

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
CLINICAL CASEУДК: 611.644
DOI: 10.37489/2949-1924-0060
EDN: EQVDGS

Травматическая ампутация полового члена: клинический случай

Шорманов И. С.¹, Щедров Д. Н.^{1,2}, Гарова Д. Ю.³

1 – ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет», Ярославль, Российская Федерация

2 – ГБУЗ ЯО «Областная детская клиническая больница», Ярославль, Российская Федерация

3 – ГБУЗ ЯО «Центральная городская больница», Ярославль, Российская Федерация

Аннотация

Представлен случай травматической ампутации головки пениса проксимальнее венечной борозды у ребёнка 5 лет при выполнении «ритуального обрезания» вне медицинского учреждения. В ранние сроки после травмы выполнена микрохирургическая реимплантация с хорошими ближайшими результатами.

Ключевые слова: травматическая ампутация полового члена; обрезание ритуальное; реимплантация; циркумцизия

Для цитирования: Шорманов И. С., Щедров Д. Н., Гарова Д. Ю. Травматическая ампутация полового члена: клинический случай. *Пациентоориентированная медицина и фармация*. 2024;2(3):63-66. <https://doi.org/10.37489/2949-1924-0060>. EDN: EQVDGS.

Поступила: 26.06.2024. **В доработанном виде:** 30.07.2024. **Принята к публикации:** 20.08.2024. **Опубликована:** 30.10.2024.

Traumatic amputation of the penis: clinical case

Igor S. Shormanov¹, Dmitriy N. Shchedrov^{1,2}, Daria Yu. Garova³

1 – Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russian Federation

2 – Regional Children's Clinical Hospital, Yaroslavl, Russian Federation

3 – Central City Hospital, Yaroslavl, Russian Federation

Abstract

This case report describes traumatic amputation of the head of the penis proximal to the coronal sulcus in a 5-year-old child during ritual circumcision outside a medical institution. Microsurgical reimplantation was performed early after the injury with good immediate results.

Keywords: traumatic amputation of the penis; ritual circumcision; reimplantation

For citation: Shormanov IS, Shchedrov DN, Garova DYU. Traumatic amputation of the penis: clinical case. *Patient-oriented medicine and pharmacy*. 2024;2(3):63-66. <https://doi.org/10.37489/2949-1924-0060>. EDN: EQVDGS.

Received: 26.06.2024. **Revision received:** 30.07.2024. **Accepted:** 20.08.2024. **Published:** 30.10.2024.

Введение / Introduction

Циркумцизия (лат. *circumcisio*) — наиболее часто выполняемая и наименее сложная операция в детской урологической практике, предпринимаемая как по медицинским показаниям, так и по религиозным соображениям. Частота осложнений при ней колеблется от 0,2 до 5,0%, при этом, большинство из них не имеют тяжких последствий и никаким образом не влияют на последующую жизнь. Однако, в ряде случаев, возникающие в процессе манипуляции, повреждения уретры и головки

приводят к тяжёлым нарушениям функции органа и грубым косметическим дефектам, снижающим социальную адаптацию [1]. По данным других авторов, частота осложнений может достигать 15%, учитывая данные, касающиеся пациентов, оперированных не только в медицинских клиниках, но и в «домашних» условиях [2].

Ампутация полового члена — крайне редкое повреждение в детской урологии, возникающее как насильственное умышленное повреждение

или, чаще, как осложнение *circumcisio*, выполняемого, преимущественно, «вне стен» медицинского учреждения, лицом, не имеющим соответствующего образования и навыков [3, 4]. Среди осложнений *circumcisio* ампутация головки составляет не более 8% [3]. *Sherman J* (1996 г.) указывает частоту повреждения головки 3,1–14,3% в зависимости от условий выполнения операции, однако полное её отчленение отмечал крайне редко [5, 6]. Ввиду малой частоты встречаемости осложнения, отсутствуют общепринятые алгоритмы и стандарты оказания медицинской помощи, а тактика уролога, объёмы хирургического вмешательства и этапность их выполнения не регламентированы и определяются личным опытом специалиста и предпочтениями клиники. Опыт медицинских организаций редко достигает десятка наблюдений, что делает каждое подобное клиническое наблюдение актуальным.

Клинический случай / Clinical case

Пациент М., 5 лет. Доставлен родителями через 1,5 часа после травмы. Из анамнеза: в домашних условиях служащим мечети выполнена *circumcisio* под местной анестезией гильотинным методом, вследствие чего была отсечена головка на уровне 3 мм проксимальнее венечной борозды. После травмы родственники пострадавшего в течение 30 минут самостоятельно обратились в участковую больницу по месту жительства, где была выполнена перевязка с наложением давящей повязки на культю полового члена, а отсечённый фрагмент упакован в охлаждённый контейнер с физиологическим раствором. После этого пациент экстренно был транспортирован в детский урологический стационар.

При поступлении — состояние ближе к тяжёлому. Срок на момент поступления в операционную — 130 минут с момента травмы. Сохраняется выраженное кровотечение под давящей повязкой. Пульс — 108 ударов в минуту, АД — 75/40 мм рт. ст. Ребёнок бледный. По органам данные без существенных изменений.

Взят в операционную в течении нескольких минут. Снятие повязок в условиях операционной. Визуализирована практически поперечная культя полового члена проксимальнее венечной борозды на 2–3 мм с кровотечением из кавернозных тел, а также поперечно пересечённая уретра. Выполнен туалет отсечённой головки полового члена и культи, затем — ушивание межкавернозной перегородки и белочной оболочки кавернозных тел, уретро-уретроанастомоз на катетере Foly Ch № 10, микрососудистый анастомоз дорсального пучка (8/0), ушивание глубокой фасции полового члена и кожная пластика (рис. 1 А). Продолжительность операции 4 часа 25 минут.

В послеоперационном периоде выраженная ишемия головки, капиллярный ответ сомнительный, головка холодная. Пациент получал антибактериальную терапию — цефотаксим 100 мг/кг/сутки; реополиглюкин в/в 200 мл 1 раз в день на протяжении 10 суток.

На 3-и сутки визуальное нарастание ишемии головки (рис. 1 Б). К 8-м суткам послеоперационного периода головка более светлая, капиллярный ответ слабо положительный 2 секунды (рис. 1 В).

Уретральный катетер удалён на 11-е сутки. Заживление раны первичное, швы состоятельны. На 13-е сутки выполнена урофлоуметрия — данных за стеноз уретры нет. Выписан домой на 14-е сутки. При опросе по телефону через 6 месяцев жалоб родители не предъявляли, мочеиспускание не нарушено. В последующем не наблюдались, — в связи с низкой социальной ответственностью и сменой региона проживания.

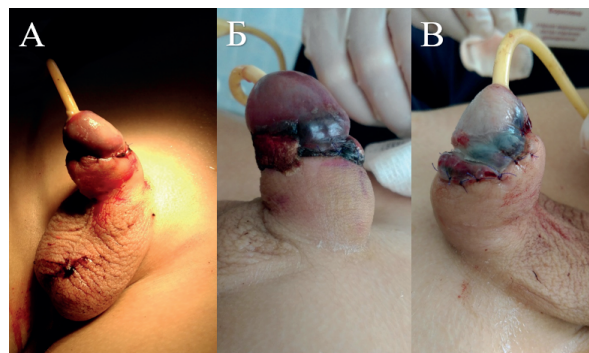


Рис. 1. Микрохирургическая реимплантация травматической ампутации головки пениса

А. Вид головки по завершении операции. Б. 3-и сутки после операции. Выраженная ишемия головки. В. 8-е сутки после операции. Краевые некрозы кожи в области анастомоза.

Fig. 1. Microsurgical reimplantation of traumatic amputation of the glans penis

А. View of the glans penis at the end of the operation. Б. 3 days after the operation. Severe ischemia of the glans penis. В. On the 8th postoperative day. Marginal necrosis of the skin in the anastomotic area.

Обсуждение / Discussion

Тактика уролога при ампутации члена остаётся предметом дискуссии. Наиболее часто обсуждаемое осложнение отмечается при ритуальном обрезании, выполняемом «гильотинным» методом [7]. На сегодняшний день нерешённым и остро стоящим вопросом является выбор хирургической тактики. Наиболее частым вариантом является формирование культи в региональных центрах с последующей реконструкцией головки в узко специализированных учреждениях отдельными специалистами, что обусловлено как редкостью патологии, так и высокой



степенью сложности вмешательства, при этом, большинство авторов не рекомендует выполнение вмешательства экстренно в регионах [8]. Однако, такая позиция, обеспечивая выполнение вмешательства специалистом с большим опытом реконструкций полового члена, исключает возможность выполнения первичной реимплантации, которая часто позволяет получить наиболее оптимальный результат.

Реимплантация головки полового члена во взрослой практике является операцией сложной, однако имеющей шансы на успешный исход, в детском же возрасте подобные сообщения единичны [9, 10]. *Pippi Salle JL* (2013 г.) описывает вполне успешный опыт реимплантации у двух пациентов [11]. Принято считать, что на успешность первичной реконструктивной операции влияет срок после травматического отчленения — эффективное вмешательство возможно при длительности не более 8 часов и соблюдение условий транспортировки ампутированного органа [12].

Необходимым условием реимплантации является наложение микрососудистого анастомоза на дорзальные сосуды полового члена, что позволяет сохранить поверхностную чувствительность

за счёт восстановления кровоснабжения в ампутированной части кавернозных тел, фасциальном слое и головке полового члена [13]. *Ozkan S* (1997 г.) успешно выполнил реимплантацию в сроки 8 часов после отчленения [10]. В противовес приведённым данным *Coskunfirat OK* (1999 г.) говорит о технической невозможности сосудистого анастомоза из-за малого калибра сосудов [14]. Результаты реимплантации остаются не всегда удовлетворительными, зачастую пациенты подвергаются в последующем этапным операциям по причине атрофии головки, связанной с нарушением её кровоснабжения [15].

Закключение / Conclusion

Травматическая ампутация головки полового члена — редкое и в большинстве случаев фатальное осложнение *circumcisio*, однако в случае сочетания благоприятных условий (малые сроки после отчленения, соблюдение условий транспортировки, возможность микрохирургической реимплантации с наложением анастомоза на сосуды дорсального сосудистого пучка) реимплантация может быть успешна.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Участие авторов

Все авторы внесли существенный вклад в подготовку работы, прочли и одобрили финальную версию статьи перед публикацией. Шорманов И. С. — концепция и дизайн исследования, редактирование; Щедров Д. Н. — концепция и дизайн исследования, ответственность за целостность всех частей статьи, написание текста, выполнение оперативного вмешательства; Гарова Д. Ю. — написание текста, редактирование, сбор и обработка материала.

Финансирование

Работа выполнялась без спонсорской поддержки.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Шорманов Игорь Сергеевич — д. м. н., профессор, зав. кафедрой урологии с нефрологией ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет», Ярославль, Российская Федерация

e-mail: i-s-shormanov@yandex.ru
<https://orcid.org/0000-0002-2062-0421>
РИНЦ SPIN-код: 7772-8420

ADDITIONAL INFORMATION

Conflict of interests

The authors declare no conflict of interest.

Authors' participation

All the authors made a significant contribution to the preparation of the work, read and approved the final version of the article before publication. Shormanov IS — concept and design of the study, editing; Shchedrov DN — the concept and design of the study, responsibility for the integrity of all parts of the article, writing the text, performing surgical intervention; Garova DYU — writing, editing, collecting and processing material.

Financing

The work was carried out without sponsorship.

ABOUT THE AUTHORS

Igor S. Shormanov — Doc. Sci. (Med.), Professor, Head. Department of Urology with Nephrology Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russian Federation

e-mail: i-s-shormanov@yandex.ru
<https://orcid.org/0000-0002-2062-0421>
RSCI SPIN-code: 7772-8420



Щедров Дмитрий Николаевич — д. м. н., доцент кафедры урологии с нефрологией ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет»; зав. отделением детской уроandroлогии ГБУЗ ЯО «Областная детская клиническая больница», Ярославль, Российская Федерация

e-mail: shedrov.dmitry@yandex.ru
<https://orcid.org/0000-0002-0686-0445>
РИНЦ SPIN-код: 7354-7379

Гарова Дарья Юрьевна — врач детский уролог-андролог ГБУЗ ЯО «Центральная городская больница», Ярославль, Российская Федерация

Автор, ответственный за переписку
e-mail: dar.garova@yandex.ru
<https://orcid.org/0000-0003-4457-9694>
РИНЦ SPIN-код: 5789-8889

Dmitriy N. Shchedrov — Doc. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Urology with Nephrology of the Yaroslavl State Medical University; Head. Department of Pediatric Uroandrology Regional Children's Clinical Hospital, Yaroslavl, Russian Federation

e-mail: shedrov.dmitry@yandex.ru
<https://orcid.org/0000-0002-0686-0445>
RSCI SPIN-code: 7354-7379

Daria Yu. Garova — doctor pediatric urologist-andrologist Central City Hospital, Yaroslavl, Russian Federation

Corresponding author
e-mail: dar.garova@yandex.ru
<https://orcid.org/0000-0003-4457-9694>
RSCI SPIN-code: 5789-8889

Список литературы / References

1. Ahmed F, Al-Wageeh S, Ghabisha S, et al. Catastrophic Complications of Circumcision by Traditional Circumcisers. *Open Access Emerg Med.* 2021;13:425-429. DOI:10.2147/OAEM.S322683.
2. Harrison NW, Eshleman JL, Ngugi PM. Ethical issues in the developing world. *Br J Urol.* 1995;76 Suppl 2:93-96. DOI:10.1111/j.1464-410x.1995.tb07879.x.
3. Ceylan K, Burhan K, Yilmaz Y, et al. Severe complications of circumcision: an analysis of 48 cases. *J Pediatr Urol.* 2007;3(1):32-35. DOI:10.1016/j.jpuro.2006.02.009.
4. Alkhenizan A, Elabd K. Non-therapeutic infant male circumcision. Evidence, ethics, and international law perspectives. *Saudi Med J.* 2016;37(9):941-947. DOI:10.15537/smj.2016.9.14519.
5. Sherman J, Borer JG, Horowitz M, Glassberg KI. Circumcision: successful glanular reconstruction and survival following traumatic amputation. *J Urol.* 1996;156(2 Pt 2):842-844.
6. Sylla C, Diao B, Diallo AB, et al. Les complications de la circoncision. A propos de 63 cas [Complications of circumcision. Report of 63 cases]. *Prog Urol.* 2003;13(2):266-272.
7. Файзуллин А.К., Поддубный И.В., Федорова Е.В., Беспалова И.С. Лечение детей с ампутацией полового члена. *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии.* 2012;2(3):34-40. [Fayzulín AK, Poddubnyi IV, Fedorova EV, Bepalova IS. Treatment of children with the amputations of penis. *Rossiyskiy vestnik detskoy khirurgii, anesteziologii i reanimatologii*=Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care. 2012;2(3):34-40. (In Russ.)].
8. Файзуллин А.К., Поддубный И.В., Федорова Е.В., и др. Реконструктивные операции при ампутациях полового члена у детей. *Андрология и генитальная хирургия.* 2014;(1):28-33. [Fayzulín AK, Poddubnyi IV, Fedorova EV, et al. Reconstructive operations at the amputations of the penis of children. *Andrologiya i genital'naya khirurgiya*=Andrology and Genital Surgery. 2014;(1):28-33. (In Russ.)].
9. Yildirim S, Aköz T, Akan M. A rare complication of circumcision: concealed penis. *Plast Reconstr Surg.* 2000;106(7):1662-1663. DOI:10.1097/00006534-200012000-00053.
10. Ozkan S, Gürpınar T. A serious circumcision complication: penile shaft amputation and a new re-attachment technique with a successful outcome. *J Urol.* 1997;158(5):1946-1947. DOI:10.1016/s0022-5347(01)64187-9.
11. Pippi Salle JL, Jesus LE, Lorenzo AJ, et al. Glans amputation during routine neonatal circumcision: mechanism of injury and strategy for prevention. *J Pediatr Urol.* 2013;9(6 Pt A):763-768. DOI:10.1016/j.jpuro.2012.09.012.
12. Okeke LI, Asinobi AA, Ikuerowo OS. Epidemiology of complications of male circumcision in Ibadan, Nigeria. *BMC Urol.* 2006;6:21. DOI:10.1186/1471-2490-6-21.
13. Андрология для урологов. Клинические рекомендации. Под. общ. ред. Щеплева П.А. Научные редакторы Наумов Н.П., Сапожкова Ж.Ю. М.: Медконгресс. 2021:268. [Andrology for urologists. Clinical recommendations. Shcheplev PA. Scientific editors Naumov NP, Sapozhkova ZhYu. 2021:268. (In Russ.)].
14. Coşkunfirat OK, Sayilkan S, Velidedeoglu H. Glans and penile skin amputation as a complication of circumcision. *Ann Plast Surg.* 1999;43(4):457. DOI:10.1097/00000637-199910000-00022.
15. Cook A, Khoury AE, Bagli DJ, et al. Use of buccal mucosa to simulate the coronal sulcus after traumatic penile amputation. *Urology.* 2005;66(5):1109. DOI:10.1016/j.urology.2005.05.010.