

Наш опыт диагностики и лечения закрытых повреждений полового члена

А.М. Корниенко, М.Г. Романюк, П.В. Аксенов, В.В. Билоголовская, Н.А. Степаненко
 ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

В статье описаны клинические случаи разрывов кавернозных тел полового члена и мочеиспускательного канала, приведен алгоритм диагностических и лечебных мероприятий.

Ключевые слова: половой член, разрыв, кавернозные тела, мочеиспускательный канал.

Перелом полового члена (разрыв кавернозных тел) относится к разделу неотложных состояний в урологии, который очень подробно и многократно описан различными авторами. Данную ситуацию, наверное, можно отнести к «злой шутке природы» – ведь для того, чтобы произошел разрыв белочной оболочки, мужчина должен обладать идеальной эрекцией. Отмечены также и сексуальные позиции, наиболее часто приводящие к травме, – прежде всего, это «женщина сверху», хотя, достаточно регулярно травма происходит при упоре эрегированного полового члена в лобок или промежность партнерши. Наиболее часто происходит разрыв одного из кавернозных тел, реже – сочетанные повреждения обеих кавернозных тел, мочеиспускательного канала. Описаны также изолированные поражения мочеиспускательного канала [2].

Клиническая картина данного состояния является характерной: после непосредственного воздействия на половой член пациент ощущает резкую боль, исчезновение эрекции, увеличение члена в размерах за счет нарастания подкожной гематомы; затеки могут распространяться на живот, бедра, мошонку, промежность. При сочетанном повреждении мочеиспускательного канала могут быть: уретроррагия, острая задержка мочи, мочевые затеки [1].

Диагностический алгоритм включает в себя: опрос, пальпацию, при подозрении на вовлечение мочеиспускательного канала – восходящую уретрографию, при возможности – проведение ультразвукового исследования (УЗИ) области травмы с применением доплерографии сосудов полового члена.

Хирургическая активность, по нашему мнению, в данной ситуации полностью обоснована. Необходима ревизия предполагаемого места разрыва, дренирование гематом, ушивание разрывов, деривация мочи при поражении мочеиспускательного канала и т.д.

В клинике отдела сексопатологии и андрологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины» за период с 01.01.2010 г. по 31.12.2012 г. находилось 11 пациентов с закрытыми повреждениями полового члена. Из них у 9 пациентов был разрыв белочной оболочки одного кавернозного тела; разрыв белочной оболочки 2 кавернозных тел – у одного пациента, разрыв белочной оболочки и мочеиспускательного канала – также у одного пациента.

Вашему вниманию представлены 2 клинических случая, отличающихся от типичного «перелома» полового члена и выявленных благодаря активной хирургической тактике.

Пациент П., 33 лет, поступил через 10 ч от момента травмы с характерными жалобами и клинической картиной (фото 1).

Обнаружены разрывы обоих кавернозных тел (пинцет заведен в разрыв белочной оболочки справа) - фото 3. Место разрыва определяется справа от мочеиспускательного канала (фото 4).

Визуализация разрыва белочной оболочки слева (фото 5).

В послеоперационный период наблюдалось восстановление спонтанных эрекций на 3-и сутки после операции, в дальнейшем – первичное заживление раны. После выписки пациент повторно в клинику не обращался.

Пациент К., 46 лет, поступил через 12 ч после травмы. На фоне характерных жалоб отмечал уретроррагию. До поступления в Институт урологии больной был осмотрен по скорой помощи в урологическом отделении по месту жительства, где без проведения восходящей уретрографии пациенту установлен постоянный уретральный катетер (фото 6). Оперативного вмешательства предложено не было.

При проведении УЗИ установлено: в прикорневой зоне, частично в среднем сегменте, начиная с наружной поверхности правого кавернозного тела, переходя на внутреннюю поверхность правого кавернозного тела, с разрывом белочной оболочки, визуализируется аваскулярная



Фото 1



Фото 2



Фото 4



Фото 3



Фото 5

гематома 2,7 на 3,0 см. Кавернозные артерии визуализируются: по левому кавернозному телу на всем протяжении, по правому кавернозному телу – в дистальном сегменте (фото 7).

При ревизии - дренирование гематомы (фото 8).

Визуализация разрыва белочной оболочки и мочеиспускательного канала (фото 9).

Ушит разрыв мочеиспускательного канала (фото 10).

Ушит разрыв белочной оболочки (фото 11).

Пациенту также была наложена троакарная эпицистостома. В послеоперационный период - восстановление спонтанных эрекций на 6-е сутки, в дальнейшем - первичное заживление раны.



Фото 6



Фото 7



Фото 8



Фото 9

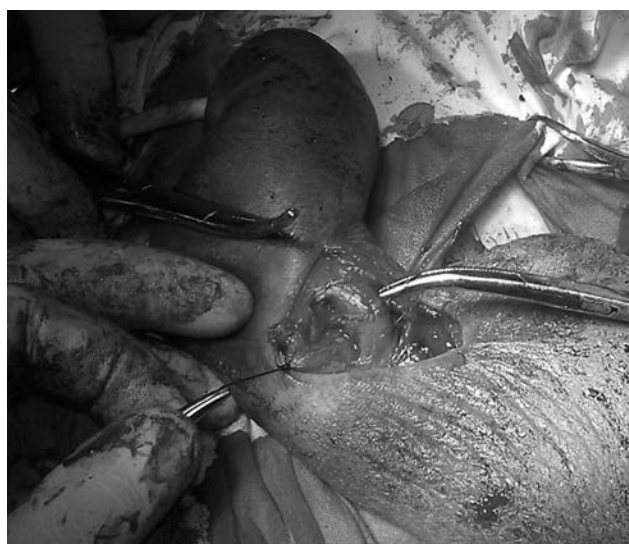


Фото 10



Фото 11



Фото 12

Спустя месяц после вмешательства, перед удалением эпицистостомы произведена антеградная микционная цистоуретрография с помощью мультidetекторной компьютерной томографии (фото 12).

Во время микции мочеиспускательный канал контрастирован равномерно: шейка мочевого пузыря до 1,1 см, простатическая часть до 0,8 см, на уровне мембранозной части до 0,9 см, висячая часть мочеиспускательного канала до 0,45 см (определяется сужение на протяжении до 3 см), далее до 0,95 см.

С целью предотвращения формирования стриктуры мочеиспускательного канала больной получает консервативное лечение.

Эпицистостомический дренаж удален. Пациент ходит под динамическим наблюдением, мочеиспускание и сексуальная функция полностью восстановлены.

ВЫВОДЫ

1. Полноценное выполнение алгоритмов диагностики закрытых повреждений полового члена позволяет максимально прогнозировать необходимость и объем оперативного вмешательства

2. Активная хирургическая тактика позволяет в более полном объеме обнаружить и устранить повреждения и таким образом улучшить отдаленные результаты лечения.

Наш досвід діагностики та лікування закритих ушкоджень статевого члена
А.М. Корнієнко, М.Г. Романюк, П.В. Аксенов, В.В. Білоголовська, Н.А. Степаненко

У статті описані клінічні випадки розривів кавернозних тіл статевого члена і сечівника, наведено алгоритм діагностичних та лікувальних заходів.

Ключові слова: статевий член, розрив, кавернозні тіла, сечівник.

Our experience of diagnosis and treatment of closed injuries of the penis
A.M. Kornienko, M.G. Romanyuk, P.V. Aksenov, V.V. Bilogolovskaya, N.A. Stepanenko

This article describes the clinical cases of ruptures of the corpora cavernosa of the penis and urethra, and the algorithm of diagnostic and therapeutic measures is shown.

Key words: penis, rupture, corpora cavernosa, urethra.

Сведения об авторах

Корниенко Алексей Михайлович – ГУ «Институт урологии НАМН Украины»; г. Киев, ул. Ю. Коцюбинского 9а; тел.: (044) 486-51-94. E-mail: androlog.alex@gmail.com

Романюк Максим Григорьевич – ГУ «Институт урологии НАМН Украины»; г. Киев, ул. Ю. Коцюбинского 9а; тел.: (066) 423-61-40. E-mail: Maxxhole@mail.ru

Аксенов Павел Валерьевич – ГУ «Институт урологии НАМН Украины»; г. Киев, ул. Ю. Коцюбинского 9а; тел.: (067) 992-67-03. E-mail: aksyonov-pv@bigmir.net

Билоголовская Валентина Васильевна – ГУ «Институт урологии НАМН Украины»; г. Киев, ул. Ю. Коцюбинского 9а; тел.: (044) 486-59-72. E-mail: igorbil4@gmail.com

Степаненко Наталья Александровна – ГУ «Институт урологии НАМН Украины»; г. Киев, ул. Ю. Коцюбинского 9а; тел.: (067) 446-81-86. E-mail: mnst@ukr.net

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Возіанов О.Ф., Люлько О.В. Урологія. Видання друге, перероблене і доповнене. Дніпропетровськ – РВА – «Дніпро-VAL». – 2002. – С. 367.

2. Костев Ф.И., Рясный А.В., Ту-

чин Д.Ф. Выбор тактики оказания помощи больным с закрытыми повреждениями полового члена // Здоровье мужчины. – 2009. – № 1. – С. 81–82.

Статья поступила в редакцию 19.02.2013