapi), elektroforezë jodid kaliumi (KJ), masazh, si dhe ushtrime aktive dhe pasive të dorës, kyçit të dorës dhe gishtërinjve.

Pyetje:

1. Cilat janë shkaqet kryesore të kontrakturës e Folkmanit?

2. Sa shkallë të kontrakturës së Folkmanit ekzistojnë?
3. Çfarë ka te pacienti që ka kontrakturë iskemike të Folkmanit të shkallës së mesme?
 - a) kontrakturë fleksore të dy apo tri gishtërinjve,
 - b) kontrakturë aduktore të nyjës së krahut,
 - c) kontrakturë fleksore të nyjës së këllkut shoqëruar me abduksion të zvogëluar,
 - d) kontrakturë ekstenzore të nyjës së bërrylit.

Z

Kontraktura e Folkmanit është kontrakturë iskemike e muskujve të pëllëmbës dhe gishtërinjve. Më së shpeshti është komplikim funksional i kthyeshëm si pasojë e frakturave të bërrylit të pa mjekuara apo të mjekuara keq.

Ky komplikim është shumë alarmues prandaj duhet të ndërhyhet në kohë, atëherë ndryshimet janë akoma të kthyeshme. Nëse te pëllëmba e dorës ka ënjtje, mavijosje, gishtërinj të ftohtë dhe dhimbje të madhe, duhet që imobilizimi ose gjipsi të largohet.

Te format e lehta të këtij komplikimi postraumatik me mjekim operativ mund të arrihen rezultate funksionale të kënaqshme. Kineziterapia dhe procedurat e tjera fizikale (elektroterapia, termoterapia, hidroterapia) kanë një rëndësi të veçantë. Te format e rënda, nëse ka dëmtime neurologjike, edhe përkundër terapive të aplikuara (elektroterapi-elektrostimulim, galvan, rryma interferente; terapi me laser; magnetoterapi) dhe ndërhyrjes kirurgjike, rezultatet janë të dobëta.

Aktivitete për nxënësin:

- Përshkruaji ndryshimet që i sheh te dora e pacientit që ka kontrakturë të Folkmanit!



Figura 2.

- Përshkruaje teknikën e aplikimit të parafinës te pacienti që ka frakturë të Folkmanit!

1.1.2. ATROFIA E SUDEKUT

O

Atrofia e Sudekut mund të merret si ndërlikim (komplikim) i lëndimeve të gjymtyrëve (frakturat, kontuzionet, përdredhjet ose ndërhyrjet kirurgjike), por edhe te sëmundjet e eshtrave, nyjave dhe tetivave.

Atrofia e Sudekut shfaqet me ënjtje, dhimbje, osteoporozë lokale dhe atrofi të muskujve dhe indit lidhor të gjymtyrës së imobilizuar.

Mekanizmi si shkaktohet sëmundja është i paqartë, megjithatë supozohet se ajo ka natyrë vazomotorike refleksive. Supozohet se ndodh për shkak të keqfunksionimit të sistemit nervor simpatik i cili është përgjegjës për furnizimin me gjak të pjesës së prekur. Shpeshherë kjo gjendje nuk diagnostikohet deri në momentin kur shfaqen simptomat e para.

Si pasojë e çrregullimit të inervimit vegjetativ ndodhin çrregullime vasculare.

Te pasqyra klinike kemi tri stade të zhvillimit:

Stadi i parë zgjat një deri në tre muaj dhe karakterizohet me dhimbje, tonus të zmadhuar të muskulaturës dhe lëvizje të kufizuara te nyja e prekur. Ka ënjtje, ndërsa lëkura është e ngrohtë, e ndritshme dhe hiperalgjizike.

Stadi i dytë zgjat tre deri në gjashtë muaj. Në këtë stad ënjtja dhe dhimbja zvogëlohen; te lëkura, indi nënlëkuror dhe muskujt kanë ndryshime atrofike; lëvizjet janë të vështirësuara; ka kontraktura. Lëkura është e zbehtë, e ftohtë dhe e hollë. Ka osteoporozë lokale tek eshtrat. Dëmtimet shërohen me vështirësi.

Te stadi i tretë ndodhin ndryshime të pakthyeshme dhe të përhershme të lëkurës, indit nënlëkuror, muskujve, si dhe ndryshime të kapsulës së nyjës dhe kontraktura të nyjave. Lëkura është shumë e hollë, e ftohtë dhe e mavijosur (cianotike).



Figura 3. Atrofia e Sudekut

Trajtimi i këtij ndërlíkimi bëhet me medikamente dhe me terapi fizikale-rehabilituese.

Në stadin e parë nevojitet imobilizim me longetë dhe pushim i ekstremitetit. Jepen medikamente kundër dhimbjes, kortikosteroide dhe qetësues. Në këtë stad aplikohet krimoterapi. Gjëja më e rëndësishme është të arrihet qarkullim sa më i mirë i gjakut. Rekomandohet rrymë diadinamike modulim DF, 3 minuta: te dora në rajonin e ganglion stellatum, ndërsa te këmba në rajonin L3-L5 paravertebralisht. Mund të jepen edhe rryma interference, si dhe rrymë galvanike stabile me anodën të vendosur te vendi i ënjtjes.

Efekt të volitshëm ka edhe mjekimi me TENS/SNET (stimulimi nervor elektrik translëkuror).

Në stadin e dytë, kur ka kontraktura, aplikohen parafina (me shumë kujdes për shkak të paraqitjes së ënjtjes), rryma interferente dhe diadinamike, elektroforezë me KJ, ultrazë etj. Aplikohet edhe kineziterapi.

Në stadin e tretë indikohet terapi fizikale dhe funksionale si dhe: valët e shkurtra, fototerapia, rrymat diadinamike, parafina, kineziterapi dhe hidrokineziterapi, dhe terapi e punës. Për shkak të ndryshimeve trofike të muskujve indikohet edhe elektrostimulimi.

Qëllimi i terapisë fizikale mbetet zvogëlimi i dhimbjes, kthimi i lëvizjeve të nËjës dhe forcës muskulore. Kur kthehet funksioni normal i pjesës së prekur përmirësohet edhe gjendja e lëkurës.

Pyetje:

1. Cilat janë arsyet e shfaqjes së atrofisë së Sudekut?
2. Përshkruaje pasqyrën klinike të atrofisë së Sudekut!
3. Cilat procedura fizikale janë kundërendikacion në stadin e parë?
4. Cilat janë synimet e terapisë fizikale gjatë mjekimit të atrofisë së Sudekut?



Të gjitha simptomat e atrofisë së Sudekut janë pasqyrim i prishjes së baraspeshës së inervimit vegetativ të qarkullimit lokal si pasojë e reaksionit patologjik të enëve të gjakut në zonën e lënduar.

Momenti vendimtar kur ndodh atrofia e Sudekut është dhimbja.

Nëse ndryshimet vërehen me kohë dhe brenda gjashtë javëve të para nisët mjekimi, prognoza është e mirë. Përveç terapisë me medikamente (relaksues vazomotorikë, stabilizues vegetativë, analgjetikë), rëndësi të madhe ka edhe aplikimi i agjentëve fizikalë.

ËMjekimi zgjat disa muaj dhe prognoza është e mirë. Te rastet e lëna pas dore mjekimi mund të zgjasë edhe 36 javë.

Pas mbarimit të mjekimit disa muaj jepen punë të lehta, pas kësaj kohe pacienti mund t'iu kthehet punëve që i ka kryer para lëndimit. Nëse sindroma mjekohet si duhet, nuk lë invaliditet.



Figura 4.



Figura 5.

Aktivitete për nxënësin:

- Përshkruaji ndryshimet e atrofisë së Sudekut që i sheh te figura 4!
- Vështroje figurën 5 dhe shpjegoje mekanizmin si ndodh atrofia e Sudekut!
- Përshkruaji ndryshimet e të tria stadeve të atrofisë së Sudekut!
- Mendohu me cilin nga agjentët fizikal që i përmendëm më lart mund të zvogëlohet dhimbja e pacientëve me atrofi të Sudekut?
- Përgatite pacientin dhe hapësirën për aplikimin e elektrostimulimit!
- Përshkruaje teknikën e kryerjes së ushtrimeve te stadi i dytë dhe i tretë i atrofisë së Sudekut!

1.2. SËMUNDJET REUMATIKE

O Sëmundjet reumatike janë sëmundje të sistemit lokomotor dhe indit lidhor. Ato janë ndër sëmundjet më të shpeshta, dhe ndoshta më të vjetrat e gjinisë njerëzore.

Nocioni **reumatizëm** iu përshkruhet manifestimeve të dhimbshme që kanë prejardhje nga nyjat, zonat jashtë nyjave, eshtrat apo nga organet e brendshme. Megjithatë, ky nocion nuk është i përkufizuar qartë. Prandaj shpeshherë ky nocion përmbledh edhe sëmundjet që nuk janë vetëm të sistemit lokomotor dhe indit lidhor, por që prekin edhe organet apo sistemet të tjera. Nuk ka klasifikim gjithëpërfshirës të sëmundjeve reumatike për shkak se etiologjia e tyre shpeshherë nuk dihet, ndërsa patogjeneza është jo shumë e qartë. Sëmundjet reumatike zakonisht ndahen në:

1. Sëmundje reumatike inflamatore (përndezeëse),
2. Sëmundje reumatike degjenerative.



Skema 1 –Ndarja e sëmundjeve reumatike

Sipas vendit ku manifestohet, reumatizmi ndahet në:

1. Reumatizëm i nyjës,
2. Reumatizëm jashtë nyjës.

Sëmundjet reumatike përndezeëse karakterizohen me ënjtje të nyjave, skuqje, rritje të temperaturës lokale dhe dhimbje. Përveç simptomave lokale shfaqen edhe simptoma të përgjithshme si: lodhja, humbja e oreksit, zbehja dhe rritje e temperaturës së trupit.

Analizat laboratorike që flasin për sëmundje reumatike inflamatore janë: sedimentacioni i rritur i eritrociteve, leukocitoza (rritja e numrit të leukociteve), anemia hipokromike, testet reumatike pozitive etj.

Shpeshherë sëmundja rrjedh me përkeqësime (ekzacerbim) dhe remision (tërheqje), por pas çdo përkeqësimi rritet invaliditeti

Sëmundjet reumatike degjenerative karakterizohen me dhimbje nyjash, pa shenja përndezeje. Testet reumatike specifike janë negative.

Te terapia e sëmundjeve degjenerative mbizotëron terapia fizikale, ndërsa tek ajo e sëmundjeve përndeze mbizotëron terapia me medikamente.

1.2.1. ETHET REUMATIKE (*Febris rheumatica*)

Z

Ethet reumatike shfaqen te personat që janë sensibilizuar me streptokokun hemolitik β të grupit A ose me produktet e tij (p.sh. sëmundja sistemike e indit lidhor). Sëmundja më së shumti prek: zemrën, nyjat, indin nënlëkuror dhe trurin. Sëmundja i prek fëmijët dhe më rrallë të rriturit. Ka prirje për recidive, sidomos në pesë vjetët e parë pas shfaqjes së sulmit të parë të etheve reumatike.

Te fëmijët kjo sëmundje shfaqet prej moshës 5 deri 14-vjeçare, njëlloj si te djemtë ashtu edhe te vajzat. Ethet reumatike më shpesh paraqiten te njerëzit me standard të ulët jete (ushqim jopërkates, jeta në kolektive, kushte me higjienë të ulët).

Rol të rëndësishëm luan infeksioni me streptokok i cili është pararendës i sulmeve dhe recidiveve.

Pasqyra klinike.

Infeksioni streptokoksik akut i fytit zgjat një deri në pesë ditë. Shenjat e tij janë më të buta ose më të rënda. Pastaj vjen periudha latente e cila zgjat disa ditë deri në pesë javë. Kjo periudhë zakonisht kalon pa shenja klinike, pas së cilës shfaqen simptomat e etheve reumatike:

- Kardit (përndezeje e gjithë zemrës);
- Poliartrit – manifestimi më karakteristik i etheve reumatike, me fillim akut me ënjtje dhe rritje të temperaturës. Janë të prekura nyjat e mëdha të gjymtyrëve të poshtme. Nyja është e ënjtur, e skuqur, e ngrohtë dhe e dhimbshme në prekje dhe lëvizje. Ënjtja zgjat 4-5 ditë; nuk lë ndryshime funksionale të nyjave.

- Korea – zakonisht shfaqet te vajzat dhe manifestohet me lëvizje të pakuptimta të cilat ndodhin për shkak të dëmtimit të trurit;
- Erythema marginatum – te trangu dhe pjesët proksimale të gjymtyrëve paraqitet një skuqje me ngjyrë trëndafili të zbehtë;
- Gjëndra nënlëkurore - të vendet ku lëkura dhe indi lëkuror janë nën shtypje më të mëdha.

Manifestimet tjera janë: temperatura, dhimbjet në stomak, takikardia etj.

Mjekimi.

Përveç masave të përgjithshme siç janë: pushimi, ushqim i pasur me vitamina dhe edukim i të sëmurit, gjithashtu jepen edhe doza terapeutike të penicilinës në një periudhë prej dhjetë ditësh.

Jepen medikamente për trajtimin e karditit akut. Pushimi në krevat është masa kryesore terapeutike e cila është e detyrueshme për shkak të dëmtimit të zemrës. Pas zbutjes së shenjave të karditit lejohet ngritja nga krevati, ndërsa më vonë lejohet aktiviteti i vogël ose i mesëm, gjithmonë me profilaksi dhe mjekim të infeksionit streptokoksik.

Kur dëmtimi i zemrës është shumë i rëndë, urdhërohet trajtim operativ. Te karditi kronik duhet të kihet kujdes për stilin e jetës, profesionin dhe aktivitetin e përditshëm.

Poliartriti mjekohet me salicilate të cilat janë shumë të efektshme për tërheqjen të gjitha shenjave. Te të sëmurët me kardit duhet të parandalohen kontrakturat dhe ndryshimet trofike të muskujve duke kryer ushtrime statike.

Pyetje:

1. Ethet reumatike janë pasojë e infeksionit prej një baktere, cilës?
2. Cilat janë simptomat kryesore të etheve reumatike?
3. Cilat janë masat e përgjithshme që duhet të ndërmerren gjatë mjekimit të etheve reumatike?

4. Cilat nga nyjat e mëposhtme preken te ethet reumatike?
 - a. Nyjat e vogla;
 - b. Nyjat e mëdha;
 - c. Të gjitha nyjat;
 - d. Nuk i prek aspak nyjat.
5. Çfarë duhet të aplikohet te faza akute e etheve reumatike?
 - a. Terapi me medikamente dhe lëvizje;
 - b. Terapi me medikamente dhe pushim;
 - c. Procedurë fizikale, ushtrime aktive kundër rezistencës;
 - d. Marrje me sport.



- O** Mjekimi i etheve reumatike më mirë bëhet në kushte stacionare. Në to bëjnë pjesë:
- a. Masat higjienike-dietetike të përgjithshme,
 - b. Dhënia e medikamenteve antistreptokoksike e antiinflamatore,
 - c. Rehabilitimi,
 - d. Edukimi,
 - ç. Parandalimi i etheve reumatike.

Në regjimin higjieniko-dietetik bëjnë pjesë pushimi në krevat deri në largimin e temperaturës, ënjtjes dhe dhimbjes së nyjave. Pacientët me kardit duhet të rrinë shtrirë në krevat varësisht nga shkalla e sëmundjes dhe procesit reumatik të zemrës. Ushqimi i të sëmurit duhet të jetë lehtësisht i tretshëm, i pasur me vitamina dhe karbohidrate.

Për mjekimin e etheve jepen medikamente antistreptokoksike, penicilinë, ose eritromicinë dhe makropeni në rast se pacienti është alergjik, dhe medikamente antiinflamatore si acidi salicilik.

Rehabilitimi – në fazën akute urdhërohet pushim dhe masazh i lehtë i gjymtyrëve, ushtrime për frymëmarrje dhe kontraksion statik të muskujve. Në fazën kronike jepet kineziterapi - ushtrime aktive me ngarkesë shtesë, ndërsa te muskujt që kanë test muskular manual nën 3 urdhërohet elektrostimulim. Meqë sëmundja nuk lë ndryshime të pakthyeshme mund të aplikohet hidrokineziterapi, me të cilën kthehet i gjithë funksioni i nyjës.

Rehabilitimi kardiologjik është pjesë përbërëse e mjekimit dhe kryhet me aktivitet të dozuar fizik.

Edukimi është pjesë e integruar e mjekimit të etheve reumatike. Pacienti duhet të njihet me sëmundjen dhe si anëtar i ekipit, të merr pjesë në parandalimin dytësor sipas udhëzimeve të mjekut.

Aktivitetet për nxënësin:

➤ Përshkruaje mënyrën se si do të parandalosh krijimin e kontrakturave dhe ndryshimeve trofike të lëkurës tek i sëmuri me ethe reumatike, i cili duhet të rrijë shtrirë në krevat për shkak të karditit!

1.2.2. ARTRITI REUMATIK (Arthritis rheumatoides)

O Artriti reumatik është sëmundje inflamatore kronike progresive sistematike, e cila manifestohet te aparati lokomotor.

Etiologjia.

Etiologjia e sëmundjes nuk dihet. Sëmundja mund shfaqet në çdo periudhë të jetës, por më shpesh pas dekadës së katërt të jetës. Gratë sëmurën më shpesh (4:1).

Ndryshimi i patologjik i nyjave është përdezja e sinoviumit me krijimin e të ashtuquajturave formacione panus të cilat shpien te gërryerja (erozioni) i kërcës, eshtrave, ligamenteve dhe tetivave. Faza akute shpeshherë karakterizohen me efuzione te nyjat. Në fazën e mëvonshme për shkak të organizimit të indeve të përdezura ndodh ankilozë fijejore (fibroze).

Pasqyra klinike.

Manifestimi i shenjave klinike të përdezjes së nyjave zakonisht është gradual, me paraqitjen e dobësisë, rënien nga pesha dhe me çrregullimin vazomotorik. Ka raste të rralla kur sëmundja ka fillim të shpejtë. Te të gjitha rastet e sëmundjes, ënjtja e nyjave simetrike, është shenja karakteristike e shoqëruar me ngurtësim, skuqje të lëkurës, temperaturë lokale dhe dhimbje në prekje.

Dhimbja dhe ngurtësimi janë më të shprehura në mëngjes, ndërsa gjatë ditës tërhiqen. Mund të preket çdo nyjë, por më shpesh preken nyjat ndërfaqeale proksimale të gishtërinjve, nyjat metakarpofalangeale, nyja e dorës, gjuri, nyja e këmbës dhe nyjat e gishtërinjve të këmbëve. Shpeshherë mund të preken edhe tetivat (tenosynovitis), si dhe mund të shfaqen gjëndra nënëlkurore që dalin në vendet me shtypje më të madhe.

Prej manifestimeve jashtë nyjave, të pranishme janë: ndryshimi i thonjëve, eritema e pëllëmbës, djersitje e tepërt, ngrohtësi, si dhe e ashtuquajtura lëkura me lara.



Figura 6. Devijimi ulnar i gishtërinjve

Pas fazës akute, vijon faza kur shenjat qetësohen dhe kjo zgjat disa javë, e pastaj ka përkeqësim (ekzacerbim) të gjendjes. Çdo përkeqësim i ardhshëm i rrit mundësitë për invaliditet, kontrakturat e fleksorëve bëhen gjithnjë e më të shprehura, ndërsa gjendja e përgjithshme gjithnjë e më e keqe. Tipik është deformiteti i pëllëmbës së dorës me nyja metakarpofalangela të trashura të cilat vendosen në fleksion. Për shkak të prishjes dhe osteolizës së kërcës së gishtërinjve, ndodh shkurtimi i falangave që pastaj shpie te devijim ulnar i gishtërinjve.

Analizat laboratorike flasin për vlera shumë të rritura të shkallës së sedimentimit të eritrociteve, leukocitozë, anemi hipokromike si dhe vlera pozitive të faktorit reumatik.

Mjekimi.

Mjekimi i artritis reumatik bëhet për çdo të sëmurë individualisht. Trajtimi është i ndërlikuar për shkak të etiologjisë së panjohur, patogjenezës së pasqaruar dhe rrjedhjes së paparashikueshme të sëmundjes.

Në fazën akute i sëmundjes duhet të pushojë, pozita të jetë funksionale dhe të aplikohet terapi medikamentoze. Në trajtimin e artritetit reumatik përdoren barna antiinflatore josteroidale, kortikosteroide, mjete immunosupresive, antimalarikë, salicilate etj.

Synimi kryesor i trajtimit është zbutja e dhimbjes të nyjat e ënjtura dhe përmirësimi i gjendjes së përgjithshme e cila në fazën akute është shumë e keqe. I sëmundjes duhet të rrijë shtrirë në krevat të rrafshët i cili nuk duhet të jetë shumë i lartë. Këllqet duhet të vendosen në abduksion të lehtë, gjunjët në pozitë zero, ndërsa shputa në kënd prej 90 shkallësh. Krahu duhet të lihet në rrotullim të jashtëm dhe abduksion prej 45 shkallësh; bërrylat të vihen në fleksion të lehtë, parakrahu në pronacion, ndërsa gishtërinjtë në fleksion të lehtë. Në këtë fazë mund të bëhet një imobilizim i nyjave të prekura nga sëmundja.

Ushtrimet statike ose izometrike janë shumë të rëndësishme tek artriti reumatik, sidomos në fazën aktive. Jepen edhe ushtrime me ndihmë të pasforcuar të dozuara sipas mundësive që jep nyja e përndezur. Pas mbarimit të ushtrimeve i sëmundjes duhet të vihet në pozitën funksionale. Kur gjendja e përgjithshme dhe ajo e nyjës përmirësohet, rriten kohëzgjatja e kineziterapisë, amplituda e lëvizjeve dhe shkalla e aktivitetit fizik. Pas shumë javëve sëmundja kalon në stadin subakut gjatë të cilit qetësohen proceset inflamatorë. Në këtë periudhë rehabilitimi vazhdon me aktivitet të dozuar fizik, mbajtje të gjendjes së përgjithshme dhe nisjen e përmirësimit të deformimeve.

Në fazën akute terapia drejtohet kah lufta kundër kontrakturave dhe ankilozave. Prej mjeteve fizikale përdoren termoterapia, fototerapia, rrymat diadinamike, parafina, ultrazëri, elektroforeza dhe hidroterapia. Procedurat e nxehtësisë duhet të jepen përpara ushtrimeve të cilat në stadin kronik mund të jenë pasive, të ndihmuara apo aktive.

Terapia e punës ka një rol shumë të madh gjatë rehabilitimit të këtyre pacientëve.

Artriti reumatik mund të shkaktojë dëmtime të rënda funksionale të nyjave të veçanta, dhe kjo sjell nevojën e përdorimit të mjeteve të ndryshme ndihmëse ortopedike, këpucëve ortopedike, bastunit dhe paterica. Janë prodhuar elemente shtesë të veglave të ushqimit, të veshmbathjes, tualetit të ditës, dorëza të trasha për të shkruar, të gjitha këto i mundësojnë të sëmundurit të mund t'i kryejë veprimtaritë ditore, punët e shtëpisë dhe detyrat e tjera.

Te të sëmurët me çrregullime funksionale të rënda urdhërohet trajtim operativ.

Pyetje:

1. Ç'është artriti reumatik?
 - a. Përndezeje akute me prognozë të mirë;
 - b. sëmundje inflamatore kronike progresive;
 - c. sëmundje degjenerative e nyjave;
 - d. sëmundje inflamatore e tetivave dhe e mbështjellësve të tyre.
2. Përshkruaje pasqyrën klinike të artritis reumatoid në fazën akute!
3. Cilat ushtrime mund të bëhen në fazën akute të artritis reumatoid?

Z

Qëllimet e mjekimit të artritis reumatoid mund të përmbliidhen në këtë mënyrë:

- ngadalësimi ose pengimi i aktivitetit inflamator,
- zvogëlimi i dhimbjes,
- ruajtja sa më e mirë e funksionit të nyjës,
- pengimi i deformiteteve,
- marrja e qëndrimit të pacientit ndaj sëmundjes,
- mjekimi dhe zhdukja e manifestimeve gjatë mjekimit,
- ruajtja sa më e mirë e aftësisë për punë,
- risocializim sa më i mirë me aftësitë tjera të pacienti,
- krijimi i mbështetjes psikologjike te pacienti.

Kineziterapia është pjesë përbërëse e mjekimit. Me metodat e kineziterapisë pengohet invaliditeti, ose kufizohet sa më shumë që është e mundur. Gjatë kursit të terapisë i sëmuri duhet të trajtohet si subjekt dhe jo si objekt. Qëllimet themelore të kineziterapisë janë:

- pengimi i atrofisë muskulore,
- pengimi i kontrakturave të nyjave,
- pengimi i osteoporozës dhe prishjes së eshtrave si pasojë e mungesës së aktivitetit.

Metodat themelore të kineziterapisë janë:

- lëvizjet pasive,
- lëvizje të ndihmuara aktivisht,
- lëvizje aktive.

Në stadin akut zbatohet:

- pushimi në pozitë e cila e ruan pozitën funksionale të nyjës,
- kineziterapia (kontraksionet statike),
- edukimi i të sëmurit.

Në stadin e parë, përveç kineziterapisë zbatohet edhe:

- krioterapia (si kriomasazh, kriokompresa),
- aplikimi i rrymës galvanike,
- elektroforeza me analgjetikë dhe kortikosteroide,
- laseroterapi.

Në stadin e dytë (stadi i dëmtimeve anatomike, kontrakturave dhe deformiteteve) zbatohet:

- kineziterapi e dozuar (ushtrime pasive, të ndihmuara dhe ushtrime aktive, tërheqja e muskujve të shkurtuar, teknika relaksuese),
- ushtrime me mjete ndihmëse,
- edukimi i të sëmurit.

Në stadin e dytë aplikohen procedura termodinamike (parafinë, peloid), fototerapi, ultrazë, elektroterapi (elektroforezë, rryma diadinamike, rryma interference, valë të shkurtra), magnetoterapi.

Në stadin e tretë terapia fizikale dhe rehabilitimi bëjnë aftësimin para dhe postoperativ të të sëmurit. Përgatitja paraoperative përmbledh program kineziterapeutik për forcimin e muskujve dhe lëvizshmërisë së nyjave në mënyrë që rehabilitimi pasoperativ të jetë sa më i suksesshëm. Pas ndërhyrjeve kirurgjikale rehabilitimi duhet ta ruajë nivelin paraoperativ të fuqisë së muskujve dhe të lëvizshmërisë së nyjave, si dhe të ruajë pozitën e korigjuar. Që të arrihet kjo duhet të kryhet:

- kineziterapi (kontraksione statike, ushtrime të ndihmuara aktivisht, ndërsa pas 6 javësh ushtrime aktive me ngarkesë të dozuara),
- hidrokineziterapi,
- termoterapi, elektroterapi, terapi e punës,
- edukim i të sëmurit.

Në stadin e katërt (stadi i deformimeve të rënda) kryhen:

- hidrokineziterapi,
- ushtrime pasive që të munden kontrakturat dhe të pengohen deformitetet tjera, ushtrime aktive, ushtrime për relaksim,

- aplikimi i mjeteve dhe pajisjeve për vetkujdesje,
- edukimi.

Aplikimi i terapisë së punës është element i rëndësishëm në terapinë funksionale me të cilën arrihet lëvizshmëri dhe aftësim më i madh i nyjave. Në kuadër të aktiviteteve duhet të futen edhe mjete ndihmëse që do ndihmonin adaptimin e të sëmurit brenda ambientit. Përshtaten veglat e ngrënies, veglat e higjienës personale gjithashtu; përpunohen mjete shtesë të veglat e veshmbathjes, vënia e një dorëze të trashë të mjetet e shkrimit apo te ato të ngrënies, etj.

Aktivitete për nxënësin:



Figura 7. Pëllëmba e një të sëmuri me artrit reumatoid.

- Përshkruaje deformitetin e pëllëmbës tek artriti reumatoid!
- Shpjegoje dhe demonstroje pozitën funksionale tek i sëmuri me artrit reumatoid në fazën e parë!
- Përshkruaje teknikën e aplikimit të parafinës te pëllëmba e të sëmurit me artrit reumatoid në fazën e tërheqjes (remisionit) së sëmundjes!

1.2.3. SPONDILITI ANKILOZAT (*Spondylitis ankylosans, M.Bechterew*)

D Spondiliti ankilozat është sëmundje inflamatore kronike që prek nyjat sakroiliakale, nyjat ndërvertebrale, nyjat kostovertebrale, nyjat e këllkut dhe krahut, nyjën mandibulare, akronioklavikulare dhe sternoklavikulare. Ka raste të rralla kur preken nyjat e pëllëmbës dhe ato të shputës.

Sëmundja është më e shpeshtë te burrat se gratë (raporti është përafërsisht 10:1), më shumë te të rriturit, në fund të dekadës së dytë dhe fillim të dekadës së tretë të jetës.

Etiologjia.

Shkaqet e kësaj sëmundjeje nuk dihen. Në etiologjinë e saj i kushtohet rëndësi infeksioneve bakteriale urogjenitale dhe gastrointestinale, ndonëse literatura mjekësore flet për pjesëmarrjen e faktorit trashëgues për paraqitjen e sëmundjes. Antigjeni HLA-B27 që është specifik për këtë sëmundje dhe që përdoret për diagnostikimin e sëmundjes, haset te 90-100% e rasteve me spondilit ankilozat dhe te 50% e familjarëve të tyre.

Nyjat e prekura kanë përndeje jospecifike e cila shkatërron kërcën dhe eshtrat, ndërsa pas rimëkëmbjes dhe tërheqjes së shenjave të përndejes krijohet indi lidhor fibroz (fijëzor) i cili ka prirje të madhe për t'u eshtëruar. Spondiliti ankilozë në fund manifestohet me fibrozë dhe eshtërim të ligamenteve, nyjave kostovertebrale dhe kostotransversale. Për shkak të këtyre ndryshimeve shtylla kurrizore në fund kthehet në një bllok të fortë. Në rëntgenogramin e shtyllës kurrizore te të sëmurët me këtë sëmundje, shihet pamja karakteristike që in ngjan kërcellit të bambusit. Ndryshimet më shpesh fillojnë te nyja sakroiliakale, pastaj prekin unazat lumbale dhe në fund prekin gjithë shtyllën kurrizore.

Pasqyra klinike.

Sëmundja në të shumtën e rasteve fillon gradualisht, me sulme të përkohshme dhimbjeje te kryqet e cila mund të përhapet drejt këmbëve. Me avancimin e sëmundjes dhimbjet paraqiten edhe te segmentet e larta të shtyllës kurrizore, ulet lëvizshmëria e shtyllës kurrizore, lordoza lumbale funksionale bëhet e rrafshët ndërsa përthyerja torakale e shtyllës kurrizore rritet. Ka edhe atrofi të muskulaturës së trupit. Zgjerimi i kafazit të kraharrorit kufizohet për shkak të prekjës së nyjave kostovertebrale. Mund të preket edhe nervi shiatik.

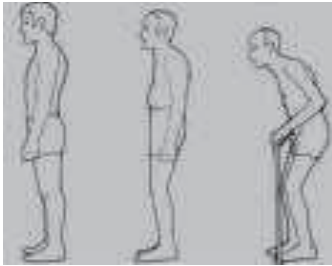


Figura 8. Avancimi i sëmundjes tek i sëmurit me spondilit ankilozant (zmadhim i përthyerjes së pjesës torakale të shtyllës kurrizore).



Figura 9. Pacient me spondilit ankilozant

Te rastet e avancuara shtylla kurrizore fiksohet dhe lëvizjet janë të kufizuara në të gjitha drejtimet. Rrjedhja e sëmundjes karakterizohet me periudha qetësimi (remisione) dhe përkeqësimi (ekzacerbimi).

Provat laboratorike te spondiliti ankilozant tregojnë sedimentim të lartë të eritrociteve; mund të ketë leukocitozë dhe anemi; sëmundja vërtetohet edhe me gjetjen e antigjenit HLA-B27.

Mjekimi.

Mjekimi i spondilitit ankilozant bëhet në dy drejtime: ndërprerja e dhimbjes dhe spazmave të muskulaturës, pra mjekimi i përndezyes, si dhe ruajtja e kapacitetit funksional të sistemit lokomotor.

Në fazën e aktivitetit të lartë të sëmundjes aplikohet terapi antiinflamatore, ndërsa në fazën e remisionit aplikohet terapi funksionale.

Masat e përgjithshme. Ambienti jetësor i të sëmurit duhet të jetë i thatë, i ngrohtë dhe me diell. Shtroja e të sëmurit duhet të jetë e rrafshët, me jastëk të vogël apo pa jastëk, karrigia duhet të ketë mbështetëse të lartë. Pesha e trupit duhet të jetë në kufijtë e ideale. I sëmurit duhet të bëjë pushime të gjata si ditën ashtu edhe natën; duhet të shmangen punët e rënda fizike si dhe përkulja e shtyllës kurrizore.

Terapia medikamentoze. Nga mjetet farmakoterapike përdoren salicilatet, antiinflamatorët josteroidal dhe kortikosteroidet. Qëllimi i përdorimit të tyre është zvogëlimi ose shmangia e dhimbjes, e ngurtësisë dhe e përndezyes.

Terapia funksionale - përfshin kineziterapinë (në terren të thatë ose në ujë), terapi fizikale dhe balneoterapi. Kjo formë terapie duhet të programohet për çdo pacient veçmas.

Inkuadrimi në programin e kineziterapisë duhet të jetë gradual dhe i planifikuar. Muskulatura hipertoniqe duhet të arrijë shkallën më të lartë të relaksimit. Qëllimi i gjimnastikës mjekësore është ruajtja e lëvizshmërisë së shtyllës kurrizore, ruajtja e funksionit të kraharorit, përmirësimi i mbajtjes të trupit dhe ruajtja e funksionit të nyjave.

Ushtrimet, varësisht nga qëllimi i tyre, mund të ndahen në disa grupe:

1. Ushtrime për frymëmarrje;
2. Ushtrime për forcimin e muskujve ektenzorë të trungut dhe gjymtyrëve;
3. Ushtrime për mobilizimin e shtyllës kurrizore;
4. Ushtrime për tërheqjen e muskujve të shkurtuar;
5. Ushtrime për forcimin e muskujve të abdomenit;
6. Ushtrime të përgjithshme për kondicion.

Terapia fizikale. Kjo ka një përdorim shumë të gjerë. Më shpesh përdoret termoterapia (diatermi me valë të shkurtra dhe mikro të shkurta, llambat soluks, rrezatim infra të kuq), rryma diadinamike, masazh manual dhe nënujor, ultrazë, elektroforeza, rrymat interferente, magnetoterapia, TENS. Me të gjitha këto procedura arrihet hiperemi dhe analgjezi, rritje e qarkullimit të gjakut, përmirësim i metabolizmit lokal dhe zbutje apo eliminim i dhimbjes.

Terapia e punës ka poashtu aplikim të gjerë. Mund të urdhërohet mbajtja e miderëve ose mjete tjera ndihmëse ortopedike.

Mjekimi operativ urdhërohet te rastet e rënda ku ka dëmtim të kapacitetit funksional.

Pyetje:

1. Fenomeni i kërcellit të bambusit në rëntgenogram është karakteristik për:
 - a. Spondilitin ankilozant,
 - b. Artritin reumatoid,
 - c. Artritin psoriatik,
 - d. Artrozën e këllkut (koksartroza).
2. Pse janë të nevojshme të kryhen ushtrimet për frymëmarrje te të sëmurët me spondilit ankilizant?
3. Cilat procedura fizikale mund të aplikohen tek i sëmuri me spondilit ankilizant në fazë të tërheqjes?

Z

Qëllimet e mjekimit të spondilitit ankilizant:

- të shkurtohet kohëzgjatja e fazës aktive (faza e përkeqësimit - ekzacerbimit) të sëmundjes dhe të kontrollohet përndezja,
- të pengohet dëmtimi i nyjave,
- të ulet dhe të mëlcohet dhimbja,
- të ruhet lëvizshmëria maksimale e shtyllës kurrizore,
- të zvogëlohet dhimbja dhe përndezja.

Në fazën e përkeqësimit dhe dhimbjeve të mëdha që janë pasojë e aktivitetit përndezës te nyjat sakroiliakale dhe ato vertebrale, duhet të kryhet aktivitet fizik, pra duhet të nisët programi i kineziterapisë. Ushtrimet terapeutike kryhen për të parandaluar kontrakturat (te nyjat koksofemorale), për forcimin e muskulaturës paravertebrale dhe për ruajtjen e kapacitetit të frymëmarrjes. Pas një aktiviteti të tillë, kërkohet një pushim më i gjatë, pra 10-12 orë brenda 24-orësh. Është mirë që pushimi (raporti mes aktivitetit fizik dhe pushimit) të caktohet individualisht. Shtroja duhet të jetë e fortë ndërsa pacienti duhet të rrijë shtrirë në shpinë. Nëse dhimbjet nuk lejojnë qëndrim në shpinë, lejohet edhe shtrirja barkas, por ndalohet shtrirja anash.

Në fazën e tërheqjes së sëmundjes, programi i kineziterapisë mund të përdoret më lirshëm, ndërkaq qëllimet ngelen të njëjta:

- forcimi i muskulaturës paravertebrale,
- përmirësimi i funksionit të organeve të frymëmarrjes,
- parandalimi i kontrakturës së nyjave koksofemorale.

Pushimi nuk duhet të jetë më i vogël se 8 deri në 10 orë.

Kineziterapia duhet të jetë një nga procedurat themelore terapeutike gjatë mjekimit të spondilitit ankilozant. I sëmuri duhet të këshillohet që:

- të rrijë drejt kur rri në këmbë, kur ecë ose kur rri ulur;
- të ulet vetëm në ulëse të forta;
- shtroja të jetë e fortë dhe të mos përdorë jastëk;
- të shmangë çdo lloj përkuljeje përpara të trupit dhe të mos ngrejë sende në pozitën e përkulur;
- kineziterapia duhet të jetë një proces i vazhdueshëm (të ushtrohet çdo ditë).

Prej mjeteve ortopedike ndihmëse shpeshherë përdoren miderë për uljen e ngarkesës së trupit dhe breza për korrigjimin e kifoze.

Aktivitete për nxënësin:



Figura 10. Spondiliti ankilozant

- Përshkruaji ndryshimet që i sheh te pacienti me spondilit ankilozant në fig. 10!
- Demonstroji ushtrimet për forcimin e muskujve ekstensorë të trungut dhe të gjymtyrëve të spondiliti ankilozant!
- Demonstroji ushtrimet për frymëmarrje te pacientët me spondilit ankilozat!

1.2.4. ARTRITI PSORIATIK (*Arthritis psoriatica*)

O Artriti psoriatik karakterizohet me obligo - apo poliartrite asimetrike, ënjtje në formë të salsiçeve, devijim i shtrembër i gishtërinjve, mungesë të faktorit reumatoid dhe gjëndrave nënlëkurore, ndryshime shkatërruese të eshtrave të pëllëmbës dhe shputës, prekje e nyjave sakroiliakale, spondilit si ndryshime psoriatike të lëkurës dhe thonjve.

Etiologjia.

Etiologjia e sëmundjes nuk dihet. Sipas të dhënave statistikore gratë dhe burrat preken pothuajse njëllor si nga psoriaza ashtu edhe nga artriti psoriatik. Sëmundja zakonisht shfaqet mes moshës 20 dhe 40 vjeç. Literatura flet për raste kur nga kjo sëmundje janë prekur edhe fëmijë.

Pasqyra klinike.

Artriti psoriatik shpeshherë fillon me prekjen e nyjave proksimale dhe distale të nyjave ndërfaqeale, ndonëse mund të prek çdo një tjetër. Forma klinike mund të jetë nga e lehta tek e rënda.

Ka disa lloje të artritit psoriatik varësisht nga ndryshimet brenda nyjave:

1. **Artrit psoriatik klasik** - në fillim preken nyjat ndërfaqeale proksimale; thonjtë janë pothuajse gjithmonë të prekur;
2. **Monoartrit ose poliartrit** – më shpesh i lokalizuar te nyjat proksimale dhe distale ndërfaqeale dhe te nyjat metakarpofalangeale. Është pothuajse gjithmonë asimetrik. Nga të gjitha format e artritit ky është më i shpeshti (70%);
3. **Arthritis mutilans**- karakterizohet me osteolizë të rëndë të falangave, eshtrave metakarpalë dhe metatarsalë që shpie te shkurtimi i gishtërinjve dhe rrudhja e lëkurës;
4. **Artrit psoriatik** me përfshirje simetrike të nyjave, shfaqet te 15 % e të sëmurëve. Klinikisht nuk dallon nga artriti reumatoid. Te kjo formë ka dëmtime të vogla të funksionalitetit të nyjave. Mund të ketë deformitete të ngjashme me ato te artriti reumatoid, por mund të ndodhë që sëmundja të tërhiqet plotësisht;

5. **Artrit urik** – shfaqet te 5-10 % e të sëmurëve me psoriazë, me prekjen e një apo më shumë nyjave;
6. **Sacroiliteitis dhe Spondylitis** shfaqet te 25-30% e të sëmurëve.

Tek artriti psoriatik, përveç prekjes së nyjave ka edhe ndryshime të lëkurës, por edhe ndryshime të thonjve, entenzite, pamjaftueshmëri e aortës etj.



Figura 11.
Pamja e pëllëmbëve tek i sëmuri me artrit psoriatik



Figura 12.
Rëntgenogrami tek i sëmuri me artrit psoriatik

Të sëmurët me artrit psoriatik kanë sedimentim të shpejtë të eritrociteve, anemi, leukocitozë, por pa faktorë reumatoid në serum.

Te rëntgenogrami i të sëmurit me artrit psoriatik shihet mprehja karakteristike e falangave si dhe të eshrave metakarpale dhe metatarsale.

Mjekimi.

Mjekimi bëhet me terapi medikamentoze (kripëra të arit dhe preparate imunosupresive, kortikosteroide, antiinflamaotorë josteroidal), terapi funksionale dhe operative.

Terapia funksionale zë një vend shumë të rëndësishëm. Ajo aplikohet bashkë me terapinë medikamentoze, ndonëse është më e pranishme gjatë fazës së tërheqjes së sëmundjes. Varësisht nga shkalla e sëmundjes zbatohen ushtrime statike dhe dinamike. Prej agjentëve fizikë kombinohen rrezet infra të kuqe me ato ultravjollcë. Rrezet ultravjollcë veprojnë në shenjat e lëkurës, ndërsa ato infra të kuqe në shenjat e nyjave. Të dobishme janë edhe aplikimi i ultrazërit në ujë si dhe gjimnastika e nyjave të prekura. Parafina, akulli dhe peloidoterapia nuk i përkeqësojnë ndryshimet lëkurore. Balneoterapia, sidomos ujërat termale me sulfur, ndikojnë pozitivisht në qetësimin e simptomave, si të atyre të lëkurës ashtu edhe të nyjave.

Në shumicën e rasteve sëmundja ka rrjedhë të moderuar, kurse funksioni i sistemit lokomotor ruhet mirë.

Pyetje:

1. Cilat nyja preken të parat te artriti psoriatic?
2. Numëroji llojet e artritet psoriatic që shfaqen varësisht nga ndryshimet e nyjave!
3. Në cilën fazë të sëmundjes niset zbatimi i terapisë fizikale?
4. Cilët agjentë fizikanë mund të aplikohen tek artriti psoriatic?

Përveç formës shkatërruese, artriti psoriatic mund të ketë rrjedhë të mirë (beninje). Sëmundja shfaqet gradualisht, rrallëherë me formë akute.

Artritët mund të jenë monoartikulare (preket vetëm një nyjë), por më shpesh oligoartikulare, fillimisht te nyjat ndërfaqe distale. Krahasuar me artritin reumatoid, tek artriti psoriatic dhimbja, deformitetet dhe prishja e funksionit janë më pak të shprehura.



Nëse shenjat e sëmundjes një kohë të gjatë kufizohen vetëm te nyjat e vogla, prognoza e sëmundjes është shumë e mirë. Në shumë raste sëmundja ka rrjedhë të moderuar, ndërsa funksioni i sistemit lokomotor nuk dëmtohet shumë.

Përveç manifestimeve te nyjat tek artriti psoriatic, manifestohen edhe shenja në lëkurë. Ato manifestohen si ndryshime të vogla, pothuajse të padukshme, gjer te ndryshime eksfoliative të mëdha. Këto ndryshime shfaqen në zonën e nyjave të mëdha (zakonisht në anën ekstensore), te pjesët me qime, rreth anusit, nën sqetulla dhe në vende tjera. Megjithatë më shpesh shfaqen te shpina, në kraharor dhe në pjesën e parme të gjunjëve dhe bërrylave. Ndryshimet te thonjtë paraqiten tek rreth 80% të rasteve: ndryshime në formë të gropave të vogla, ose dëmtim i plotë i kutikulës së thonjve.

Për mjekimin e artritit psoriatik përdoret terapi medikamentoze, funksionale dhe operative.

Përveç asaj zbatohen edhe masa të përgjithshme. Në fazën e përkeqësimit i sëmuri duhet të pushojë dhe të bëjë pozicionimin e duhur të nyjave në pozitën funksionale. I sëmuri duhet të njihet me natyrën e sëmundjes, duhet të shmangët reaksioni psikik reaktiv dhe faktorët që e përkeqësojnë sëmundjen.

Tashmë është vërejtur efekti i volitshëm i aktinoterapisë, rrezitjes, sidomos në det. Ka raste kur pas larjes dhe rrezitjes në det, edhe format më të rënda të tërhiqen plotësisht pas vetëm tetë ditësh. Pas largimit të shenjave të lëkurës qetësohen edhe shenjat e nyjave. Kjo është vënë re te të sëmurët që jetojnë në zona kontinentale. Megjithatë te të sëmurët që jetojnë pranë bregdetit në kohën kur i ekspozohen diellit më shumë, sidomos verës, mund të acarohet psoriaza dhe artriti psoriatik.

Aktivitete për nxënësin:

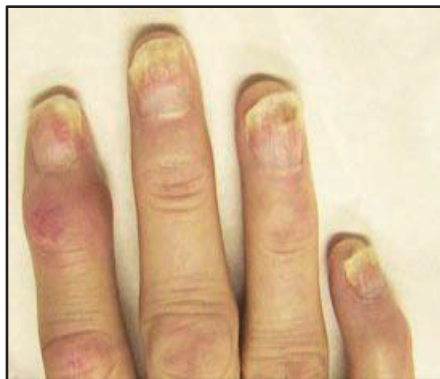


Figura 13.

- Përveç dëmtimit të nyjave interfalangeale distale, çfarë ndryshimesh tjera vërehen tek i sëmuri me artrit psoriatik në fig. 13?
- Përshkruaje teknikën e aplikimit të rrezeve infra të kuqe tek i sëmuri me artrit psoriatik!

1.2.5. LUPUSI ERITEMATOZ SISTEMIK *(Lupus erythematosus)*

O

Lupusi eritematoz sistemik është sëmundje e indit lidhor e cila ka manifestime të ndryshme klinike. Kjo sëmundje shfaqet gërnjëherësh dhe shpeshherë ka rrjedhë kronike, me faza përkeqësimi dhe përmirësimi. Anatomopatologjia e saj karakterizohet me degjenerim fibrinoid të indit lidhor, endokardit dhe glomerulonefrit, qeliza LE dhe antritrupta antibërthamë (antinuklearë) ANA.

Sëmundja është më e shpeshtë te gratë mes moshës 30-40 vjeç, dhe paraqitet te të gjitha racat dhe rajonet gjeografike njëlloj.

Etiologjia.

Shkaktari i sëmundjes është ende i panjohur. Ajo që është dëshmuar është se ndryshime të caktuara patologjike mund të krijojnë mekanizma imunologjik, p.sh. antritrupta, të cilët qarkullojnë në gjakun e të sëmurit; këtë e mbështet gjetja e antitruptave antibërthamorë në gjakun e të sëmurit me lupus.

Pasqyra klinike.

Sëmundja fillon me simptoma jokarakteristike dhe të paqarta duke prekur një organ, por më shpesh prek lëkurën dhe nyjat. Gati gjithë të sëmurët kanë manifestime te nyjat: ngurtësim në mëngjes dhe artralgi (dhimbje nyjash). Ka edhe artrit simetrik të nyjave, interfalangeale dhe metakarpofalangeale, nyjës së bërrylit, krahut dhe gjunjëve. Ndodhin deformitete të mesme me devijim ulnar, deformitete që kanë formën e “qafës së pulëbardhës”.

Manifestimet e lëkurës janë shumë të shpeshta te kjo sëmundje. Një shenjë klasike është skuqja në fytyrë që ka formën e fluturës. Ka ndryshime të lëkurës së trungut edhe gjymtyrëve. Skuqja mund të shkaktohet ose të aktivizohet nga rrezitja në diell.

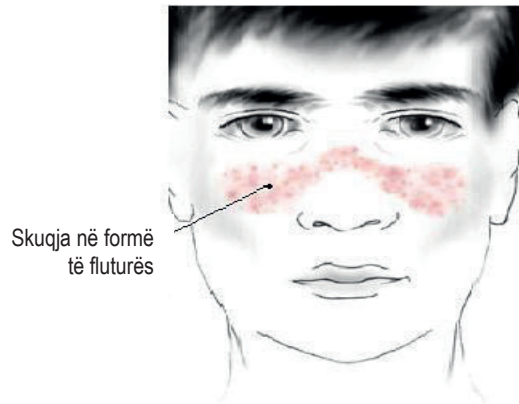


Figura 14. Skuqja në formë të fluturës

Sëmundja mund të prekë edhe zemrën (perikardit, miokardit dhe endokardit), veshkët (glomerulonefrit), mushkëritë (pleurit, pneumoni), si dhe sistemin nervor qendror, sistemin tretës, enët e gjakut, sytë etj

Analizat laboratorike flasin për anemi, sediment të lartë të eritrociteve në fazën akute, rritje të gamaglobulinave në gjak (sidomos IgG), antitrupta antibërthamorë (ANA) etj.

Mjekimi.

Sa u takon masave të përgjithshme, i sëmuri duhet të njihet me natyrën e sëmundjes, duhet rregullisht ta marrë terapinë, t'i shmanget rrezitjes në diell, rrezatimit radioaktiv dhe ngrohtësisë, ndërsa në fazën aktive t'i kufizohen lëvizjet e tepërta. Prej medikamenteve jepen anti-malarikë, antiinflamatorë josteroidal, kortikosteroide dhe citostatikë.

Sëmundja ka rrjedhë të rëndë; pothuajse 70% e të sëmurëve jetojnë më shumë se pesë vjet prej shfaqjes së saj, ndërsa 50 % më shumë se dhjetë vjet.

Pyetje:

1. Si manifestohet lupusi eritematoz sistemik?
2. Cilat janë mënyrat e shërimit të lupusit eritematoz?
3. Cilët agjentë fizikal janë kundërrindikacion te lupusi eritematoz?



Lupusi eritematoz është sëmundje e indit lidhor e cila prek shumë sisteme dhe ka një pasqyrë klinike polimorfe. Shkalla e sëmundjes varet nga prekja e organeve të brendshme, në radhë të parë të veshkëve, sistemit nervor, respirator dhe atij kardiovaskular. Terapia fizikale dhe rehabilitimi i këtyre të sëmurëve ndihmon terapinë medikamentoze, prandaj mjekimi i sëmundjes është në fakt një punë në ekip. Terapia funksionale ka qëllim të përmirësojë gjendjen e përgjithshme dhe kondicionin e të sëmurit, por aplikimi i saj varet nga stadi i sëmundjes dhe indet e prekura.

I sëmuri duhet që në fillim të njihet me natyrën e sëmundjes dhe me qëllimet e terapisë fizikale dhe rehabilitimit, ngaqë bashkëpunimi me të sëmurin ka një rëndësi shumë të madhe.

Kineziterapia synon forcimin e muskulaturës dhe parandalimin e kontrakturave.

Në fazën akute të sëmundjes, nëse janë të prekura nyjat, bëhet kombinimi i kineziterapisë dhe pushimit. Pozita e drejtë e nyjave gjatë pushimit arrihet duke shmangur ngarkimin dhe duke aplikuar longeta edhe gjatë shtrirjes në krevat. Longetat vihen gjatë natës për të mos lejuar nyja të ngelet në pozitë të pavolitshme; gjatë ditës dhe aktivitetit fizik longetat hiqen. Pushimi dhe pozicionimi synojnë të zbusin inflamacionin dhe të ndalojnë kontrakturat.

Te lupusi eritematoz kundërrindikohet aplikimi i rrezeve ultravjollcë, rrezitja si dhe laseroterapia.

Aktivitete për nxënësit:

- A duhet të kryhet program i sforcuar kineziterapeutik te të sëmurët me lupus në fazën aktive të sëmundjes?
- Përshkruaj pasqyrën klinike tek i sëmuri me lupus me manifestime të nyjave!

1.3. SËMUNDJET REUMATIKE DEGJENERATIVE

D

Artroza është sëmundje që prek nyjat e trupit të njeriut, pra nyjat e shtyllës kurrizore (kostovertebrale dhe diskun ndërvertebral) si dhe nyjat e gjymtyrëve.

Shkaqet e artrozave nuk janë tërësisht të njohura. Megjithatë ato ndahen në parësore dhe dytësore.

Tek **artrozat parësore** nuk dihet faktori etiologjik, por dihen disa faktorë që kanë rol të caktuar p.sh. mosha, gjinia, hormonet, trashëgimia, kushtet klimaterike dhe ushqimi.

Artrozat dytësore shkaktohen nga ndikimi i disa faktorëve të njohur mbi nyjat: traumat, thyerjet, displazitë, subluksimet dhe luksimit. Artrozat mund të provokohen nga sëmundje inflamto-re të mëparshme të nyjës (tek artriti reumatoid, artriti infektiv apo urik), por edhe nga dobësimi i indeve të buta përreth apo ligamenteve që janë në afërsi të nyjave.

Ndryshimet degjenerative së pari shfaqen te kërcë e nyjës, dhe pastaj tek eshtrat dhe indet e buta përreth. Kërcës i zvogëlohet sasia e sulfatit të hidroitinës, ndërsa i rritet sasia e ujit. Fillon procesi i degjenerimit mukoi dhe prishjea e kërcës. Procesi i nisur i degjenerimit është arsyeja e humbjes së elasticitetit të kërcës, që nën veprimin e forcave mekanike gjatë lëvizjes shpie në shfaqjen e fisurave dhe rrjepjeve të shtresave sipërfaqësore. Në ndikim të faktorëve mekanikë dhe atyre kimik degjenerimi i kërcës vazhdon edhe në shtresat e thella, prandaj shfaqen erozione dhe fisura. Ashti subkondral reagon me sklerozë dhe krijimin e zgjatimeve ashtërore, osteofite dhe humbjen e sipërfaqeve të rrafshëta të trupave nyjtuese; krijohen shumë cista, ndërsa më kalimin e kohës shfaqet osteoporozja dhe ngushtimi i hapësirës së nyjës.

Jo të gjithë të sëmurët me shenja rëntgenologjike artroze kanë shenja klinike të sëmundjes, madje shenja kanë vetëm një e katërta e të sëmurëve. Pasqyra klinike e artrozës parësore dhe dytësore është e njëjtë.

Shenja klinike paraqiten tek një ose tek disa nyja. Në shenjat klinike bëjnë pjesë; lodhja, dhimbja ngurtësimi, deformitete dhe dëmtim i funksionit të nyjës.

Për diagnozë rëntgenologjike të artrozës më të rëndësishme janë shenjat e ndryshimeve strukturore të ashtit subkondral apo ngushtimi i hapësirës së nyjës, ose të dyja bashkë, si dhe gjetja e osteofiteve në rëntgenogram.

Mjekimi i sëmundjeve degjenerative përfshin masa të përgjithshme, terapinë funksionale, medikamentoze, edukimin e të sëmurëve dhe mjekimin kirurgjik.

Pyetje:

1. Cilat janë dallimet mes sëmundjeve reumatike degjenerative dhe atyre inflamatore?
2. Si ndahen sëmundjet reumatike degjenerative në raport me faktorin etiologjik?
3. Ç'përmbledh trajtimi i sëmundjeve reumatike degjenerative?

1.3.1. SËMUNDJET DEGJENERATIVE TË NYJAVE

1.3.1.1. ARTROZA E KËLLKUT (Coxarthrosis)

O

Artroza e këllkut është shumë e shpeshtë. Më shpesh shfaqet mes moshës 50 dhe 60 vjeç dhe më shumë te gratë se te burrat.

Pasqyra klinike.

Artroza e këllkut manifestohet klinikisht me dhimbje dhe funksion të ndryshuar të këllkut. Pacientët lodhen shpejt, ndërsa në stadet e mëvonshme fillojnë të çalojnë gjatë ecjes. Avancimi gradual i sëmundjes sjell kontraktura dhe palëvizshmërinë e të sëmurëve. Është e pranishme kontraktura në aduksion dhe rrotullim i jashtëm i këllkut, ndërsa po të korrigohet pozita e këmbës shfaqen dhimbje të mëdha. Nyja e këllkut fiksohet gjithnjë e më shumë dhe i sëmuri çalon gjatë ecjes. Bashkë me kontrakturën në aduksion paraqitet edhe kontraktura fleksore, këmba ngjan të jetë më e shkurtër dhe i sëmuri çalon. Përveç fleksionit, të gjitha lëvizjet e këllkut janë të kufizuara.

Mjekimi.

Mjekimi përfshin masa të përgjithshme, mjekim medikamentoz, procedura rehabilitimi dhe ndërhyrje kirurgjike.

Zvogëlimi i peshës trupore është e nevojshme për shkak se e zvogëlon ngarkesën e nyjës dhe me të i zbut dhimbjet.

Nëse ndodh shkurtimi i këmbës duhet të urdhërohen këpucë ortopedike që të nivelohen të dyja këmbët.

Dhimbja qetësohet me analgjetikë, dhe antiinflamatorë josteroidal.

Prej agentëve fizikal përdoret diatermia me valë të shkurtra e cila shkakton hiperemi.

Përdoret edhe hidroterapia dhe masazhi nënujor, elektroterapia (rrymat diadinamike, rrymat interferente), që e zvogëlon dhimbjen, rrit lëvizshmërinë e nyjës, forcon muskulaturën dhe korrigjon mbajtjen e gjymtyrës dhe të trupit.

Kineziterapia luan rol të rëndësishëm, sidomos ushtrimet shkarkuese gjatë periudhës para dhe pas operacionit.

Qëllimet e kineziterapisë janë:

- rritja e lëvizshmërisë së nyjës,
- forcimi i muskulaturës së prekur (atrofia, hipotrofia),
- forcimi i grupeve të tjera muskulore të cila mund të preken tërthorazi nga sëmundja,
- përmirësimi i qarkullimit lokal,
- korrigjimi i shmangieve (devijimeve kineziologjike) të nyjës së prekur,
- rikthimi i lëvizjeve.

Për këtë qëllim dhe varësisht nga pasqyra klinike e sëmundjes, jepen ushtrime pasive të ndihmuara, ushtrime aktive dhe ushtrime aktive kundër rezistencës.

Kineziterapia nuk e largon shkaktarin e sëmundjes por ndihmon shmangien e pasojave të saj: kontrakturat, atrofitë muskulore, keqmbajtjen e trupit dhe ruajtjen e lëvizshmërisë funksionale të nyjës së këllkut.

Nëse edhe pas trajtimit medikamentoz dhe fizikal nuk përmirësohet gjendja, atëherë i çilet rruga trajtimit operativ: artrodeza, artroplastika, osteotomia dhe aloartroplastika.

Pyetje:

1. Çfarë kontrakture mund të zhvillohet te nyja e këllkut që ka artrozë?
2. Cilët agjentë fizikal përdoren në terapinë e koksartrozës?
3. Cilat janë qëllimet e kineziterapisë në procesin e mjekimit të koksartrozës?

Z

Koksartroza është sëmundje deformuese e nyjës së këllkut me etiologji të ndryshme me ç'rast paraqiten ndryshime të strukturave kërcore dhe eshtërore, me prishje të funksionit të nyjës dhe kontraktura të dhimbshme.

Arthroza e këllkut mund të jetë parësore dhe dytësore. Arthroza parësore ndodh për arsye të panjohura, më shpesh te më të moshuarit. Arthroza dytësore është pasojë e sëmundjeve në fëmijëri apo rini, si p.sh. Luksimi i lindur i këllkut, sëmundja e Pertesit, pastaj dislokime të fituara të këllkut si pasojë e frakturave, artriti reumatoid dhe sëmundje tjera.

Arthroza e këllkut mund të jetë manifestim i izoluar i ndryshimeve degjenerative të nyjave ose të shfaqet njëkohësisht me artrozën e nyjave tjera.

Shenja themelore dhe kryesore e koksartrozës është dhimbja dhe çalimi. Në fillim i sëmundjes ndjen lodhje dhe dhimbje, sidomos pas një aktiviteti të madh. Këto simptoma mund të zgjasin me vite të tëra. Simptomat largohen kur i sëmunduri pushon, por shfaqen prapë pas aktiviteti fizik. I sëmunduri ankohet për ngurtësim dhe dhimbje të madhe të këllkut, e të cilat largohet pas lëvizjes së tij. Dhimbja shfaqet pas një ecjeje të gjatë, dhe më rrallë ajo mund të shfaqet edhe duke pushuar, madje ta zgjojë atë nga gjumi. Krevati i ngrohtë dhe relaksimi i muskulaturës mund të përkeqësojnë dhimbjen nëse i sëmunduri bën lëvizje të papritura. Dhimbja e këllkut zgjerohet në më shumë pjesë të trupit: te kryqet, te rajoni glueteal, inguinal, te kofsha dhe te gjuri.

Tek acetabuli dhe koka e femurit shfaqet skleroza subkondrale, dhe më vonë ngushtimi i hapësirës nyjëtuese me cista subkondrale dhe osteofite te tehet e trupave nyjëtuese.

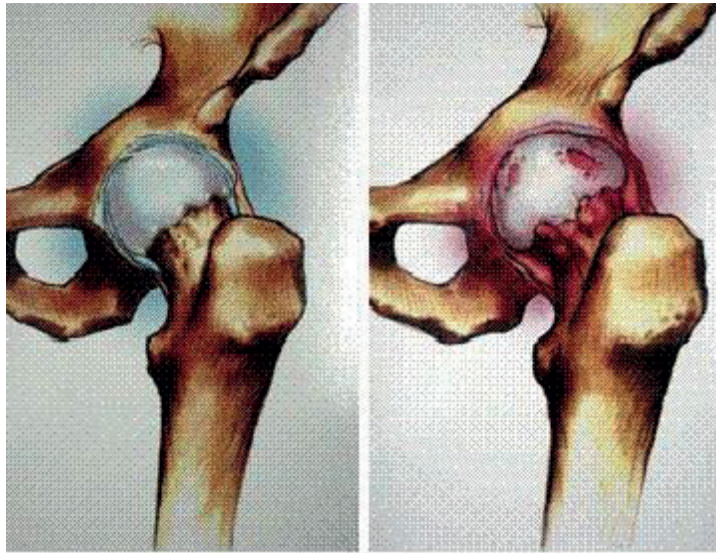


Figura 15. Nyja normale dhe nyja me koksartrozë

Aktivite për nxënësit:

- Çfarë kontrakture kemi te nyja e të sëmurit me koksartrozë?
- Cilat lëvizje të nyjës janë të kufizuara për shkak të kontrakturës?
- Përshkruaji ushtrimet për zmadhimin e shkallës së lëvizjeve tek i sëmuri me artrozë të këllkut!
- Përshkruaje teknikën e aplikimit të rrymës diadinamike tek i sëmuri me koksartrozë!

1.3.1.2. ARTROZA E GJURIT (Gonarthrosis)

O

Gjuri preket shpesh nga artroza. Gjuri është një nga nyjat më të ngarkuara sipërfaqja nyjetuese e të cilit dëmtohet shpesh. Artroza patelofemorale është shumë e shpeshtë edhe te të rinjtë.

Pasqyra klinike

Dhimbja që është shenja e parë e gonartrozës, fillon ngadalë, në fillim është më e madhe pas periudhës së pushimit, ndërsa pas lëvizjes largohet. Lëvizje të caktuara të nyjës mund të jenë shumë të dhimbshme, p.sh. ngjitja ose zbritja e shpeshtë e shkallëve ose ngritja në këmbë nga pozita ulur.

E ashtuquajtura bllokadë e nyjës është e rrallë tek artrozat, kurse ndodh pas shkëputjes së osteofiteve ose copëzave të membranës sinoviale të cilat vendosen mes femurit dhe tibusë.

Shenjat e artrozës janë të ndryshme dhe të ndryshueshme. Në fazën e hershme paraqiten të ashtuquajturat shenja të vogla: lodhja, dhimbja; nëse sëmundja avancohet, dhimbjet bëhen më të forta, ndonjëherë ka edhe hipotoni, hipotrofi apo atrofi të muskulit m. quadriceps femori, e cila është pasojë e dhimbjes dhe mungesës së aktivitetit. Të kufizuara janë si mbledhja ashtu edhe zgjatja e gjurit, dhe për këtë arsye mund të krijohet kontrakturë fleksore



Figura 16. Balotmani i patelës

Te nyja zakonisht nuk zhvillohet efuzion, por edhe nëse zhvillohet, ai vërtetohet thjesht me shtypje të lehtë mbi patellën gjatë së cilës ajo baloton (balotman pozitiv i patelës).

Krepitacione (kërcëllitje) ka qysh në fazën e hershme të artrozës dhe vërtetohen lehtësisht me lëvizje aktive dhe pasive dhe palpim, ndërsa në fazat e mëvonshme mund edhe të dëgjohen.

Ndryshimet degjenerative shpeshherë shfaqen te njëra anë dhe në mënyrë dytësore mundësojnë shfaqjen e deformiteteve - genu varus ose genu valgus.

Në anën e mesme të nyjës së gjurit si rezultat i akumulimit të dhjavit, krijohen jastëkë elastikë të cilët i japin nyjës një pamje të trashur dhe të rrumbullakët - lipoarthritis genus.

Mjekimi i gonartrozës bëhet duke aplikuar masa të përgjithshme, terapi fizikale, medikamentoze dhe kirurgjike.

Të sëmurit i rekomandohet ulja e peshës. Prej agentëve fizikal aplikohen diatermia me valë të shkurtra, fototerapia, ultrazëri, rrymat diadinamike, kompresat me parafinë etj.



Figura 17. Diatermia me valë të shkurtra

Diatermia me valë të shkurtra ka efekt pozitiv te gonartroza.

Në qoftë se ka hipotoni, hipotrofi ose atrofi të muskujve urdhërohen ushtrime dinamike të m. quadriceps femoris.

Ushtrimet e rrisin lëvizshmërinë e nyjës, forcojnë muskulaturën përreth dhe përmirësojnë qarkullimin lokal të gjakut. Ushtrimet mund të bëhen me pantallona të shkurtra ose me veshje të rehatshme.

Në kuadër të terapisë medikamentoze jepen antiinflamatorë josteroidal të cilët kanë efekt antiinflamator dhe analgjetik.

Nëse edhe përkundër masave të përgjithshme, terapisë fizikale dhe asaj medikamentoze nuk përmirësohet gjendja klinike, urdhërohet ndërhyrje kirurgjike- artrodeza, osteotomia ose aloartroplastika.

Pyetje:

1. Cilat janë shenjat klinike të gonartrozës?
2. Çfarë deformitetesh mund të sjellin ndryshimet degjenerative të gjurit?
3. Cilët agentë fizikal përdoren në terpinë e gonartrozës?
4. Cili është qëllimi i programit kineziterapeutik tek i sëmurit me gonartrozë?



Ndryshimet degjenerative të nyjave, përfshirë gjurin, praktikisht fillojnë rreth moshës tridhjetëvjeçare. Supozohet se në dekadën e shtatë të jetës praktikisht 100% e popullatës ka ndryshime degjenerative te nyjat ose te shtylla kurrizore, ndonëse vetëm një numër i caktuar i tyre kanë manifestime klinike.

Etiologjikisht artroza mund të jetë parësore dhe dytësore.

Artrozat parësore nuk kanë etiologji të qartë.

Artrozat dytësore mund të shkaktohen nga:

- lëndimet,
- ngarkesa e vazhdueshme,
- pozita e gabuar,
- trashësia,
- përndevoja e nyjës.

Shenjat klinike të gonartrozës janë:

- dhimbja e nyjës,
- ndjenja e lodhjes,
- deformiteti i gjurit dhe trashja e strukturave përreth tij.

Analizat laboratorike tek artroza janë pothuajse normale.

Në rëntgen vërehen osteofitet te tehet, ngushtim i hapësirës së nyjës, sklerozë subkondrale me ndryshime cistike si dhe shenja të qarta të osteoporozës.

Përveç terapisë me medikamente, për mjekimin e gonartrozës përdoren edhe agjentë fizikal (elektroterapi, termoterapi) si dhe kinezi dhe hidrokineziterapi. Mjedisi uxor ofron kushte optimale për rikthimin e dinamikës dhe statikës së nyjës së gjunjët. Lehtësimi i lëvizjeve dhe zbutja e dhimbjes mundësojnë kryerjen e programit të ushtrimeve, qëllimi i të cilëve është forcimi i muskujve.



Figura 18. Aplikimi i ultrazërit tek i sëmuri me gonartrozë

Aktivitetet për nxënësin:

- Vëzhgoje me kujdes një pacient me gonartrozë! Përshkruaji ndryshimet që vërehen te gjuri!
- Demonstrato si kryhen ushtrimet statike dhe dinamike për m. quadriceps femori!
- Kryeje procedurën e aplikimit të ultrazërit tek i sëmuri me gonartrozë!

1.3.1.3. ARTROZA E PËLLËMBËS (*Arthrosis manus*)

D **Artroza e pëllëmbës** dallohet nga artriti reumatoid. Më shpesh preken nyjat ndërfalangeale distale.

Osteofitet e tehut te baza e nyjave ndërfalangeale të gishtave njihen me emrin gjëndrat e Heberdenit. Ato shfaqen te gishti tregues dhe ai i mesëm, më shpesh në formë të një ënjtjeje lokale që qëndron me muaj të tërë. Gjëndrat shkaktojnë mënjanim e nyjës, deformitete dhe ndryshimin e pamjes së gishtave. Ka raste kur gjëndrat e Heberdenit shfaqen menjëherë dhe shoqërohen me dhimbje, nxehtësi dhe skuqje.

Ndryshimet degjenerative mund të shfaqen edhe te nyjat ndërfalangeale proksimale dhe atëherë i quajmë gjëndrat e Bushardit.

Artroza e pëllëmbëve shpesh shfaqet edhe te nyja karpometakarpale e gishtit të madh.

Klinikisht, manifestohet me dhimbje, ngurtësim dhe ënjtje, pra me trashje dhe zvogëlim të forcës dhe shtrëngimit të nyjës.

Mjekimi përfshin shkarkimin e nyjës, mobilizimin eventual, analgjetikë, antiinflamatorë josteroidal, terapi fizikale (elektroterapi, termoterapi, fototerapi, sonoterapi, hidroterapi), kineziterapi, ndërsa në raste të rralla urdhërohet ndërhyrje kirurgjike (artrodezë) që të largohet dhimbja dhe të përmirësohet funksioni i nyjës.

Pyetje:

1. Ku dallohen artroza e pëllëmbës dhe artriti reumatoid?
2. Si manifestohet klinikisht artroza e pëllëmbëve?
3. Cilët agjentë fizikal përdoren për mjekimin e artrozës së pëllëmbës dhe cili është qëllimi i tyre?

Z

Tek artroza e pëllëmbës më shpesh preken nyjat ndërfaangeale distale të cilat shfaqen të ashtuquajturat gjëndra të Heberdenit. Me hetimin në rëntgen të këtyre gjëndrave shihen osteofite tehu, si tek artrozat e nyjave tjera. Ndryshime të njëjta mund të shfaqen edhe te nyjat ndërfaangeale proksimale (gjëndrat e Bushardit).

Artroza e pëllëmbëve paraqitet edhe te nyja karpometakarpale e gishtit të madh (Rhizarthrosis).

Lëndimet e vogla të përsëritura janë arsye e shpeshtë e kësaj artroze. Kjo më shpesh prek amviset dhe rrobaqepësit.

Klinikisht manifestohet me dhimbje, ngurtësim dhe ënjtje të nyjës, pra me trashje dhe zvogëlimin e forcës shtrënguese të pëllëmbës.

Gjatë lëvizjeve pasive dhe aktive të nyjës dëgjohen krepitacione (kërcëllitje). Lëvizjet janë të dhimbshme dhe të kufizuara.

Mjekimi përfshin shkarkimin e gishtit të madh dhe mobilizim eventual. Aplikimi i procedurave fizikale (elektroterapia, fototerapia, termoterapia) i zbut dhimbjet dhe përmirëson funksionin e pëllëmbës. Aplikohet edhe ultrazëri (metoda nënujore /subakuale ose metoda e drejtpërdrejtë).

Kineziterapia është e nevojshme që të përmirësohet funksioni i nyjës së prekur dhe të forcohen muskujt e pëllëmbës. Kineziterapia kryhet në fazën e tërheqjes së sëmundjes. Më të rralla janë rastet kur kërkohet ndërhyrje kirurgjike që të largohet dhimbja dhe të përmirësohet funksioni i nyjës.

Aktivitete për nxënësin:

- Te cilat nyja më shpesh paraqiten ndryshimet degjenerative të pëllëmbës?
- Çfarë përfshin mjekimi i të sëmurëve me artrozë të pëllëmbës?
- Ç'program kineziterapeutik zbatohet tek i sëmuri me artrozë të pëllëmbëve? Demonstro ushtrimet që ruajnë lëvizshmërinë e nyjave të pëllëmbës!

1.3.2. SËMUNDJET DEGJENERATIVE TE SHTYLLËS KURRIZORE

1.3.2.1. SINDROMA CERVIKALE

O **Sindroma cervikale** është një tërësi simptomash dhe shenjash të cilat manifestohen si pasojë e ndryshimeve degjenerative të pjesës cervikale të shtyllës kurrizore, sëmundjeve ose lëndimeve tjera. Manifestimet e kësaj sindrome janë: dhimbje e qafës e cila rrezatohet poshtë krahut dhe pëllëmbës, në zonën afër zemrës (zona prekordiale), te shpatulla dhe zona oksipitale, por mund të paraqiten edhe shenja të acarimit dhe shtypjes të nervave spinal, enëve të gjakut si dhe pjesës cervikale të simpatikut.

Kjo pjesë e trupit anatomikisht ka shumë specifika por edhe elemente të veçanta si nga aspekti fiziologjik ashtu edhe nga ai kineziologjik.

- ❖ **Detyrë:** Përkujtohu për anatominë e unazave të qafës, nyjave unko-vertebrale dhe ndërvertebrale!

Pjesa cervikale e shtyllës kurrizore është jashtëzakonisht shumë e lëvizshme dhe e mban gjithë peshën e kokës e cila me anë të shqisave mbledh informacione nga ambienti rrethues. Momenti i forcës është shumë i rëndësishëm ngaqë pesha e kokës përbën 7% të peshës së trupit.

❖ **Detyrë:** Përkujtoji llozet e baraspeshës apo llozet e rendit të parë në trupin e njeriut!

Në fillim ndryshimet shfaqen te disqet ndërvertebrale dhe shkaktohen nga dëmtimi kronik, shpesh zhvillimi i tyre është i ngadalshëm dhe gradual. Dëmtimet akute të strukturës shkaktohen pas ndonjë lëndimi të fortë (lëvizje e menjëhershme e qafës në aksidentet rrugore ose përkulja vertikale e drejtpërdrejtë e qafës gjatë kërcimit nga platforma në ujë të cekët).

Ndryshimet kronike nuk e prekin vetëm diskun ndërvertebral por edhe nyjat tjera, indet e buta dhe strukturat ligamento-muskulore.

Çdo ndryshim shkakton zvogëlimin e diametrit të rrethit ndërvertebral, duke prekur funksionin e ndonjë nervi spinal dhe kjo manifestohet me simptomatologji të caktuar.

Pasqyra klinike.

Simptomat mund të manifestohen në zonën e ndryshimeve vertebrale dhe kjo quhet *sindromë vertebrale*, ndonëse ato mund të barten edhe në zona më të largëta, kur preken rrënjët e nervave sipas ose enët e gjakut. Në rastin e dytë kemi të bëjmë me *sindromën spondilogjene ose vertebrologjene*. Nëse shtypen strukturat nervore (palca kurrizore) kemi sindromën *kompressive*.

Sindroma cervikale manifestohet me simptoma lokale, dhimbje qafe me intensitet të ndryshëm. Dhimbja mund të zgjerohet te krahu dhe zona ndërmjet shpatullave; mund të ketë spazme të muskujve paravertebral si dhe lëvizje të kufizuara të qafës, sidomos retrofleskion i kufizuar.

Sindroma cervikobrakiale që shoqërohet me shtypjen e rrënjëve spinale të poshtme manifestohet me dhimbje dhe ndryshime të ndjeshmërisë që shfaqen në dermatozën përkatëse. Përveç kësaj mund të ketë edhe çrregullime të muskujve si p.sh. dobësimi i m. biceps ose m. triceps.

Te sindroma cervikale dhimbja prezantohet te pjesa e sipërme e qafës dhe në zonën oksipitale zgjerohet drejt veshëve, tëmthave, zbrazëtirës së syve, duke u shoqëruar edhe me marramendje, zhurmë te veshët dhe me çrregullime të të parit.

Mieolopatia cervikale ndodh kur dëmtohet palca kurrizore si pasojë e prolapsit të diskut ndërvertebral ose osteofiteve të mëdha të cilat futen në kanal spinal. Ka edhe manifestime ndijësore dhe muskulore me dobësim dhe hipotrofi muskulore dhe shuarjen e reflekse tetivo-muskulore.

Analizat laboratorike te sindroma cervikale me natyrë degjenerative janë zakonisht normale.

Diagnoza bëhet me rëntgen dhe tomografi kompjuterike.

Mjekimi është konservativ dhe operativ. Mjekimi konservativ bëhet me medikamente dhe terapi fizikale.

Terapia fizikale e **fazës akute** përfshin:

1. Pushim. Pushimi duhet të zgjasë deri në momentin kur do tërhiqen shenjat akute të sëmundjes. Duhet te kihet kujdes për llojin dhe formën jastëkut. I sëmuri që rri shtrirë në shpinë duhet të marrë pozitë me lordozë cervikale, ndërsa kur rri shtrirë anash - pozitë horizontale të shtyllës kurrizore; qëndrimi në stomak nuk lejohet;

2. Imobilizim. Gjatë imobilizimit mund të përdoret kravata e Shancit ose ajo e Tomasit;



Figura 19.



Figura 20.

Ortoza për imobilizim

3. Masazh i lehtë manual.

Terapia fizikale në **stadin subakut** synon në radhë të parë zbutjen e dhimbjes. Për këtë qëllim përdoren procedura elektroterapeutike, si rrymat diadinamike ose TENS-i/ SNET (stimulimi nervor elektrik translëkuror). Mund të përdoren edhe galvani, rrymat interferente, sonoterapi, magnetoterapi, fototerapia, termoterapia etj. Në këtë stad mund të urdhërohet edhe tërheqja/ekstensioni i pjesës cervikale të shtyllës kurrizore.



Tërheqja ose ekstensioni i pjesës cervikale të shtyllës kurrizore bëhet me peshë prej 1/3 së peshës trupore (nga 20 gjer 25 kg) dhe zgjat 15-20 minuta.

Figura 21. Aparati për tërheqje të pjesës cervikale të shtyllës kurrizore.

Programi i kineziterapisë varet nga faza e sëmundjes, gjendja funksionale, moshë dhe gjendja e përgjithshme e të sëmurit.

Detyrat e kineziterapisë janë:

- ruajtja e diametrit të lëvizjeve të segmentit cervical,
- korigjimi i asimetrisë që vjen nga dobësia e muskujve ose shkurtimi i indeve të buta,
- forcimi i forcës muskulore të muskujve të dobësuar të qafës,
- përmirësimi i qarkullimit të gjakut dhe të ushqyerit e indeve të prekura.

Për këtë qëllim urdhërohen ushtrime për tërheqjen aktive të muskujve të qafës, ushtrime relaksimi, ushtrime izometrike për forcë, ushtrime për korigjimin e keqmbajtjes së trupit etj.

Pyetje:

1. Si manifestohet sindroma cervikale?
2. Çfarë mund të shkaktojë lëvizjet e papritura dhe të menjëhershme të qafës?
 - a. Lëndimin e meniskut medial të gjurit;
 - b. Koksartrozë;
 - c. Dëmtimin e strukturës së diskut ndërvertebral cervikal;
 - d. Artrit reumatoid.
3. Cilat janë qëllimet e kineziterapisë gjatë mjekimit të sindromës cervikobrakiale?
4. Ç'përmbledh trajtimi fizikal i sindromës cervikale?
5. Cilat procedura fizikale mund të përdoren në stadin subakut të sindromës cervikale?

Z

Pasqyra klinike e prekjes së pjesës cervikale të shtyllës kurrizore paraqitet për shkak të shtypjes së osteofiteve ose prolapsit apo protruzionit të diskut ndërvertebral dhe shtypjes mbi nervat spinal, palcën kurrizore ose arterien vertebro-bazilare.

Shtypja (kompresioni) akut mbi nervat spinal shfaqet pas protruzionit akut të diskut ndërvertebral, shpesh te njerëz të rinj pas dëmtimit të qafës. Dhimbja shfaqet pas disa ditësh, zgjerohet në zonën e nervave të prekur duke u ndier edhe në zonën e shpatullës ose krahut, pëllëmbës ose pjesës së parme të krahavorit.

Forca e përgjithshme muskulore zvogëlohet ndërsa mund të ketë edhe ndryshime trofike të muskujve.

Acarimi kronik ose shtypja e nervave spinal mund të shkaktojë dhimbje në zonën e inervimit, shoqëruar me dobësi të muskujve të krahut, nënkrahut dhe pëllëmbës. Mund të ketë edhe parestezi dhe vështirësi tjera subjektive.

Prolapsi i diskut ndërvertebral mund të shkaktojë mielopati cervikale me ç'rast ndodhin çrregullime motorike të njërës apo të dyja duarve, dobësime ose ngurtësi.

Shpeshherë të pranishme janë edhe parestezi të njëra apo të të dyja duart, ndërsa dhimbja zgjerohet te qafa, krahët apo pëllëmbët e duarve. Ka të sëmurë që ndiejnë dhimbje të mprehta te koka që i ngjajnë “shokut elektrik”.

Gjatë mjekimit të sindromës cervikale, përveç terapisë medikamentoze dhe konservative, i sëmuri duhet të edukohet të kryejë të ashtuquajtura lëvizje të mbrojtëse gjatë përkuljes, rrotullimit dhe ripërkuljes maksimale, sidomos gjatë kryerjes së aktiviteteve të përditshme dhe profesionale. Në këtë mënyrë parandalohen recidivet e sindromës cervikale.

Aktivitete për nxënësin:

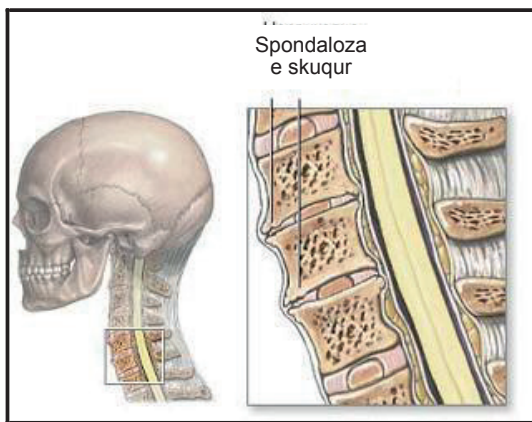


Figura 22

- Përshkruaji ndryshimet që i sheh te trupat e unazave në fig 22!
- Ç’përmbledh trajtimi fizikal në fazën akute të sindromës cervikale!
- Demonstro si vendoset kravata e Shancit!
- Përshkruaje teknikën e aplikimit të rrymës diadinamike përgjatë pleksit brakial te sindroma cervikobrakiale!
- Demonstro si kryhen ushtrimet izometrike për forcë tek i sëmuri me sindromë cervikale!

1.3.2.2. SINDROMA LUMBALE

O Termi **sindromë lumbale** nënkupton shfaqjen e dhimbjes akute ose kronike në pjesën lumbale ose lumbosakrale të trupit.

Dhimbja mund të zgjerohet përgjatë njërës ose të dyja këmbëve, mund të shoqërohet me spazme të muskujve paravertebral dhe me çrregullime të funksionit (kufizimin e lëvizjeve të pjesës lumbale të shtyllës kurrizore). Te një numër të sëmurësh ka edhe çrregullime sensitive dhe motorike të gjymtyrëve të poshtme (parestezi, hipestezi ose anestezi; pareza ose paraliza).

Sindroma lumbale është sindroma e dhimbshme më e shpeshtë te njeriu bashkëkohor.

Etiologjia.

Shkaktarë të sindromës lumbale mbeten sëmundjet degjenerative të shtyllës kurrizore, sëmundjet reumatike inflamatore dhe tumoret malinje. Ndryshimet degjenerative të shtyllës kurrizore janë arsye më e zakonshme e sindromës lumbale.

Njësia themelore funksionale e shtyllës kurrizore është i ashtuquajtur i segmenti vertebral dinamik të cilin e përbëjnë dy unaza fqinje, disku ndërvertebral (ndërunazor), dy nyja ndërvertebrale dhe ligamentet.

Njësia funksionale i nënshtrohet një ngarkese të madhe mekanike përgjatë gjithë jetës, (disku ndërvertebral është një lloj stabilizuesi mekanik) prandaj ndryshimet degjenerative të diskut ndërvertebral mund të paraqiten shumë herët. Ndryshimet degjenerative të diskut shfaqen ngadalë dhe gradualisht. Në fillim zvogëlohet sasia e ujit në pjesën e brendshme, gjelatioze (nucleus pulposus), ndërsa më vonë paraqiten ndryshime edhe në unazën fijeze (fibroze), në fillim si plasa të vogla e më vonë si plasa më të mëdha. Në këto plasa futen fragmente ose copëza të bërthamës (nukleusit) të degjeneruar, duke shkaktuar dhimbje në pjesën lumbale për shkak të shtypjes së fijeve nervore që ndodhen rreth unazës fibroze.

Gjatë rritjes së menjëhershme të shtypjes brenda diskut (ngritja e peshave), lëvizjeve të pazakonshme, por edhe pa ndonjë arsye të veçantë, mund të ndodhë plasja e pjesës periferike të mbetur dhe protruzionit të diskut. Bashkë me të ose veçmas prej saj, mund të pëlçasë ligamenti horizontal dhe të ndodhë prolaps i diskut.

Protruzioni dhe prolapsi i diskut mund të bëjnë shtypje mbi rrënjën ose nervin spinal dhe shoqërohet me dhimbje përgjatë këmbës-lumboiskialgji.

Shkaqet tjera të sindromës lumbale janë:

- sindroma e nyjave ndërvertebrale që shkaktohet nga ndryshimet brenda tyre,
- dhimbja jospesifikë të kryqet për shkak të keqmbajtjes së trupit, muskujve të dobët apo peshës së madhe trupore,
- ngushtimi i kanalit të shtyllës kurrizore - i lindur apo i fituar,
- spondilolisteza – rrëshqitja ose zhvendosja e unazave njëra mbi tjetrën.



Figura 23. Dhimbja përgjatë nervit shiatic

Pasqyra klinike.

Pasqyra klinike do të jetë e ndryshme, varësisht nëse bëhet fjalë për diskopati, prolaps ose protruzion. Te diskopatia dhe protruzioni dhimbja është e mesme; te prolapsi i diskut ajo është e mprehtë, e menjëhershme, e lokalizuar në pjesën lumbale të shtyllës, duke bllokuar të gjitha lëvizjet.

Në fazën akute gjen shprehje sindroma vertebrale e cila karakterizohet me spazme të muskulaturës paravertebrale, sidomos në njërën anë të shtyllës kurrizore. Spazmet janë mekanizëm mbrojtës që pengon lëvizjen duke shmangur kështu dhimbjen. I sëmurë merr një pozitë karakteristike antalgjike. Lëvizjet e shtyllës kurrizore janë të kufizuara, sidomos përkulja dhe shtrirja e trupit.

Dhimbja mund të zgjerohet përgjatë këmbës gjer te gishti i madh i saj. Nëse disku bën shtypje mbi nervat spinal dhe mbi palcën kurrizore, mund të ketë edhe çrregullim motorik, madje pareza dhe paraliza. Reflektet janë të zvogëluara ose të shuara plotësisht (refleksi patelar dhe ai i Akilit). Mund të ketë edhe çrregullime të ndjeshmërisë në dermatomet gjegjëse.

Mjekimi.

Në fazën e **sindromës lumbale akute** pacienti duhet të pushojë i shtrirë në krevat, në një pozitë që i përgjigjet më shumë. Sidoqoftë, urdhërohet e ashtuquajtura pozitë e Uilliamsit: i sëmurë rri shtrirë në shpinë me këmbët dhe këllqet e mbledhura, me kokë dhe pjesën e sipërme të trupit të ngritura lartë. Mund të rri shtrirë anash në gjendje të pandryshuar tri deri katër herë nga një orë, me ç'rast këmba e sëmurë e mbledhur te gjuri dhe këllku vendoset sipër, mbi një jastëk. Kjo mundëson rrafshimin e lordozës lumbale, zgjerimin e hapësirave ndërvertebrale, uljen e shtypjes mbi nervat spinal dhe zbutjen e dhimbjes. Pushimi duhet të zgjasë një deri në tri javë, varësisht prej pasqyrës klinike, ndonëse pritet përmirësim i gjendjes pas shtatë ditësh.

Ndërkohë jepen analgjetikë kundër dhimbjes dhe i sëmurë edukohet dhe njihet me sëmundjen e vet.

Në stadin akut prej agjentëve fizikal mund të aplikohet kriomasazhi në zonën e kryqeve, ndërsa në javën e dytë mund të aplikohet ngrohtësi (20-30 minuta).

Mund të rekomandohet bartja e brezit, megjithatë vetëm nëse shoqërohet me ushtime izometrike.

Pasi të jetë qetësuar gjendja akute jepen procedura fizikale të caktuara. Mes tyre: gavani, rrymat diadinamike, rrymat interferente, diatermia me valë të shkurtra, fototerapia, sonoterapia, magnetoterapia, laseroterapia, masazhi dhe tërheqja (ekstensioni) lumbale.

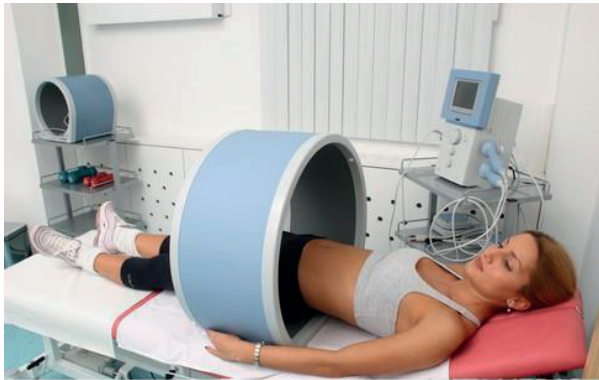


Figura 24. Magnetoterapia.

Në **fazën subakute** mund të fillohet me kineziterapi.

Gjmnastika mjekësore, e përshtatur individualisht për të sëmurin, bëhet me kujdes, gradualisht dhe në dozë të caktuar. Aktivizimi i parakohshëm i muskujve, sidomos i atyre që gjatë kohë kanë qenë të imobilizuar dhe joaktivë për shkak të pushimit, mund ta përkeqësojë gjendjen. Në këtë fazë fillohet me ushtrime izometrike dhe izotonike, mund të aplikohet edhe hidro- dhe hidrokineziterapia.

Me të gjitha procedurat e trajtimit konservativ duhet të arrihet ulja e shtypjes mbi nervat spinal, zbutja e dhimbjes dhe përmirësimi i gjendjes funksionale të të sëmurit. Megjithatë te një numër i caktuar të sëmurësh nevojitet ndërhyrje kirurgjike.

Mjekimi i **sindromës së dhimbjes kronike** përmbledh këto hapa: edukimin e të sëmurit, procedurat fizikale, kineziterapinë, hidroterapinë, balneoterapinë, helioterapinë, talasoterapinë dhe mbajtjen e korsetit.

Pyetje:

1. Cilët janë shkaktarët më të shpeshtë të sindromës lumbale?
2. Cilat janë simptomat karakteristike të fazës akute të sindromës lumbale?
3. Cilat masa zbatohen gjatë mjekimit të fazës akute të sindromës lumbale?

4. Cilat procedura termoterapeutike mund të aplikohen në fazën akute të sindromës lumbale?
5. Cilat procedura termoterapeutike mund të aplikohen në fazën subakute dhe kronike të sindromës lumbale?
6. Në cilin stadium të sindromës lumbale nis aplikimi i kineziterapisë?

Z

Suksesi i mjekimit të sindromës lumbale varet nga diagnostikimi në kohë i saj

Në fazën akute i sëmundjes duhet të pushojë mbi një platformë të rrafshët dhe të fortë, në një pozitë e cila i shmang dhimbjet ose i ulë ato më së shumti (pozita fiziologjike). Faza e pushimit duhet të zgjasë sa më shkurt, gjersa të qetësohet tendosja refleksive e muskujve paravertebral, pra gjersa të tërhiqen ose eliminohen dëmtimi, ënjtja dhe proceset tjera, shkaktare të sindromës lumbale. Në këtë periudhë mund të aplikohen procedura termoterapeutike.

Në këtë fazë jepet terapia medikamentoze e cila jepet varësisht nga sëmundja. Mund të jepen analgjetikë, antiinflamtorë josteroidal, glukokortikoide etj.

Në fazën subakute, pasi gjendja të jetë përmirësuar në mënyrë të konsiderueshme, fillohet me kineziterapinë dhe hidrokineziterapinë (ecja në majë të gishtave ose thembrës, varësisht cila degë e shiatikut është e prekur). Nëse në këtë fazë ka parëzë ose paralizë të ndonjë dege të nervit shiatik mund të aplikohet elektrostimulim me rryma eksponenciale, ushtrime pasive dhe/ose të ndihmuara aktivisht, terapi pune, galvanizim stabil dhe rryma diadinamike përgjatë nervit shiatik.

Në fillim kineziterapia kryhet me shumë kujdes, me ushtrime të lehta, ndërsa më vonë ajo intensifikohet që të forcohet pjesa lumboskarpale (muskulatura paravertebrale torakolumbale, abdominale, pelvifemorale dhe pelvitrokanterike).

Forcimi i kësaj muskulature njëkohësisht parandalon recidivet e sindromës lumbale. I sëmundjes duhet të edukohet t'i kryejë ushtrimet përditë dhe të marrë pozitën mbrojtëse gjatë qëndrimit në këmbë, shtrirë apo ulur.

Në stadin kronik jepen analgjetikë, terapi fizikale (elektroterapi, masazh, hidrokineziterapi, ushtrimet e Raganit etj.) Të sëmurëve iu këshillohet shmangia e faktorëve provokues.

Ndërhyrja kirurgjike duhet të shmanget për sa kohë të mundet dhe të përdoren të gjitha mundësitë që jep terapia konservative dhe ajo fizikale.

Aktivitete për nxënësin:

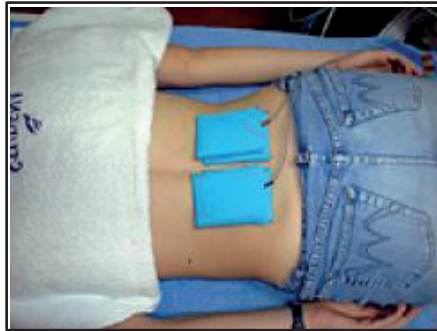


Fig. 25. Aplikimi i rrymave diadinamike

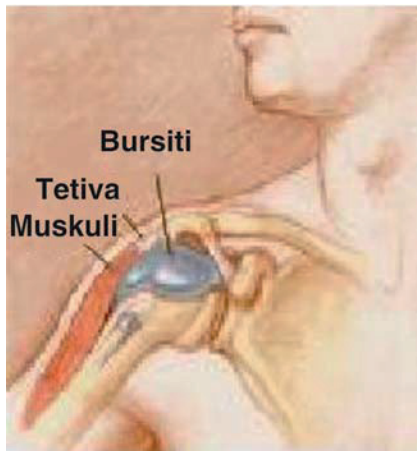
- Përshkruaje pasqyrën klinike tek i sëmuri me sindromë lumbale!
- Çfarë pozitë merr i sëmuri me lumboishialgji me dhimbje të mëdha në fazën akute?
- Si mjekohen të sëmurët në fazën akute të lumboishilagjisë?
- Përshkruaje teknikën e aplikimit të krioterapisë në fazën akute të sindromës lumbale!
- Cilat procedura elektroterapeutike mund të bëhen te të sëmurët me dhimbje kronike të kryqeve?
- Apliko rryma diadinamike me teknikë paravertebrale (segmentale) te pjesa lumbosakrale e shtyllës kurrizore!

1.4. SËMUNDJET REUMATIKE JASHTË NYJAVE

1.4.1. NDEZJA E QESKAVE TË NYJAVE (BURSITIS)

D Në organizmin e njeriut ka rreth 150 qeska nyjash të lindura, kurse ka të tjera që krijohen gjatë jetës, si rezultat i ngacmimeve mekanike. Qeska është e mbështjellë me membranë sinoviale dhe e mbushur me sinovium dhe lëng mukoze.

Qeskat (bursat) janë të vendosura në zonat e nyjave ose tejjave dhe nën lëkurë, në vendet ku ashti krijon platformë. Qeskat sipërfaqësore gjenden mes formacioneve ashtërore dhe lëkurës.



Qeskat e lehtësojnë lëvizjen dhe e zvogëlojnë fërkimin.

Ndezja e qeskave quhet **bursit**.

Për shkak të vendndodhjes së tyre qeskat iu ekspozohen ngacmimeve dhe lëndimeve që janë shkak i shpeshtë i bursistit.

Ndezja e tejjave mund të kalojë te qeskat me ç'rast i sëmuri ka dhimbje të mëdha dhe zvogëlim të ndjeshëm të funksionit të nyjave.

Figura 26.

Ndezja e qeskave më së shpeshti lokalizohet në këto zona:

- krahu,
- bërryli (bursitis olecrani - te maja e bërrylit ka ënjtje, por lëvizjet e nyjës janë të lira),
- këllku (bursitis trochanterica - dhimbje në prekje në zonën e trokanterit dhe gjatë shtrirjes anash, e cila theksohet gjatë rrotullimit të jashtëm dhe abduksionit të këllkut),
- gjuri (1. bursitis praepatellaris – ënjtje e majës së gjurit, i cili është i dhimbshëm në prekje, kurse lëvizjet e tij janë të lira, 2. bursitis anserina – ndezje e qeskës në vendin ku lidhet m.sartorius).

- thembra (bursitis subachillei - zgjerimi i thembrës i shoqëruar me dhimbje).



Figura 27. Bursitis olecrani

Mjekimi i bursitit kërkon përdorimin e kortikosteroideve lokale me efekt të zgjatur si dhe antiinflamatorë josteroidal.

Në fazën kronike aplikohet terapi fizikale (fototerapi dhe ultrazë).

Pyetje

1. Çfarë është bursiti?
2. Në cilat vende shfaqet më shpesh bursiti?
3. Ku janë të vendosura qeskat sipërfaqësore dhe pse gjatë rrëzimit dëmtohen dhe pezmatohen?

Z

Qeskat që janë të lokalizuara në zonat e nyjave dhe tejzave e lehtësojnë përthyerjen dhe zvogëlojnë fërkimin.

Pezmatimi i qeskave mukoze mund të jetë simptomë e disa sëmundjeve reumatike inflamatorë. Për shembull, bursitis olecrani shfaqet shpesh te artriti reumatoid. Përveç kësaj, ky lloj bursisti mund të shfaqet edhe pas lëndimeve të kësaj pjese të trupit.

Bursitis anserina manifestohet me dhimbje dhe ënjtje të pjesës së brendshme të gjurit, sidomos gjatë zbritjes së shkallëve.

Aktivitete për nxënësin:

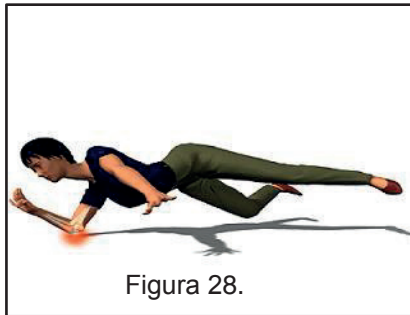


Figura 28.

- Cilat procedura fizikale mund të kryhen te pacienti që ka bursitis olecrani pas rënies në bërryl?
- Përshkruaje mënyrën e zbatimit të tyre!

1.4.2. MYOFIBROZITI

O Miofibroziti (myofibrositis) është ndezje e indit lidhës ndërmuskulor që shfaqet si pasojë e veprimit të më shumë faktorëve: proceseve inflamatorë reaktive gjatë sëmundjeve virale ose sëmundjeve tjera infektive; sëmundjeve degjenerative, streseve emocionale dhe psikike, sëmundjeve metabolike, helmimeve të ndryshme.

Te rastet me miofibrozit ndryshimet mund të zgjerohen edhe te tejzat (tendinitis), te mbështjellësit e muskujve dhe tejzave, te vendlidhjet e muskujve dhe kapsula e nyjës.

Miofibroziti është ndër sëmundjet më të shpeshta reumatike. Sëmundja është më e shpeshtë te më të moshuarit, por mund të shfaqet edhe te të rinjtë. Të dyja moshat preken njëllëj.

Klinikisht manifestohet me dhimbje dhe ngurtësim të muskujve. Muskuli e humb elasticitetin, bëhet i fortë dhe i dhimbshëm në prekje dhe lëvizje. Me prekje mund të zbulohen pikat e dhimbshme (pikat mialgjike) në një pjesë, në gjithë muskulin apo në grupet e muskujve përreth. Miofibroziti më shpesh gjendet te muskujt e qafës, zgjerohet te krahu, dora dhe koka. Mund të shfaqen edhe dhimbje të forta të kokës që i ngajnë migrenës.

Miofibroziti i m.sternocleidomastoideus-it shkakton qafën e shtrembër (torticollis), ndërsa te pjesa e muskujve paravertebral në pjesën lumbosakrale shkakton sindromën lumbosakrale që rrezaton edhe në të dyja rajonet gluteale. Miofibroziti i muskujve të shpinës shkakton dhimbjen që quhet dorzalgi. Kjo dhimbje mund të zgjerohet edhe në hapësirën ndërbrinjore.

Analizat rëntgen dhe ato laboratorike janë normale. Në ekzaminim klinik vërtetohet dhimbja gjatë prekjes, tonus i rritur dhe lëvizje të kufizuara.

Në procesin e mjekimit përdoren analgjetikë miotonolitik dhe terapi fizikale (fototerapi, elektroterapi - rryma diadinamike, SNET). Urdhërohet pushim dhe aktivitet i kujdesshëm dhe i përkohshëm.

Pyetje:

1. Çfarë është miofibroziti?
2. Cilët janë faktorët që sjellin shfaqjen e miofibrozitit?
3. Cilat janë shenjat klinike të miofibrozitit?
4. Ku është i lokalizuar më shpesh miofibroziti?
5. Cilat janë mënyrat e mjekimit të miofibrozitit?

Z Miofibroziti është një sëmundje e fijeve lidhore të indit muskolor. Etiologjikisht ende nuk dihen arsyet e kësaj sëmundjeje. Ato mund të kërkohen te faktorët nervor, klimaterik dhe traumatik.

Puna në një ambient të lagësht, procesi statik i punës, keqmbajtja e trupit dhe shtypja e lartë psikike, mund të sjellin ndryshime të natyrës inflamatore të fijeve fibroze të tufave muskulore. Të gjithë këta faktorë kushtëzojnë ngërçin e muskujve, ndryshimet degjenerative të fijeve muskulore dhe atyre fibroze. Në fillim fare acarohet nervi periferik i muskulit të prekur duke sjellë dhimbje të mbytura, më rrallë të forta dhe të mprehta. Nën ndikimin e shtypjes së vazhdueshme kemi hipoksi dhe dëmtim të fijeve muskulore. Indi lidhor shtohet duke krijuar nyja të forta të cilat në prekje janë shumë të dhimbshme.

Terapia është e larmishme dhe varet nga zgjerimi i procesit, lokalizimi i tij, intensiteti i dhimbjeve, kohëzgjatja e sëmundjes dhe fillimi i hershëm i terapisë.

Duhet të largohen faktorët etiologjik që ndihmojnë në shfaqjen e sëmundjes si lagështia, puna në pozitë të detyrueshme etj. Gjendja psikike duhet të përmirësohet duke ndikuar në disponimin e përgjithshëm të të sëmurit. Përveç kësaj jepen edhe analgjetikë dhe antiinflamatorë josteroidal.

Lokalisht aplikohen këto procedura fizikale: nxehtësia, ultrazëri, laseroterapia, rrymat diadinamike, rrymat interferente, SNET-i etj.

Hidroterapia është një segment i veçantë i mjekimit për shkak të efekteve që ka, si mekanik ashtu edhe efektin e ngrohjes. Ajo mund të kombinohet edhe me kineziterapi.

Aktivitete për nxënësin:

- Demonstroje aplikimin e rrymës diadinamike tek i sëmuri me miofibrozit të pjesës lumbale!
- Trego një mënyrë si aplikohet SNET-i në zonën ndërskapulare!

1.4.3. *TENDINITIS, TENDOVAGINITIS, ENTEZOPATHIA*



Figura 29. Lokalizimi i ndezur i tejjës së Akilit

O Tendiniti është ndezje e tejjave; tendovagjiniti është ndezje e mbështjellësit të tejjave dhe fascies; entezopatia është ndezje e lidhjes së tejjës, së ligamentit dhe aponeurozës tek ashti.

Tejzat janë të ndërtuara nga fijet kolagjene me pak ind lidhor; kanë qarkullim të paktë gjaku. Janë të mbështjella me mbështjellës tejjor që ka dy faqe: të jashtmen dhe të brendshmen. Mbështjellësi tejjor mundëson rrëshqitje të lehtë dhe rezistencë të madhe të tejjave gjatë tërheqjes së tyre.

Arsyet e tendinitit, tendovagjinitit dhe entezopatisë pjesërisht janë inflamatorë, më shpesh arsyet janë trauma të vogla me të cilat ndërliiden ndryshimet degenerative.

Rreth tetivës formohet një unazë fibrotike e cila e shtrëngon atë dhe nuk lejon që tetiva të rrëshqasë lirshëm gjatë tërheqjes. Një rrëshqitje e tillë e parregullt e tetivës mund të shkaktojë ndryshime dhe dëmtime të funksionit të nyjës.

Klinikisht, këto ndezje manifestohen me dhimbje që shtohen me prekje, dhe me kërcitje.

Tendiniti më shpesh paraqitet rreth nyjave të dorës, bërrylit ose supit.

Mjekimi.

Rezultate të mira arrihen me pushim. Në të shumtën e rasteve duhet të bëhet edhe imobilizim. Lokalisht përdoren kortikosteroide dhe NSAID.

Nga procedurat fizikale, përdoren:

- korrente diadinamike (gjatë dhimbjes),
- galvanizim dhe elektroforezë me analgjetikë dhe kortikosteroidë,
- korrente interferente,
- ultrazë,
- hidroprocedura dhe balneoprocedura.

Pyetje:

1. Cilat shenja klinike janë karakteristike për tendinit?
2. Cilët janë shkaktarët kryesorë të ndezjes së tetivës dhe mbështjellësve të saj?
3. Cilat procedura të elektroterapisë mund të përdoren te pacienti me tendinit pas qetësimit të fazës akute?

Z

Tendiniti dhe tendovagjiniti mund të paraqiten në çdo tetivë të muskujve skeletorë, por më shpesh paraqiten te grupet e muskujve që aktivizohen gjatë punës ose te ata të cilët janë më shpesh objekte të mikrotraumave.

Në mjekimin e fazës akute kërkohet imobilizimi, prandaj mund të kryhet imobilizim me gjips në afat kohor prej 7 deri në 10 ditë. Në fazën akute si terapi medikamentoze jepen salicilate dhe antiflogistide, si edhe kortikosteroide me veprim lokal.

Pas qetësimit të fazës akute kalohet në terapi fizikale – elektroterapi, elektroforezë të medikamenteve, ultrazë, termoterapi dhe terapi me laser.

Aktivite për nxënësin:

- A mund të përdoren hidroprocedura në fazën akute të tendinitit në regjionin e dorës?
- Cilat janë ankesat e pacientit me një tendinit të tillë?
- Çka duhet të bëhet në fazën akute të tendinitit?

1.4.4. SINDROMA E SUPIT TË DHIMBSHËM (Periarthritis humeroscapularis)

Sindroma e supit të dhimbshëm karakterizohet me dhimbje dhe ndryshime në funksionin e kyçit. Zakonisht shkaktohet nga ndryshime në indet periartikulare prandaj e mban atë emër.

Sindroma e supit të dhimbshëm paraqitet pas vitit të dyzetë të jetës, njëlloj si te meshkujt ashtu edhe te femrat.

Etiologjia.

Ky sindrom është i lidhur me ndryshime në muskujt dhe enët e gjakut, ndonjëherë edhe me sëmundje të organeve të brendshme dhe pleksusit cervikobrahial. Arsyet më të shpeshta për paraqitjen e këtij sindromi janë:

1. Tendiniti supraspinati (ndezje e tetivës së m. supraspinatus)
2. Burzitis subdeltoid

Pasqyra klinike.

Karakterizohet me dhimbje e cila është më e madhe gjatë abduksionit të krahut. Është e pranishme edhe dhimbje gjatë palpacionit, si edhe kufizim i lëvizjes.

Mjekimi.

Në fazën akute ordinoheh kortikosteroide dhe NSAID.

Mund të përdoret dhe krioterapi, mbështjellës të ftohtë ose qese akulli, pesë deri në dhjetë minuta, tri deri në katër herë në ditë. Në fazat e pushimit vendoset jastëk nën sqetull, të cilin i sëmuri duhet t'a mbajë kur është i ulur ose shtrirë. Me përdorimin e këtyre mjeteve mund të arrihet përmirësim i pasqyrës klinike që me kalimin e javës së parë.

Në fazën kronike të sëmundjet ordinoheh elektroforezë me analgjetikë dhe kortikosteroidë, korrente diadinamike, galvanoterapi, diatermi me valë të shkurtra, korrente interferente dhe ultrazë. Kineziterapia është shumë e rëndësishme për parandalimin kontrakturave.

Pyetje:

1. Inflamacioni i indeve të buta në rajonin e supit është shkaku më i shpeshtë që rezulton nga Periarthritis humeroscapularis. Cilat janë ato inde të buta?
2. Përshkruaje pasqyrën klinike të Periarthritis humeroscapularis-it?
3. Përse nuk mundet të përdoret diatermia e valëve të shkurtra në rajonin e krahut në fazën akute të Periarthritis humeroscapularis-it?
4. A duhet në fazën akute të Periarthritis humeroscapularis-it të përdoren ushtrime aktive me rezistencë në dorën e krahut të sëmurë?

Z Ndezja e indit të butë në krah (Periarthritis humeroscapularis) mund të jetë me rrjedhë akute, subakute ose me rrjedhë kronike.

Për faktorin etiologjik mund të konsiderohen edhe mikrotraumat ose lëndimet e mëdha në krah, ftohtësia, lëvizje të shpejta në ngritjen e peshave etj.

Gjatë mjekimit në fazën akute të sëmundjes përdoren analgjetikët, kortikosteroidet si dhe barnat josteroidale. Që të pengohet formimi i kontrakturës me aduksion, krahu vendoset në abduksion me jastëk nën sqetull. Në këtë fazë përdoret krioterapia.

Në fazën subakute dhe fazën kronike përdoret ultrazëri, si metodë labile dhe stabile që varet prej madhësisë së dëmtimit. Përmirësim të dukshëm vërehet edhe me zbatimin e rrymave interferente dhe diadinamike si dhe me valë të shkurtra.

Kineziterapia aplikohet gjatë tërë procesit të mjekimit.

Kalcifikatet në tejszat apo tetivat si dhe qeskat nëse nuk mund të mënjanohen me trajtim fizikal, atëherë mund të sugjerohet edhe trajtim kirurgjikal.

Aktivitete për nxënësin:



Figura 30. Aplikimi i ultrazërit

- Përshkruaje pasqyrën klinike të pacienti me Periarthritis humeroscapularis!
- Këshilloje pacientin me Periarthritis humeroscapularis në fazën akute për pozicionin e dorës në qetësi.
- Përgatite pacientin dhe vendin e punës si dhe përdore ultrazërin të pacienti me Periarthritis humeroscapularis!

1.4.5. PERIARTRITIS I BËRRYLIT (*Periarthritis cubiti*)

O Në pjesën e bërrylit shkaktohen ndryshime degjenerative dhe inflamatore të epikondilit radial dhe ulnar të humerusit dhe olekranonit të ulnës, në vendin e lidhjes së tejszave të muskujve ekstensorë dhe fleksorë të nënbërrylit dhe muskulit triceps brachii.

Etiologjia

Rolin më të rëndësishëm gjatë shkakimit të entezopatisë të epikondilit lateral dhe medial e ka trauma që përsëritet (ngritja e vazhdueshme e dorës dhe ngarkesa gjatë lëshimit të barrës).

Për shkak të dëmtimeve mikrotraumatike të lidhjes së tejzave shkaktohen ndryshimet degjenerative. Më së shpeshti dëmtohet kondili lateral.

I njëjti ndikim mekanik është përgjegjës për entezopatinë e epikondilit të tenisistëve (bërryli i tenisit-tennis elbow anglisht)

Pasqyra klinike

Tek entezopatia e epikondilit radial të humerusit paraqitet dhimbje që përhapet tek krahu dhe parakrahu.

Dhimbja përforcohet gjatë prekjes dhe shtrëngimit të dorës si dhe gjatë pronacionit të parakrahut dhe fleksionit volar të grushtit me bërrylin e zgjatur. Lëvizjet në bërryl dhe kyçi i dorës janë të mundshme.

Tek entezopatia e epikondilit ulnar të humerusit paraqitet dhimbje e epikondilit që përforcohet me palpacion dhe fleksion volar të grushtit.

Për shkak të ashtërimit të fijeve të tejzave në rëntgen shihen të ashtuquajtura “therra të eshtrave”.

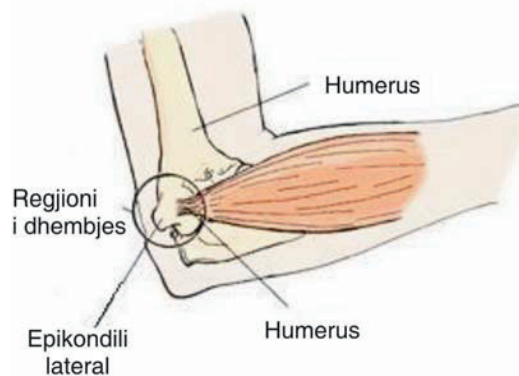


Figura 31. Epikondiliti lateral

Mjekimi

Në fazën akute pacienti duhet të pushojë dhe evitojë shtrëngimin e fortë të grushtit. Mund të imobilizohet me longetë (prej 7-10 ditë) dhe të merren barna antiinflamatore josteroidale (NSAIL)

Në fazën kronike rekomandohet terapi fizikale (rryma diadinamike, ultrazë dhe valë ultra të shkurtra - diatermia) dhe kineziterapi.

Në rast se sëmundja nuk reagon në terapinë e përmendur rekomandohet mjekim operativ.

Pyetje:

1. Cili është faktori më i shpeshtë etiologjik që shkakton periartritin e bërrylit?
2. Cilat janë shenjat klinike që karakterizojnë epikondilitin radial dhe cilat janë shenjat që karakterizojnë epikondilitin ulnar?
3. Kur i rekomandohet pacientit trajtimi operativ tek periartriti i bërrylit?

Z Epikondiliti radial i bërrylit ndryshe quhet “bërryli i tenistit”. Paraqitet zakonisht pas moshës 30 vjeçare të jetës, më së shpeshti te burrat. Shkaku i paraqitjes së tij janë mikrotraumat që përsëriten, veçanërisht te supinacioni ose pronacioni ose te ekstensionit i fuqishëm i dorës.

Në fazën akute nevojitet pushim dhe shmangie e shtrëngimit të fortë të grushtit ose të imobilizohet grushti, si dhe të aplikohet kortikosteroidë me përdorim lokal.

Në fazën kronike përdoret:

- galvanizimi-galvanizimi i tërthortë (domethënë anoda vendoset në vendin që dhemb duke arritur hiperemi intensive dhe efekt të mirë analgjetik).
- elektroforeza-provokon hiperemi dhe analgjezi;
- rrymat diadinamike-me përdorimin së teknikës transartikulare tërthorazi në nyjën e bërrylit;
- diatermia e valëve të shkurtra.
- ultrazëri.

Aktivitete për nxënësin:

Figura 32. Aparati për rrymat diadinamike

- -Apliko ultrazërin te pacienti me epikondilit lateral!
- -Sqaroje aplikimin e rrymave interferente te pacienti me periartritin të bërrylit!
- -Demonstroje përdorimin e tërthortë të rrymave diadinamike në rajonin e bërrylit!

1.4.6. KONTRAKTURA E DYPYTRENIT

O Kontraktura e Dypytrenit është trashja e aponeurozës palmare, dhe krijimi i kontrakturës fleksore progresive të gishtërinjve. Zakonisht kontraktura përfshin gishtin e katërt dhe të pestë, më rrallë përfshihet gishti i tretë dhe rrallë gishtat tjerë.

Shenja e parë e gjendjes klinike është trashja e fascies palmare. Siç rrjedhin vitet ashtu përparon edhe kontraktura progresive fleksore. Në fund, gishtat mund të përkulen deri sa nuk e prekin pëllëmbën. Ndonjëherë vërehet trashje e ngjashme te fascia plantare.

Etiologjia.

Shkaku nuk dihet. Sëmundja mund të prekë më shumë anëtarë të familjes. Diabeti është predispozicion i gjendjes. Sëmundja është më e shpeshtë tek meshkujt që e kanë kaluar moshën e mesme; është e dyanshme. Faktorët tjerë për paraqitjen e kontrakturës së Dypytrenit janë: alkoolizmi, epilepsia, tuberkulozi i mushkërive si dhe sëmundjet e mëlçisë së zezë.

Pasqyra klinike



Shenja e parë e gjendjes klinike është trashja e fascies palmare. Me kalimin e viteve përparon kontraktura fleksore progresive përparon. Në fund, gishtërinjtë mund të përkulen deri sa nuk e prekin pëllëmbën. Ndonjëherë trashje e ngjashme vërehet tek fascia plantare.

Figura 33. Kontraktura e Dypytrenit

Mjekimi

Përfshin trajtimin konservativ dhe kirurgjik. Tretmani konservativ përfshin zbatohen procedurat e **me nxehtësi (parafinoterapia)**, masazhi i anës pëllëmbës së dorës, ultrazëri, elektroforeza me jodid kaliumi (KJ), ushtrime aktive dhe pasive të gishtave, si dhe terapi pune.

Me trajtim kirurgjik i kontrakturës fleksore bëhet korrigjimi i aponeurozës ndonëse kjo ndërhyrje urdhërohet vetëm atëherë kur i sëmuri ka dëmtime funksionale ose është i shqetësuar nga gjendja. Bëhet prerje kirurgjike e fascies palmare (fasciektomia) ose prerja e pjesshme e aponeurozës, që shumë shpesh rezulton me recidivin e gjendjes. Pas zbatimit të trajtimit kirurgjik, pacienti duhet të fillojë me trajtim rehabilitues intensiv për rikthimin e funksionit të gishtërinjve të prekur. Kjo përfshin ekstensionin, ushtrime aktive dhe imobilizim natën në pozitë të zgjatur për rikthimin e lëvizjes së plotë të dorës.

Pyetje:

1. Cilët janë faktorët etiologjikë që mund ta shkaktojnë kontrakturën e Dypytrenit?
2. Cilët gishtërinj të grushtit më së shpeshti përfshihen me kontrakturën e Dypytrenit?



Për mjekimin e kontrakturës së Dypytrenit përdoren kortikosteroidet me aplikim lokal dhe me ndikim të zgjatur.

Prej procedurave fizikale përdoren ultrazëri, elektroforeza me mjete antisklerozuese, hidroterapia, laseroterapia etj. Me banjat me parafinë dhe kineziterapi ndalohet formimi i kontrakturave dhe ruhet volumi i lëvizshmërisë së gishtave.

Rehabilitim pas trajtimit operativ fillon herët, në ditën e katërt ose të pestë pas trajtimit kirurgjik. Fillohet me fleksion të lehtë dhe lëvizjen e dorës. Ekstensioni i gishtërinjve duhet të shmanget përderisa nuk konstatohet mbyllje e plotë e plagës. Pas mbylljes së plotë të plagës mund të përdoren peceta parafine dhe masazh si dhe ushtrime. Përdorimi i ultrazërit në këtë fazë e zbut shenjën e plagës së pëllëmbës

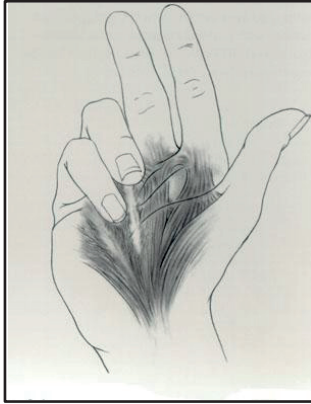


Figura 34.
Kontraktura e Dypytrenit

Aktivite për nxënësit:

- Cilët gishtërinj janë përfshirë në këtë rast me kontrakturë të Dypytrenit!
- Kontraktura e zhvilluar a është fleksore apo ekstensore?
- Përshkruaji ushtrimet që do të përdoren në këtë rast të kontrakturës!

1.5. SËMUNDJE REUMATIKE TË PAKLASIFIKUARA QARTË

1.5.1. OSTEOPOROZA (Osteoporosis)

O

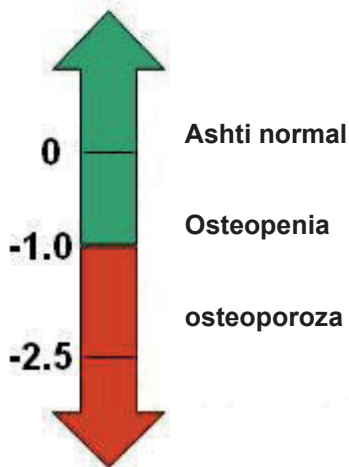
Osteoporoza është zvogëlimi i masës së eshtrave, kurse osteomalacia është zvogëlimi i mineralizimit të eshtrave.

Simptomat e osteoporozës dhe osteomalacia përputhen. Dhimbjet më së shpeshti lokalizohen në regjionin lumbal, kurse më vonë mund të bëhen difuze.

Osteoporozën mund ta ndajmë në osteoporozën primare (postmenopauzale dhe të pleqtë (personat në moshë) dhe osteoporozë sekondare si rezultat i ndonjë sëmundje (inaktiviteti, përdorimi i kortikosteroidëve, mungesa e vitaminës, insuficienca e veshkave, hipofosfatemia etj.)

Për diagnostikimin e osteoporozës përdoret i ashtuquajti standard i artë, i cili përfshin absorbcimet e dyfishtë të rrezeve rëntgen (DEXA).

Organizata Botërore e Shëndetësisë ka propozuar vlera që ndahen në 4 gradë:



Skema 2



Figura 35. Aparati DEXA

- Rezultati normal-dendësia eshtërore e cila nuk është më e vogël se -1 devijim standard prej masës eshtërore maksimale tek gruaja e re e shëndoshë.
- Masa eshtërore e ulët (osteopenia)-dendësia eshtërore e cila është prej -1 deri -2,5 DS më e ulët prej masës eshtërore maksimale te gruaja e re e shëndoshë
- Osteoporozë e përcakton dendësinë eshtërore e cila është më e madhe se -2,5 DS më e vogël prej masës eshtërore maksimale tek gruaja e re e shëndoshë;
- Osteoporozë e rëndë-gjendja e masës eshtërore e shoqëruar me osteoporozë dhe fraktura të eshtrave

Në rëntgen, rezultati pozitiv e përfshin masën eshtërore që është zvogëluar 30 për qind.

Parandalimi dhe mjekimi

Qëllimi i parandalimit dhe mjekimit të osteoporozës është;

- kontrollimi i dhimbjes që e prodhon sëmundja
- ngadalësimi ose ndërprerja e humbjes së masës eshtërore
- parandalimi i frakturave të eshtrave me terapi medikamentoze që të përmirësohet fortësia e eshtrave.
- minimalizimi i rreziqeve të rënies që mund të shkaktojnë fraktura të eshtrave.

Masa preventive për osteoporozën janë:

-ushqimi i rregullt me kalcium të mjaftueshëm, vitaminë D si dhe mineralet dhe vitaminat etj.

-lëvizje-bazamenti i aktivitetit fizik

-banjë dielli dhe qëndrimi në ajër të pastër e të freskët

-shmangia e faktorëve dëmtues -pirja e duhanit,kafesë dhe alkoolit.

Mjekimi i osteoporozës përfshin terapinë medikamentoze, terapinë fizikale dhe kineziterapinë.

Terapia medikamentoze përfshin përdorimin e bifosfonatëve, kalcitoninës, terapinë hormonale si dhe marrjen e kalciumit dhe vitaminës D.

Prej procedurave fizikale për mjekimin e osteoporozës përdoren magnetoterapia dhe fototerapia me rreze ultravjollcë.

Kineziterapia zbatohet çdo ditë dhe gjatë gjithë jetës.

Pacienti këshillohet të filloje programin me ngarkimin prej 3 km/h(shëtitje të lehtë) që zgjasin nga 20 min;Në ditët në vijim ngarkesa mbetet e njëjtë,por zmadhohet koha e zgjatjes së aktivitetit fizik. Kur pacienti do të arrijë kohën prej 90 min me ngarkesën fillestare,kalohet në ngarkim prej 4 km/h.

Pas kësaj fazë mund të transferohet në ngarkesë prej 6km/h me të njëjtën rritje progresive së zgjatjes së kohës.

Gjatë kohës së ngarkimit matet pulsi i pacientit. Kjo është me rëndësi për shkak se pacientët me osteoporozë janë në moshën mbi 50 vjeç,kur funksioni i sistemit kardiovaskular tek kjo kategori e personave është e dëmtuar në nivele të ndryshme.

Pyetje:

1. Cilat janë procedurat diagnostikuese që përdoren në diagnostikimin e osteoporozës?
2. Cilat janë masat preventive që ndërmerren për parandalimin e osteoporozës?
3. Cilat janë ato procedurat fizikale që përdoren në trajtimin e osteoporozës?

Z

Osteoporoza paraqet sëmundje kronike sistematike metabolike e skeletit kur eshtrat hollohen dhe dobësohen si pasojë e humbjes së masës eshtërore dhe dëmtimeve mikroarkitektonike të indit ashtëror



Figura 36.
Mikroarkitektura e eshtrave normale dhe eshtrave me osteoporozë

Osteoporoza mund seriozisht të dëmtojë shëndetin dhe kohëzgjatjen e jetës.

Ky çrregullim i sistemit skeletor karakterizohet me zvogëlimin e masës eshtërore dhe çrregullimin e mikroarkitekturës eshtërore dhe si pasojë mund të shkaktojë fraktura. Shumë faktorë kontribuojnë për përshpejtimin e resorpcionit të eshtrave. Dy faktorë kryesorë për zhvillimin e osteoporozës primare janë moshja dhe statusi postmenopauzal.

Paraqitjen e osteoporozës sekondare mund ta provokojnë edhe gjendjet e tjera, si anoreksia, hiperparatireoidizmi dhe diabeti.

Gjithashtu, humbja e masës eshtërore ndërlidhet edhe me përdorimin e disa barnave (barna zëvendësuese të hormoneve të gjëndrës tiroide dhe glukokortikoidet)

Osteoporoza zhvillohet fshehurazi. Zakonisht simptomat nuk manifestohen deri sa nuk zhvillohen stadet e përparuara të resorbimit të eshtrave.

Manifestimi klinik i osteoporozës përfshin:

- dhimbja akute dhe/ose kronike së qafës
- humbja e gjatësisë të trupit me çrregullimin e statikës
- frakturat pas traumës minimale
- lëvizje të kufizuara, palëvizshmëri/pamundësi për vetëkujdes, varësi nga përkujdesja e huaj.
- vetmia, depresioni, zvogëlimi i kualitetit të jetesës.

Më së shpeshti fraktura e parë spontane paraqitet tek unazat.

Këto fraktura zakonisht paraqiten pas aktiviteteve fizike të përditshme dhe mundimeve por nuk është e thënë të jenë të përcjella me dhimbje. Osteoporoza shkakton shtrembërim gradual të trupit dhe humbje të gjatësisë, që është shenjë tipike e këtij çrregullimi. Në periudhën postmenopauzale (prej 10-15 vitesh), shtylla kurrizore mund të përkulet si rezultati i frakturave vertebrale. Kifoza e shtyllës kurrizore ndikon te kraharori ku e kufizon frymëmarrjen.

Aktivitete për nxënësin:

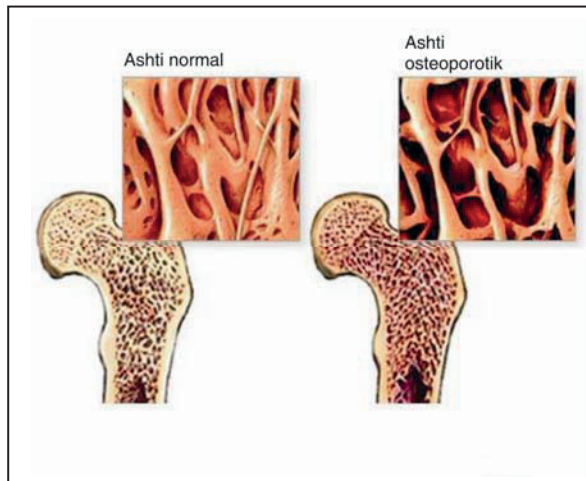


Figura 37

- Shikoje pikturën dhe diskuto për dallimet që i vëren mes eshtrave normale dhe eshtrave me osteoporozë!
- Numëroji masat preventive për paraqitjen e osteoporozës!
- Cilat masa fizikale aplikohen për mjekimin e osteoporozës?

1.5.2. SINDROMA E REJNOSË

O

Sëmundja e Rejnose është formë primare idiopatike e cianozës së gishtërinjve të duarve.

Te kjo sëmundje arteriet e gishtërinjve reagojnë shumë fort ndaj stimulujve vazospastikë.

Shkaku nuk njihet, por konsiderohet se rol të përcaktuar ka dhe çrregullimi i sistemit nervor simpatik.

Sëmundja kryesisht paraqitet te femrat, në periudhën midis pubertetit dhe moshës dyzetvjeçare, me të dhënat për prani e sëmundjes në familje.

Pasqyra klinike

Sëmundja shfaqet me sulme të përkohshme të zbehtësisë ose cianozës- ose zbehtësi me cianozë shtesë në lëkurën e gishtërinjve të dorës (më rrallë gishtërinjtë e këmbës)Këta sulme i provokon ftohtësia dhe ndonjë herë dhe stresi emocional.

Gjatë sulmeve të para përfshihen vetëm majat e dy gishtërinjve ndërsa më vonë mund të përfshihen të gjithë gishtërinjtë si dhe i tërë grushti i dorës.



Figura 38. Sëmundja e Rejnosit të gishtërinjtë e dorës

Shërimi fillon prej bazës së gishtërinjve ku në vend të zbehtësisë së mëparshme ose cianozës paraqitet ngjyrë e kuqe. Në të njëjtën kohë paraqitet edhe ndjenjë e djegies,parestезia dhe ënjtje e lehtë. Sulmi zakonisht ndalet spontanisht ose pas hyrjes në dhomë të ngrohtë.

Gjendja mundë të përparojë deri në atrofi të jastëkëve yndyrorë terminalë nën majat e gishtërinjve dhe atrofi të lëkurës së gishtërinjve,si dhe ulceracione gangrenoze që tërhiqen spontanisht gjatë vitit, kur vijnë stinët e ngrohta.

Mjekimi.

Mjekimi është medikamentoz, dhe me ndihmën e terapisë fizikale.

Prej terapisë medikamentoze në procesin e mjekimit përdoren barnat vazodilatatore.

Prej procedurave fizikale rëndësi më të madhe i jepet stërvitjes së mureve të enëve të gjakut që arrihet me ushtrime adekuate,masazh, hidroprocedura,banja Haufei, ultrazëri në rajonin e ganglion stellatum-it, rrymat diadinamike në rajonin e ganglioneve të qafës.

Pyetje:

1. Cili është shkaku për paraqitjen e zbehtësisë dhe cianozës të gishtat?
2. Përse përdoren rrymat diadinamike për mjekimin e sindromës Rejno në rajonin e ganglioneve të qafës?

**Aktivitete për nxënësit**

- Përdor masazh të dora e pacientit me sindromën e Rejnosë!
- Aplikoji rrymat diadinamike në rajonin e ganglioneve të qafës të pacienti me sindromën e Rejnosë.

Tërësia tematike 2

REHABILITIMI I TE SËMURËVE ME SËMUNDJE RESPIRATORE

Qëllimet e tërësisë tematike:

- ta shpjegojë procesin e rehabilitimit të të rriturit me sëmundje respiratore;
- t'i njohë metodat dhe procedurat gjatë rehabilitimit të të rriturve me sëmundje obstruktive dhe restriktive kronike të mushkërive;
- t'i emërojë shkaktarët etiologjikë të sëmundjeve obstruktive dhe restriktive kronike të mushkërive;
- ta shpjegojë pasqyrën klinike të sëmundjeve të sipërpërmendura;
- t'i parashikojë pasojat nga keqaplikimi i terapisë;
- ta shpjegojë mënyrën e aplikimit të mjeteve ndihmëse ortopedike dhe protetike që përdoren gjatë disa procedurave rehabilituese;
- të zbatojë normat etike dhe profesionale gjatë rehabilitimit.

Tërësia tematike 2

Rehabilitimi i pacientëve me sëmundje respiratore (mësim zgjedhor)

Qëllimet konkrete të nxënësit:

- të zbatojë ushtrimet gjatë e rehabilitimit të pacientëve me këto sëmundje respiratore:
 - sëmundje obstruktive kronike,
 - sëmundje respiratore restriktive;
- të dijë ta përshkruajë procedurën e drenimit të sëmundjet respiratore;
- t'i përshkruajë procedurat e ndryshme fizikale të rehabilitimit të sëmurët respiratore;
- t'i parandalojë pasojat e keqzbatimit të terapisë;
- ta shpjegojë rëndësinë e banjave klimaterike për trajtimin e sëmundjeve respiratore.

2. REHABILITIMI I TE SËMURËVE ME SËMUNDJE RESPIRATORE

D Funkzioni kryesor i mushkërive është ventilimi, shkëmbimi i gazrave dhe perfuzioni. Për ventilimin janë të rëndësishëm vëllimet dhe kapacitetet e mushkërive, elasticiteti i mushkërive dhe diametri rrugëve respiratore.

Për shkëmbimin e gazrave dhe perfuzionin janë të rëndësishme shpërndarja e gazrave në gjak dhe kapaciteti i bartjes së gazrave nëpër rrjetën alveokapilare.

Muskulatura respiratore

Kushti kryesor i një ventilimi të mirë janë lëvizjet respiratore të cilat iu nënshtrihen mekanizmave të lëvizjes së kafazit të kraharorit.

Muskulatura inspiratore

Në bazë të funksionit muskujt respiratorë mund të ndahen në:

- diafragma - është muskuli respirator më i fuqishëm që merr pjesë me 2/3 e vëllimit respirator ndërsa merr pjesë edhe te lëvizjet gjatë kollitjes dhe teshtitjes;
- muskujt ndërbrinjorë – të brendshmit (marrin pjesë në frymënxjerrje) dhe të jashtmit (marrin pjesë në aktin e frymëmarrjes);
- muskuj ndihmës;
- muskujt ekspiratorë - muskujt abdominalë, të shpinës dhe ata të larinksit.

Mekanizmi i frymëmarrjes

Funksioni kryesor i frymëmarrjes është shkëmbimi i gazrave, pra largimi i dyoksidit të karbonit dhe futja e oksigjenit në mushkëri. Kjo arrihet me zgjerimin periodik të kafazit të kraharorit me Ç'rast si rezultat dallimeve mes shtypjes së gazrave në pjesën së jashtme dhe asaj të brendshme të mushkërive ajri lëviz nga brenda jashtë ose në drejtimin e kundërt. Mushkëritë janë të ndërtuara nga indi elastik dhe kanë prirje për t'u mbledhur. Kolapsi i mushkërive pengohet nga vetë kafazi i kraharorit i cili synon të zgjerohet.

Inspiriumi është një punë aktive që kushtëzohet nga aktiviteti i muskujve që janë përgjegjës për tendosjen e krahavorit. Prandaj ekspiriumi mbetet të jetë një punë pasive ngaqë indi mushkëror i tendosur, pas mbarimit të aktivitetit të muskujve, kthehet në gjendjen e mëparshme. Megjithatë vetëm forcat elastike nuk mjaftojnë për frymënxjerrjen, fakt që vihet re te sëmundjet restriktive. Prandaj nevojitet edhe kontraksioni i muskujve respiratorë.

Sa i takon moshës së njeriut, dihet se funksioni i mushkërive është plotësisht i formuar në periudhën adoleshente (kapaciteti më i madh të djemtë vjen nga madhësia e alveolave dhe forca e muskujve respiratorë). Kur njeriu plaket zvogëlohet elasticiteti i kafazit të krahavorit si dhe elasticiteti i mushkërive e bashkë me të edhe i funksioni respirator.

Vëllimet e mushkërive

Vëllimet e mushkërive janë masa që reflektojnë aftësinë e personit për të thelluar frymëmarrjen. Sipas pozitës së kafazit të krahavorit dallohen vëllimet e mushkërive. Vëllimet e mushkërive ndahen në statike dhe dinamike. Ato statike fitohen me spirometri, ndërsa vëllimet dinamike shprehen në njësi kohë.

Njësitë matëse më të rëndësishme janë vëllimi ekspirator i sforcuar brenda një sekonde (FEV 1) dhe ventilimi minator maksimal (MMV).

Pyetje:

1. Cili është muskuli inspirator më i madh?
2. Cilat grupe muskulore marrin pjesë gjatë ekspirimit (frymënxjerrjes)?
3. Si ndahen vëllimet e mushkërive?
4. Në ç`moshë funksioni i mushkërive është plotësisht i formuar?

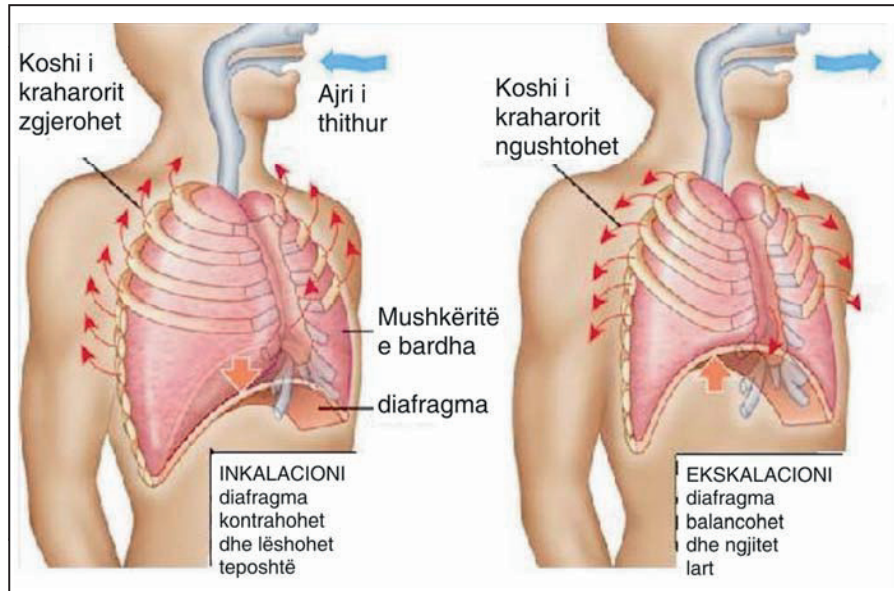
Z**Aktivite për nxënësit:**

Figura 38

- Vështroje këtë fotografi dhe shpjegoje lëvizjen e muskujve gjatë frymëmarrjes dhe frymënxjerrjes!

2.1. SËMUNDJA OBSTRUKTIVE KRONIKE E MUSHKËRIVE (SOKM)

D

Me termin sëmundje obstruktive kronike të mushkërive përmblihen të gjitha gjendjet patologjike të cilat shenjë kryesore është fenomeni patofiziologjik i konstrikcionit të bronkeve (bronkokonstriksionit) – ngushtimi i rrugëve brendapulmonare e bashkë me këtë edhe rezistencë e rritur e rrjedhjes së rrymës së ajrit nëpër rrugët e frymëmarrjes, sidomos gjatë frymënxjerrjes. Entitetet klinike më të shpeshta janë:

1. bronkiti obstruktiv kronik,
2. emfizema,
3. astma,
4. fibroza cistike,
5. bronkiektazitë.

- përmirësimi i qëndrimit trupor,
- përmirësimi i gjendjes së përgjithshme të të sëmurit.

Që të arrihet qëllimi kryesor i rehabilitimit të këtyre sëmundjeve duhet të shmangen dhe të largohen shkaktarët dhe të respektohet aplikimi shkallë-shkallë i procedurave rehabilituese.

Terapia me aerosolë

Pasoja e parë ndikimit jopërkates të agjentëve të jashtëm dhe të brendshëm është obstrukcioni i bronkeve. Prandaj, detyra e parë e rehabilitimit është zgjidhja e këtij problemi. Zgjerimi i bronkeve bëhet me bronkodilatatorë dhe kortikosteroide duke tëholluar njëkohësisht sekretin brenda bronkeve.

Drenimi i bronkeve te bronkiti kronik obstruktiv

Në programin rehabilituese të të sëmurëve me bronkit kronik obstruktiv me shumë sekret, përveç terapisë me aerosole, kryhet edhe një drenim i bronkeve. Largimi i sekretit të tepërt nga rrugët e frymëmarrjes i liron bronket dhe mundëson një ventilim dhe veprim më të mirë të medikamenteve të dhëna me terapinë me aerosole.

Pozita e drenimit është një ndeshje mes rëndesës së Tokës dhe kahut të veprimit të aparatit ciliar. Kështu sekretet lëviz nga rrugët respiratore të vogla drejt atyre më të mëdha, nga të cilat me kollitje nxirret jashtë.

Drenimi përfshin aplikimin e këtyre procedurave fizikale:

- perkutimi i kafazit të kraharorit mbi segmentin që drenohet,
- vibrimi manual ose me vibrator elektrik i regjionit që drenohet,
- kompresioni i dyanshëm ritmik gjatë frymënxjerrjes dhe
- stërvitja e teknikës dhe kontrolli mbi frymëmarrjes.

Drenimi zgjat 15-0 minuta, ndërsa sekretet mbledhet që të ndiqet efikasiteti i drenimit.

Terapia reflektore

Terapia reflektore përmbledh procedura manuale dhe gjimnastikë respiratore. Në fillim të mjekimit vendosen kompresa të njoma dhe të ngrohta mbi shpinë, kraharor dhe stomak.

Terapia manuale është pika themelore e veprimit të terapisë reflektore. Kjo terapi aplikohet duke shtypur ndonjë rajon të trupit me nyjën e dorës ose me majat e gishtave me Ç'rast shkaktohet dhimbje dhe shtypje mbi muskujt, tejsat ose periostin. Kjo e zvogëlon tendosjen, çliron lëvizjet e kafazit të kraharorit dhe diafragmës dhe thellon frymëmarrjen.

Manipulimet manuale duhet të bëhen me kujdes duke pasur parasysh se ngacmimet e forta provokojnë bllokimin e lëvizjeve të frymëmarrjes, ndërsa ato të dobëtat nuk provokojnë asnjë lloj reaksioni. Përveç kësaj, nevojitet një ngacmim ritmik me pauza të caktuara mes fazave të ngacmimit.

Gjimnastika respiratore është shtesë e domosdoshme e terapisë manuale. Ajo përmbledh ushtrime joga, ushtrime për tërheqje, për forcim dhe për drejtpeshim.

Relaksimi

Me relaksim emërojmë metodën terapeutike e cila vepron për të ulur tonusin e zmadhuar dhe tendosjen psikike të pacientëve. Kjo metodë ka efekt të dyfishtë:

- relaksim e muskujve,
- shtendosjen psikike.

Relaksimi i përgjithshëm ndiqet nga një frymëmarrje pak e thellë. Relaksimi bëhet çdo ditë nga 15-20 minuta, për disa javë rresht. Rezultate më të mira arrihen nëse bëhet çdo ditë. Pacienti fiton vetëbesim dhe mund të parandalojë sulmin astmatik nëse e zbaton këtë metodologji drejt dhe në kohë.

Relaksimi mund të kryhet edhe në pozitën ulur edhe në atë shtrirë. Më mirë është të bëhet kombinimi i relaksimit me ushtrime për frymëmarrje, ose nëse relaksimi është hyrje në ushtrimet për frymëmarrje.

Ushtrimet për frymëmarrje (kineziterapia respiratore)

Kineziterapia e sëmundjeve respiratore është një terapi shumë thelbësore. Dozimi i ushtrimeve vazhdon të mbetet problem i madh për shkak se vlerësimi i të ngarkuarit bëhet nëpërmjet parametrave karakteristikë për zemrën (frekuenca e zemrës, shtypja, EKG-ja etj.).

Qëllimet e kineziterapisë

Qëllimet e kineziterapisë janë:

- të rritet ventilimi i mushkërive,
- të zvogëlohet harxhimi i energjisë që nevojitet për frymëmarrje,
- të zbuten ose të parandalohen sulmet e zënies së frymës,
- të rritet lëvizshmëria e kafazit të kraharorit,
- të largohet sekreti bronkial.

Përveç këtyre synimeve, me ushtrimet për frymëmarrje arrihen edhe disa objektive tjerë:

- pengimi i deformiteteve të kafazit të kraharorit dhe korigjimi i atyre që mund të kenë ndodhur,
- zvogëlimi i efuzionit dhe pengimi i aderencave,
- zbutja e dhimbjes.

Programi i ushtrimeve për frymëmarrje te sëmundjet kronike obstruktive përfshin edhe stërvitjen e pacientëve që të marrin frymë me diafragmë dhe me brinjët e poshtme, me frymëmarrje të thellë dhe frymënxjerrje të lehtë, si dhe të stërviten të kenë frymëmarrje të kontrolluar, me frymëmarrje dhe frymënxjerrje të relaksuar (gjatë sulmit akut të zënies së frymës).

Gjatë drenimit në pozitën speciale pacienti bën frymëmarrje segmentale me inspirium të thellë dhe ekspirium të sforcuar.

Kineziterapia fillon me korigjimin e sinkronizimit të keq të lëvizjeve gjatë frymëmarrjes dhe stërvitjen për një sinkronizim të drejtë. Frymëmarrja sinkronike e stërngarkon muskulaturën ndihmëse, prish qëndrimin postural dhe shkakton deformitete të kafazit të kraharorit dhe shtyllës kurrizore.

Pozitat themelore për stërvitje dhe korigjim të frymëmarrjes janë:

- shtrirë,
- ulur,
- më këmbë.

Ushtrimet për frymëmarrje diafragmale dhe frymëmarrje me brinjët e poshtme janë format kryesore të ushtrimeve gjatë trajtimit të sëmundjeve kronike obstruktive. Frymëmarrja diafragmale nuk mund të ndahet nga ajo me brinjë të poshtme ngaqë lëvizja e diafragmës kushtëzon lëvizjen e brinjëve të poshtme. Stërvitja për frymëmarrje diafragmale dhe frymëmarrje me brinjët e poshtme bëhet në pozitën shtrirë në shpinë e cila njëkohësisht është edhe pozita e relaksimit në pozitën shtrirë.

Fizioterapeuti e vë pëllëmbën e njëres dorë në pjesën e sipërme të kafazit të kraharorit, ndërsa tjetrën në pjesën e sipërme të stomakut. Pacienti duhet të marrë frymë thellë dhe ta nxjerrë atë ngadalë. Fizioterapeuti i ndjek lëvizjet e kafazit të kraharorit dhe të abdomenit. Pjesa e sipërme e kafazit të kraharorit duhet të jetë e palëvizshme, ndërsa ajo e poshtme dhe stomaku duhet të ngrihen dhe të ulen. Pas stërvitjes së kësaj forme të frymëmarrjes pacienti duhet të jetë në gjendje ta kontrollojë frymëmarrjen e vet duke i zëvendësuar duart e terapeutik me duart e veta. Pas zotërimit të kontrollit mbi frymëmarrjen diafragma ngarkohet me ngarkesa shtesë (thasë me rërë- pesha e tyre shtohet gradualisht nga 0.5 gjer 3 kg).

Pas nxënies së ushtrimeve në pozitën shtrirë, pacienti stërvitet për ushtrimet në pozitat tjera themelore – ulur dhe më këmbë.

Secili ushtrim përsëritet 5 deri në 10 herë, kurse të gjitha ushtrimet zgjasin 30 minuta.

Ushtrimet fillon me fazën e relaksimit, kurse në mes të trajtimit kineziterapeutik respirator ka pauza relaksuese që zgjasin 5 minuta.

Gjatë ushtrimeve ndodh të shfaqen shenja lodhjeje (pulsi i shpejtë dhe dispne), prandaj duhet të bëhen pushime të shkurtra, dhe pastaj me një intensitet më të vogël të vazhdohet trajtimi kineziterapeutik.

Një kineziterapeut me përvojë mund të hartojë një program të tillë në mënyrë pacienti të mos bezdiset.

Z

DRENIMI POSTURAL

Procedura rehabilituese gjatë sëmundjes kronike obstruktive përmbledh ushtrime për frymëmarrje dhe parandalimin e deformiteteve të shtyllës kurrizore dhe kafazit të kraharorit. Mjekimi klimaterik në institucione speciale të vendosura nëpër lokalitete natyrore janë të një rëndësie të madhe në procesin e rehabilitimit.

Masat e përgjithshme që zbatohen te këta të sëmurë janë: shmangia e faktorëve provokues (përsheptues), qëndrimi në kushte me klimë të volitshme (klimë e ngrohtë dhe e thatë), qëndrimi në hapësira pa pluhur, shmangia e streseve psikike, pushim i gjatë pa lodhje dhe ngarkime fizike.

Gjatë sëmundjes kronike obstruktive të mushkërive jepen kortikosteroide dhe në rast nevojë, edhe antibiotikë.

Shmangia ose zvogëlimi i obstrukcionit dhe i sekretit të shumtë arrihet me bronkodilatatorë dhe drenim postural.

Me drenim postural largohet sekretet e shumtë të mushkërive dhe me këtë zvogëlohen spazma bronkiale. Pozita që duhet të marrë pacienti varet nga lokalizimi i ndryshimeve patologjike brenda në mushkëri.

Për shembull: kur janë të prekura segmentet e pasme të lobuseve të poshtme, i sëmuri duhet të shtrihet në stomak në një karrige speciale e quajtur karrige e Mekanit, i përkulur ashtu që të lehtësohet rrëshqitja e sekretit nën ndikimin e rëndesës së vet nga bronket e vogla te më të mëdhatë dhe prej aty tek trakeja, duke e nxjerrë jashtë nëpërmjet gojës.

Drenimi i lobuseve të poshtme bëhet në pozitën shtrirë në stomak me kafazin e kraharorit të përkulur në kënd prej 45 shkallëve. Poshtë brezit të komblikut vihet një jastëk. Nëse bëhet drenimi i pjesëve të parme të segmenteve të poshtme pacienti duhet të rrijë shtrirë në shpinë me kafazin e kraharorit të përkulur në kënd prej 45 shkallëve; jastëku vihet nën pelvis me ç`rast shmanget lodhja e muskujve të barkut.

Gjatë drenimit të lobusit të majtë të poshtëm pacienti qëndron shtrirë anash (në të djathtë), ndërsa kafazi i kraharorit vihet në kënd prej 45 shkallëve.

Drenimi i lobusit të mesëm bëhet në pozitë gjysmë të pjerrët në shpinë, me dorën mbi kokë ndërsa jastëku vihet në shtyllën kurrizore.

Segmenti linguar i lobusit të sipërm të majtë drenohet në pozitën e pjerrët në shpinë, duart të ngritura mbi kokë, dy jastëkë të vendosur nën pjesën e poshtme të trupit, ndërsa i treti vihet te shpina që të shmanget rrotullimi i të sëmurit në shpinë. Kafazi i kraharorit vihet në kënd prej 30 shkallë.

Për dy lobuset sipërme, për segmentet e parme, rekomandohet pozita gjatë së cilës i sëmuri shtrihet në shpinë me jastëkun nën gjunjë. Duart vendosen pranë trupit.

Segmenti i pasmë i lobusit të majtë të sipërm drenohet kur pacienti merr pozitën gjysmë të pjerrët. Jastëku vihet përpara trupit që të pamundësojë rrotullimin në bark.

Drenimi i majave të mushkërive bëhet në pozitën ulur me Ç'rast i sëmuri përkulet lehtë përpara, varësisht nëse kërkohet drenimi i segmentit të parmë apo të pasmë.

Drenimi varet shkalla dhe shpeshtësia e sulmeve obstruktive. Te rastet më të vështira drenimi bëhet një ose dy herë në ditë, për të gjitha segmentet apo lobuset e mushkërive. Drenimi mund të kryhet gjatë qëndrimit në spital, por edhe gjatë mjekimit në shtëpi. Nëse i sëmuri është fëmijë atëherë është e nevojshme që prindërit ta mësojnë teknikën e drenimit. Drenimi i lobeve të sipërme bëhet në mëngjes ndërsa ai i lobeve të poshtme dhe të mesme bëhet në mbrëmje. Kohëzgjatja e drenimit është e ndryshme; gjatë infeksionit drenimi postural duhet të zgjasë më shumë.

Vibrimet dhe goditjet e lehta mbi kafazin e kraharorit janë pjesë përbërëse e drenimit postural.

Aktivitete për nxënësin:

- Pacienti me sëmundje kronike obstruktive të mushkërive të vihet në pozitë për të drenuar lobin e djathtë të sipërm!
- Shpjegoji qëllimet e ushtrimeve për frymëmarrje që zbatohen te të sëmurët me sëmundje kronike obstruktive kronike!
- Demonstro si bëhet frymëmarrja diafragmale dhe frymëmarrja me brinjët e poshtme!

2.2. SËMUNDJET RESTRIKTIVE TË MUSHKËRIVE

Sëmundjet restriktive të mushkërive përfshijnë ndryshimet të cilat sjellin restriktion të rrugëve bronkiale, bëjnë shtypje mbi ta duke shkaktuar ngushtimin e tyre. Të gjitha ndryshimet patologjike restriktive mund të ndahen në sëmundje restriktive të shkaktuara nga ndryshimet e vetë indit mushkëror, dhe sëmundje të cilat restriktioni shkaktohet nga ndryshimet e kafazit të krahavorit dhe shtyllës kurrizore (deformitete të lindura ose të fituara).

Gjendje patologjike restriktive janë:

- fibroza e mushkërive (Fibrositis pulmonum) -
Ndezja e cipës së mushkërive (Pleuritis),
- tumoret e mushkërive (Tu pulmonum).

Deformitetet e lindura ose të fituara të kafazit të krahavorit dhe shtyllës kurrizore:

- Pectus excavatum,
- Pectus carinatum,
- Scoliosis,
- Kyphosis,
- Kyphoscoliosis,
- M. Bechterew.

Ndezja e cipës së mushkërive (pleuritis)

Karakterizohet me dalje të lëngut në zbrazëtirën pleurave dhe shpeshherë është komplikim i pneumonisë, tuberkulozit, sëmundjeve reumatike, neoplazmave etj.

Ekzistojnë tri forma klinike të kësaj sëmundjeje:

- pleurit fijejzor (fibroz) ose pleurit i thatë,
- pleurit eksudativ (serofibroz),
- pleurit qelbësues (purulent).

Pleuriti i thatë është pasojë e infeksionit bakterial ose viral, apo e ndonjë sëmundjeje malinje, reumatike apo tuberkulozit. Procesi mund të jetë i lokalizuar ose të prekë gjithë cipën e mushkërive. Mund të ndodhin edhe aderenca të cilat e vështirësojnë frymëmarrjen.

Pleuriti eksudativ ose serofibrinoz dallohet nga ai fibrinoz ngaqë tek i pari në zbrazëtirën pleurave mbledhet lëngu disa mililitra ode disa litra. Te të rinjtë shkak kryesor është tuberkulozi ndërsa te të moshuarit ndonjë proces malinj.

Pleuriti qelbësues (purulent) është dytësor dhe shfaqet pas pneumonisë bakteriale. Pas manifestimit të pasqyrës klinike, edhe përkundër terapisë së kujdesshme, krijohet një fibrozë e trashë e cila i ngjitet mushkëritë për murit të kafazit të kraharorit

Rehabilitimi mjekësor

Aderencat pleurave krijohen qysh në fazën e hershme të sëmundjes ndonëse manifestohen në fazën e mëvonshme të saj. Për këtë shkak është e nevojshme të fillohet me ushtrime për frymëmarrje menjëherë pas diagnostikimit të sëmundjes. Programi themelor i rehabilitimit është:

- pozita korigjuese në krevat,
- ushtrimet për frymëmarrje (kineziterapia respiratore)

➤ Pozita korigjuese në shtrat

I sëmuri me pleurit duhet të rrijë shtrirë në shtrat në anën e shëndoshë në mënyrë që shmanget krijimi i aderencave.

Kur i sëmuri rri shtrirë në anën e shëndoshë, që të kemi një ekstension sa më të madh i anës së sëmurë, duhet të vendoset batanije ose jastëk.

Njëkohësisht duhet të bëhet rrotullim para-prapa. Kjo pozitë kryhet së paku tri-katër herë në ditë. Pjesën e mbetur të kohës pacienti duhet të rri shtrirë në shpinë ose në stomak që të relaksohet, të ketë qarkullim sa më të mirë dhe të jetë psikikisht i shtendosur.

➤ Kineziterapia respiratore

Në stadin fillestar të sëmundjes duhet të vërehen aftësitë respiratore të të sëmurit dhe pastaj të urdhërohen ushtrimet respiratore. Këto ushtrime në fillim duhet të kryhen nën kontrollin e kineziterapeutit: në çdo 10 minuta të bëhen dy frymëmarrje (inspirime) të thella. Në këtë mënyrë për një orë do bëhen 10 inspirime të thella dhe me të do të shmanget formimi i hershëm i aderencave. Pas përmirësimit të gjendjes së të sëmurit dhe zbutjes së shenjave, i sëmuri duhet të stërvitet për frymëmarrje diafragmale dhe frymëmarrje me brinjët e poshtme duke e vënë theksin tek inspiriumi i thellë.

Ushtrimet simetrike – i sëmuri vihet në pozitën shtrirë me këmbët e mbledhura; pas relaksimit, terapeuti me duart e tij duhet ta kapë pjesën e poshtme të kafazit të të sëmurit në kohën kur ai merr frymë me qëllim që të shkaktojë rezistencë të lehtë. Më vonë i sëmuri e zëvendëson terapeutik duke vendosur duart e vet në pjesën e poshtme të kafazit të kraharorit.

Ushtrimet asimetrike – gjatë këtyre ushtrimeve rezistenca jepet në pjesën e poshtme të kafazit të kraharorit në pozitën anash, në anën e shëndoshë të të sëmurit. Ushtrimet asimetrike për diafragmën kryhen në anën e shëndoshë në pozitën shtrirë, kur diafragma është e ngritur ndërsa lëvizjet e saj janë më të mëdha. Nëse brinjët vihen mbi një platformë joelastike (platformë e fortë), atëherë diafragma duhet t'i bëjë ballë edhe rezistencës së organeve të barkut edhe brinjëve.

Në fazën e rimëkëmbjes, kur pacienti nis të ngrihet nga shtrati, i gjithë programi vazhdon në pozitën ulur dhe atë shtrirë. Sidomos janë të rëndësishme ushtrimet me lentë respiratore pasi në atë mënyrë mund të dozohet rezistenca si asimetrikisht ashtu edhe simetrikisht duke forcuar muskulaturën respiratore (muskujt ndërbrinjorë). Në fund fare jepen ushtrime me ngarkesë me ndihmën e thasëve me rërë.

Pas daljes nga spitali ushtrimet për frymëmarrje bashkë me ushtrimet korigjuese duhet të kryhen edhe më tutje në mënyrë që të shmangen komplikimet e mundshme.

Në rastet kur pleuriti është pasojë e ndonjë procesi malinj apo te rastet me pleurit të thatë, të sëmurët duhet të qëndrojnë të shtrirë në shtrat duke marrë një pozitë korigjuese në të. Dozimi i kineziterapisë për muskujt respiratorë duhet të bëhet individualisht dhe varësisht nga pasqyra klinike dhe gjendja e përgjithshme e të sëmurit.

Megjithatë, duhet të jemi të kujdesshëm dhe të ndjekim çdo ditë gjendjen dhe zhvillimin klinik të sëmundjes themelore.

Pyetje:

1. Ç'angazhohet/aktivizohet gjatë frymëmarrjes (inspiriumit)?
 - a. Muskulatura ekspiratore,
 - b. muskulatura inspiratore,
 - c. vetëm muskujt abdominal,
 - d. vetëm muskujt paravertebral.

2. Ç'është bronkiti obstruktiv kronik?
 - a. Tumor malinj i mushkërive,
 - b. sëmundje obstruktive kronike e mushkërive,
 - c. infarkt akut i miokardit,
 - d. pamjaftueshmëri e veshkave.

3. Cili është qëllimi kryesor i kineziterapisë respiratore?
 - a. Të rritet ventilimi i mushkërive dhe lëvizshmëria e kafazit të kraharorit;
 - b. të zvogëlohet ventilimi dhe të rritet lëvizshmëria e kafazit të kraharorit;
 - c. të rritet ventilimi i mushkërive dhe të zvogëlohet lëvizshmëria e kafazit të kraharorit;
 - d. të rritet niveli i harxhimit të energjisë që nevojitet për frymëmarrje.

4. Ushtrimet për frymëmarrje diafragmale dhe frymëmarrje me brinjët e poshtme janë format kryesore të ushtrimeve në trajtimin e:
 - a. Koskartrozës (artrozës së këllkut),
 - b. artritit reumatoid,
 - c. sëmundjeve obstruktive kronike të mushkërive,
 - d. pamjaftueshmërisë kronike të veshkave.

5. Sa zgjasin ushtrimet për frymëmarrje me brinjë të poshtme dhe frymëmarrje diafragmale?
 - a. afërsisht 5 minuta,
 - b. 10 minuta,
 - c. 30 minuta,
 - d. afërsisht 1 orë.



Aktivite për nxënësin:

- Demonstro si vihet në pozitë korigjuese në shtrat i sëmuri me pezmatim të pleurës!
- Prezantoje kryerjen e ushtrimeve asimetrike dhe simetrike tek i sëmuri me sëmundje restriktive të mushkërive!

Tërësia tematike 3

REHABILITIMI I TE SËMURËVE ME SËMUNDJE KARDIOVASKULARE

Qëllimet e tërësisë tematike:

- të shpjegojë procesin e rehabilitimit të të rriturit që vuajnë nga sëmundjet kardiovaskulare;
- t'i njohë faktorët e rrezikut për paraqitjen e infarktit akut të miokardit (IAM);
- ta njohë pasqyrën klinikën të IAM-së;
- t'i përshkruajë metodat dhe procedurat e rehabilitimit të të rriturve me IAM;
- të njohë pasojat e keqzbatimit të terapisë;
- të zhvillojë normat profesionale dhe etike gjatë procesit të rehabilitimit.

Tërësia tematike 3

REHABILITIMI I TË SËMURËVE ME SËMUNDJE KARDIOVASKULARE (mësim zgjedhor)

Qëllimet konkrete për nxënësin:

- t'i përshkruajë ushtrimet për frymëmarrje gjatë rehabilitimit të të sëmurëve me infarkt akut të miokardit (IAM);
- të njohë ushtrimet kondicionuese që jepen te të sëmurët me IAM;
- t'i parashtrojë procedurat gjatë rehabilitimit të IAM-së;
- t'i njohë mënyrat e dozimit të ushtrimeve tek IAM-ja;
- t'i aftësojë pacientët që të vetëkujdesen dhe të kthehen në jetën e tyre të përditshme.

3. REHABILITIMI I TE SËMURËVE ME SËMUNDJE KARDIOVASKULARE



Sipas shpeshtësisë dhe pasojave që lënë sëmundjet kardiovaskulare paraqesin një problem shumë me rëndësi. Përveç kësaj si pasojë e morbiditetit të lartë të sëmundjeve kardiovaskulare në përgjithësi dhe infarkt të miokardit në veçanti, kjo fushë e mjekësisë është problemi kryesor i shërbimeve mjekësore.

Jetëgjatësia e njerëzve më së shumti reflektohet mbi punën e zemrës. Kushtet kryesore për të përmirësuar punën e zemrës mbeten parandalimi, mjekimi dhe rehabilitimi.

Parandalimi i sëmundjeve të muskulit dhe arterieve të zemrës duhet të nisë që para vitit të 20-të të jetës. Masat parandaluese duhet të bazohen në shmangien e faktorëve të rrezikut. Ndikimi i faktorëve të rrezikut mund të zvogëlohet në këto mënyra:

- zbulimi i hershëm dhe mjekimi përkatës i të ashtuquajturave sëmundje të rrezikut (hiperkolesterolemi, hipertensioni, diabeti) dhe të ashtuquajturit faktorët të rrezikut (pirja e duhanit, trashëgimia etj).
- zbatimi i një regjimi dietetiko-higjienik të përshtatshëm,
- zbatimi i procedurave për edukim dhe arsimim shëndetësor.

Rehabilitimi i të sëmurëve me sëmundje të zemrës kërkon një punë në ekip, bashkëpunim dhe parime të cilat vlejné edhe për fushat tjera të rehabilitimit. Qëllimi kryesor i rehabilitimit të të sëmurëve me sëmundje të zemrës është kthimi i aftësive mendore dhe fizike, rikthimi i tyre në aktivitetin e mëparshëm apo aftësimi sa më i mirë për një aktivitet të ri. E gjithë kjo sot me një fjalë quhet përmirësimi i cilësisë së jetës.

Metodat për ekzaminimin e të sëmurëve kardiakë

Ekzaminimi i të sëmurëve kardiakë është fushëveprimi i kardiologëve. Metodat klinike të ekzaminimit mund t'i ndamë në:

- Ekzaminim fizikal i zemrës
 - matja e frekuencës së zemrës
 - matja e shtypjes së zemrës
 - perkusioni, palpacioni dhe auskultimi;
- Ekzaminimi elektrokardiografik;
- Kërkimet laboratorike;
- Skintigrafia;
- Ekokardiografia;
- Angjiokardiografia (koronarografia).

Testet më të rëndësishme në diagnostikimin kardiologjik për rehabilitimin e të sëmurëve kardiakë janë testet me ngarkim fizik (ergobiçikleta dhe lenta e lëvizshme).

3.1. REHABILITIMI I TË SËMURËVE ME INFARKT AKUT TË MIOKARDIT DHE SËMUNDJE KORONARE

D Rehabilitimi i sëmundjes koronare dhe infarkt të miokardit kapërcen nëpër tri faza:

Faza I – faza e shtrimit në spital,
 Faza II - faza e rekonvaleshencës,
 Faza III – faza e pasrekonvaleshencës.



Skema 4 – Faza e rehabilitimit të të sëmurit me sëmundje koronare dhe IAM

Faza I – faza e shtrimit në spital

Faza e parë e rehabilitimit, faza e shtrimit në spital, i përmbledh dhjetë ditët e para të cilat pacienti i kalon në njësinë koronare. Rehabilitimi i hershëm fillon aty qysh në ditën e dytë ose të tretë, në krevatin e të sëmurit. Programi nisët me ushtrime pasive dhe masazh të gjymtyrëve. Pastaj vazhdohet me ushtrime aktive shtesë, megjithatë vetëm nëse nuk ka komplikime shtesë. Kjo fazë zgjat 9-16 ditë, më së shumti tri javë, pra gjatë gjithë kohës së shërimit intensiv të të sëmurit.

Programi i aktivitetit fizik nënkupton një punë graduale hap pas hapi dhe kryhet në disa etapa ose stade:

Stadi i parë. Rehabilitimi fillon në shtratin e të sëmurit me masazh të muskujve, lëvizje aktive dhe pasive të gjymtyrëve, përfshirjen graduale të ushtrimeve për frymëmarrje dhe relaksim di dhe me udhëzimet për regjimin e mjekimit.

Stadi i dytë. Mbajtja e higjienës personale, të ushqyerit në pozitën ulur me mbështetje.

Dy stadet e para kryhen në javën e parë të sëmundjes.

Stadi i tretë. I sëmuri rri ulur në shtatin e vet pa pasur nevojë për ndihmën e dikujt tjetri (pa mbështetje) dhe i lejohet të lexojë tekste të lehta.

Stadi i katërt. Vazhdohet me veprimet e filluara të cilave iu shtohen lëvizje në pozitën ulur, uljen në fund të krevatit dhe më vonë uljen në karrige me mbështetje.

Stadi i pestë. Mobilizimi i hershëm: i sëmuri nis të shëtitet në dhomë, pastrohet vetë dhe bën aktivitete si më parë.

Stadi i gjashtë. Inkuadrimi i ushtrimeve gjimnastikore për lëvizje, forcimi i muskujve dhe përmirësimi i qarkullimit. Ky stad fillon në javën e dytë të sëmundjes.

Stadi i katërt. I ashtuquajtur mobilizim i vonshëm fillon me shëtitje në korridor (300-500 m), shkuarja në banjë, hipja dhe zbritja e shkallëve të një kati (15-21 pas paraqitjes së sëmundjes).

Stadi i tetë. I sëmuri del në shëtitje jashtë, në park. Ky stad fillon në javën e katërt nëse nuk janë zhvilluar komplikime.

Ushtrimet nuk fillojnë asnjëherë para ditës së dytë pas infarktut akut të miokardit. Më së shpeshti fillohet ditën e tretë ose të katërt.

Gjatë trajtimit me ushtrime në rast se ndodhin komplikime duhet të ndërpritet ushtrimet.

Shkaqet për ndërprerjen e trajtimit kineziterapik janë:

- takikardia,
- paraqitja e aritmive,
- angjina,
- uria për ajër dhe lodhja e shpejtë,
- zbehje akute ose cianozë (mavijosje) me rënie ë shpejtë të shtypjes dhe pulsit,
- rritja e shtypjes mbi 180/120 mmHg.

Pas stadit të tetë i sëmuri hyn në fazën e rekonvaleshencës dhe mund të dalë nga spitali. Si rregull, përpara lëshimit të spitalit, duhet të bëhet edhe një test ngarkimi që të vërehet nëse ka rrezik për një atak tjetër si dhe për të urdhëruar aktivitetin fizik sa më të përshtatshëm me të cilin duhet të merret pacienti pas daljes nga spitali.

Faza II – faza e rekonvaleshencës

Në këtë fazë duhet të vazhdohet me programin për rehabilitim të hershëm në institucionet e specializuara për rehabilitim kardiovaskular. Në këto institucione vazhdohet aktiviteti fizik i cili duhet të jetë për gjithë jetën.

Që në ditën e parë pas pranimit në institucionin për rehabilitim kardiak niset me ecje në terren të rrafshët e cila zgjat 20 min dhe me shpejtësi 3 km/orë. Çdo ditë vijuese shtohen nga 10 minuta gjersa të arrihet një ecje aktive 90-minuteshe. Në këtë fazë duhet të rritet shpejtësia e lëvizjes në 4 km/orë në ditët pastaj aktiviteti fizik rritet, koha çdo ditë rritet për 10 minuta derisa të arrihet koha prej 90 minutash. Pastaj shpejtësia e ecjes rritet për në 6 km/orë. Pas mbarimit të kësaj periudhe në program futet ecja në përpjetëz dhe hipja e shkallëve. Shëtitjet gjithnjë duhet të bëhen në mbrëmje meqë atëherë ajri është më pak i lagësht. Mesatarisht dy muaj pas infarkt të miokardit pacientët duhet të kthehen në punë. Gjatë çdo shëtitjeje duhet të pacientët të mbajnë me vete lingualeta me nitroglicerinë.

Gjatë këtij programi i sëmuri duhet të jetë nën mbikëqyrjen e vazhdueshme të ekipit rehabilitues, sidomos të kardiologut.

Vlerësimi i gjendjes së pacientit në fund të fazës rekonvaleshente (pra në fillim të fazës së tretë) bëhet me teste me ngarkim.

Faza III – faza e pasrekonvaleshencës

Pas mbarimit të rehabilitimit pashospitalor në institucionet specialistike të rehabilitimit kardiovaskular, stërvitja duhet të vazhdojë në kushte ambulante. Nëse aktiviteti fizik ndërpritet qoftë edhe për pesëmbëdhjetë, humben të gjitha efektet e volitshme të fituara paraprakisht.

Tashmë është rregull që gjatë kësaj faze i sëmurit të përfshihet në një program të përhershëm aktiviteti fizik, pra në ushtrime që zgjasin deri në fund të jetës, duke e futur atë edhe në listën e të sëmurëve në rrezik.

Qëllimet e stërvitjet gjatë fazës së tretë janë:

- të përcaktohet kapaciteti fizik i të sëmurit në bazë të të cilit pastaj përcaktohet aktiviteti i përditshëm dhe aftësitë e të sëmurit për punë;
- të rritet kapaciteti fizik dhe kapaciteti për punë i të sëmurit (në fazën e parë dhe të dytë ishin në nivel të ulët);
- stërvitja e hershme është e dobishme si nga aspekti fizik ashtu edhe nga ai psikik. Të sëmurët e stërvitur janë gjithmonë më të përgatitur dhe më të aftë për punë;
- trajnimi dhe inkurajimi bëjnë që pacienti të jetë i qëndrueshëm i durueshëm.

Stërvitja planifikohet dhe programohet në grup ose individualisht; ajo zgjat tridhjetë deri në gjashtëdhjetë minuta ndërsa intensiteti i saj varet nga gjendja e të sëmurit.

Efektet dobishme të stërvitjes janë:

- rritja e kondicionit fizik,
- përmirësimi i gjendjes psikike dhe i disponimit (humorit) të të sëmurit,
- ulja e frekuencës së zemrës, rënia e shtypjes arteriale dhe zvogëlimi i rezistencës së enëve periferike,
- stabilizimi i qarkullimit të gjakut, rënia nga pesha, përmirësimi i aftësive seksuale.

Pyetje:

1. Ku zbatohet faza e parë e rehabilitimit të të sëmurëve me infarkt akut të miokardit dhe sëmundje koronare?
 - a) në kushte ambulatore;
 - b) në spital;
 - c) në shtëpi;
 - d) në salla e kineziterapisë.

2. Cila është arsyeja për ndërprerjen e trajtimit kineziterapik te të sëmurët me infarkt akut të miokardit?
 - a) dhimbjet në pjesën lumbosakrale të shtyllës kurrizore;
 - b) takikardia dhe angjina;
 - c) dhimbjet në stomak;
 - d) dhimbjet te gjunjët.

3. Cili është qëllimi i fazës së tretë të rehabilitimit të të sëmurëve me infarkt të miokardit?
 - a) të zvogëlohet aktiviteti i përditshëm dhe aftësia për punë e të sëmurit;
 - b) të rritet kapaciteti fizik dhe kapaciteti për punë i të sëmurit;
 - c) t'i mundësohet të sëmurit që vetë ta përcaktojë aktivitetin fizik;
 - d) destabilizimi i shtypjes së gjakut.

4. Si fillon faza e dytë – ajo e rekonvaleshencës?
 - a) me ushtrime pasive në shtratin e të sëmurit;
 - b) me ushtrime aktive në shtratin e të sëmurit;
 - c) duke ecur në terren të rrafshët;
 - d) duke ecur në terren të përpjetë.

5. Si fillon stadi i parë i fazës së parë të rehabilitimit të të sëmurëve me sëmundje koronare?
 - a) me masazh të muskujve, lëvizje pasive të gjymtyrëve dhe ushtrime për frymëmarrje dhe relaksim;
 - b) ushtrime aktive munkun rezistencës;
 - c) ecja në terren të rrafshët;
 - d) ecja në terren të përpjetë.

Z

Është dëshmuar tashmë se aktiviteti i dozuar dhe në kohë të përshtatshme (i hershëm) pas infarktit akut nuk e rrit rrezikun nga komplikimet. Është vërtetuar se në fakt pushimi i zgjatur sjell efekte të dëmshme- zvogëlon masën e muskujve skeletorë, rrit ngjizshmërinë e gjakut dhe priren për trombozë, sidomos te gjymtyrët e poshtme, rrit çminalizimin e eshtrave etj

Parametrat që flasin për infarkt akut të miokardit janë:

- angjina që zgjat më shumë se 30 minuta (dhimbja mund të manifestohet në zonën prekordiale, te krahu, qafa, majat e gishtave, stomaku, si sëmbim i dorës së majtë etj);
- ndryshime të EKG-së;
- sindromë laboratorike biohumorale pozitive për nekrozë të miokardit.

Nëse dy nga të tri kriteret e mësipërme plotësohen, atëherë mund të thuhet më se pacienti ka pësuar infarkt të miokardit.

Kundërrindikacionet për rehabilitimin e sëmurëve pas infarktit akut të miokardit

Kundërrindikacionet për të nisur rehabilitimin e hershëm gjendjeve pas infarktit miokardial ndahen në të përgjithshme dhe specifike (kardiologjike).

Kundërrindikacione të përgjithshme:

- shtypja e lartë e gjakut (200/120 mmHg),
- shtypja e ulët e gjakut (nën 90/60 mmHg),
- takikardia,
- bradikardia,
- zjarrmia (temperatura),
- transfuzioni i gjakut ose plazmës së tij.

Kundërrindikacionet kardiologjike:

- angina pectoris jostabile,
- pamjaftueshmëria e zemrës,
- çrregullimet e ritmit të zemrës,

- çrregullimet e përçimit të impulseve (bloqet SA dhe AV të shkallës së dytë dhe të tretë),
- miokarditis dhe perikarditi akut,
- tromboflebit i rëndë i gjymtyrëve,
- defektet të aortës etj.

Kushtet që duhet të plotësohen përpara se të nisë programi i rehabilitimit:

- i sëmuri të mos ketë pasur dhimbje në 24 orët e fundit,
- i sëmuri të ketë pasur shtypje stabile në 24 orët e fundit,
- të ketë mbaruar evolucioni i infarktit,
- të mos ketë shenja të dekompensimit të zemrës,
- të mos ketë rregullime të ritmit të zemrës, etj.

Qëllimet e rehabilitimit pas infarktit akut të miokardit:

- relaksimi psikomotorik,
- parandalimi i gjendjeve ankioze (gjendjeve të ankthshme),
- parandalimi i shfaqjes së depresionit,
- kthimi i tonusit dhe i fuqisë së muskujve,
- parandalimi i tromboflebitit, pneumonisë hipostatike dhe indeksioneve urinare,
- përmirësimi i punës së zemrës,
- stimulimi i zhvillimit të qarkullimit anësor (kolateral) të muskuli i zemrës,
- ndryshimi i shprehive të këqija (ndryshimi i stilit të jetës),
- vazhdimi i jetëgjatësisë dhe i stazhit të punës,
- përmirësimi i cilësisë së jetës.

Aktivitete për nxënësin:

- Sqaro rëndësinë e fazës së parë të rehabilitimit tek i sëmuri me infarkt akut të miokardit!
- Demonstro si kryhet ushtrimet pasive dhe ato respiratore tek i sëmuri me infarkt akut të miokardit në stadin e parë të fazës së parë të procesit të rehabilitimit!
- Në cilën fazë të rehabilitimit i sëmuri nis të ecë në terren të rrafshët? Sqaroje mënyrën si bëhet dozimi gradual i aktivitetit fizik!

Tërësia tematike 4:

REHABILITIMI I TE SËMURËVE ME SËMUNDJE MALINJE

Qëllimet e tërësisë tematike:

- të kuptohet procesi i rehabilitimit i të sëmurëve me sëmundje malinje;
- të shpjegojë metodat dhe procedurat e rehabilitimit të të sëmurëve me sëmundje malinje;
- të përshkruajë mënyrën si aplikohen mjetet ndihmëse ortopedike dhe protetike të cilat përdoren gjatë procedurave të caktuara në rehabilitimin e të sëmurëve me sëmundje malinje.

Tërësia tematike 4:

Rehabilitimi i të sëmurëve me sëmundje malinje

(mësim zgjedhor)

Qëllimet konkrete për nxënësin:

- t'i shpjegojë metodat dhe procedurat gjatë rehabilitimit të të sëmurëve me sëmundje malinje;
- të numërojë disa procedura që mund të përdoren te të sëmurët me sëmundje malinje;
- t'i aftësojë të sëmurët për vetëkujdes dhe për kthim në jetën e tyre të përditshme;
- ta përshkruajë mënyrën aplikimit të mjeteve ndihmëse ortopedike dhe protetike të cilat përdoren te të sëmurët me sëmundje malinje.

4. REHABILITIMI I TE SËMURËVE ME SËMUNDJE MALINJE

O

Sot të sëmurët me sëmundje malinje jetojnë më gjatë si rezultat i detektimit të hershëm të sëmundjeve, spektrit më të gjerë të mjekimit dhe përgjithësisht për shkak të një lufte më të suksesshme kundër këtyre sëmundjeve.

Rehabilitimin e këtyre të sëmurëve e shtrojnë nevojat e shumta që kanë këta të sëmurë: dhimbja, probleme me lëvizjen, lodhje, dobësi, si dhe probleme që lidhen me tumore të caktuara, si: gëlltitje e vështirësuar (disfagji), limfedemë, neuropati dhe mënjanimi i një pjese apo organi të trupit (ind i butë apo asht).

Rehabilitimi i të sëmurëve mund të kryhet me modele të ndryshe përfshirë edhe rehabilitimin në spital, kujdesin konsultativ dhe atë jashtëspitalor, di dhe mjekimin në shtëpi.

Arritja e qëllimit të rehabilitimit shtron nevojën e një bashkëpunimi të ngushtë mes fiziatrit dhe anëtarëve tjerë të ekipit rehabilitues, si dhe me fizioterapeutin dhe personat tjerë të përfshirë në procesin e rehabilitimit të të sëmurëve me sëmundje malinje.

Rehabilitimi spitalor mund të niset qysh gjatë qëndrimit të të sëmurit në spital kur trajtohet për sëmundjen malinje në mënyrë që të përmirësohet gjendja e përgjithshme e tij (përmirësimi i funksionit kardiovaskular, respirator, parandalimi i limfedemave, ruajtja e trofikës së muskujve, ngritja e shpejtë në këmbë (vertikalizimi), largimi ose zbutja e dhimbjes akute dhe kronike). Pas mbarimit të mjekimit të sëmundjes akute (operimi, kimioterapia, radioterapia), të sëmurët duhet të shtrohen në spitale specialiste për rehabilitim mjekësor me qëllim që të rikthehen sa më shumë nga funksionet e humbura dhe të përmirësohet gjendja e përgjithshme e të sëmurit.

Përkujdesja ambulatorë dhe rehabilitimi zakonisht bëhet për probleme të caktuara muskulo-skeletore dhe atyre të indit lidhor, p.sh. limedema, kontrakturat, vetëkujdesi, lëvizja dhe trajtimi i dhimbjes. Që të bëhet bartja e tyre është e nevojshme që këta të sëmurë të jenë stabil nga aspekti mjekësor.

Trajtimi i dhimbjes i lidh procedurat farmakologjike me ato jofarmakologjike.

Objekt i rehabilitimit ambulator janë edhe ushtrimet për zmadhimin e lëvizshmërisë dhe për përdorimin e drejtë të mjeteve ndihmëse ortotike, protetike dhe adaptive. Përkujdesja ambulatorë jep mundësinë që pacienti dhe gjendja e tij të ndiqet për një kohë të gjatë.

Qëllimi i rehabilitimit të pacientëve me sëmundje malinje është trajtimi i:

- **dhimbjes.** Dhimbja zakonisht trajtohet me terapi farmakologjike (analgjetikë opioid dhe jooipoid), por edhe me procedura të caktuara jofarmakologjike (TENS-i dhe rryma tjera);
- **problemeve me lëvizjen.** Këto probleme i shkaktojnë metastazat tek eshtrat, çrregullimet neurologjike, frakturat patologjike, gjendja e përgjithshme e keqe, dhimbja, etj.;
- **lodhjes.** Lodhja është rezultat i anemisë, infeksioneve, ndryshimeve metabolike, tendosjes psikike dhe efekteve të padëshiruara të terapisë.

Shmangia ose zvogëlimi i lodhjes bëhen me:

- ngritjen e nivelit energjetik të të sëmurit (përmirësimi i anemisë, ushqimi i drejtë, terapia me vitamina, korrigjimi i çrregullimeve endokrine),
- dhënien e medikamenteve - analgjetikë, antidepressantë etj.,
- ushtrime - ushtrime aerobike (me disa kufizime, varësisht nga zgjerimi i sëmundjes),
- dhënien e mbështetjes psikologjike,
- përmirësimin e të ushqyerit.

Nga e gjithë kjo del se në fokusin e procedurave rehabilituese është zbutja e dhimbjes, ruajtja dhe rikthimi i funksionit të humbur, edukimi i për aktivitete jetësore, të gjitha këto me një qëllim – të sigurohet një jetë sa më cilësore.

4.1. ASPEKTET E PËRGJITHSHME TE USHTRIMEVE QË PËRDOREN NË TRAJTIMIN E SËMUNDJEVE MALINJE

O

Ushtrimet e moderuara ndikojnë pozitivisht mbi shëndetin e të sëmurëve me sëmundje malinje. Aktiviteti fizik rekomandohet për parandalimin e hipotrofisë muskulore, për përmirësimin e metabolizmit si dhe për trajtimin e gjendjeve specifike të sëmundjeve malinje.

Terapia aktive nuk rekomandohet nëse i sëmuri ka trombocitopeni, temperaturë të lartë dhe nëse ka funksion të përkeqësuar të zëmërës dhe sistemit respirator.

Për çdo sëmundje malinje ekziston program i caktuar ushtrimesh e cila iu përgjigjet nevojave dhe kufizimeve të pacientit në mënyrë që të ruhen forca dhe sasia e lëvizjeve.

4.2. DISA SËMUNDJE MALINJE DHE REHABILITIMI I TYRE

O

4.2.1. Rehabilitimi i femrave me kancer të gjirit

Rehabilitimi i të sëmurave me kancer të gjirit zakonisht ndahet në dy grupe:

- Rehabilitimi i të sëmurave me kancer të lokalizuar dhe me dëmtim të funksionalitetit,
- Rehabilitimi i të sëmurave me kancer të përhapur nëpër sisteme të organizmit dhe me dëmtim të funksionalitetit.

Detyra kryesore e të dyja grupeve është t'iu ndihmojë të sëmurave që të arrijnë nivelin e dashur të funksionalitetit në momentin kur do krijohen kushte për të.

Mjekimi kirurgjik i këtyre të sëmurave varet nga stadi i kancerit. Gjatë mastektomisë radikale largohet gjithë indi i gjirit bashkë me gjëndrat limfatike aksilare. Te mastektomia e pjesshme largohet vetëm tumori dhe indi përreth gjirit.

Numri më i madh i të sëmurave për rehabilitim vijnë në periudhën pas operimit, kryesisht për këto arsye:

- lëvizje të kufizuara të krahut,
- dhimbje në vendin e ndërhyrjes kirurgjike (te kraharori dhe sqetulla),
- limfedema.

Dhimbja duhet të trajtohet me analgjetikë përkatës (analgjetikë opioidë dhe joopioidë).

Rekomandohet edhe një mobilizim i hershëm, por jo të bëhet menjëherë. Që nga dita e parë e tutje jepen lëvizje për rrotullim të brendshëm dhe të jashtëm të krahut; gjer në ditën e katërt lejohet fleksioni dhe abduksioni prej 40-45 shkallësh; prej ditës së katërt gjer në të gjashtën fleksioni duhet të rritet nga 45 në 90 shkallë, megjithatë abduksioni të mbetet 45 shkallë. Pastaj duhet që fleksioni, abduksioni dhe rrotacioni të bëhen gjer në pikën që mund ta tolerojë e sëmura.

Limfedema dhe ndjenja e plotësisë te dora parandalohet me ngritjen e dorës mbi nivelin e zemrës në mënyrë që të shmanget veprimi i rëndësës së Tokës. Gjithashtu rekomandohet edhe drenimi manual i dorës. Në këtë periudhë jepen edhe ushtrime: ushtrime aktive, ushtrime për tërheqje dhe ushtrime për frymëmarrje. Që të zvogëlohet krijimi i limfës gjatë ushtrimeve duhet të bëhet kompresion me kompresa elastike gjatë ushtrimeve.

4.2.2. Rehabilitimi te të sëmurët me kancer të mushkërive

Sëmundjet malinje të mushkërive janë shumë të shpeshta kurse rehabilitimi i tyre është një sfidë e vërtetë për ekipet rehabilituese, sidomos për ftiziatrin dhe fizioterapeutin. Shërimi i tyre është i mundshëm, sidomos nëse detektohen në stadin e hershëm, atëherë kur mund të ndërhyhet kirurgjikisht, ndonëse për shumicën e rasteve prognoza është e keqe.

Plani për rehabilitimin e këtyre të sëmurëve përfshin:

- trajtimin e dhimbjes – përfshin terapinë farmakologjike (analgjetikë opioidë dhe joopioidë), por edhe disa procedura tjera jofarmakologjike (përmirësimi i lëvizjes me qëllim të zbutjes së dhimbjes, TENS-i, etj.)

- stërvitjen e të sëmurit për të bërë higjienën e mushkërive dhe për teknikën e frymëmarrjes.

Të sëmurët te të cilët është ndërhyrë kirurgjikisht duhet të stërviten për të përvetësuar teknikën e frymëmarrjes e cila mundëson zgjerimin maksimal të kraharorit, kollitje produktive, mënyra specifike për frymëmarrje - marrjen e frymës nëpërmjet hundës ndërsa nxjerrjen e saj me gojën e mbyllur dhe të mbledhur, frymëmarrje diafragmale, me brinjë të poshtme dhe segmentale (me dorën mbi pjesën e sipërme apo të poshtme të kafazit të kraharorit gjatë inhalimit). Pas operimit, kollitja lehtësohet nëse gjunjët mbahen të mbledhur.

Mund të bëhet edhe drenimi pulmonar apo të përdoret drenues respirator.

Pyetje:

1. Cili është qëllimi i rehabilitimit të të sëmurëve me sëmundje malinje?
 - a) zvogëlimi i lëvizshmërisë;
 - b) ulja e nivelit energjetik të të sëmurit;
 - c) trajtimi i dhimbjes dhe i problemeve me lëvizjen;
 - d) shkaktimi i lodhjes.
2. Çfarë aplikohet te të sëmurët me sëmundje malinje?
 - a) ushtrim i moderuar i dozuar;
 - b) ushtrim i sforcuar;
 - c) kufizimi i lëvizjeve të nyjave;
 - d) ecje nëpër terrene të parrafshëta që të parandalohet atrofia muskulore.
3. Cilat janë problemet kryesore me të cilat përballen të sëmurat me kancer të gjirit në periudhën pas operimit?
 - a) lëvizjet e kufizuara të krahut, dhimbja në vendin e operimit dhe limefedema;
 - b) çrregullimi i frymëmarrjes;
 - c) dekompensimi i zemrës;
 - d) lodhja.
4. Çfarë përfshin plani i rehabilitimit të të sëmurëve me kancer të mushkërive?

5. Pse ka shumë rëndësi që të sëmurët të cilëve iu janë prerë mushkëritë, në periudhën pas operimit të stërviten për të përvetësuar teknikat për frymëmarrje?

Z

Kanceri i gjirit është kanceri më i shpeshtë i grave dhe shfaqet mes viteve 40-ta dhe 50-ta të jetës.

Pas ndërhyrjes kirurgjike mund të mbeten shumë pasoja të cilat mund ta vështirësojnë funksionimin normal të gruas, mes tjerash lëvizja e vështirë e krahut, keqmbajtja e detyruar trupit, çrregullime psikike (pasiguri, depresion etj.)

Procesi i rehabilitimit duhet të jetë kompleks, edhe fizik edhe psikik. Prandaj shtrohet nevoja për një punë ekipi ndërdisiplinor.

Në pasqyrën klinike pas mastektomisë shfaqen këto vështirësi:

- shenja të plagëve,
- vështirësi që lidhen me qarkullimin e limfës,
- ventilimi i kufizuar,
- lëvizje të kufizuara të krahut,
- shkurtimi i muskujve,
- dëmtimi i lëkurës nga radioterapia.

Pas mastektomisë ngelen shenja të plagëve të cilat në fillim janë elastike. Në rrjedhjen e mëtejshme të sëmundjes këto shenja elastike bëhen të ashpra dhe të forta, keloide, ose formohen trashje fijeze të cilat e prekin edhe indin nënlidhor. Bashkë me këtë shfaqet edhe një ndjenjë e pakëndshme tendosjeje në atë zonë.

Heqja e gjëndrave limfatike në zonën së sjetullës e zvogëlon qarkullimin e limfës duke shkaktuar edemë. Pas tri javëve shfaqet një dhimbje në sjetull dhe pjesën e sipërme të krahut me limfostazë, krahu rëndohet dhe tendoset. Në pasqyrën klinike ka edhe parestezi dhe humbje të fuqisë së muskujve të krahut dhe pëllëmbës së dorës.

Qëllimi i rehabilitimit është:

- zbutja e dhimbjes,
- parandalimi i kontrakturave,
- rikthimi i lëvizjeve të krahut,

- shkontrakimi i muskujve të shkurtër,
- ulja e tonusit të muskujve të tendosur,
- forcimi i muskujve të brezit të krahut,
- parandalimi i keqëndrimit,
- thellimi i frymëmarrjes,
- përmirësimi i imazhit për trupin, etj.

Terapia konservative e limfedemës

Terapia konservative e limfedemës së krahut dhe dorës pas operimit të kancerit të gjirit përfshin këto masa:

- pozicionimi,
- drenimi manual i limfës,
- terapia kompresive,
- kineziterapia.

Pozicionimi bëhet në pozitën shtrirë ose ulur duke e ngritur dorën lart. Me pozicionim stimulohet drenimi i enëve limfatike dhe venoze të dorës dhe krahut.

Drenimi manual përfshin një sërë procedurash të cila mundësojnë drenimin e enëve limfatike dhe venoze. Veprimi kryesor i tij është zvogëlimi i edemës. Pas çdo drenimi limfatik duhet të vendosen kompresa që të ruhet dimensionin e krahut i fituar pas drenimit.

Terapia kompresive nënkupton mbathjen e çorapëve kompresivë për dorën të cilët duhet të jenë elastikë, me dimensione dhe forcë kompresive përkatëse. Përveç tyre, mund të përdoren edhe bandazhe kompresive dhe kompresion me aparate gjegjëse.

Pas operimit të kancerit të gjirit mund të përdoren këto procedura fizikale: krioterapia, termoterapia (përveç te rastet me limfedemë), ultrazë dhe elektroterapi (TENS).

Aktivitete për nxënësin:

- Bëj një plan për rehabilitimin e hershëm të një pacienteje me kancer të gjirit ë periudhën pas operimit!
- Përcaktoji synimet kryesore që duhet të arrihen gjatë rehabilitimit të një pacienteje me mastektomi të plotë të gjirit!

Tërësia tematike 5:

REHABILITIMI NE GJERIATRI

Qëllimet e tërësisë tematike:

- njohja e procesit të rehabilitimit të pacientëve gjериatrikë;
- shpjegimi i metodave dhe procedurave specifike gjatë rehabilitimit të sëmurëve gjериatrikë;
- përshkrimi i sëmundjeve më të shpeshta që hasen te të sëmurët e moshës së vonë;
- shpjegimi i procedurave rehabilituese përkatëse varësisht nga gjendja psikike e të sëmurëve gjериatrikë.

Tërësia tematike 5:

REHABILITIMI NË GJERIATRI
(mësim zgjedhor)

Qëllimet konkrete për nxënësin:

- t'i numërojë metodat dhe procedurat specifike gjatë rehabilitimit të pacientëve të moshuar;
- t'i shpjegojë procedurat e parandalimit të dekubiteve (plagëve të ndenjes) te të sëmurët gjeriatrikë;
- të përshkruajë procedura rehabilituese përkatëse varësisht nga gjendja psikike e të sëmurëve gjeriatrikë.

5. REHABILITIMI NE GJERIATRI

O Plakja është fazë e jetës. Atë e shoqëron një ndryshim gradual dhe progresiv si dhe një shpeshtësi më e theksuar e sëmundjeve akute dhe kronike. Shumë vështirësi funksionale vijnë si pasojë e harxhimit të rezervave fiziologjike dhe sëmundjeve kronike.

Kërkimet e fundit shkencore kanë dalë me masa rekomanduese për parandalimin, shtyrjen dhe ose zvogëlimin e dobësimeve fiziologjike që i sjell moshën. Roli përkatës i rehabilitimit në gjeriatri vërehet jo vetëm në rikthimin e aftësive të humbura nga sëmundjet dhe lëndimet specifike (pika në tru, frakturat e këllkut) por edhe në kontributin që ai jep në të ashtuquajturën gerontologji preventive, e cila përfshin programe për të përmirësuar shëndetin e përgjithshëm fizik dhe për rehabilitimin e çrregullimeve muskulo-skeletore të zakonshme në mënyrë që të shmanget palëvizshmëria.

Një kontribut i rëndësishëm për kujdesin e të sëmurëve gjeriatrikë vjen nga vlerësimi funksional (përfshirë vlerësimin e sëmundjeve të fshehta) dhe me të me përcaktimin e saktë të qëllimeve reale të rehabilitimit. E gjithë kjo bashkë me punën e ekipit ndërdisiplinor si dhe përshtatja efikase ndaj procedurave terapeutike (koha, vendosja, intensiteti) mund ta parandalojnë, ta kthejnë mbrapsht apo ta minimizojnë paaftësinë e të sëmurit.

Nga zgjatja e jetës së njeriut tashmë mund të thuhet sa ka rol mjekësia moderne në shtimin e viteve po aq ka rëndësi rehabilitimi gjatë po atyre viteve.

Nga projeksionet demografike të zgjerimit të popullsisë së moshuar në shtetet e zhvilluara ka dalë interesi dhe kujdesi shëndetësor për këtë popullsi. Ulja e ndjeshme e vdekshmërisë së të moshuarve lidhet me uljen e rrezikut nga sëmundjet e ndryshme kronike.

Konceptin të cilin nuk duhet ta lëmë padore është cilësia e jetës e të moshuarve, i quajtur ndryshe “jetë aktive”. Ky koncept e shqyrton pjesën e mbetur të jetës e cila duhet të karakterizohet me pavarësi funksionale. Njëkohësisht ky koncept duhet ta ruajë dhe ta zhvillojë shëndetin mendor dhe fizik, por edhe lidhjen e ndërsjellë mes tyre.

Biologjia e plakjes

Parë nga aspekti klinik dhe fiziologjik plakja normale paraqet një rënie të vazhdueshme të rezervave të sistemeve të organeve mbi të cilat rëndojnë edhe sëmundjet e ndryshme kronike.

Duhet të njihen dallimet mes së ashtuquajturës plakje parësore (të gjitha ndryshimet që ndodhin bashkë me plakjen dhe pavarësisht nga sëmundjet dhe ndikimet e ambientit jetësor) dhe së ashtuquajturës plakje dytësore (mbi të cilën ndikon stili i jetës, ambienti jetësor dhe sëmundjet).

Procesi i plakjes përmbledh dobësimin dhe zvogëlimin gradual të kapaciteteve të sistemeve të organeve dhe kontrollit homeostatik. Zakonisht ky zvogëlim nuk është i rrezikshëm për jetën e të sëmurit dhe është pa shenja të dukshme. I moshuari iu përshtatet dalëngadalë këtyre ndryshimeve pa pasur nevojë për ndonjë ndërhyrje mjekësore shtesë.

Karakteristikat e plakjes janë:

- zvogëlimi i kapacitetit rezervë të sistemeve të organeve, i cili bie në sy vetëm në kur i moshuari është nën stres apo i ngarkuar fizikisht;
- kontroll i brendshëm homeostatik i dobësuar (p.sh. pandjeshmëri e sistemit termorregullues, rënie e ndjeshmërisë së baroreceptorëve);
- aftësia të dobësuar për t'u përshtatur në ambiente të ndryshme (të ndjeshëm edhe ndaj hipotermisë edhe ndaj hipertermisë, me shtypje hipostatike gjatë ndërrimit të pozitave);
- kapacitet të ulët për t'iu përgjigjur stresit.

Rezultati përfundimtar i gjithë kësaj lidhet me zvogëlimin e funksionit të të gjitha sistemeve të organeve dhe rritjen e ndjeshmërisë ndaj sëmundjeve dhe lëndimeve.

Organet që nuk marrin pjesë në lëvizje ose që punojnë më pak i nënshtrohen involucionit dhe atrofisë. Çdo organ që përfshihet më pak në punë bëhet më pak i aftë për të kryer po atë punë. Kjo ndodh edhe me organizmin. Çdo aktivitet që shuhet pjesërisht ose plotësisht sjell involucionin dhe atrofinë jo vetëm të pjesë joaktive por edhe të organeve vitale si p.sh. të zemrës, mëlçisë dhe veshkave.

Organizmi i njeriut është veçanërisht plastik dhe i prirur të përsoset strukturalisht, qoftë kjo edhe te të moshuarit. Një angazhim funksional i përgjithshëm i organizmit të të moshuarit dhe një stërvitje e vazhdueshme sjellin po atë shkallë hipertrofie që takohet te të rinjtë. Kjo dëshmon se sa i rëndësishëm është aktiviteti sistematik i përditshëm në luftën kundër plakjes. Gjatë kryerjes së aktivitetit fizik duhet me doemos t'i kemi parasysh parimet e gradualitetit dhe qëndrueshmërisë. Nëse këto parime ruhen mund të vërehen rezultatet pozitive që dalin prej tyre. E gjithë kjo të moshuarin mund ta përfshijë në jetën e përditshme dhe, pse jo, edhe në punë.

Masa e parë që rekomandohet për angazhimin funksional të të moshuarit është:

1. Ecja – në fillim në terren të rrafshët, ndërsa më vonë në përpjetëza. Nëse gjendja e përgjithshme është e kënaqshme mund të praktikohet hipja në mal;
2. Shkuarja në banjë ose në ndonjë vend tjetër klimaterik;
3. ulja e peshës trupore – duhet të bëhet në mënyrë fiziologjike, duke rritur lëvizjet dhe duke zvogëluar sasinë e sheqernave dhe yndyrërave në ushqim;
4. vazhdimi i aktiviteteve të përditshme sa më shumë që është e mundur.

Ndër sëmundjet më të shpeshta që shkaktojnë humbjen e aftësive funksionale te të moshuarit, janë:

1. **Hemiparezat.** Trajtimi i hemiparezave është pothuajse i njëjtë me trajtimin e tyre te më të rinjtë. Mjeku duhet ta ketë parasysh edhe gjendjen e përgjithshme të sistemit kardiorespirator, nyjave, syve etj. Nëse ka mundësi, rekomandohet që trajtimi i tyre i mëtutjeshëm të bëhet në shtëpi. Gjatë aplikimit të procedurave fizikale duhet të shmangen temperaturat e larta dhe ushtrimet intensive. Të gjitha procedurat dhe ushtrimet që urdhërohen duhet të jenë të dozuara drejt. Mungesa e aktivitetit, sidomos te të moshuarit, mund të shkaktojë kontraktura, gjë që shtron nevojën që ushtrimet të nisnin qysh kur pacienti është i shtrirë në shtrat, natyrisht nëse e lejon gjendja e tij e përgjithshme. Me masazhe, ushtrime pasive në shtrat e më vonë me ushtrime aktive, fitohen rezultate shumë të mira, madje edhe te rastet më të vështira.

2. **Sëmundjet reumatike.** Rehabilitimi i këtij grupi sëmundjesh nuk dallohet shumë nga rehabilitimi i të sëmurëve më të rinj. Detyra kryesore e tij është ruajtja afatgjatë e aftësive funksionale të nyjave. Përveç kësaj, me zbutjen e dhimbjes përmirësohet edhe gjendja shëndetësore e përgjithshme e të sëmurit. Te sëmundjet reumatike efekte pozitive fitohen me balneoterapi dhe procedura hidrike me temperatura të moderuara. Një rol tjetër të rëndësishëm në trajtimin e sëmundjeve kronike ka edhe terapia e punës, si ajo funksionale ashtu dhe ajo okupacionale. Ajo ndikon pozitivisht në shëndetin psikik të të sëmurit dhe rrit ndjenjën e vetëbesimit.
3. **Frakturat.** Ndër frakturat më të shpeshta te të moshuarit është fraktura e këllkut. Pas terapisë konservative dhe kirurgjike rëndësi ka vertikalizimi (ngritja në këmbë) i të sëmurit. Ndërkohë duhet të mirëmbahen edhe gjymtyrët e sëmura; me lëvizjen e tyre përmirësohet metabolizmi i organizmit e me të edhe bilanci i kalciumit i cili është i domosdoshëm për krijimin e kallos në vendin e thyerjes. Urdhërohen edhe ushtrime për frymëmarrje, ushtrime për gjymtyrët e sëmura dhe ushtrime statike nën gjips.
4. **Infarkt akut i miokardit.** Detyra kryesore e rehabilitimit të infarktut akut të miokardit te të moshuarit është që nëpërmjet një ngarkimi fiziologjik të dozuar drejt krijimi në miokard i enëve anësore (kolaterale) dhe parandalimi i një infarkti të dytë. Të moshuarit në fillim i rekomandohet ecja e ngadalshme në terren të rrafshët për një kohë të caktuar, për gati një muaj. Njëkohësisht duhet të bëhen edhe ushtrimet për frymëmarrje. Në muajin e dytë rekomandohet ecja në udhë më të gjata me intensitet të ndryshëm që zgjat një orë. Në muajin vijues ecet në terrene jo të rrafshëta për një kohë më të gjatë dhe me një tempo të ndryshueshme.

Mënyra e rehabilitimit të të sëmurët e moshuar është individuale dhe ka veçoritë e veta. Gjithmonë duhet të kihet parasysh gjendja fizike e veçanërisht ajo psikike e të sëmurit.

Pyetje:

1. Cilat janë karakteristikat e plakjes biologjike?
 - a) zvogëlimi i kapaciteteve rezervë të sistemeve të organeve,
 - b) zmadhimi i aftësisë për përshtatje në ambienti të ndryshme,
 - c) kontroll i brendshëm i homeostazës i zmadhuar
 - d) kapacitet i rritur për t'iu përgjigjur stresit.
2. Ku aplikojmë agjentë fizikë te të moshuarit duhet që:
 - a) të kryhen ushtrime intensive,
 - b) të aplikohen procedura termike me temperatura më të larta,
 - c) të shmangen procedurat termike me temperatura të larta
 - d) të kryhen ushtrime me rezistencë të sforcuara.
3. Me cilat procedura fizikale fitohen efekte pozitive gjatë mjekimit të sëmundjeve reumatike degjenerative?
4. Cila është fraktura më e shpeshtë te të moshuarit?
5. Pse te të moshuarit me frakturë është me rëndësi të zbatohet një program kineziterapeutik i dozuar?

O

Detyra e rehabilitimit dhe terapisë fizikale është aftësimi i të sëmurëve që të mund të kryejnë lirshëm aktivitetet e përditshme, pa qenë të varur nga të tjerët. Ku flasim për të moshuarit pavarësimi i tyre nënkupton: ngritjen e pavarur, shtrimin në shtrat, uljen dhe ngritjen nga karrigia, higjienën vetjake, veshjen dhe zhveshjen, ngrënien pa ndihmën e të tjerëve. Këtyre mund t'iu shtohen edhe aktivitete tjera si ngjitja e shkallëve, futja në automobil etj.

Kur përcaktojmë mënyrën e rehabilitimit duhet të kemi parasysh edhe nevojat e të sëmurit, pra të determinohet gjendja e sistemit lokomotor, kushteve sociale, gjendja psikike etj. Duke u nisur nga këto parakushte përcaktohet programi i rehabilitimit në të cilin përfshihet një ekip i tërë profesionistësh (mjeku, fizioterapeuti terapeutik i punës, infermierja, psikologu, logopedi etj.)

Nëse ka mundësi, rekomandohet që rehabilitimi i të sëmurit të bëhet në një mjedis afër vendit kur qëndron i sëmuri.

Aktiviteti për nxënësin:

- Sqaroje si vihet në pozitën e duhur i sëmuri gjeriatrik pas një insulti cerebrovaskular!
- Prezantoje si kryhen ushtrimet tek i sëmuri me sëmundje degjenerative të gjunjëve!
- Shpjegoje rëndësinë e ngritjes së shpejtë në këmbë të të sëmurit gjeriatrik me frakturë të këllkut!

Tërësia tematike 6:

REHABILITIMI SOCIAL DHE PROFESIONAL

Qëllimi i njësisë tematike:

- ta sqarojë rëndësinë dhe rolin e rehabilitimit profesional gjatë riorientimit profesional;
- ta shpjegojë rolin që ka stërvitja e personave që kanë humbur aftësitë;
- ta përshkruajë rëndësinë e rehabilitimit social gjatë zgjidhjes së problemeve shoqërore që dalin gjatë sëmundjes.

Tërësia tematike 6:

REHABILITIMI PROFESIONAL DHE SOCIAL
(mësim zgjedhor)

Qëllimet konkrete për nxënësin:

- ta shpjegojë rehabilitimin e personave të cilët për shkak të invaliditetit kanë nevojë për një rikualifikim profesional;
- ta shpjegojë llojet e ndryshme të terapisë së punës gjatë rehabilitimit profesional;
- t'i numërojë teknikat e risocializimit të personit me invaliditet.

6. REHABILITIMI PROFESIONAL DHE SOCIAL

O

Mjekësia fizikale dhe rehabilitimi janë një fushë mjekësore dinamike me një bazë teorike të dëshmuar dhe aplikim të gjerë klinik që mundësojnë ruajtjen, zhvillimin dhe rikthimin e kondicionit trupor. Në Maqedoni mjekësia fizikale dhe rehabilitimi është e organizuar në dy nivele: nivel sekondar dhe terciar.

Rehabilitimi është shumë efikas kur vjen fjala për reduktimin e paaftësisë dhe për rritjen e mundësive të personave me paaftësi. Ai ndahet në:



Skema 4. Ndarja e rehabilitimit

REHABILITIMI MJEKËSOR

Rehabilitimi mjekësor i përmbledh procedurat dhe masat e lidhura mes veti të cilat ndërmerren në institucionet shëndetësore që nga momenti i lëndimit ose fillimit të sëmundjes e gjer në aftësimin mjekësor maksimal. Në radhë të parë rehabilitimi merret me gjetjen e zgjidhjes për deficitin fizik dhe funksionin e çrregulluar dhe është objekt studimi i këtij libri.

6.1. REHABILITIMI PROFESIONAL

Rehabilitimi profesional përmbledh veprimet dhe procedurat që janë të nevojshme për aftësimin po riaftësimin për punë të një personi me të meta. Rehabilitimi profesional bëhet në institucione dhe organizata prodhuese, në punëtori mbrojtëse apo institucione të veçanta.

Rehabilitimi profesional duhet të ketë arsye shoqërore. Nëse nuk ka një të tillë ai duhet të jetë masë terapeutike ndërsa theksi i vihet rehabilitimi social. Gjatë rehabilitimit profesional duhet të merren parasysh aftësitë psikike dhe fizike, por edhe dëshirat dhe synimet e vetë personave që rehabilitohen.

Fazat e rehabilitimit profesional

Faza e parë. Ekzamini paraprofesional (përcaktimi i afiniteteve psikofizike).

Faza e dytë. Orientimi profesional (dhënia kahje për zgjedhjen e një profesioni i cili jep mundësi reale për punësim duke respektuar gjer në maksimum dëshirën e personit që rehabilitohet si dhe aftësitë e tij psikofizike).

Faza e tretë. Aftësimi profesional.

Faza e katërt. Punësimi.

Metodat e vlerësimit për orientimin profesional

Janë metoda me të cilat bëhet vlerësimi dhe përcaktimi i formës më të mirë dhe më të pranuar për rehabilitimin profesional të një personi. Këtu bëjnë pjesë:

- biseda,
- testet psikologjike,
- testet e interesit,
- testet e aftësive (shkathtësive), e honit dhe dhuntive,
- testet e inteligjencës,
- reparti i terapisë së punës si paranjësi përpara procesit të rehabilitimit profesional.

Pas të gjitha këtyre testeve bëhet edukimi profesional dhe pastaj personi nis të kërkojë vend pune.

Anëtarët e ekipit të rehabilitimit në procesin e rehabilitimit:

1. ftiziatri,
2. fizioterapeuti,
3. terapeuti i punës,
4. psikologu,

5. arsimtari i mësimet praktik,
6. këshilltari për zgjedhjen e profesionit (vocational consoler).

REHABILITIMI SOCIAL

Rehabilitimi social është proces me të cilin bëhet përvetësimi i një sistem i ri vlerash, gjetja e formave alternative të sjelljes së suksesshme dhe krijimin e një komunikimi në familje dhe në shoqërinë më të gjerë. Sot rehabilitimi social merret si pjesë integrale e rehabilitimit të përgjithshëm. Procesi i rehabilitimi social është shumë më i suksesshëm nëse ai fillon dhe bëhet në të njëjtën kohë me rehabilitimin mjekësor dhe profesional. Me të bëhet riaftësimi i personit i cili për shkak të disa rrethanave të pafavorshme, i është nënshtruar një izolimi nga bashkësia shoqërore.

Rehabilitimi social mund të vëzhgohet edhe si një degë e mjekësisë sociale në praktikë kërkon një qasje dhe ekip shumëdisiplinor. Kjo punë është fusha e veprimit e punonjësit social dhe lidhet me gjetjen e zgjidhjeve për problemet materiale (pensioni, ndihmë financiare etj.) si dhe për problemet e mbetura personale, familjare dhe sociale. Një rehabilitim social i zbatuar me sukses do të thotë që personi ka gjetur punë dhe është inkuadruar në jetën familjare dhe shoqërore dhe është anëtar i barabartë me të gjitha të drejtat në shoqëri.

Pyetje:

1. Çfarë është rehabilitimi profesional?
2. Prej sa fazash përbëhet rehabilitimi profesional dhe cilat janë ato?
3. Cilat janë metodat e vlerësimit të orientimit profesional?
4. Ç'rol ka fizioterapeuti në procesin e rehabilitimit profesional?
5. Cili është qëllimi i fundit i rehabilitimit profesional?
6. Çfarë është procesi i rehabilitimit social?

Z

Rehabilitimi social.

Rehabilitimi social është ajo pjesë e rehabilitimit e cila merret me problemet sociale të cilat dalin gjatë sëmundjes apo lëndimit të personave. Zgjidhja e problemeve sociale ndonjëherë mund të jetë një problem shumë më i ndërlikuar dhe më i vështirë sesa rikthimi i aftësive të humbura. Shpeshherë ky problem lihet pas dore apo vihen në plan të dytë.

Pyetje sociale janë një problem i ekzistencës, si për të sëmurin ashtu edhe për familjen e tij. Problem kryesor del siguria sociale e të sëmurit dhe familjes së tij si dhe çështje ekonomike, çështje e shfrytëzimit të të drejtave të garantuara me ligj për sigurimin social, edukimin dhe arsimimin e fëmijëve.

Përshtatja në shtëpi është një moment shumë i rëndësishëm në mënyrë që i sëmuri të ketë kushte sa më të mira jetese dhe pavarësi sa më të madhe gjatë kryerjes së aktiviteteve të përditshme.

Duhet të merret parasysh edhe mënyra si do të udhëtojë për në punë i sëmuri me invaliditet (paraplegjiku, hemiplegjiku etj.)

Në shumicën e rasteve vetë i sëmuri dhe familja e tij nuk mund t'i zgjedhin këto probleme, prandaj nevojitet ndihma e shoqërisë. Harmonizimi i të gjitha çështjeve aktuale gjatë rehabilitimit të pacientit është meritë e një punë ekipore, ndërsa bartësi kryesor mbetet punonjësi social.

Rehabilitimi profesional.

Rehabilitimi profesional është një proces i koordinuar i vazhdueshëm i rehabilitimit i cili mundëson orientimin profesional, stërvitjen dhe punësimin selektiv të personit me invaliditet. Që të arrihet ajo duhet të angazhohen shërbimet profesionale përkatëse detyra e të cilave është punësimi dhe ruajtja e vendit të punës personit me invaliditet.

Punësimi dhe pavarësimi ekonomik janë elemente të rëndësishme që personi i invalidizuar të kthejë ndjenjën e vetëbesimit, e të qenët i aftë, krenar, i sigurt dhe i dobishëm për shoqërinë dhe familjen.

Në kuadër të rehabilitimit profesional në ekipin rehabilitues merr pjesë edhe këshilltari i profesionit. Ai është elementi kryesor për arritjen e kapacitetit maksimal për punë tek i sëmuri me invaliditet duke i ndihmuar këtij të fundit që ta njohë deficitin e tij por edhe të shfrytëzojë mundësitë tjera për punë.

Rehabilitimi profesional e merr parasysh personalitetit e plotë të të sëmurit dhe jo vetëm invaliditetin trupor të tij.

Aktivitete për nxënësin:

- Shpjegoje rëndësinë e rehabilitimit profesional si pjesë e rehabilitimit mjekësor!
- Përshkruaje rolin e fizioterapeutit në procesin e rehabilitimit profesional!
- Përfshihu në mënyrë aktive në procesin e rehabilitimit profesional të të sëmurëve!
- Shpjegoje procesin e rehabilitimit social dhe nevojën për të!

FJALORTH

i fjalëve dhe shprehjeve mjekësore

l. - latinisht
gr. - greqisht
fr.- frëngjisht

A

abduksion, i (abductio, l.) - largim, heqja anash
acetabulum, i (acetabulum, l.) – gropëza e ashtit të komblikut
aduksion, i (adductio, l.) - afrim, sjellja pranë
akuiruar (i,e) (acquirere, l.) – i fituar
anestezi (anaesthesia, gr.) – humbje e ndjeshmërisë së të prekurit (term i neurologjisë)
aponeuroza plantare – indi lidhor nënlëkuror i shputës
arefleksion (areflexio, gr.) – mungesa e refleksit
artrozë (arthrosis, gr.) – degjenerimi i kërcës nyjëtuese
astenik (asthenia, gr.) – i, e dobët (ndërtim trupor)
atetozë (athetosis, gr.) – lëvizje të pavullnetshme dhe të pakuptimta
atoni (atonia, gr.) – humbje e tonusit, s'qullje

B

balneologji (balneologia, l.) – shkenca për ujërat minerale dhe veprimin e tyre

C

cirkumduksion (circumductio, l.) - lëvizje rrethore

D

dekubit, i (decubitus, l.) – plagë e ndenjes
demograf, i – laps për të shkruar mbi lëkurë
diabetes melitus (diabetes mellitus, gr.) – sëmundja e sheqerit
dializë, a (diaphysis, gr.) – trupi i eshtrave të gjata
diatermi, a (diathermia, gr.) - nxehja me rrymë me frekuenca të larta
dilatuar (i, e) (dilatatio, l.) - i, e zgjeruar
diskus intervertebralis (discus intervertebralis, gr.) - pllaka kërcore ndërunazore
diskopati, a (discopathia, gr.) – sëmundje e pllakës kërcore ndërunazore (degjenerim)
diplegji (diplegia, gr.) – kombinimi i dy hemiplegjive nga dëmtimet e dy hemisferave me paraliza të ndryshme në anën e majtë dhe të djathtë të trupit
dispneik, e (dyspnoe, gr.) – që merr frymë me vështirësi
distal, e –poshtë
distrofi e muskulit (dystrophia, gr.) – shkatërrimi i muskulit

E

ekspanzion, i (expansio, l.) – zgjerim, përhapje
ekursioni i nyjës (excursio, l.) – tërësia e lëvizjeve të nyjës
ekstenzion, i (extensio, l.) - zgjatje
elektromiografi, a – regjistrimi i potencialit aksional të muskujve
elektroterapi, a – mjekimi duke aplikuar rrymën elektrike
elevacion, i (elevatio, l.) - ngritje (term i anatomisë)
etiologji, a (etiologia, gr.) – shkaku i sëmundjes
eversioni i thembrës (eversio, l.) - rrotullimi nga jashtë i thembrës

F

fiziatër – specialist i mjeksësisë fizikale dhe rehabilitimit
fiziatr – shkencë e cila gjatë mjekimit aplikon mjetet e mjeksësisë fizikale
fizioterapeut – anëtar i ekipit rehabilitues
flaksid, e (flaccidus, l.) – i, e flashkët
fototerapi, a – mjekimi me energji drite
fraktura jostabile e ashtit – copëza të zhvendosshme të frakturës

G

galvanizimi, i – mjekimi me rrymë galvanike

H

habilitacion (habilitatio, l.) - vërtetimi i aftësive
hapësira ndërvertebrale – hapësire ndërunazore
harku longitudinal i shputës – harku horizontal i shputës
harku transversal i shputës – harku horizontal
helioterapi (helioterapia, gr.) - mjekimi me dritën e diellit
hematomë (haematoma, gr.) - gjakderdhje në inde
hemiplegji (hemiplegia, gr.) - marrje e plotë e njëjës anë të trupit
hemiparezë – marrje e pjesshme e njëjës anë të trupit
hereditet (hereditare, l.) - trashëgimi
hernie (hernia, l.) – dhjamth, hernie
hipestezion – ulja e ndjeshmërisë ndaj prekjeve
hipertension (hipertensia, gr.) - rritja e shtypjes së gjakut
hiperrefleksion (hyperreflexia, gr.) – refleks i zmadhuar
hipertoni (hypertonus, gr.) - rritje e tonusit të muskujve
hipoksemi (hypoxaemia, gr.) - mungesë e oksigjenimit të indeve
hipotrofi (hypotrophia, gr.) - zvogëlimi i trofikës dhe vëllimit të muskujve
histaminë – hormon indor

I

indikacion, i (indico, I) – sëmundje se gjendje në të cilën mund të përdoret një medikament apo procedurë

inhibicion, i (inhibere, I) – pengim, ndërprerje

inkontinencë (incontinentio, I) – paaftësia për të mbajtur urinën

izotoni, a (isotonia, gr.) – tonus i njëjtë

J

joaktivitet, – mungesa e aktivitetit

K

kanali vertebral – kanali i shtyllës kurrizore

kifoze, a (kyphosis, gr.) - shtrembërimi i shtyllës kurrizore në rrafshin sagjital

kineziologji, a (kinezis, gr.) – shkenca që studion lëvizjen

kineziterapi, a (kinezis, gr.) – mjekimi me anë të lëvizjes

klimatologji, a (climatologia, gr.) – shkenca që studion klimën

kongjenital, e (congenitus, л.) – i, e lindur

konkav, e (concavus, л.) – i, e lugët

kundëringdikacion, i – sëmundje ose gjendje në të cilën nuk duhet të përdoret ndonjë medikament apo procedurë

konveks, e (convexus, I) – i, e mysët

krioterapi, a (kryos, gr.) – terapia me ftohje lokale

kromoterapi, a (chromoterapia, gr.) - mjekimi me një spektër të caktuar ngjyrash

kuadriplegji, a (quadriplegia, I) –paraliza e të katër gjymtyrëve

L

latencë (latentio, I) - fshehje

laterale (latus, I) – i (e) jashtëm- me

largësia bimaleolare – largësia mes zogëzave të brendshme të nyjave të këmbëve

M

mediale (medialis, I) – drejt vijës së mesme

meningjit (meningitis, gr.) – ndezje e mbështjellësve trunorë

monoplegji – marrja e një gjymtyre (paralizë)

N

neuroni motorik periferik – nervi periferik

neuroni motorik qendror– rrugë nervore nga korja e trurit të madh gjer me brirët e parmë të palcës kurrizore

O

opozicion (oppositio, l.) – afrimi i gishtit të vogël drejt të madhit
opstipim (opstipatio, l.) - kapsllëk
ortozë (ortho, gr.) – pajisje ortopedike
osteolizë (osteolysis, gr.) – shpërbërja e indit ashtëror
osteoporozë (osteoporosis, gr.) - rrallimi i ashtit
osteosintezë (osteosynthesis, gr.) – fiksimi i frakturës me mjete

P

parafinë – derivat i naftës, masë e fortë me kapacitet nxehtësie të madh
paralizë (paralysis, gr.) – paralizë e plotë
paraparezë (paraparesis, gr.) - marrje e pjeshme e dy gjymtyrëve paralele
paraplegji (paraplegia, gr.) – marrja e plotë e dy gjymtyrëve paralele
parezë (paresis, gr.) – marrje e pjeshme (e gjymtyrës, e trupit)
pasqyra klinike – pamja e pacientit gjatë ekzaminimit klinik
peloid,i – baltë minerale
perinatal, e – gjatë kohës së lindjes
periudha juvenile (juvenilis, l.) – e moshës së re (së vogël) (periudha nga mosha 4 vjeç deri në atë 9 vjeç)
peristaltikë (peristalsis, gr.) – puna e zorrëve
placentë (placenta, gr.) - shtrati i fëmijës gjatë shtatzënësisë
plantare (planta, l.) – e shputës, drejt shputës
planovalgus – shputë e rrafshët me shkarkim në anën e jashtme
politraumë – lëndim i më shumë sistemeve njëkohësisht
pozita zero e nyjës –pozita fillestare për matjen e këndit të lëvizshmërisë
prenatal, e (l.) - para lindjes
imazh profil (rtg) – incizim rëntgeni anësor
protetist –ekspert i pajisjeve ortopedike
proteza (prothesis, gr.) – organ ose gjymtyrë artificiale
puna në ekip, – punë e një grupi profesionistësh sipas një programi dhe qëllimi të përbashkët

R

radial,e – e radiusit, drejt radiusit
radiologji (radiologia, l.) – shkenca për rrezatimet
rakit (rachitis, gr.) – çrregullimi i metabolizmit të Ca dhe P me mungesë të vitaminës D
rehabilitimi (rehabilitatio, l.) – riaftësim
rehabilitimi profesional – riaftësimi profesional
redresment (redressement, fr.) – korrigjim, të drejtuarit

repozicion (repositio, l.) – largimi i gishtit të madh nga ai i vogli
rëntgenologji – shkenca për rrezet X
retencion i urinës (retentio, l.) – mbajtja e urinës
restitucion (restitutio, l.) – regjenerim

RR

rryma galvanike – rrymë njëkatëshe
rrezet ultravjollcë – spektri i dritës me gjatësi valore prej 290 deri në 400 milimikronë

S

saunë, a – hapësirë me avull të ngopur
sfinkter, i – muskul (**sphincter, gr.**) - muskul shtrëngues, qoftë i lëmuar, qoftë tërthoro-vijor.
sepsë, a (sepsis, gr.) – helmimi i gjakut (me baktere etj.)
sinapsë, a (sinapto, gr.) – vendtakimi i dy qelizave nervore ose i një qelize nervore një muskuli (pllaka neuromuskulore)
sistemi lokomotor – sistemi për lëvizje
skolioza idiopatike (idiopathicus, gr.) – skolioza me etiologji të panjohur
skolioza (scoliosis, gr.) - shtrembërimi i shtyllës në rrafshin frontal
sindromë spastike– tërësi simptomash të dëmtimi të neuronit motorik qendror
spazmë, a (spasmus, gr.) - ngërç
stazë, a (stasis, gr.) - ndërprerje e qarkullimit të gjakut
strangulim, i (strangulatio, l.) - shtrëngim
skoliozë strukturore – ndryshime definitive të strukturës së shtyllës kurrizore
subluksacion (subluxatio, l.) - gjysmë?
suspension (suspensio, l.) - metodë ushtrimesh me shkarkimin e trupit dhe zvogëlimin e veprimit të rëndesës së Tokës

T

talasoterapia– mjekimi me efektet natyrore fizike dhe kimike të detit dhe bregdetit
termoterapia – mjekimi me ngrrohtësi
terapia fizikale – mjekimi me mjete fizikale
terapi konservative – mjekimi pa ndërhyrje kirurgjike
terapeuti i punës – anëtar i ekipit rehabilitues që kryen terapinë e punës
tonsile, t – sistemi limfatik i fytit
triplegjji (triplegia, gr.) - marrja e tri gjymtyrëve
tromboflebit (trombophlebitis, l.) - përndezje e venave shoqëruar me ngjizje të gjakut.
trombozë (thrombos, gr.) - ngjizja e gjakut në enët e gjakut
tufa vaskulare – tërësia e enëve të gjakut

U

ulnar, e – e ulnës, kah ulna

ultrazë – energjia e zërit në bazë të zërit me frekuencë të lartë (mbi 20kHz)

V

valë të shkurtra – mjekimi me nxehtësinë që prodhon rryma me frekuenca të larta

vazokonstruksion (vasoconstrictio, I.) – ngushtimi i enëve të gjakut

volar, e (vola, I.) – i anës së parme, në anën e parme

vulnerabililet – prire për dëmtime dhe lëndime

LITERATURA E PËRDORUR

- Vulovič 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.
- Зец Т., Dr. Konforti N.: Ispitivanje snage mišića – manuelna metoda, Beograd 1972.
- Jajič I.: Fizijatrisko-reumatološka propedeutika, medicinska naklada, Zagreb 1994.
- Jajič I.: Klinička reumatologija – priručnik za liječnike specijaliste reumatologe, fizijatre, specijaliste drugih struka, liječnike opće medicine i studente medicine II izdanje, školska knjiga – Zagreb 1982.
- Jevtič 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. Laërence: 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 Rehabilitimi, Скопје 2009.
- Pavlovič M.: Odabrana poglavlja iz opšte/osnova kineziterapije – teorijske osnovanost sa uputstvima za веџбе, Beograd 2004.
- Пановски Ј.: Специјална хирургија, Скопје 1988.
- Радоичиќ Б.: Клиничка неврологија, Скопје 2006.
- Ristič M.: Interna medicina, Beograd 1994.
- Фичорска Д.: Кинезитерапија, Скопје 1994.

Përmbajtja:

Rehabilitimi i të rriturve

1.1. Komplikimet pastraumatike.....	7
1.1.1. Kontraktura e Folkmanit.....	7
1.1.2. Atrofia e Sudekut.....	10
1.2. Sëmundjet reumatike.....	14
1.2.1. Ethet reumatike.....	15
1.2.2. Artriti reumatoid.....	19
1.2.3. Spondiliti ankilozues.....	24
1.2.4. Artriti psoriatik.....	29
1.2.5. Lupusi eritematoz sistemik.....	33
1.3. Sëmundjet reumatike degjenerative.....	36
1.3.1. Sëmundjet degjenerative të nyjave.....	37
1.3.1.1. Artroza e këllkut.....	37
1.3.1.2. Artroza e gjurit.....	40
1.3.1.3. Artroza e pëllëmbës së dorës.....	44
1.3.2. Sëmundjet degjenerative të shtyllës kurrizore.....	46
1.3.2.1. Sindroma cervikale.....	46
1.3.2.2. Sindroma lumbale.....	52
1.4. Sëmundjet reumatike jashtë nyjave.....	57
1.4.1. Ndezja e qeskave të nyjave.....	57
1.4.2. Myofibroziti.....	60
1.4.3. Tendiniti, tendovagjiniti, entezopatia.....	62
1.4.4. Sindroma e krahut me dhimbje.....	64
1.4.5. Periartriti i nyjës së krahut.....	66
1.4.6. Kontraktura e Duputrenit.....	69
1.5. Sëmundjet reumatike të paklasifikuara plotësisht.....	71
1.5.1. Osteoporoza.....	71
1.5.2. Sindroma Rejno.....	75

Rehabilitimi i të sëmurëve me sëmundje respiratore

2. Rehabilitimi i të sëmurëve me sëmundje respiratore.....	80
2.1. Sëmundja obstruktive kronike e mushkërive (SOKM).....	82
2.2. Sëmundjet restriktive të mushkërive.....	90

Rehabilitimi i të sëmurëve me sëmundje kardiovaskulare

3. Rehabilitimi i të sëmurëve me sëmundje kardiovaskulare.....	97
3.1. Rehabilitimi i të sëmurëve me infarkt akut të miokardit dhe sëmundje koronare.....	100

Rehabilitimi i të sëmurëve me sëmundje malinje

4. Rehabilitimi i të sëmurëve me sëmundje malinje.....	107
4.1. Aspektet e përgjithshme të ushtrimeve që përdoren për shërimin e sëmundjeve malinje.....	109
4.2. Disa sëmundje malinje dhe rehabilitimi i tyre.....	109

Rehabilitimi në gjeriatri

5.1. Rehabilitimi në gjeriatri.....	115
-------------------------------------	-----

Rehabilitimi profesional dhe social

6. Rehabilitimi profesional dhe social.....	124
Fjalorthi.....	129
Literatura e përdorur	135