

Urazy kości skroniowej

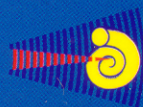


pod redakcją
prof. dr. hab. med. Henryka Skarżyńskiego
dr. med. Jarosława Wysockiego

Zaburzenia Słuchu

6

Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu



Urazy kości skroniowej

pod redakcją
prof. dr. hab. med. Henryka Skarżyńskiego
i
dr. med. Jarosława Wysockiego

Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

Warszawa 1999

Nadzór edytorski: **Joanna Zagrodzka**

Opracowanie redakcyjne
i korekta: **Grażyna Gołąb**

Projekt okładki: **Rem Script**

Autorzy: prof. nadzw. dr hab. med. Bogdan Cizek, prof. dr hab. med. Aleksander Dubrzyński, lek. med. Marcin Fudalej, prof. zw. dr hab. med. Grzegorz Janczewski, dr med. Katarzyna Pierchała, dr med. Bożena Skarżyńska, prof. dr hab. med. Henryk Skarżyński, lek. med. Paweł Szwedowicz, lek. med. Elżbieta Szejda, dr med. Jarosław Wysocki

**Wydano w ramach realizacji Programu Opieki nad Osobami
z Uszkodzeniami Słuchu w Polsce**

Publikacja dofinansowana przez Komitet Badań Naukowych

ISBN 83-910053-3-X

Nakład: **500 egz.**
Wydawca: **Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu
01-943 Warszawa, ul. Pstrowskiego 1
tel./fax: (0-22) 835-52-14, tel.: (0-22) 835-66-70**

Skład, łamanie, druk: **Oficyna Wydawnicza *Rem Script*
01-402 Warszawa
ul. Ciolka 12, tel. 836 80 47**

Spis treści

Wstęp	5
Jarosław Wysocki	
1. Zarys anatomii topograficznej kości skroniowej	7
Przedśionek – 8; Kanały półkoliste – 10; Ślimak – 11; Kanałek ślimaka i wodociąg przedśionka – 12; Przewód słuchowy wewnętrzny – 13; Kanał twarzowy – 14; Opuszka górna żyły szyjnej wewnętrznej – 15; Kanał tętniczo-szyjny i tętnica szyjna wewnętrzna – 17; Błona bębnekowa – 17; Attyka – 18; Mezotympanum – 18; Kosteczki słuchowe – 19; Hypotympanum – 20; Zatoka esowata – 21; Zatoka skalista górna – 21; Zatoka skalista dolna – 22	
Henryk Skarżyński, Paweł Szwedowicz, Bożena Skarżyńska, Jarosław Wysocki	
2. Etiologia i epidemiologia złamań kości skroniowej	23
Podział złamań kości skroniowej	25
Złamania podłużne	26
Złamania poprzeczne	38
Złamania mieszane	42
Henryk Skarżyński, Paweł Szwedowicz, Jarosław Wysocki, Elżbieta Szwejda	
3. Diagnostyka złamań kości skroniowej	47
Diagnostyka kliniczna – H. Skarżyński, P. Szwedowicz, J. Wysocki	47
Diagnostyka obrazowa – E. Szwejda	50
Henryk Skarżyński, Paweł Szwedowicz, Bożena Skarżyńska	
4. Przebieg kliniczny urazów kości skroniowej	65
Henryk Skarżyński, Paweł Szwedowicz	
5. Postępowanie w złamaniach kości skroniowej	67
Powikłania złamań kości skroniowej	68
Porażenie nerwu twarzowego	68
Zasady postępowania w pourazowym porażeniu nerwu twarzowego	71
Postępowanie operacyjne w pourazowym porażeniu nerwu twarzowego	73
Płynotok uszny i usznopochodne zapalenie opon mózgowych	74
Przewlekłe perlakowe zapalenie ucha środkowego po urazie kości skroniowej	77
Pourazowe upośledzenie słuchu	77

Grzegorz Janczewski, Katarzyna Pierchała

6. Zawroty głowy po urazie kości skroniowej	83
Przetoka perylimfatyczna	83
Wstrząśnienie błędniaka (commotio labyrinthi)	86
Wstrząśnienie lub uszkodzenie ośrodkowej części narządu przedsionkowego	89
Pourazowe zniszczenie struktur ucha wewnętrznego	94

Henryk Skarżyński, Paweł Szwedowicz, Jarosław Wysocki

7. Rokowanie w złamaniach kości skroniowej	95
---	----

Bogdan Ciszek

8. Neurochirurgiczne powikłania złamań kości skroniowej	97
Złożone złamania środkowego dołu czaszki	98
Złamanie kości w okolicy wyrostka sutkowego	99
Plastyka środkowego dołu czaszki	100
Powikłania odległe	101

Aleksander Dubrzyński, Marcin Fudalej

9. Prawne i sędowo-lekarskie problemy związane z uszkodzeniem narządu słuchu i równowagi	103
Kwalifikacja prawna następstw urazów kości skroniowej	103
Urazy czaszkowo-mózgowe	106

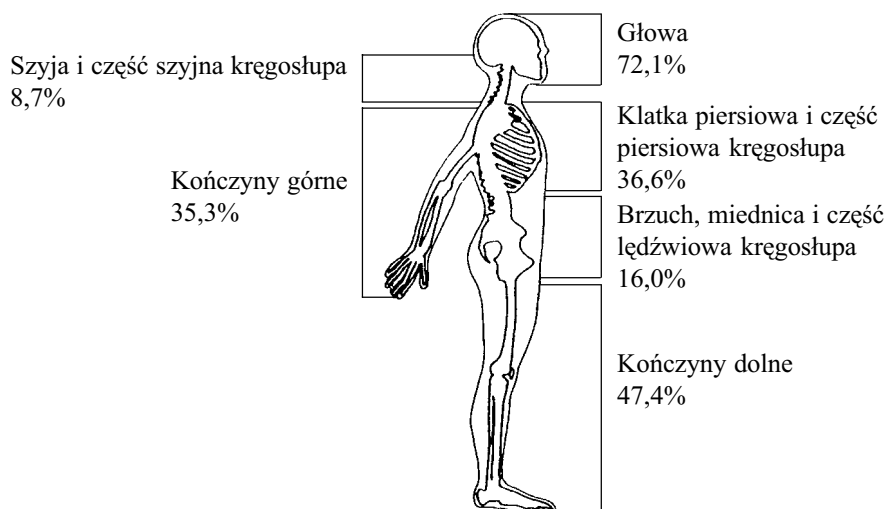
Grzegorz Janczewski

10. Zasady praktycznego postępowania w urazach czaszkowych	109
---	-----

Piśmiennictwo	113
---------------------	-----

Wstęp

Rozwój techniki związany z postępami cywilizacji spowodował także wzrost urazowości. Wielorakie skutki urazów stały się wielkim problemem medycznym, prawnym i ekonomicznym. W krajach wysoko rozwiniętych mówi się o urazach i ich skutkach jako zjawisku społecznym mającym cechy epidemii. Urazy są przyczyną zwiększającej się liczby zgonów i kalectwa, skazujących ich ofiary na popadanie w zależność od najbliższego otoczenia i od całego społeczeństwa, które w wielu przypadkach nie może sobie pozwolić na zapewnienie im odpowiedniej opieki, w tym odpowiedniego standardu życia. Szczególnie istotny jest fakt, że ofiarami urazów coraz częściej padają dzieci oraz ludzie młodzi, którzy nie zaczęli jeszcze wytwarzać dóbr na rzecz wspólnego majątku narodowego. W Stanach Zjednoczonych, skąd pochodzą najpełniejsze dane statystyczne, każdego roku ginie w wypadkach ponad 150 000 osób, a ponad 500 000 zostaje dotkniętych trwałym kalectwem.



Ryc. 1. Udział poszczególnych okolic ciała w urazach wielonarządowych (wg statystyk Narodowego Instytutu Zdrowia USA).

Każdego roku ta narodowa tragedia kosztuje Stany Zjednoczone ponad 100 miliardów USD (Koltai 1993). Zwraca się przy tym uwagę, że leczenie pacjentów po urazach kosztuje więcej niż leczenie chorych na choroby serca i nowotwory łącznie. Co więcej, śmiertelność z powodu chorób serca i nowotworów w USA maleje, a liczba urazów wzrasta z roku na rok. W Polsce rejestr urazów i ich skutków jest mało dokładny, ale wiele przesłanek pozwala sądzić, że dane dotyczące naszej populacji są jeszcze bardziej pesymistyczne.

Śmiertelność pourazową można podzielić na trzy kategorie. Śmierć może wystąpić: bezpośrednio po urazie, wcześniej lub późno (Koltai 1993). Śmierć natychmiastowa, występująca bezpośrednio po urazie, jest skutkiem krwotoku z uszkodzonych dużych naczyń tętniczych, ostrej niedrożności dróg oddechowych, rozległych uszkodzeń tkanki mózgowej. Śmierć wczesna, w ciągu kilku godzin po urazie, to skutek krwawienia, wylewu do tkanki mózgowej z jej narastającym uciskiem oraz pogłębiającej się niewydolności oddychania i krążenia. Zgony późne, po wielu dniach lub nawet tygodniach, są odległymi skutkami urazów wielonarządowych lub zakażenia uogólnionego (posocznicy). Badania epidemiologiczne prowadzone na świecie wykazują zgodnie, że około 75% przypadków urazów wielonarządowych, obejmujących kilka okolic ciała ludzkiego, dotyczy głowy. Właśnie głowa jest najczęściej poszkodowanym regionem. Wiadomo także, że około 40% urazów głowy w sposób szczególny dotyka kości skroniowej ze wszystkimi tego urazu skutkami dla narządów słuchu, równowagi, dla nerwu twarzonego oraz dla części tkanki mózgowej przylegającej do kości skroniowej (Ghorayeb 1992, Brodie i Thompson 1997, Cannon 1983, Tos 1973, Liu-Shindo i Hawkins 1989, Shapiro 1979, Williams 1992). Z tego właśnie powodu zespół lekarski integrujący kilka specjalności podjął się opracowania zagadnienia urazów kości skroniowej – tak ważnego z punktu widzenia codziennej praktyki dla wielu z nas. Sądzimy, że nasza praca okaże się przydatna i pomocna dla naszych czytelników, polskich lekarzy. Należy podkreślić, że właściwe, to znaczy szybkie i kompetentne postępowanie diagnostyczne i lecznicze może się w znacznym stopniu przyczynić do zmniejszenia niepożądanych następstw urazów głowy, a zwłaszcza urazów kości skroniowej. Część kliniczna książki została uzupełniona o uwagi natury prawnej, poczynione przez specjalistów z zakresu medycyny sądowej. Powinno to ułatwić lekarzowi ocenę wielu następstw złamań oraz dokonanie właściwej ich kwalifikacji medyczno-prawnej.

Współautorzy tego opracowania żywią nadzieję, że będzie ono przydatne w codziennym podejmowaniu szybkich decyzji i bezpiecznych rozwiązań terapeutycznych. Autorzy pisali je przede wszystkim z myślą o otolaryngologach, ale także przedstawicielach innych specjalności, do których może trafić pacjent z urazem kości skroniowej.

Hennye Shorinyshi