



ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТУПОЙ ТРАВМЫ (ПЕРЕЛОМА) ПОЛОВОГО ЧЛЕНА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ УРЕТРЫ

© С.М. Басок¹, П.С. Кызласов², А.П. Кобзарев¹, С.К. Саградов¹, К.Д. Савенко¹,
Е.Ю. Долбилкина¹

¹ ГБУЗ «Городская больница № 4 города Сочи» Минздрава Краснодарского края, Сочи;

² ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна» ФМБА России, Москва

Для цитирования: Басок С.М., Кызласов П.С., Кобзарев А.П., и др. Хирургическое лечение тупой травмы (перелома) полового члена с повреждением уретры // Урологические ведомости. – 2018. – Т. 8. – № 4. – С. 33–36. doi: 10.17816/uroved8433-36

Поступила: 03.10.2018

Одобрена: 04.12.2018

Принята к печати: 21.12.2018

Представлен случай лечения больного с травмой полового члена с повреждением уретры. Произведены ревизия полового члена, ушивание дефектов белочной оболочки кавернозных тел и первичный шов уретры. Послеоперационный период осложнился некрозом кожи полового члена, что потребовало повторного оперативного вмешательства. Выполнена заместительная пластика кожи полового члена кожей наружной поверхности бедра с удовлетворительным результатом.

Ключевые слова: перелом полового члена; травма уретры; некроз кожи полового члена; заместительная кожная пластика.

SURGICAL TREATMENT OF BLUNT TRAUMA (FRACTURE) OF THE PENIS WITH DAMAGE TO THE URETHRA

© S.M. Basok¹, P.S. Kyzlasov², A.P. Kobzarev¹, S.K. Sagradov¹, K.D. Savenko¹, E. Yu. Dolbilkina¹

¹ Sochi City Hospital No. 4, Ministry of Health Care of Krasnodar Region, Sochi, Russia;

² State Research Center Burnasyan Federal Medical Biophysical Center of Federal Medical Biological Agency of Russia, Moscow, Russia

For citation: Basok SM, Kyzlasov PS, Kobzarev AP, et al. Surgical treatment of blunt trauma (fracture) of the penis with damage to the urethra. *Urologicheskie vedomosti*. 2018;8(4):33-36. doi: 10.17816/uroved8433-36

Received: 03.10.2018

Revised: 04.12.2018

Accepted: 21.12.2018

This case comprised treatment of a patient with penile injury involving damage to the urethra. Revision of the penis, suturing defects of the tunica cavernous membrane, and primary suture of the urethra were performed. The postoperative period was complicated by necrosis of the skin of the penis, requiring repeated surgical intervention. Replacement plasty of the skin of the penis, using skin from the outer surface of the thigh, was performed with a satisfactory result.

Keywords: penile fracture; trauma to the urethra; penile skin necrosis; replacement skin; urethral plasty.

Травма полового члена в мирное время встречается относительно редко и чаще всего наблюдается у мужчин молодого и среднего возраста, причем в 80 % случаев диагностируют закрытые, а в 20 % случаев — открытые повреждения [1]. Закрытая травма полового члена носит преимущественно односторонний характер, и только в 1 % наблюдений выявляют двустороннее повреждение. Однако при ранениях двустороннее повреж-

дение встречается в 30 % случаев. Одной из наиболее важных и частых причин тупой травмы полового члена является его перелом. Данная травма возникает при эрегированном состоянии полового члена, проявляется разрывом белочной оболочки кавернозных тел и в 10–22 % случаев сочетается с подкожной гематомой и повреждением губчатого тела или уретры [1]. В отсутствие эрекции тупая травма полового члена обычно не приво-

дит к разрыву белочной оболочки, в таких случаях возникает только подкожная гематома. Перелом полового члена обычно происходит после сильного и резкого сгибания эрегированного полового члена во время полового акта, мастурбации, переворотов в постели, падения с кровати, в результате умышленного сгибания для достижения расслабления полового члена [2–5]. В 60 % случаев перелом происходит во время полового акта, обычно при положении женщины сверху [6]. В 6–9 % случаев перелом полового члена сочетается с повреждением уретры [5, 6]. Хирургическое лечение является ведущим в лечении перелома полового члена. Частота послеоперационных осложнений составляет 9 %. У большинства пациентов после операции происходит полное восстановление эректильной функции, однако у многих остаются психологические проблемы [7, 8]. Частота эректильной дисфункции наблюдается значительно чаще после травмы полового члена, сочетающейся с травмой уретры [9].

В данном сообщении представлен клинический случай хирургического лечения перелома полового члена с повреждением уретры.

Больной Б., 28 лет, поступил в урологическое отделение Городской больницы № 4 г. Сочи в апреле 2018 г. с жалобами на боль в половом члене, синюшность кожи полового члена, отсутствие самостоятельного мочеиспускания. Травму получил около 20 часов назад во время полового акта. При УЗИ полового члена выявлена напряженная гематома полового члена, при ретроградной уретрографии — частичное повреждение висячего отдела уретры с распространением контрастного вещества в кавернозные тела (рис. 1). Диагноз: «Тупая травма полового члена (перелом) с повреждением уретры».



Рис. 1. Ретроградная уретрография до операции
Fig. 1. Retrograde urethrography before surgery

Под спинномозговой анестезией проведено экстренное оперативное вмешательство. После обработки операционного поля выполнено скальпирование полового члена до корня. В 3 см от головки пениса в месте перехода спонгиозного тела на правое и левое кавернозные тела выявлены дефект кавернозного тела размером до 2 см и разрыв уретры. Произведено сшивание уретры на катетере, ушиты дефекты белочной оболочки. Осуществлен контроль гемостаза. Затем — послойный шов на рану с иссечением крайней плоти и сшиванием внутреннего и наружного листов крайней плоти. Тугое бинтование полового члена. На 5-е сутки больной выписан по семейным обстоятельствам. Пациент повторно обратился за помощью через 2 недели после выписки с жалобами на наличие уретрального катетера и изменение цвета полового члена. Во время перевязки выявлено изменение цвета кожи полового члена (некроз кожи) (рис. 2). Под эндотрахеальным наркозом осуществлены некрэктомия, заместительная пластика кожи полового члена, троакарная цистостомия. Произведен забор донорской кожи с передней поверхности правого бедра (50 см³). Выполнена обработка раневой поверхности полового члена. На область кожного дефекта 3–4 см в диаметре уложен кожный графт, который фиксирован рассасывающейся нитью 5/0 викрил по всей его поверхности. Наложена асептическая повязка на половой член и место забора донорской кожи. Заживление раны удовлетворительное. В раннем послеоперационном периоде отмечено неадекватное функционирование цистостомы, что привело к подтеканию мочи по уретре из наружного отверстия мочеиспускательного канала и по его вентральной поверхности в средней трети полового члена (свищ уретры), возникла боль



Рис. 2. Некроз кожи полового члена
Fig. 2. Necrosis of the skin of the penis



Рис. 3. Уретральный свищ в средней трети полового члена
Fig. 3. Urethral fistula in the middle one-third of the penis

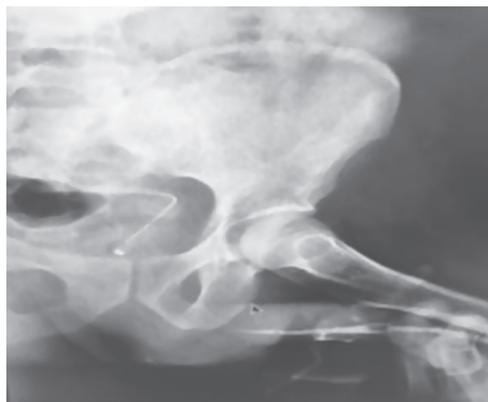


Рис. 4. Ретроградная уретрография после повторной операции
Fig. 4. Retrograde urethrography after repeated surgery

над лоном. Выполнить смену цистостомы не удалось, поэтому прибегли к открытой цистостомии. Обнаружен уретральный свищ в средней трети полового члена (рис. 3). От операции по поводу свища уретры пациент отказался. К моменту выписки проходимость мочеиспускательного канала была восстановлена (рис. 4). При пережатии цистостомы мочится самостоятельно, по данным урофлоуметрии максимальная скорость потока мочи составляет 19 мл/с.

Лечение тупой травмы (перелома) полового члена является весьма сложным и занимает продолжительное время. Описаны единичные случаи некроза кожи полового члена после хирургического лечения. В таких случаях рекомендуют выполнять заместительную кожную пластику по методу Сапозкова – Райха. Имеются работы с забором донорской кожи с подмышечной области и наружной поверхности бедра. В послеоперационном периоде, согласно мнению и наблюдениям комбустиологов, восстановительный процесс происходит лучше при заборе донорской кожи с наружной поверхности бедра.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аль-Шукри С.Х., Боровец С.Ю., Голощачов 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 SY, Goloshchapov ET, et al. Clinical recommendation for first medical emergency treatment in case of male urogenital organs trauma, foreign body in urethra and bladder, phimosis and paraphimosis. *Urologicheskie vedomosti*. 2013;3(4):22-28. (In Russ.)]
2. Zargooshi J. Penile fracture in Kermanshah, Iran: report of 172 cases. *J Urol*. 2000;164(2):364-366. doi: 10.1016/S0022-5347(05)67361-2.
3. Eke N. Fracture of the penis. *Br J Surg*. 2002;89(1):555-565. doi: 10.1046/j.1365-2168.2002.02075.x.
4. Бельи Л.Е. Перелом полового члена. Современные аспекты диагностики и лечения // Андрология и генитальная хирургия. – 2010. – Т. 11. – № 2. – С. 23–28 [Belyi LE. Penile fracture, modern aspects of diagnosis and treatment. *Andrologija i genital'naja hirurgija*. 2010;11(2):23-28. (In Russ.)]
5. Ibrahim EHI, El-Tholoth HS, Mohsen T, et al. Penile Fracture: Long-term Outcome of Immediate Surgical Intervention. *Urology*. 2010;75(1):108-111. doi: 10.1016/j.urology.2009.08.057.
6. Amer T, Wilson R, Chlosta P, et al. Penile fracture: A meta-analysis. *Urol Int*. 2016;96(3):315-329. doi: 10.1159/000444884.
7. Moslemi MK. Evaluation of epidemiology, concomitant urethral disruption and seasonal variation of penile fracture: A report of 86 cases. *Can Urol Assoc J*. 2013;7(9-10): E572-575. doi: 10.5489/cuaj.179.
8. Barros R, Schul A, Ornellas P, et al. Impact of Surgical Treatment of Penile Fracture on Sexual Function. *Urology*. 2018. doi: 10.1016/j.urology.2018.11.047.
9. Johnsen NV, Kaufman MR, Dmochowski RR, Milam DF. Erectile Dysfunction Following Pelvic Fracture Urethral Injury. *Sex Med Rev*. 2018;6(1):114-123. doi: 10.1016/j.sxmr.2017.06.004.

Сведения об авторах:

Станислав Михайлович Басок — врач-уролог. ГБУЗ «Городская больница № 4 г. Сочи» Минздрава Краснодарского края, Сочи. E-mail: stas_basok@mail.ru.

Information about the authors:

Stanislav M. Basok — Urologist. Sochi City Hospital No. 4, Ministry of Healthcare of Krasnodar Region, Sochi, Russia. E-mail: stas_basok@mail.ru.

Сведения об авторах:

Павел Сергеевич Кызласов — д-р мед. наук, доцент кафедры урологии и андрологии. ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна» ФМБА России, Москва. E-mail: dr.kyzlasov@mail.ru.

Александр Павлович Кобзарев — канд. мед. наук, зав. отделением урологии. ГБУЗ «Городская больница № 4 г. Сочи» Минздрава Краснодарского края, Сочи.

Сергей Карпович Саградов — врач-уролог. ГБУЗ «Городская больница № 4 г. Сочи» Минздрава Краснодарского края, Сочи.

Константин Давидович Савенко — врач-уролог. ГБУЗ «Городская больница № 4 г. Сочи» Минздрава Краснодарского края, Сочи.

Елена Юрьевна Долбилкина — врач-хирург. ГБУЗ «Городская больница № 4 г. Сочи» Минздрава Краснодарского края, Сочи.

Information about the authors:

Pavel S. Kyzlasov — Doctor of Medical Science, Associate Professor, Department Urology and Andrology. State Research Center Burnasyan Federal Medical Biophysical Center of Federal Medical Biological Agency of Russia, Moscow, Russia. E-mail: dr.kyzlasov@mail.ru.

Alexandr P. Kobzarev — Candidate of Medical Science, Head of Urological Unit. Sochi City Hospital No. 4, Ministry of Healthcare of Krasnodar Region, Sochi, Russia.

Sergey K. Sagradov — Urologist. Sochi City Hospital No. 4, Ministry of Healthcare of Krasnodar Region, Sochi, Russia.

Konstantin D. Savenko — Urologist. Sochi City Hospital No. 4, Ministry of Healthcare of Krasnodar Region, Sochi, Russia.

Elena Yu. Dolbilkina — Surgeon. Sochi City Hospital No. 4, Ministry of Healthcare of Krasnodar Region, Sochi, Russia.