

УДК 616.66–001.6

<https://doi.org/10.21886/2308-6424-2021-9-4-127-132>



Вывих полового члена: редкий случай травмы наружных половых органов

© Виктор А. Дударев¹, Владимир Ю. Старцев², Алексей Н. Хаустов³, Александр А. Кошмелев⁴

¹ ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России
672000, Россия, г. Чита, ул. Горького, д. 39 а

² ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России
194100, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

³ ГУЗ «Борзинская центральная районная больница»
674600, Россия, Забайкальский край, г. Борзя, ул. Ленина, д. 10

⁴ АО «Ильинская больница»
143421, Россия, Московская область, г.о. Красногорск, д. Глухово, ул. Рублёвское предместье, д. 2, корп. 2

Аннотация

Травматический вывих полового члена относится к одному из наиболее редко встречающихся видов травм органов половой системы. Данный тип повреждения характеризуется нарушением целостности кожных покровов и пенильного связочного аппарата, сопровождаемая дислокацией полового члена в мошонку, под кожу бедра или в область лонного сочленения. Низкая частота встречаемости подобного рода травм и малое количество описанных наблюдений в литературных источниках влекут за собой отсутствие общепринятой тактики лечения данной категории пациентов. В статье описан клинический случай успешного лечения травматического вывиха полового члена с пенильной транспозицией в область лонного сочленения, поздним обращением больного за медицинской помощью и формированием подкожного мочевого затёка.

Ключевые слова: травма полового члена; травматический вывих полового члена; травма половых органов

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки. **Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов. **Информированное согласие.** Пациент подписал информированное согласие на публикацию своих данных.

Вклад авторов: В.А. Дударев, В.Ю. Старцев, А.А. Кошмелев — обзор публикаций; написание статьи; А.Н. Хаустов — сбор клинической информации, лечение пациента.

✉ **Автор, ответственный за переписку:** Виктор Андреевич Дударев; e-mail: zaburolog@gmail.com

Поступила в редакцию: 22.10.2021. **Принята к публикации:** 14.12.2021. **Опубликована:** 26.12.2021.

Для цитирования: Дударев В. А., Старцев В. Ю., Хаустов А. Н., Кошмелев А. А. Вывих полового члена: редкий случай травмы наружных половых органов. *Вестник урологии*. 2021;9(4):127–132. DOI: 10.21886/2308-6424-2021-9-4-127-132.

Dislocation of the penis: a rare case of genital trauma

© Victor A. Dudarev¹, Vladimir Yu. Startsev², Alexey N. Khaustov³, Alexander A. Koshmelev⁴

¹ Chita State Medical Academy
672000, Russian Federation, Chita, 39a Gorky St.

² St. Petersburg State Pediatric Medical University
194100, Russian Federation, St. Petersburg, 2 Litovskaya St.

³ Borzin Central District Hospital
674600, Russian Federation, Transbaikal region, Borzya, 10 Lenin St.

⁴ JSC «Ilyinsky Hospital»
143421, Russian Federation, Moscow region, Krasnogorsk, Glukhovo vil., 2 Rublevskoe predmestye St., bld. 2

Abstract

Traumatic dislocation of the penis is one of the rarest types of genital trauma. This type of injury is accompanied by a violation of the integrity of the skin and the penile ligamentous apparatus, with the dislocation of the penis into the scrotum under the skin of the thigh, or the area of the pubic joint. The low occurrence frequency of such injuries and the small number of observations described in the literature entails the absence of generally accepted treatment tactics for this category of patients. The article describes a clinical case of successfully treated traumatic dislocation of the penis with penile transposition into

the pubic joint area and the formation of subcutaneous urinary leakage after late treatment of the patient for medical care.

Keywords: penile trauma; dislocation of the penis; genital trauma

Financing. The study was not sponsored. **Conflict of interests.** The authors declare no conflicts of interest. **Informed consent.** The patient signed informed consent for the publication of his data.

Authors' contributions: Victor A. Dudarev, Vladimir Yu. Startsev, Alexander A. Koshmelev — literature review; drafting the manuscript; Alexey N. Khaustov — data acquisition, patient treatment.

✉ **Corresponding author:** Viktor A. Dudarev; e-mail: zaburolog@gmail.com

Received: 10/22/2021. **Accepted:** 12/14/2021. **Published:** 12/26/2021.

For citation: Dudarev V.A., Startsev V.Yu., Khaustov A.N., Koshmelev A.A. Dislocation of the penis: a rare case of genital trauma. *Vestn. Urol.* 2021;9(4):127–132. (In Russ.). DOI: 10.21886/2308–6424–2021–9–4–127–132.

Введение

На долю травм наружных половых органов у мужчин приходится 30–50% от общего количества повреждений органов мочеполовой системы. В половине случаев имеет место травматическое поражение полового члена [1]. Согласно описанию этиологии, в 80% случаев травматизация происходит при воздействии травмирующего агента (ДТП, удар в промежность и др.) на область полового члена или мошонки. Наиболее часто встречаются ушиб, перелом (разрыв белочной оболочки кавернозных тел), укус, травматический отрыв, а также огнестрельные, колото-резанные ранения и термические повреждения полового члена. Травматический вывих с дислокацией полового члена в мошонку, под кожу бедра, либо в область лонного сочленения является одним из самых редких видов травм. В изученной литературе нами встречено лишь несколько описаний подобных типов повреждений. [2, 3, 4, 5, 6, 7]. Данный тип травмы, как правило, происходит при тупом воздействии на половой член. Ключевым механизмом является раз-

рыв связок, фиксирующих половой член к лонным костям. Редкость подобного вида повреждения влечёт за собой определенные сложности диагностики и лечения данной патологии. В статье приводится описание наблюдения больного с травматическим вывихом полового члена.

Описание клинического случая

Больной А., 60 лет. Жалобы на боли в надлобковой области ноющего характера, повышение температуры тела до 37,7 °С, мочеиспускание слабой струей, периодически отделение мочи по каплям.

Больной, житель отдалённого района Забайкальского края, получил тупую травму («удар бревном в область паха») около семи дней назад. После травмы отмечает появление ноющей боли в низу живота, ослабление мочеиспускания, периодическое отделение мочи по каплям, а также явление макрогематурии в течение суток. За медицинской помощью не обращался. В день госпитализации отмечает усиление болевого синдрома, повышение температуры тела до 37,9 °С.

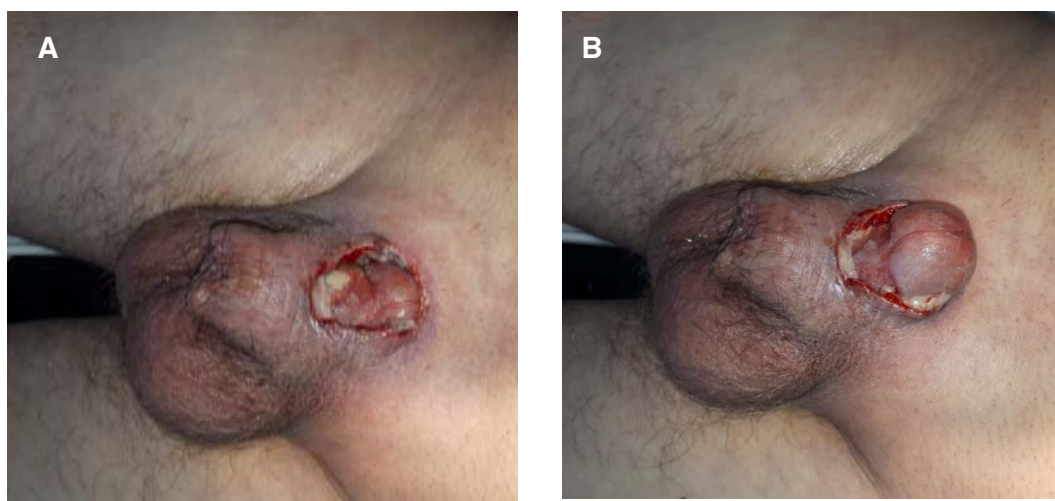


Рисунок 1. Вид раны после иссечения изменённых кожных покровов, на дне раны определяется головка полового члена (А). При ревизии подлежащей полости головка и тело полового члена выстоят из раны (В)
Figure 1. The wound view after excision of the changed skin. The head of the penis is defined at the bottom of the wound (A). The glans and corpus of the penis protrudes from the wound during the revising the cavity (B)

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ



Рисунок 2. Вид кожи полового члена до вправления вывиха
Figure 2. Skin view before reduction the dislocation of the penis



Рисунок 3. Тело и головка полового члена перемещены в нормальное положение
Figure 3. The glans and corpus of the penis are moved to the normal position

При осмотре в области корня полового члена (лонного сочленения) определяется выбухание и потемнение кожных покровов с признаками некроза на участке до 4 см. Половой член уменьшен в размерах, болезненный, головка и кавернозные тела не определяются.

При пальпации лобковой области отмечается инфильтрат до 6 см в диаметре (в месте потемнения кожных покровов). Во время осмотра произошло вскрытие инфильтрата с отделением небольшого количества мутной жидкости с неприятным запахом.

При проведении компьютерной томографии органов малого таза переломов костей не определяется. Имеется инфильтрация мягких тканей в области полового члена.

По результатам ультразвукографии кавернозное тело визуализируется ближе к корню полового члена с наличием отёка и инфильтрации окружающих тканей, в надлобковой области жидкостное образование объёмом до 100 мл.

Интраоперационно: некротически изменённые участки кожных покровов лобковой области удалены в пределах здоровых тканей. При вскрытии подлежащей полости и иссечении изменённых кожных покровов выделилось до 150 мл мутной мочи с неприятным запахом. Тело полового члена в типичном месте не пальпируется, головка определяется в полости вскрытого мочевого затёка (рис. 1–3). После санации выполнено вправление полового члена. Беспрепятственно установлен катетер Фолея 16 Ch. От выполнения иссечения крайней плоти, восстановления целостности препуциального мешка решено было воздержаться. Больному назначена антибактериальная терапия (р-р Цефтриаксон 1,0 в/в, 1 раз в сутки), анальгетики.

Рана зажила вторичным натяжением (рис. 4). Уретральный катетер удалён на седьмые сутки с восстановлением мочеиспускания. Больной выписан на восьмые сутки после оперативного лечения. На амбулаторном этапе ежедневно проводили замену мажевых повязок до полного заживления раны.

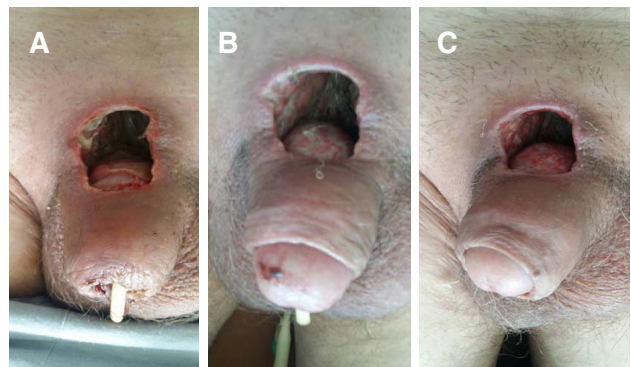


Рисунок 4. Общий вид полового члена и локальные изменения раны: А — первые сутки после оперативного лечения; В — третьи сутки после оперативного лечения; С — седьмые сутки после оперативного лечения и удаления катетера

Figure 4. General view of the penis and local changes in the wound: A — day 1 after surgery; B — day 3 after surgery; C — day 7 after surgery and removal of the catheter

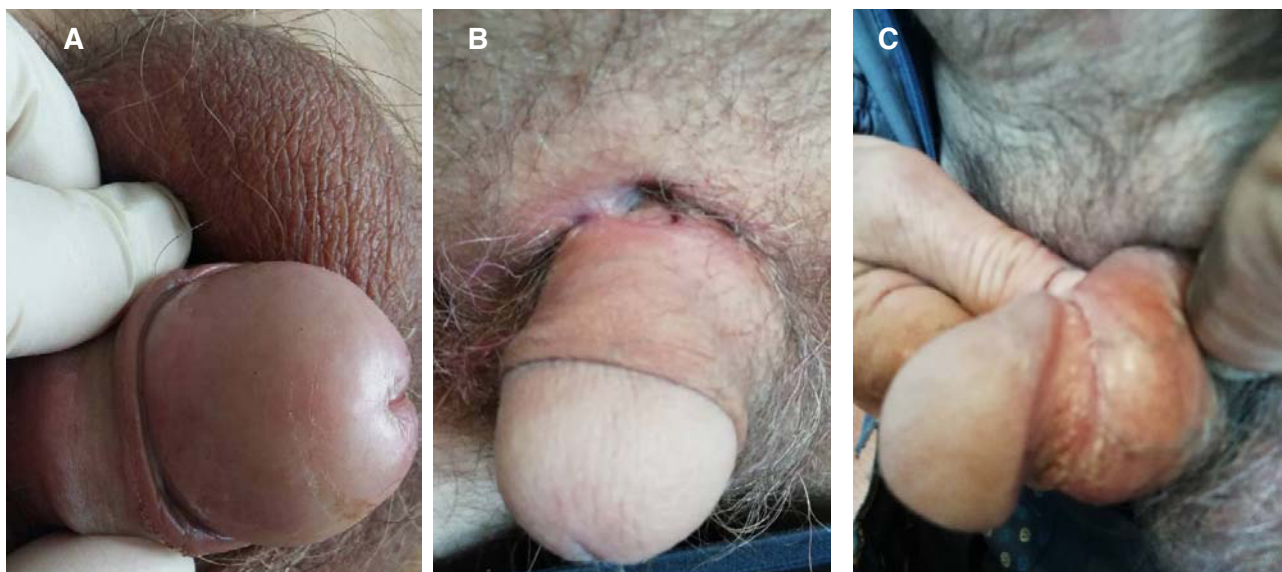


Рисунок 5. Общий вид полового члена через два месяца после оперативного лечения (А). В области «корня» полового члена имеет место рубцовое втяжение кожных покровов (В). Циркулярно по венечной борозде определяются рубцово измененные ткани — место закрывшегося дефекта препуциального мешка (С)
Figure 5. General view of the penis 2 months after surgery (A). Cicatricial skin retraction is determined around the penile root (B). Scar tissue at the site of the closed preputial sac defect is determined circularly along the coronary sulcus (C)

Через два месяца после оперативного лечения, в области корня полового члена определяются рубцовые ткани с полным закрытием вторично зажившей раны. Крайняя плоть не изменена, головка полового члена выводится свободно (рис. 5). Циркулярно, чуть ниже венечной борозды, определяются рубцовые ткани, не приводящие к деформации. Мочеиспускание не страдает (Q_{max} — 17 ml/s, IPSS — 8 баллов). Субъективно пациент отмечает незначительное укорочение полового члена в размерах. Деформации при эрекции и дискомфорта при половом акте не испытывает. По данным опросника МИЭФ-5 сумма баллов составляет 22. В более поздние периоды наблюдения отрицательной динамики в отношении эректильной функции, мочеиспускания, деформации полового члена не отмечается.

Обсуждение

В различных литературных источниках тактика лечения таких пациентов, как правило, определяется исходя из варианта дислокации полового члена и периода времени, прошедшего с момента травмы. В рассматриваемом случае в ходе травматического воздействия произошёл отрыв препуциальных тканей от головки вдоль венечной борозды полового члена с разрывом связок, фиксирующих орган и его дислокацией под

кожу лобковой области. Согласно данным имеющихся публикаций, в большинстве случаев проводится оперативное лечение в объёме первичной хирургической обработки, ревизии раны, вправлении «вывиха» полового члена, иссечении крайней плоти, в отдельных случаях — установка эпицистостомического дренажа.

Пациент, житель отдалённого района региона, обратился и далее проходил лечение в условиях центральной районной больницы, где при отсутствии необходимой специализированной медицинской помощи, весь объём лечебных мероприятий был оказан врачом-хирургом. Тяжесть и редкость данного вида травмы, бесспорно, диктуют необходимость госпитализации пациента в урологический стационар с оказанием полного объёма профильной помощи, включающего прежде всего диагностические мероприятия с принятием решения о той или иной тактике ведения. В данной ситуации не было выполнено уретрографическое исследование, которое является ключевым для оценки возможного повреждения уретры. Наличие у пациента таких осложняющих факторов, как позднее обращение в стационар, наличие «уриномы», неясный статус повреждения мочеиспускательного канала, диктуют необходимость выполнения эпицистостомии для отведения мочи и профилактики осложнений

в дальнейшем. Оперативное вмешательство в объёме сугубо вправления тела полового члена и катетеризации мочевого пузыря без выполнения циркумцизии недостаточно, учитывая длительный период времени с момента травмы. При наблюдении за пациентом в отдалённом периоде отмечается восстановление целостности препуциального мешка без формирования клинически значимых рубцовых изменений с сохранением эректильной функции и отсутствием признаков инфравезикальной обструкции, чему, по нашему мнению, способствовало отсутствие повреж-

дения уретры, спонгиозного и кавернозных тел полового члена.

Заключение

В создавшихся условиях кадрового дефицита врачей-урологов в регионах РФ в объём первичной квалифицированной хирургической медицинской помощи при позднем обращении пациента с травмой наружных половых органов следует включать выполнение эпицистостомии с переводом пациента в специализированное лечебное учреждение с наличием квалифицированного уролога.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Урология: национальное клиническое руководство. Под ред. Лопаткина Н.А. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009. ISBN 978-5-9704-0983-1.
- 2 Taguchi M, Inoue T, Nishida T, Kawakita S, Muguruma K, Murota T, Kinoshita H, Matsuda T. [A Case of Traumatic Dislocation of the Penis]. *Hinyokika Kyo*. 2016;62(8):435-8. (In Japanese). DOI: 10.14989/ActaUrolJap_62_8_435.
- 3 Sarin YK. Penile Dislocation with Inversion. *J Indian Assoc Pediatr Surg*. 2018;23(4):239. DOI: 10.4103/jiaps.JIAPS_66_18.
- 4 Sahadev R, Jadhav V, Munianjanappa NB, Shankar G. Penile Dislocation with Inversion: A Rare Complication of Blunt Pelvic Injury. *J Indian Assoc Pediatr Surg*. 2018;23(2):90-92. DOI: 10.4103/jiaps.JIAPS_71_17.
- 5 Shiraki IW, Trichel BE. Traumatic dislocation of the penis. *J Urol*. 1969;101(2):186-8. DOI: 10.1016/s0022-5347(17)62306-1.
- 6 Curr J.F. Dislocation of the penis. *Br J Urol*. 1946;18:66. DOI: 10.1111/j.1464-410x.1946.tb10593.x.
- 7 Lim MC, Srinivasan S, Teh HS, Teh CP. Dislocation of the penis: a rare complication after traumatic pelvic injury. *Singapore Med J*. 2015;56(1): e4-6. DOI: 10.11622/smedj.2015017.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Виктор Андреевич Дударев — ассистент курса урологии кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России
г. Чита, Россия
<https://orcid.org/0000-0003-3174-6596>
e-mail: zaburolog@gmail.com

Владимир Юрьевич Старцев — доктор медицинских наук, профессор; профессор кафедры онкологии, детской онкологии и лучевой терапии ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России
г. Санкт-Петербург, Россия
<https://orcid.org/0000-0003-1243-743X>
e-mail: doc.urolog@gmail.com

Алексей Николаевич Хаустов — врач-хирург ГУЗ «Борзинская центральная районная больница»
г. Борзя, Россия
<https://orcid.org/0000-0003-2461-1810>
e-mail: zaburolog@gmail.com

REFERENCES

- 1 Lopatkin N.A., ed. *Urology: National Clinical Guidelines*. Moscow: Geotar-Media; 2009. (In Russ.). ISBN 978-5-9704-0983-1.
- 2 Taguchi M, Inoue T, Nishida T, Kawakita S, Muguruma K, Murota T, Kinoshita H, Matsuda T. [A Case of Traumatic Dislocation of the Penis]. *Hinyokika Kyo*. 2016;62(8):435-8. (In Japanese). DOI: 10.14989/ActaUrolJap_62_8_435.
- 3 Sarin YK. Penile Dislocation with Inversion. *J Indian Assoc Pediatr Surg*. 2018;23(4):239. DOI: 10.4103/jiaps.JIAPS_66_18.
- 4 Sahadev R, Jadhav V, Munianjanappa NB, Shankar G. Penile Dislocation with Inversion: A Rare Complication of Blunt Pelvic Injury. *J Indian Assoc Pediatr Surg*. 2018;23(2):90-92. DOI: 10.4103/jiaps.JIAPS_71_17.
- 5 Shiraki IW, Trichel BE. Traumatic dislocation of the penis. *J Urol*. 1969;101(2):186-8. DOI: 10.1016/s0022-5347(17)62306-1.
- 6 Curr J.F. Dislocation of the penis. *Br J Urol*. 1946;18:66. DOI: 10.1111/j.1464-410x.1946.tb10593.x.
- 7 Lim MC, Srinivasan S, Teh HS, Teh CP. Dislocation of the penis: a rare complication after traumatic pelvic injury. *Singapore Med J*. 2015;56(1): e4-6. DOI: 10.11622/smedj.2015017.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Viktor A. Dudarev — M.D.; Assist., Urology Course, Dept. of Faculty Surgery, Chita State Medical Academy
Chita, Russian Federation
<https://orcid.org/0000-0003-3174-6596>
e-mail: zaburolog@gmail.com

Vladimir Yu. Startsev — M.D., Dr.Sc. (Med), Full Prof.; Prof., Dept. of Oncology, Pediatric Oncology and Radiation Therapy, St. Petersburg State Pediatric Medical University
St. Petersburg, Russian Federation
<https://orcid.org/0000-0003-1243-743X>
e-mail: doc.urolog@gmail.com

Alexey N. Khaustov — M.D.; Surgeon, Borzin Central District Hospital
Borzya, Russian Federation
<https://orcid.org/0000-0003-2461-1810>
e-mail: zaburolog@gmail.com

Александр Александрович Кошмелев — кандидат медицинских наук; врач-уролог АО «Ильинская больница»
г. Москва, Россия
<https://orcid.org/0000-0002-7736-6030>
e-mail: koshmelev44@mail.ru

Alexander A. Koshmelev — M. D., Cand. Sc. (Med); Urologist, JSC «Ilyinsky Hospital»
Moscow, Russian Federation
<https://orcid.org/0000-0002-7736-6030>
e-mail: koshmelev44@mail.ru