

ТРАВМА ПОЛОВОГО ЧЛЕНА (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ)© Р.Л. Казаров^{1,2}, А.А. Абилов¹, Х.А. Бекр², В.Я. Дубинский¹¹ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России;²СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», Санкт-Петербург

Дата поступления: 20.10.2016

Статья принята к печати: 12.12.2016

Представлены два клинических наблюдения травмы полового члена. В первом случае — ущемление основания полового члена, потребовавшее оперативного лечения. Во втором случае — колото-резаная рана головки полового члена, также потребовавшая экстренного оперативного вмешательства.

Ключевые слова: травма полового члена; ранение полового члена; ущемление полового члена.

THE TRAUMA OF THE PENIS (THE DESCRIPTION OF THE CLINICAL OBSERVATIONS)© R.L. Kazarov^{1,2}, A.A. Abilov¹, Kh.A. Bekr², V.Ya. Dubinskiy¹¹Academician I.P. Pavlov First St Petersburg State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation;²Mariinskaja hospital, St Petersburg, Russia

For citation: Urologicheskie vedomosti, 2016;6(4):37-39

Received: 20.10.2016

Accepted: 12.12.2016

We present two clinical cases of penile trauma. In the first case there is an infringement base of the penis which required surgical treatment. In the second case there is stab wound of the head of the penis also require emergency surgery.

Keywords: trauma of the penis; penile injury; impairment of penis.

На долю повреждений полового члена приходится до половины всех повреждений наружных половых органов, которые, в свою очередь, составляют от 30 до 50 % всех травм органов мочеполовой системы [1]. Частота повреждений наружных половых органов выше у мужчин, ведущих активный образ жизни, например, занимающихся травмоопасными видами спорта (футбол, хоккей, вело- и мотоспорт, борьба и др.). Высока частота подобных травм у пациентов с психическими заболеваниями. Также встречаются ятрогенные повреждения полового члена — чаще всего при циркумцизии, реконструктивных операциях по поводу гипоспадии и экстрофии мочевого пузыря, манипуляциях при приапизме.

Летальность среди больных при изолированных повреждениях полового члена минимальна, но таким пациентам необходимо оказывать экстренную медицинскую помощь, чаще всего оперативную [1, 2].

В данном сообщении приведены два клинических случая нетипичных травм полового члена —

ущемление полового члена кольцом и колото-резаная рана полового члена.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ № 1. УЩЕМЛЕНИЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА КОЛЬЦОМ

Больной Л., 33 лет, доставлен бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение Мариинской больницы с жалобами на боли в половом члене, увеличение его в размерах, невозможность удаления кольца с основания полового члена, синюшность цвета кожи полового члена, невозможность самостоятельного мочеиспускания (рис. 1). Пациент поступил через 10 часов после ущемления полового члена. Причину натягивания кольца на основание полового члена пациент указал в желании сохранять половой орган в продолжительном эрегированном состоянии, чтобы «удивить» свою партнершу в сексуальном плане. Самостоятельно безуспешно пытался «перекусить кольцо» кусачками. На учете у психиатра пациент не состоит.



Рис. 1. Половой член больного Л. при поступлении в приемное отделение

В приемном отделении у пациента была взята кровь для клинического и биохимического анализов, мочу для общего анализа получить не удалось из-за невозможности пациента помочиться. Дежурным урологом была проведена попытка удаления ущемляющего половой член кольца путем смазывания проксимально участка полового члена вазелином, которая не увенчалась успехом. Было принято решение экстренно оперировать пациента и вызвать сотрудников МЧС для удаления кольца.

Клинический диагноз: Ущемление основания полового члена металлическим кольцом. Отек полового члена. Острая задержка мочи.

Под ЭТН под ущемляющее половой член кольцо с техническими сложностями из-за выраженного отека проведен желобоватый зонд. Над зондом с помощью электрической пилы (при помощи сотрудника МЧС) под контролем зрения выполнен распил обручального кольца по передней поверхности. С помощью остроконечных плоскогубцев кольцо разведено и удалено (рис. 2). Отмечается положительная дина-



Рис. 3. Половой член больного Л. через два часа после операции



Рис. 2. Распиленное и удаленное кольцо

мика в виде уменьшения синюшности и отека полового члена. Без технических трудностей установлен уретральный катетер Фолея № 16, из мочевого пузыря выделено 600 мл прозрачной мочи. В месте нахождения кольца определяется осаднение кожи полового члена. Признаков повреждения кавернозных тел нет.

Через два часа после удаления ущемляющего половой член кольца состояние пациента нормализовалось, отек полового члена значительно уменьшился, кожа порозовела, отмечено только сохранение гематомы на крайней плоти головки полового члена (рис. 3).

Послеоперационное наблюдение пациента проводилось в отделении урологии.

На 7-е сутки после операции уретральный катетер был удален, самостоятельное мочеиспускание восстановилось, пациент выписан под наблюдение амбулаторного уролога в поликлинику по месту жительства.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ № 2. КОЛОТО-РЕЗАНАЯ РАНА ГОЛОВКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

Больной К., 32 лет, доставлен бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение Мариинской больницы с жалобами на наличие раны головки полового члена и кровотечение из нее. Пациент находился в состоянии алкогольного опьянения. Ранее больной самостоятельно безуспешно пытался остановить кровотечение с помощью салфеток. При сборе анамнеза было выяснено, что пациент ножницами разрезал головку полового члена, мотивировав это тем, что после заживления раны головка полового члена «увеличилась бы в размерах». На учете у психиатра не состоит. Данные клинического анализа крови и общего анализа мочи без особенностей.

По данным объективного обследования в обла-



Рис. 4. Половой член больного Л. на 6-е сутки после операции

сти головки полового члена по дорсальной и вентральной поверхности определяются 2 линейные раны, размерами до 5 см, с продолжающимся невыраженным кровотечением (рис. 5). Принято решение о необходимости экстренной операции.

Клинический диагноз: Колото-резаная рана головки полового члена.

Установлен уретральный катетер Фолея № 16, получено 40 мл светло-желтой мочи, гематурии нет. При осмотре отсутствует крайняя плоть (в анамнезе циркумцизия). Под местной анестезией выполнена ревизия раны головки полового члена. Имеются две резаные раны. Первая располагается по вентральной поверхности головки, линейная, протяженностью до 5 см, края ровные, признаков кровотечения нет. Вторая рана по дорсальной поверхности, протяженностью до 5 см, выявлен линейный дефект на уздечке полового члена, края неровные. Также отмечено незначительное кровотечение. Кавернозные тела орошены раствором гентамицина. Викрилом 3,0 ушиты кавернозные тела, после ушивания признаков крово-



Рис. 5. Половой член больного К. при поступлении в приемное отделение

течения нет. Викрилом 3,0 ушиты линейные дефекты по вентральной и дорсальной поверхности головки полового члена. Проведена антисептическая обработка и наложена антисептическая повязка. Уретральный катетер удален, поскольку пациент категорически отказывался от дальнейшего нахождения в стационаре. Пациент был выписан под наблюдение амбулаторного уролога в поликлинику по месту жительства.

ЛИТЕРАТУРА

- Summerton DJ, Djarovic N, Kitrey ND, et al., eds. Guidelines of Urological Trauma. EAU, 2014. 76 p.
- Аль-Шукри С.Х., Боровец С.Ю., Голощапов Е.Т., и др. Клинические рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи при травме мужских мочеполовых органов, инородном теле уретры и мочевого пузыря, фимозе и парафимозе // Урологические ведомости. – 2013. – Т. 3. – № 4. – С. 22–28. [Al-Shukri SKh, Borovets SYu, Goloshchapov ET, et al. Klinicheskie rekomendatsii po okazaniyu skoroy meditsinskoy pomoshchi pri travme muzhskikh mochepolovykh organov, inorodnom tele uretry i mochevogo puzyrya, fimoze i parafimoze. *Urologicheskie vedomosti*. 2013;3(4):22-28. (In Russ.)]

Сведения об авторах:

Рафаэль Леонович Казаров — канд. мед. наук, заведующий урологическим отделением. СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница». E-mail: 9155554@mail.ru.

Абдулла Аламшах оглы Абилов — клинический ординатор кафедры урологии. ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России. E-mail: essien91@mail.ru.

Хусам Арафатович Бекр — канд. мед. наук, врач-уролог урологического отделения. СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница».

Владислав Яковлевич Дубинский — канд. мед. наук, доцент кафедры урологии. ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России. E-mail: dubinskyvlad@mail.ru.

Information about the authors:

Rafajel L. Kazarov — candidate of medical science, head of urological unit. SPb GBUZ “City Mariinskaja hospital” E-mail: 9155554@mail.ru.

Abdulla A. Abilov — clinical intern. Department of Urology. Academician I.P. Pavlov First St Petersburg State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation. E-mail: essien91@mail.ru.

Husam A. Bekr — candidate of medical science, urologist, urological unit. SPb GBUZ “City Mariinskaja hospital”.

Vladislav Ya. Dubinskiy — candidate of medical science, associate professor. Department of Urology. Academician I.P. Pavlov First St Petersburg State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation. E-mail: dubinskyvlad@mail.ru.