

616.212.2-001.5-08

ZLOMENINY NOSNÍCH KŮSTEK A TAKTIKA JEJICH LÉČBY

MUDr. Mojmír LEJSKA

Otorinolaryngologické oddělení vojenské nemocnice Brno

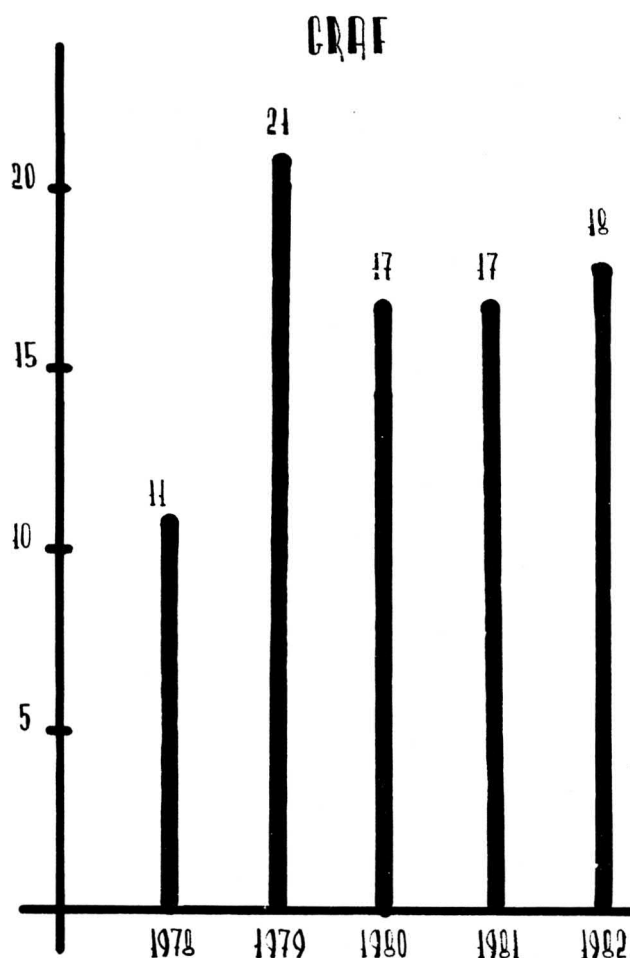
(náčelník: pplk. MUDr. Gustáv Voda)

Ve vojenských kolektivech se objevuje více úrazů než v ostatních lidských společenstvích. Je to dáno posláním, činností a funkcí vojáka, který rozvíjí bojovou činnost v podmínkách fyzického zatížení, s náročnou bojovou technikou a v časově omezeném limitu.

Zranění hlavy patří mezi častá poranění všech

věkových skupin. Nos je pro svoji anatomickou polohu a skladbu, pro malou odolnost vůči tlaku a relativní křehkost kostních struktur místem nejčastějších poranění hlavy. Honsig (7) uvádí, že ze všech úrazů hlavy je zranění nosu ve 40 procentech případů.

Na ORL oddělení VN Brno bylo v letech 1978



až 1982, tj. během 5 let hospitalizováno 84 pacientů se zlomeninou nosních struktur. Je to 2,87 % ze všech hospitalizovaných v tomto období (nejvíce 1979 — 4,59 %). Zranění byli vesměs mladí muži průměrného věku 22,2 let (graf).

V souboru 84 zraněných pacientů byl proveden rozbor na základě morfologických změn. Část poraněných přichází se zlomeninou prostou — bez dislokace. U dvou třetin zraněných nalézáme pohmoždění měkkých struktur nosu a v necelé polovině zlomeniny komplikované (posun fragmentů, několikanásobné zlomeniny, impresní zlomeniny). Poslední skupinu vyčle-

ňujeme pro zlomeniny sdružené se zlomeninami dalších kostních struktur (frontální výběžek maxily, margo infraorbitalis, arcus zygomaticus). Každý pacient může být uveden v několika skupinách současně, protože je možný současný výskyt zhmoždění měkkých částí a zlomenina nosních kůstek apod. (tab. 1).

Boenninghaus (4) určuje soubor šesti příznaků, které uvádí zlomeniny nosních kůstek: 1. sedlovitý nos nebo vychýlení nosu ve směru nárazu, 2. otok nosu nebo hematoma nosu, 3. krepitace, 4. eventuální tržné rány, 5. krvácení z nosu, 6. poruchy ventilace a čichu.

Vyšetření fyzikální vždy doplňujeme rentgenovým vyšetřením ve dvou projekcích. Jsme si vědomi skutečnosti, že rtg obraz je často falešně negativní.

Z neobvyklých symptomů lze uvést bezvědomí (5×), diplopie (2×), luxace zubů horní čelisti (2×), poruchy citlivosti v oblasti n. infraorbitalis (2×), hematoma měkkého patra (1×), emfyzém tváře (1×).

Pacienty, u nichž diagnostikujeme zlomeninu nosních kůstek, hospitalizujeme. U většiny provádíme repozici nosních struktur, tamponádu a přikládáme sádrou dlahu. Sádrou nebo plastickou dlahu ponecháváme 8—10 dnů a pak do tří týdnů přikládáme na noc. Redresní tamponádu odstraňujeme za 48 hodin, jen výjimečně později. Medikamentózní léčba obsahuje zajišťovací clonu antibiotik, analgetika, nosní kapky, antihistaminika. Osvědčilo se nám použití Soluxu.

Z chirurgických výkonů, které bylo nutno následovně provést, bylo 5 (5,8 %), a to submukosní resekce septa 2×, plastika nosu 1×, dyscise synechií 1×, operace dle Caldwell-Luca 1×.

Rozprava

Z pomocných diagnostických metod stojí na prvním místě vyšetření rentgenologické. To však neumožňuje vzhledem k složitosti a členitosti nosních struktur jednoznačné závěry o existenci a rozsahu zlomeniny. I přes zavádění nových rtg projekcí (3) zjišťujeme, že rentgenové vyšetření je nezdědkově falešně negativní.

Tab. 1

Zlomeniny	1978	1979	1980	1981	1982	Celkem	%
Prosté	2	6	5	2	4	19	22,6
Pohmoždění měkkých struktur	9	15	12	15	13	64	76,2
Komplikované (dislokované, imprese)	6	5	8	7	11	37	44,0
Sdružené (k. čelistní, lícni)	3	0	1	2	2	8	9,5

Často i tam, kde nebyly při rtg vyšetření zlomeniny prokázány, bylo možno na základě nepřímých známek na poškození skeletu usuzovat. Stále platí zásada zdůrazňovaná např. Škeříkem, Turayem, Honsigem, Berendesem, Debainem, Scholtzem (1, 5, 7, 8, 9, 10, 11), že ani negativní rtg nevylučuje zlomeninu a je vždy nutno předpokládat větší rozsah poškození, než ukazuje rtg snímek.

Klinická praxe potvrzuje a literární prameny uvádí (7, 9) nutnost tzv. profylaktické revize nosního skeletu jako prevenci pozdních poruch funkčních nebo vážných posttraumatických komplikací. Deformity lze často pozorovat až po oplasknutí edému, kdy chirurgická revize bývá ztížena, případně nemožná postupujícími reparativními procesy organismu. Kučera a Honsig (7) nabádají dokonce k provedení explorativní repozice u každého zranění nosu s podezřením na zlomeninu nosních kůstek.

Z chirurgických zákroků se používá téměř výhradně endonasální repozice. Ta bývá doplňována redresní tamponádou a zevní dlahou. Repozice se má provést co nejdříve po zranění. Berendes (1) říká, že první den po zranění jde zcela lehce, po týdnu těžce. Gerhardt (6) doporučuje provádět jen prvních 5–6 dnů a Beonninghaus (4) v prvním týdnu. Úrazy starší tři týdny již nelze reponovat bez násilné refraktury. Tamponáda bez repozice a dlahy vytváří esteticky nepříznivý široký nos (7).

Bezšapochnyj a Bassak (2) hodnotili kliniko-elektrofyzilogické parametry u nemocných s kostním poraněním zevního nosu. Na základě neurologického a elektrofyziologického vyšetření konstatují, že změny mozkové hemodynamiky a bioelektrické aktivity lze pozorovat na EEG a REG i při mírném traumatu zevního nosu (i bez posunu kostních fragmentů) a usuzují na mozkovou kontuzi mírného stupně u všech nemocných se zlomeninou nosních kůstek. Klinické zkušenosti však dokazují, že ve většině případů nebývají zlomeniny nosních kůstek spojeny s klinicky prokazatelnou komocí nebo dokonce kontuzí mozku.

Závěr

1. Nelze podceňovat zranění zevního nosu, která se u vojáků základní služby vyskytují často.

2. Nutno počítat s falešně negativním rentgenovým nálezem a vždy předpokládat větší rozsah zranění, než ukazuje rtg snímek.

3. Zlomenina nosních kůstek patří do péče ORL odborníka pro nutnost včasné a dokonalé profylaktické chirurgické revize.

4. I když klinicky nejsou obvykle známky otřesu nebo dokonce zhmoždění mozku vyjádřeny, při EEG a dalších elektrofyziologických vyšetřovacích metodách lze nalézt subklinické patologické změny.

Souhrn

Podán popis souboru 84 nemocných léčených na ORL oddělení v letech 1978–1982. V rozpravě zdůrazněna diagnostická úskalí a nutnost odborné ORL léčby.

Literatura

1. Berendes, J.: Hasl-Nasen-Ohren Heilkunde in Praxis und Klinik. Band 1. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1964.
2. Bezšapochnyj, S. B. - Bassak, L. E.: Kliniko-elektrofyzilogičeskije pokazateli u bolnych s travmej naružnogo nosa. Vestn. Otorinolaring., 1982, č. 3, s. 60 až 63.
3. Bienias, G. B.: Eigene Erfahrungen mit der Okklusions-Aufnahme bei Nasenfracturen. Z. Laryngol. Rhinol., 38, 1959, s. 334
4. Boenninghaus, H. G.: Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. New-York 1972.
5. Debaine, J. J. et al.: Fractures fronto-orbito-nasales. Ann. Otolaryng. Paris, 91, 1974, č. 10–11, s. 543 až 553.
6. Gerhardt, H. J.: Vademekum der HNO-Heilkunde. Leipzig 1974.
7. Kučera, M. - Honsig, K.: Zlomeniny nosních kostí u dětí. Čs. Otolaryng., 9, 1960, č. 3, s. 169–171.
8. Piquet, J.: Les fractures frontoetmoidales. Rev. Laryng. Bordeaux, 88, 1967, č. 9–10, s. 633–650.
9. Scholtz, H. J.: Die Beteiligung des Orbitabodens bei den Mittelgesichtsbrüchen. Msch. Ohrenheilk., 108, 1974, č. 12, s. 532–540.
10. Škeřík, P. - Slepíčka, J.: Fraktury nasoorbitální, náš příspěvek k jejich diagnostice a chirurgické léčbě. Čs. Otolaryng., 25, 1976, č. 6, s. 343–348.
11. Turay, J.: Diagnostika fraktur nosa. Čs. Otolaryng., 7, 1959, č. 2, s. 99–101.

Klíčová slova: Zlomeniny nosních kůstek; Vyšetřování; Léčba.