

DJEGIET: PROBLEM I LËKURËS APO EDHE I FUNKSIONIT? ROLI I FIZIOTERAPISË NË REHABILITIM



Fitim Sadiku

Fizioterapeut

Sipas Asociacionit Evropian të Djegieve, djegiet janë lëndime të shpeshta në praktikën mjekësore, që konsiderohen si dëmtim i indit lëkuror apo indeve të tjera nga nxehtësia. Varësisht lokalizimit dhe shkallës së djegies, ato mund të manifestohen ndër të tjera edhe me dhimbje, zhvillimin e kontrakturave, dhe kufizimin e aktiviteteve të jetës së përditshme. Konfederata Botërore e Fizioterapisë (World Physiotherapy), trajtimin fizioterapeutik e konsiderohen si një hap jetik në procesin e rehabilitimit, rikthimit të funksionalitetit dhe mirëqenies. (1-3)

Mekanizmat e djegies mund të përfshijnë nxehtësinë, fërkimet, energjinë elektrike, rrezatimin apo kimike. Siapas Asociacionit Amerikan të Djegieve ato mund të kategorizohen sipas thellësisë së djegies si: djegie sipërfaqësore (shkalla e parë), djegie e shkallës së mesme / e pjesshme (shkalla e dytë), djegie e të gjitha shtresave të lëkurës (shkalla e tretë), ndërsa shkalla e katër mund t'i prek edhe muskujt apo kockat dhe konsiderohet si jetë kërcënuese. (2,4)

Trajtimi i djegieve përfshin një qasje multidisiplinore. Pavarësisht trajtimit konservativ apo kirurgjik të djegieve, menaxhimi efikas i tyre kërkon detyrimisht trajtim fizioterapeutik me qëllim të rritjes së funksionalitetit dhe mirëqenies tek pacientët. Roli i fizioterapisë është kyç si në fazën akute ashtu edhe kronike. Vlerësimi fizioterapeutik nga ana e fizioterapeutit duhet në fokusohet në disa pika kryesore e që në bazë të kësaj planifikohet trajtimi dhe rehabilitimit fizioterapeutik. Dhimbja, kontraktura, shkalla e lëvizjes dhe funksionaliteti janë më se të nevojshme për vlerësim dhe qasje terapeutike. (5, 6)

Imobilizimi dhe pozicionimi i zonës së djegur është një nga ndërhyrjet e rëndësishme në menaxhimin e djegieve. Imobilizimi i një

zone të djegur duhet të bëhet në konsultë me profesionistët shëndetësor të cilët kanë përvojë në këtë fushë. (Figura 1). Qëllimi kryesor i imobilizimit tek djegiet është parandalimi i deformimeve dhe pozicioni i rekomanduar për imobilizim është e kundërta me deformimin, dhe kjo qasje optimizon funksionalitetin. Varësisht prej zonës së djegies mund të zhvillohen kontraktura, të cila nëse nuk trajtohen me kohë me qasje profesionale mund të lënë pasojë afatgjate. Në tabelën 1, janë paraqitur kontrakturat më të shpeshta dhe rekomandimet për pozicionim për kontrakturat specifike varësisht prej zonës së djegies. (7)

Menaxhimi i dhimbjes tek djegiet përveç aplikimit medikamentoz mund të plotësohet edhe përmes fizioterapisë me përdorimin e TENS-it (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation). Aplikimi i TENS-it duhet të bëhet nën mbikëqyrjen e fizioterapeutit, dhe nuk aplikohet mbi lëkurën e hapur, djegur apo të infektuar. Aplikimi i elektrodave mund të bëhet në zonën e shëndosh përreth zonës së djegur duke respektuar indikacionet dhe kundërindikacionet e përdorimit të TENS-it. Për më shumë, aplikimi i TENS-it tek djegiet është raportuar se ulë nivelin e dhimbjes dhe nevojën për marrjen e vazhdueshme të analgjetikëve, përmirëson cilësinë e gjumit dhe kualitetin e jetës tek pacientët me djegie. (7,8)

Ushtrimet fizioterapeutike kontribuojnë në mirëmbajtjen dhe rikthimin e forcës muskulore dhe fleksibilitetit si pasojë e imobilizimit apo dëmtimit nga djegiet. Për më shumë, pacientët me djegie të shkallës më të rëndë mund të ballafaqohen edhe me rënie të kondicionit dhe funksionalitetit, ku ushtrimet fizikale janë kyçe në rikthimin e tyre. Lëvizjet aktive, aktive të ndihmuara apo pasive të nyjave fqinje të shëndosha nga zona e djegur duhet të aplikohen

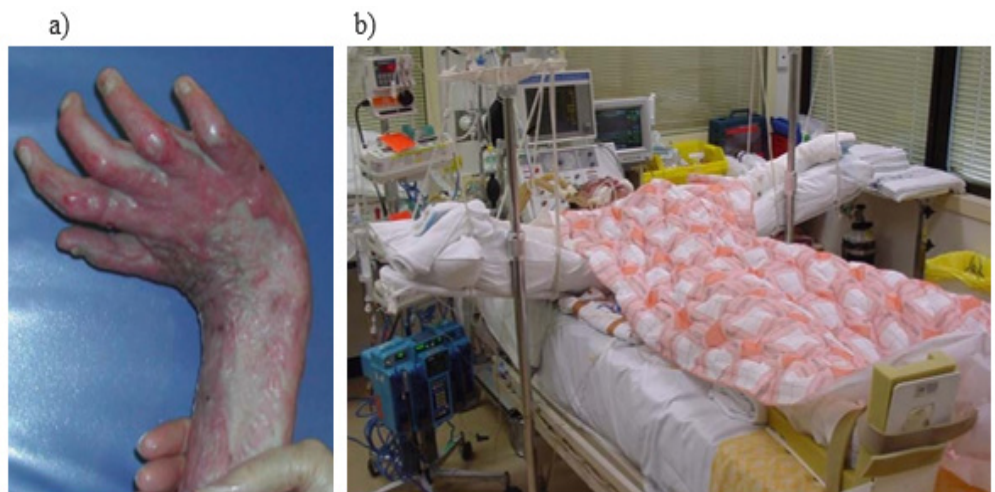


Figura 1. a) Kontraktura e dorës dhe gishtërinjve nga djegia; b) Pozicioni i duhur gjatë rehabilitimit të një pacienti me shkallë të lartë të djegies (6)

me qëllim të minimalizimit të kontrakturave si pasojë e imobilizimit. (7, 9)

Për më shumë, splintet e ndryshme mund të përdoren tek menaxhimi i djegieve me qëllim të parandalimit të kontrakturave duke mbajtur gjymtyrën e djegur në pozitën sa më funksionale, ndihmon në menaxhimin e edemit dhe dhimbjes, dhe shërben si mbështetje në rehabilitim duke e ruajtur edhe zonën e djegur nga lëndimet si pasojë e lëvizjes së pakontrolluar apo faktorëve të tjerë të jashtëm. (6, 7)

Si përfundim, fizioterapia luan një rol kyç në përmirësimin e dhimbjes, funksionalitetit, parandalimin e kontrakturave, rritjen e mirëqenies dhe përmirësimin e kualitetit të jetës tek pacientët me djegie. Bashkëpunimi në ekipin multidisciplinor është i rëndësishëm për arritjen e menaxhimit të suksesshëm të djegieve me një ndikim sa më të ulët në mirëqenien dhe shëndetin e pacientëve.

Tabela 1. Kontrakturat dhe pozicioni i rekomanduar sipas zonës së djegies

| Zona e djegies | Kontraktura më e zakonshme | Pozicionimi i rekomanduar |
|---|---|---|
| Qafa - pjesa anteriore | Fleksion i qafës: humbje të kontureve cervikale dhe të ekstensionit. | Qafa në ekstension. Nëse kërkohet ngritja e kokës, nuk rekomandohet përdorimi i jastëkëve. |
| Qafa - pjesa posteriore | Ekstension i qafës: me humbje të fleksionit dhe lëvizjeve të tjera. | Koka në fleksion. Pozicioni ulur ose shtrirë me jastëk pas kokës |
| Aksila | Kufizim i abduksionit dhe protraksionit, veçanërisht në djegiet e krahavorit. | Pozicioni i shtrirë ose ulur me krahët në abduksion. Mbajtëse, jastëkë ose fashë rreth krahavorit për shtrirje. Pozicioni në pronacion. |
| Bërryli - pjesa anteriore | Fleksion. | Ekstension i bërrylit. |
| Regjioni inguinal (ijët) | Fleksion i kërdhokullës. | Pozicion në pronacion, gjymtyrët e poshtme të shtrira; pa jastëk nën gjunjë në pozicion supinacion; kufizim i qëndrimit ulur ose lateral. |
| Regjioni popliteal (pjesa e pasme e gjurit) | Fleksion i gjurit. | Pozicion në supinacion, pa jastëk nën gjunjë. |
| Shputat e këmbëve | Varet nga lokalizimi i djegies. | Synohet ruajtja e 90° dorsifleksion në kyçin e këmbës: përdorimi i jastëkëve në shtrat; pozicion ulur me shputat në kontakt me dyshemenë |
| Fytyra | Të ndryshme: kufizim i hapjes/mbylljes së gojës ose qepallave. | Lëvizje e shpeshtë e mimikës faciale. Mund të përdoren rula të butë orale. |

Referencat:

- 1.The European Burns Association. Home - European Burns Association (EBA).
- 2.Dennis P Orgill et al. Assessment and classification of burn injury. 2024.
- 3.World Physiotherapy. Policy statement: Rehabilitation. London, UK: World Physiotherapy; 2023. Available from: <https://world.physio/policy/ps-rehabilitation>.
- 4.American Burn Association White Paper. Surgical management of the burn wound and use of skin substitutes. Copyright 2009. www.ameriburn.or (Accessed on January 04, 2010).
- 5.Karam E, Lévesque MC, Jacquemin G, Delure A, Robidoux I, Laramée MT, Odobescu A, Harris PG, Danino AM. Building a multidisciplinary team for burn treatment - Lessons learned from the Montreal tendon transfer experience. *Ann Burns Fire Disasters*. 2014 Mar 31;27(1):3-7. PMID: 25249840; PMCID: PMC4150479.
- 6.Schneider, J.C., Holavanahalli, R., Helm, P., Goldstein, R., and Kowalske, K. (2006). Contractures in burn injury: defining the problem. *J Burn Care Res*, 27 (4), 508 - 514.
- 7.Acute Burn Physiotherapy Rehabilitation. *Physiopedia*. Acute Burn Physiotherapy Rehabilitation - Physiopedia.
- 8.Sisko Tri Lestari et al. The Effectiveness of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) For Reducing Pain in Burn Patients: Literature Review. Vol. 4 No. 1 (2025): *Jurnal Pinang Masak (JPIMA)*.
- 9.Porter C, Hardee JP, Herndon DN, Suman OE. The role of exercise in the rehabilitation of patients with severe burns. *Exerc Sport Sci Rev*. 2015 Jan;43(1):34-40. doi: 10.1249/JES.0000000000000029. PMID: 25390300; PMCID: PMC4272612.