Лијечење периферне парализе н. фацијалиса у савременој медицини

Сафет Љешњанин¹, Азра Пуришић²; Александар Стијепчевић³

Treatment of Peripheral Paraliza N. Facialis in Modern Medicine

Safet Lješnjanić, Azra Purišić, Aleksandar Stijepčević

Сажетак: Увод. Периферна парализа н. фацијалиса данас је врло честа. Због психичке напетости ових болесника због изгледа услед ове парализе, битно је, послје тачно постављене дијагнозе, коју даје електродијагностика, одмах примјенити адекватну терапију и у најкраћем временском термину повратити нормалан изглед пацијента и ослободити га психичке напетости.

Циљ рада. Истаћи ефикасност методе која се користила, јер се са њом постиже добар успјех и вријеме лијечења није дуго.

Материјал и методе. У периоду од десет година лијечено је 206 болесника са периферном лезијом н. фацијалиса. Њихова старост је била између 20 и 70 година. Мушкараца је било 60% и жена 40%. Као методу у лијечењу симултано су коришћене следеће методе: циљана психотерапија, медикаментозна терапија и физиотерапија.

Резултати рада. У лијечењу свих болесника учествовао је тим: реуматолог, физијатар, психијатар, неуролог, офталмолог.

Закључак. Показано је да је код периферних лезија н. фацијалиса због велике заступљености депресивног синдрома веома битна истовремена примјена циљане психотерапије, медикаментозне и физиотерапије. Сматрамо да је та метода избор и да је треба користити код ових болесника.

Кључне ријечи: депресија, парализа, лијечење.

Summary: Introduction. Peripheral paralysis of the n. facialis is now very often. Because of these patients' mental strain because of their appearance (look) due to this paralysis, it is crucial – after the precise diagnosis which provides electrodiagnostics – to apply the appropriate treatment immediately, recover the normal appearance of the patient in the shortest period of time and relieve him of psychic tension.

The aim of the work. With the work we want to highlight the effectiveness of the method we used, because it is achieved with good success and not a long time to heal.

Materials and methods. For a period of 10 years we had a number of 206 patients with peripheral lesions n. facialis to treat. They were all between 20 and 70 years of age. The percentage of males was 60% and females 40%. As a method of treatment, from the first day we used simultaneously: a targeted psychotherapy, medicaments and physiotherapy.

Results of the work. In all patients' treating, the following team participated: rheumatologist, physiatrist, psychiatrist, neurologist and ophthalmologist. The targeted psychotherapy was included immediately, as well as medicamentous, corticosteroids, peripheral vasodilators and vitamin B complex.

Conclusion. This work tries to point out that, as for the peripheral lesions of n. facialis due to the large presence of depressive syndrome, the simouit is an essential concomitant of targeted psychotherapy, medicamentous and phychiotherapy. We think that this method is a right choice and that it should be used in the cases of such patients.

Key words: depression, paralysis, treatment.

1 Сафет Љешњанин, Дом здравља Плав.

2 Азра Пуришић, Дом здравља Плав.

3 Александар Стијепчевић, Дом здравља Котор.

Увод

Нервус фацијалис инервише мимичну мускулатуру. Најважнији мишићи које инервише су *m. frontalis* (набирање чела), *m. orbicularis oculi* (затварање очију), *m. orbicularis oris* (показивање зуба) и *m. platysma*. Остале функције овог живца су парасимпатичка инервација жлезда, густативна инервација предње две трећине језика и сензибилитет бубне дупље. Најчешће обољење *n. facialis* је **Bell-ова парализа**, чија етиологија није позната, али се све чешће јавља. Периферна парализа фацијалиса може настати због вирусне инфекције (грип или херпес), промаје, запаљења средњег уха, фрактуре петрозне кости, мастоидоктомије, полинеуритиса, полимијелитиса, тровања оловом, арсеном и алкохолом услед тумора понтоцеребеларног угла, glandуле паротис или самог нерва. Настаје и код конгениталне малформације средњег уха¹.

Повреда нервног стабла најчешћа је у каналу петрозне кости. Сви мишићи лица инервирани од фацијалиса бит ће подједнако парализовани. Половина лица је непокретна као маска, не може се набрати чело, назолабијална бразда је збрисана, угао уста је опуштен и помјерен ка здравој страни, очни прорез је проширен, капци се не могу затворити. Болесник обично ујутро примијети да су му се уста искривила, и мисли да је парализирана здрава страна, јер она вуче уста на своју страну. Чело је без бора, обрва је спуштена нешто ниже, око је више отворено, назолабијална бразда је плића. Храна упада између образа и зуба па се пацијент понекад угризе за образ². Због немогућности трептања и због удаљености отвора сузног канала, сузе прелазе преко капка (*epiphora*). Болесник није у стању да набере чело, затвори око, да повуче уста ка парализираној страни. Не може да звижди или надима образе, тешко пије течност, а ако покуша да је држи у устима, она ће излазити на парализираном углу уста. При затварању очију види се Bell-ов феномен: око које остаје непокривено скреће навише и упоље, тако да се показује склера³.

Врло је значајно што прије утврдити дијагнозу, коју даје електродијагностика, и одмах

примјенити адекватну терапију. Неопходно је у најкраћем временском термину повратити нормалан изглед пацијента и ослободити га психичке напетости. Да би се поставила дијагноза раде се: мишићни тест, електродијагностика и ИТ ткива, хронаксиметрија и електромиографија. Највећи значај има електродијагностика, и она се увијек понавља након 14 дана лијечења. Тада долази до тачне дијагнозе и колико је времена потребно за реинервирање нерва⁴.

Циљ рада

Циљ рада је био да се прикаже третман пацијената који су се у Дом здравља Плав јавили због периферне парализе фацијалиса.

Материјал и метода рада

У периоду од десет година, у Дому здравља Плава, третирано је 206 пацијената са периферном парализом *n. facialis*. Узорак су чинили сви пацијенти који су због насталих промјена дошли у ову здравствену институцију. Старост испитаника се кретала између 20 и 70 година, а што се тиче структуре према полу, од укупног броја испитаника било је 60% мушкараца и жена 40%. Као метод лијечења, коришћене су препоручене мјере и активности, које су се састојале од: циљане психотерапије, адекватна медикаментозна терапија (антибиотици, кортикостероиди, периферни вазодилататори и витамини Б комплекса), као и физиотерапија (*Sollux*, *EF Redergina ES* - строго смо водили рачуна да *ES* буде правилно извођена и стимулисали смо мишиће које је потребно стимулисати).

У лијечењу ових болесника учествовао је тим: реуматолог, физијатар, психијатар, неуролог и офталмолог.

Резултати рада

У истраживању је учествовало 206 испитаника различите старости (табела 1), при чему

Табела 1. Структура болесника према животној доби

Године старости	Број пацијената	Проценти
20–30	25	12.1%
31–40	89	43.2%
41–50	47	22.8%
51–60	27	13.1%
61–70	17	8.7%
Укупно	206	100%

Табела 2. Структура болесника према полу

Пол пацијента	Број пацијната	Проценат
Мушкарци	123	60%
Жене	83	40%
Укупно	206	100%

Табела 3. Дужина третмана пацијената од периферне парализе фацијалиса у односу на старост

Дужина трајања болести	Узраст	Број пацијената	Проценат
10 дана	До 30 год.	25	12.1%
До три недеље	До 45 год.	136	66.0%
Од 4 до 6 недеља	До 70 год.	45	21.8%
			100%

Табела 4. Компликације у току периферне парализе н.фацијалиса

Компликације	Број пацијената	Проценат
Бол у уво	24	50.0%
Хиперакузија	17	35.4%
Оштећен укус	7	14.5%
Укупно	48	100%

је највише испитаника било старости између 31 и 40 године (43,2%), затим испитаници са старошћу између 41 и 50 година (којих је више од једне петине). Најмање испитаника је било старијих од 61 године.

Табела 2. показује да је заступљеност парализе н. фацијалиса чешћа код мушкараца него жена.

Испитаници су третирани, најчешће до три недеље (двје трећине испитаника), и то су они који су били старости до 45 година, док су испитаници старији од 45 година третирали од четири до шест недеља (21,8%). Најкраће

су лијечени пацијенти старости до 30 година (табела 3).

Од укупног броја испитаника 48 или 23,3% су имали неку врсту компликација (табела 4). Најчешћа компликација је била бол у уво, која се манифестовала код половине испитаника, а затим према заступљености, слиједи хиперакузија (35,4%) и, најређе, према заступљености, били су испитаници код којих се компликација манифестовала у виду оштећеног укуса.

Дискусија

Идиопатско периферно обољење VII кранијалног живца – Bell-ова парализа – једно је од најчешћих кранијалних неуропатија, као и најчешћа дијагноза у рехабилитацији периферних парализа. Значајно је преузети адекватне кораке, како би се што прије показали резултати опоравка. Утврђивање функцијског опоравка врши се проценом снаге мишића путем мануелног мишићног теста (ММТ).

У највећем броју случајева опоравак третираних корисника, процјењено адекватним методама, настао је већ око десетак дана од почетка, док је за потпуно излечење било потребно четири до шест недеља.

Истраживање које је рађено у Србији показало је да пацијенти са истим промјенама, а који су третирани на исти начин као у конкретном истраживању, показују резултате третмана у истим временским периодима⁵.

Белова парализа је облик компресивне неуропатије н. фацијалиса у његовом унутрашњем каналу, са годишњом инциденцом од 20 на 100.000 становника. Прогноза је одлич-

на за највећи број болесника. Ипак, код око 15% болесника перзистира резидуална слабост мишића. Код особа које имају комплетну парализу мишића лица, хиперакузију, смањено лучење пљувачке, суза, губитак чула укуса, може се очекивати неповољан ток болести. Ризичне групе су и особе животног доба преко 60 година, дијабетичари, хипертоничари⁶.

У лијечењу ових болесника учествовао је тим: реуматолог, физијатар, психијатар, неуролог и офталмолог, како су и савремене препоруке. У лијечење је укључена циљана психотерапија, медикаментозна, антибиотици, кортикостероиди, периферни вазодилататори и витамини Б комплекса.

Закључак

Овим радом показано је да је код периферних лезија н. фацијалиса због велике заступљености депресивног синдрома веома битна истовремена примјена циљане психотерапије, медикаментозне и физиотерапије.

Литература

1. Секици П., Тијанић М., Обрадовић М., Јуришић Д.: Примарна периферна (Bell-ова) парализа фацијалиса. *Acta medica medianae*, 1999; 7(1-4): 54–59.
2. Парализа н. фацијалиса. Позив на адресу: www.medicinabih.info/medicina/neurologija/paraliza-n-facialisa.
3. Раденковић Б, Раденковић З, Спасић Љ: Компарација ефеката два приступа у физикалној терапији периферне лезије н. facialisa. У: Први Конгрес физијатара Црне Горе, Игало.
4. Физиотерапија периферне одузетости н. facialis-a. Физиотерапија. Позив на адресу: www.fizioterapija.rs/fizioterapija-periferne-oduzetosti-n-facialis-a/
5. Станковић М, Илић Д, Тегелтија Д: Функцијски статус код лезије н. фацијалиса по периферном типу. Позив на адресу: www.fizijatri.org/pdf/zbornik_radova_kongres_fizijatara_2011.pdf
6. Стевић З: Болести периферног нервног система, 2005. Доступно на адреси: www.belimantil.info/.../Bolesti_perifernog_NS.

Контакт: Др Сафет Љешњанин, Дом здравља Плав, ул. Хридска бб, 84325 Плав, Црна Гора, +382 51 251 525; +382 51 067 811 412; факс +051 251 542; e-mail: dr.safet@yahoo.com