



НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В АНДРОЛОГИИ. ПРИАПИЗМ. ПЕРЕЛОМ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА.

Алексей Борисович Жиборев
РязГМУ, каф. урологии с курсом
хирургических болезней

Приапизм

Приап – в древнегреческой мифологии бог плодородия. Характерная черта – постоянно эрегированный половой член.



ПРИАПИЗМ

- это патологическая длительная, болезненная эрекция, не сопровождающаяся сексуальным влечением и удовлетворением (N38.4)

эрекция может продолжаться от нескольких часов до нескольких суток, не заканчиваясь эякуляцией или оргазмом.

Распространённость приапизма среди урологических больных по разным источникам достигает 0,11 – 0,5%.

Приапизм является экстренным хирургическим состоянием.

ПРИЧИНЫ ПРИАПИЗМА

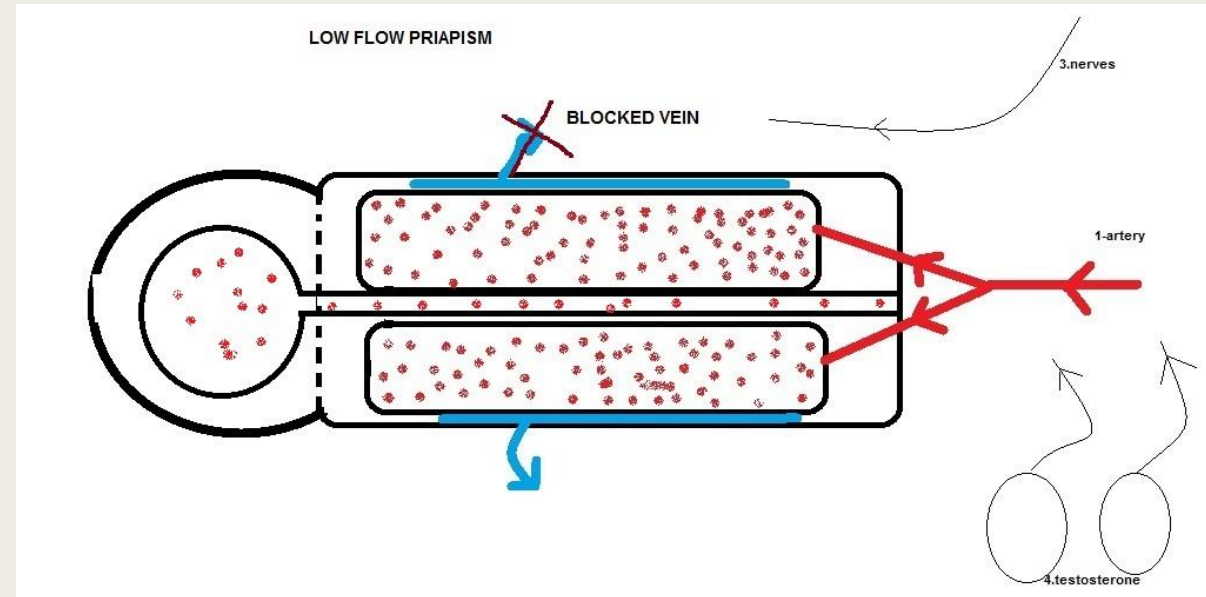
1. Психические нарушения (шизофрения, эпилепсия, невротические состояния)
2. Нейрогенные факторы (травмы и опухоли спинного или головного мозга, рассеянный склероз, менингит, энцефалит и т.д.)
3. Соматические – онкологические заболевания, болезни крови (серповидно-клеточная анемия), инфекционные и аллергические заболевания.
4. Интоксикации (алкогольные, наркотические и химические).
5. Медикаментозные (антидепрессанты, психостимуляторы, интракавернозное введение вазоактивных препаратов)
6. Идиопатический

КЛАССИФИКАЦИЯ

Ишемический (веноокклюзионный, low-flow)

Развивается в 95 % всех случаев приапизма.

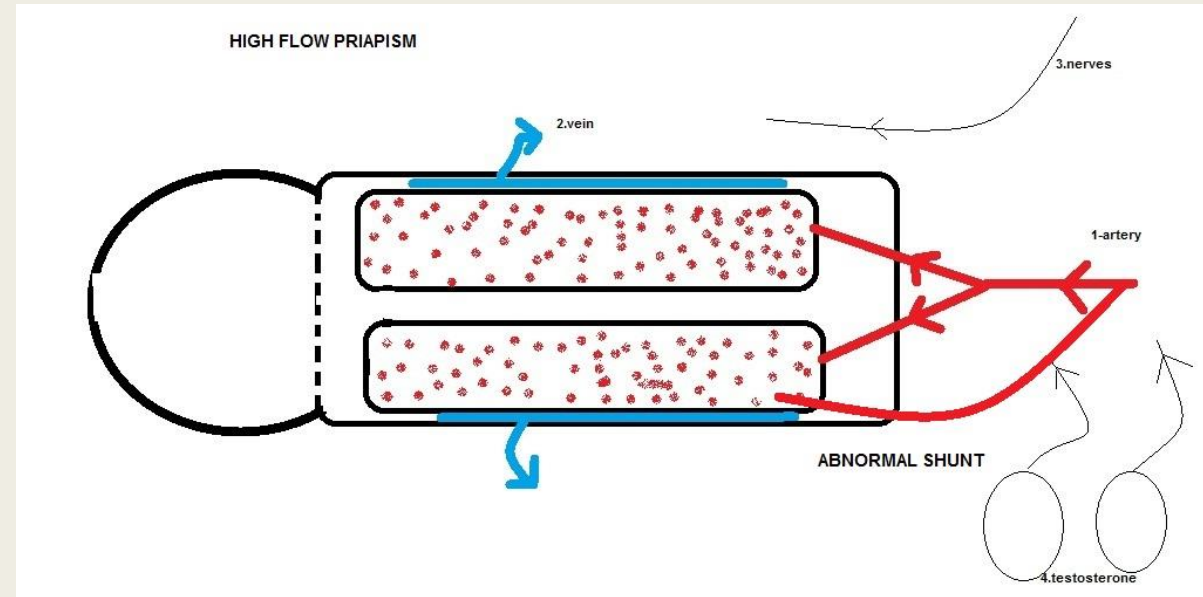
Скорость кровотока резко снижается и может полностью прекратиться. В результате наступает ишемия. Далее развиваются фиброз кавернозных тел и органическая эректильная дисфункция.



КЛАССИФИКАЦИЯ

Неишемический (артериальный, high-flow)

возникает чаще всего при тупой или открытой травме полового члена с повреждением кавернозной артерии и образованием артерио-лакунарной фистулы. При этой разновидности приапизма нарушения трофики тканей незначительны, болей нет.



КЛАССИФИКАЦИЯ

Рецидивирующий (перемежающийся, или возвратный)

Является вариантом ишемического.

Характеризуется волнообразным течением: длительные периоды болезненной эрекции сменяются ее спадом. Возвратный приапизм чаще встречается при заболеваниях центральной нервной системы, психических расстройствах и болезнях крови.

Наиболее актуальным в плане распространённости и необходимости принятия экстренных мер является ишемический приапизм.

МЕХАНИЗМ ЭРЕКЦИИ

Питание полового члена осуществляется по дорсальным и кавернозным артериям. Отток крови происходит по огибающим венам, которые проникают через белочную оболочку и входят в систему дорсальных вен.



МЕХАНИЗМ ЭРЕКЦИИ

При возникновении сексуального стимула происходит переход закиси азота из эндотелия в миоциты кавернозных тел. В результате этого в мышечных структурах кавернозной ткани увеличивается концентрация цГМФ, снижается концентрация кальция и, как следствие происходит - миорелаксация.

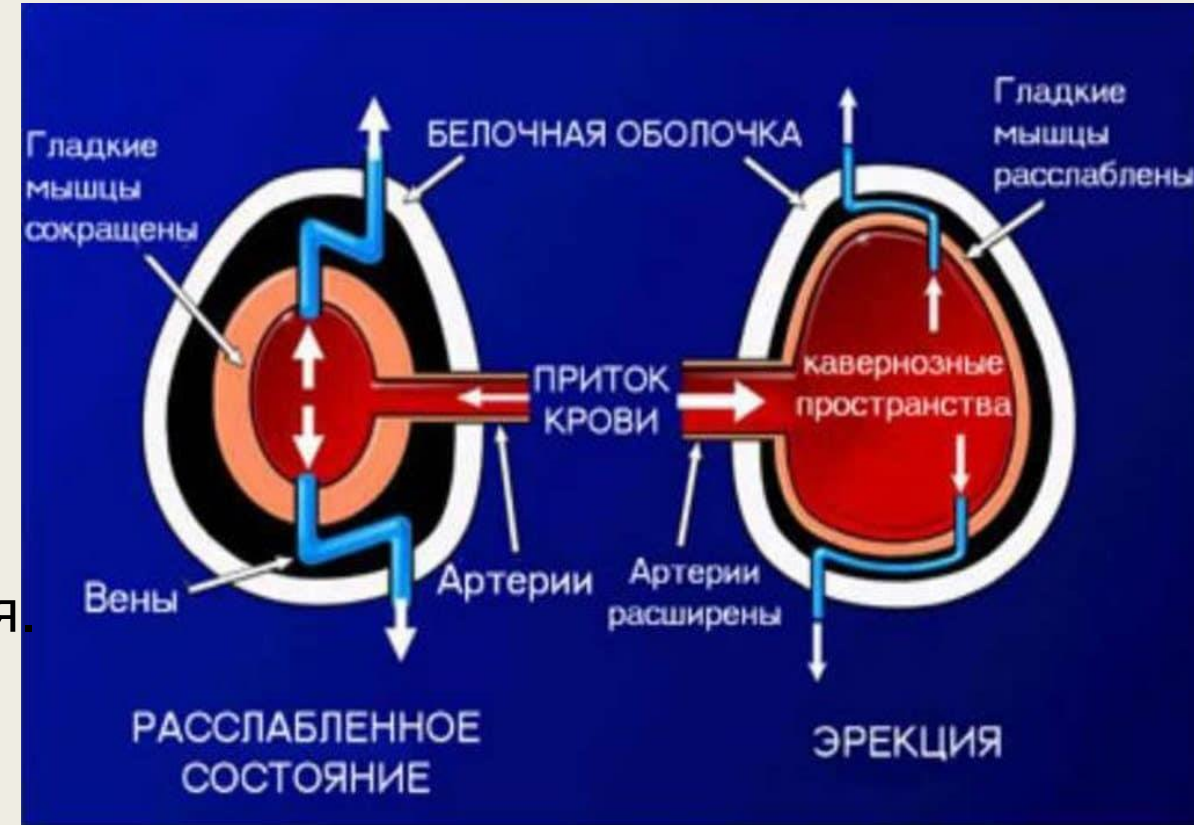


МЕХАНИЗМ ЭРЕКЦИИ

Основной элемент эрекции – **веноокклюзионный механизм**. В его основе – увеличение объёма кавернозных тел вследствие их кровенаполнения и сдавление огибающих вен, проходящих через белочную оболочку.

В норме, после эякуляции, фермент ФДЭ5 разрушает цГМФ, тонус миоцитов усиливается, кавернозные тела сокращаются и происходит детумесценция.

Однако, при приапизме блокировка веноокклюзионного механизма не срабатывает и нормальная эрекция переходит в патологическое состояние.



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Длительная эрекция, более 4-6 часов, не уменьшающаяся после полового акта.
- Болевой синдром.
- Уплотнение полового члена.
- Локальная гипотермия, синюшность кожи полового члена.

ДИАГНОСТИКА

- Характерная клиническая картина
- Допплерографическое исследование сосудов полового члена
- Кавернозография (отсутствие венозного оттока)

ЛЕЧЕНИЕ

Консервативная терапия

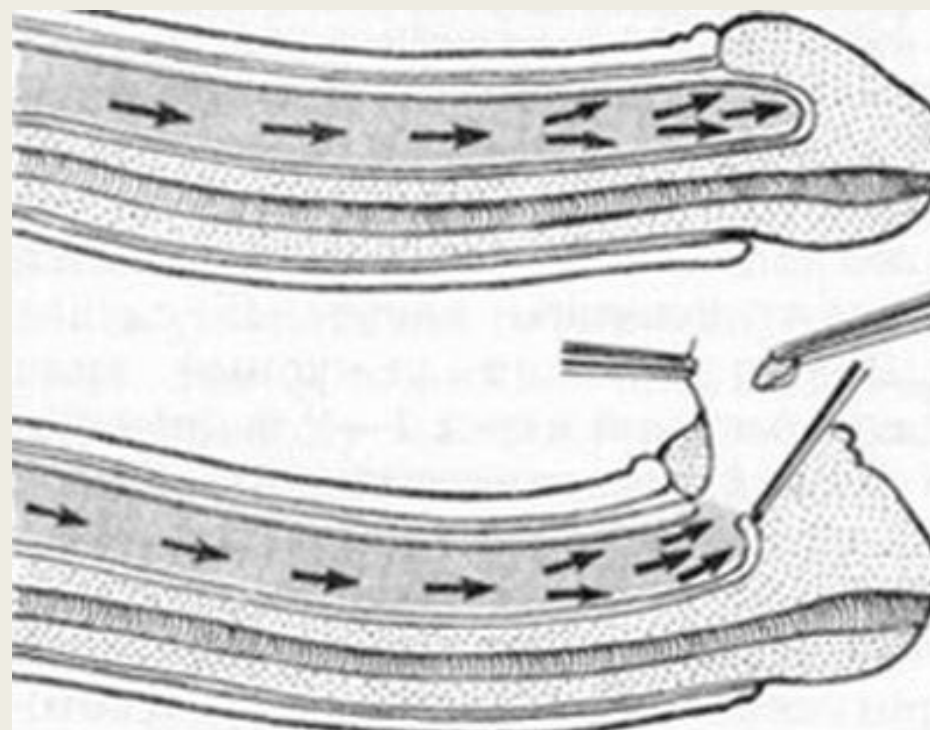
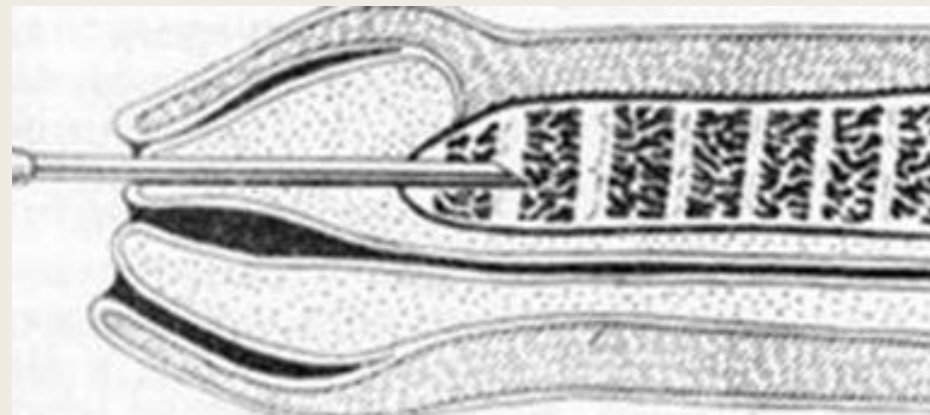
- Седативные, обезболивающие средства
- Антикоагулянты, сосудистые препараты (пентоксифиллин, никотиновая кислота)
- Пункция кавернозных тел, аспирация крови, перфузия кавернозных тел
- Интракавернозное введение гепаринизированных растворов, адреналина (1:100)



ЛЕЧЕНИЕ

Оперативное лечение (цель: восстановить отток из наполненных кавернозных тел, чаще всего в спонгиозные тела)

- Спонгиокавернозное шунтирование (методика Winter)
- Спонгиокавернозный анастомоз
- Сафенокавернозный анастомоз



ПРОГНОЗ

Прогноз лечения зависит от сроков оказания первой помощи. Через 6 часов в каверноцитах начинаются необратимые изменения, следствиями которых может явиться кавернозовиброз. Этим же грозит и присоединение инфекции и развитие кавернита. Лечение кавернозофиброза является фаллопротезирование.

ПЕРЕЛОМ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

– травматический разрыв белочной оболочки полового члена (S31.2).

Причина повреждения – резкое увеличение осевой нагрузки на половой член в состоянии эрекции. Как правило возникает при интенсивном половом акте при выходе пениса из влагалища и, при попытке следующей фрикции, встречи препятствия (кости таза).

Термин перелом полового члена дан за характерный хруст рвущейся белочной оболочки, который слышит пациент в момент травмы.

Перелом может быть односторонний и двустороний. С травмой уретры или изолированный.

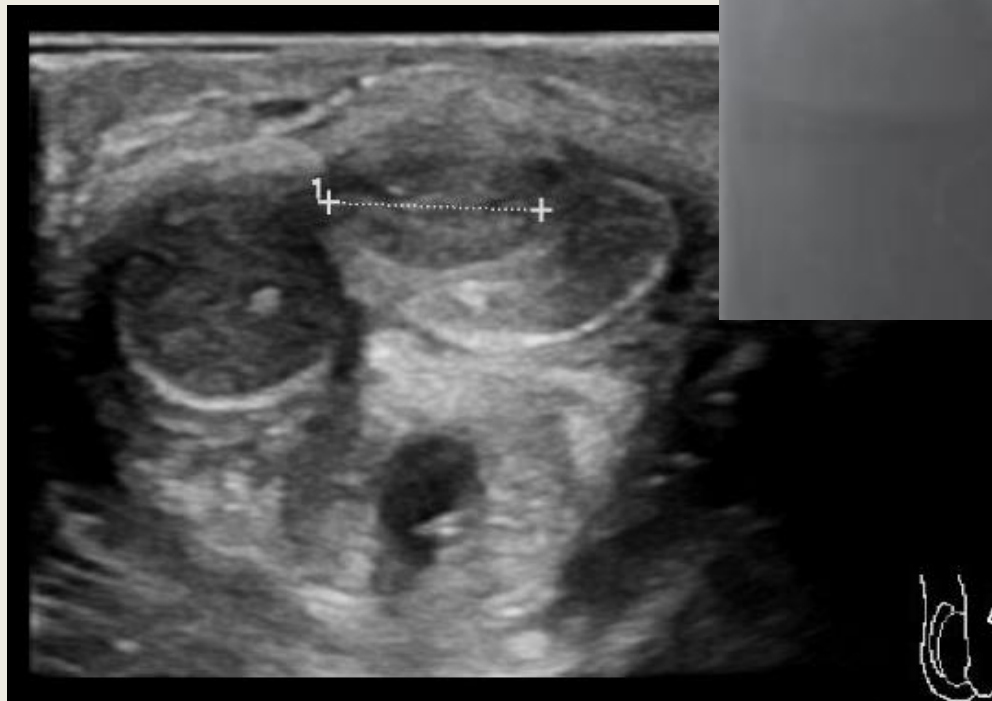
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Болевой синдром непосредственно в момент травмы
- Характерный хруст.
- Немедленная детумесценция
- Подкожная гематома полового члена (мошонки, лобковой области)
- Деформация полового члена
- Уретрорагия (при вовлечении уретры)



ДИАГНОСТИКА

- Клиническая картина, характер деформации полового члена
- Пальпация полового члена
- УЗИ полового члена
- Кавернозография



ЛЕЧЕНИЕ

Поперечный или продольный разрез кожи в проекции предполагаемого разрыва.

Ревизия белочной оболочки, герметичное ушивание разрыва.

В послеоперационном периоде давящая повязка, половой покой до 1 месяца.

