

## VÝSLEDKY KONZERVATIVNÍ LÉČBY PERIFERNÍCH OBRN LÍCNÍHO NERVU NA ORL ODDĚLENÍ ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÉ NEMOCNICE V LETECH 1959—1966

MUDr. Zdeněk ELIÁŠ, MUDr. Miloš KEPKA

ORL oddělení ÚVN v Praze (náčelník plk. prof. MUDr. Ervín Černý)

Od ledna 1959 do konce října 1966 bylo na ORL oddělení ÚVN hospitalizováno 89 nemocných s periferní obrnou lícního nervu. Z tohoto počtu jsme 20 nemocných speciálně neléčili, poněvadž šlo o případy přechodných krátkodobých obrn, které rychle odezněly, nebo se nemocní léčili na jiných odděleních a u nás byli hospitalizováni jen přechodně pro jiné onemocnění a konečně případy velmi vážných chorob, kde obrna lícního nervu byla podružným onemocněním. 36 pacientů bylo léčeno chirurgicky a 33 pouze konzervativně. Sestavu konzervativně léčených jsme si rozdělili z hlediska etiologie na skupinu poruch atraumatických, kterých bylo 13, a traumatických, kterých bylo 20 (tab. 1). Do skupiny s traumatickou etiologií jsme zařadili obrny vzniklé následkem úrazu při zlomeninách skalní kosti,

kterých jsme léčili 6. Ostatních 14 vzniklo při různých operacích, vlivem zánětu, edému nebo mechanickým poškozením nervu, nikoli však jeho přerušením. Z přehledu je patrné, že k poruše inervace došlo 3krát při kofochirurgických výkonech, a to 1krát při nepřímé mobilizaci, 1krát při operaci podle Fowlera a 1krát při Schuknechtově operaci, 4krát při ozvučení labyrintu ultrazvukem pro Menièrovu chorobu a u 7 při radikální operaci nebo attikoantrotomií. Do skupiny atraumatických obrn jsme zahrnuli 5 případů Bellovy obrny, dále 2 nemocné, u nichž došlo k obrně následkem prudkého zánětu středoušního. Z ostatních etiologických faktorů šlo 3krát o herpes zoster oticus, 1krát o recidivu zánětu v trepanační dutině po dříve provedené radikální operaci, 1krát o parézu vzniklou v průběhu epidemické

Tab. 1. NEMOCNÍ KONZERVATIVNĚ LÉČENÍ  
Rozdělení podle etiologie

Operační trauma		14
nepřímá mobilizace	1	
Fowler	1	
Schuknecht	1	
ozvučení lab.	4	
RO. AAT	7	
Fraktura spánkové kosti		6
Bellova paréza		5
Otitis media ac.		2
Herpes zoster ot.		3
Zánět v trep. dutině po RO		1
RTG terapie		1
Parotitis epidemica		1
CELKEM		33

Tab. 2. VĚK HOSPITALIZOVANÝCH

	Atraumatické	Traumatické	Celkem
Rozpětí	15—81	13—54	13—81
Průměrný věk	38,4	30,55	33,60

Tab. 3. DÉLKA HOSPITALIZACE

	Atraumatické	Traumatické	Celkem
Rozpětí	8—57	9—157	8—157
Průměrná délka	29,4	43,5	37,7

Tab. 4. ZPŮSOBY KONZERVATIVNÍ LÉČBY

	ATR	TR
Kortikoidy	7	17
Fysostigmin	4	6
B <sub>12</sub>	10	11
Thiamin	3	2
Strychnin	2	5
Trisalin	1	
Fyzikální T.	6	19

ké parotitidy a u jednoho nemocného došlo k poškození N. VII. následkem rtg terapie pro zhoubný tumor boltce.

Věk našich nemocných se pohyboval u atraumatických obrn od 15 do 81 let, což činí v průměru 38,4, u traumatických od 13 do 54 let, průměrně 30,5 (tab. 2). V celkové sestavě byl průměrný věk 33,6 roků. Co se týče pohlaví, bylo mužů 20 a žen 13.

Délka hospitalizace se pohybovala u atraumatických od 8—57 dnů, průměrně 29,4, u traumatických 9—157 dnů, což je v průměru 43,5 dne. U všech nemocných byla hospitalizace na našem oddělení 8—157 dnů. Průměrná ošetrovací doba 37,7 (tab. 3).

Konzervativní léčbu periferní chabé obrny lícního nervu je nutno vhodně kombinovat a přizpůsobit ji různým etiologickým faktorům. U našich nemocných byla prováděna především intenzivní léčba fyzikální a rehabilitační za současného podávání kombinace různých léků (tab. 4). Kortikoidy jsme použili 24krát, Fysostigmin 10krát, vitamín B<sub>12</sub> 21krát, Thiamin 5krát, Strychnin 7krát a Trisalin 1krát. Z toho plyne, že nejčastější kombinací byly Kortikoidy s vitamínem B a Fysostigminem. Kortikoidy podáváme v tzv. silné účinné dávce spolu s ATB za průběžného sledování diurézy.

Při léčbě fyzikální a rehabilitační se postupuje takto:

1. horké zábaly parafinem, horké náčinky nebo ohřívání soluxem, kromě stavů porázových.
2. posuvná masáž.
3. cvičení na jednotlivé svaly po předchozí stimulaci.
4. polohování.
5. galvanizace (v případě, že se do měsíce neobjeví pohyb).

Kromě léčby prováděné rehabilitační pracovníci musí nemocný cvičit sám podle pokynů. Nesmí číst, sledovat televizi, pobývat na prudkém světle a oči musí chránit tmavými brýlemi. Tento způsob léčby byl použit u 25 nemocných.

Výsledky konzervativní léčby chabé periferní obrny lícního nervu uvádíme ve skupinách podle etiologie. Hodnocení výsledků je prováděno u všech nemocných na našem oddělení podle Cawthorna, a to takto: dobrý výsledek — normální vzhled v klidu, oči možno zavřít a ústa sešpulit. Uspokojivý výsledek — normální vzhled v klidu aneb lehký spasmus, možnost mimických pohybů svalstva očního, nosního a ústního. Špatný výsledek — žádný nebo nepatrný náznak funkce, vyložené spasmusy. V přehledné tabulce (tab. 5) uvádíme ještě vztah k intervalu obrna — první pohyb a k délce hospitalizace. U obrn vzniklých při kofochirurgických výkonech došlo k úpravě u všech nemocných. Rovněž tak tomu bylo i u nemocných po ozvučení labyrintu ultrazvukem. U obrn vzniklých při radikálních operacích, nebo attikoantrotomiích došlo konzervativní léčbou k dobrému výsledku u 6 nemocných a u 1 k uspokojivému. U poškození lícního nervu po zlomeninách skalní kosti jsme dosáhli v 5 případech dobrého a v 1 uspokojivého výsledku. Bellovy obrny se upravily všechny, stejně i obrny vzniklé jako komplikace při prudkém zánětu středoušním. Při herpes zoster oticus se zcela upravila jedna obrna, jed-

Tab. 5. VÝSLEDKY KONZERVATIVNÍ LÉČBY OBRN VII. NERVU

Příčiny obrny	Počet	Interval – paréza – první pohyb	Délka hospit.	Výsledek		
				dobry	uspokoj.	špatný
Kofochir – operace	3	10,8	39,3	3		
Ozvučení labyrintu	4	27,5	93,7	4		
RO. AAT.	7	37,8	30,1	6	1	
Frakt. sp. kosti	6	33,5	24,3	5	1	
Bellova P.	5	9,8	21,4	5		
Otitis M. AC.	2	8	17,5	2		
Herpes Z. O.	3	2,3	34,3	1	1	1
Zánět v trep. dutině	1	0	57,0			1
RTG terapie	1	0	30			1
Parotitis epid.	1	10	30	1		
CELKEM	33		CELKEM	27	3	3
			%	82%	9%	9%

na byla uspokojivá a jedna se neupravila. Špatný výsledek byl i u nemocného se zánětem v trepanační dutině po RO a u nemocného po rtg terapii. Obrna vzniklá při epidemické parotitidě se zcela upravila. Celkově jsme u 33 nemocných dosáhli dobrého výsledku u 82 %, uspokojivého u 9 % a špatného rovněž u 9 %. U 3 nezlepšených nemocných nebyla další léčba prováděna. Dva byli ve věku přes 80 let, a nebyl proto proveden náročný chirurgický výkon a 1 nemocný byl přeložen na neurochirurgickou kliniku k léčbě jiného závažného onemocnění.

Závěrem chceme zdůraznit, že rozhodnutí k léčbě konzervativní je velmi vážné, neboť při chybné rozvaze můžeme ztratit mnoho času. V naší sestavě máme 6 nemocných, kteří k nám byli posláni z jiných pracovišť s návrhem na operační léčbu. Po důkladném vyšetření byl zvolen postup konzervativní a tato taktika se ukázala správnou, neboť u všech došlo k úpravě.