

ЭКСТРЕННАЯ УРОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПРИАПИЗМЕ (РЕЗУЛЬТАТЫ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА)

В. Максимов¹, доктор медицинских наук,
С. Яровой^{1,2}, доктор медицинских наук, **А. Прохоров**¹,
О. Мисякова¹, **Н. Москалева**^{1,2}, кандидат медицинских наук
¹Городская клиническая урологическая больница №47, Москва
²Научно-исследовательский институт урологии, Москва
E-mail: gkub47@mosgorzdrav.ru

Многочисленный ретроспективный анализ результатов экстренной урологической помощи 115 пациентам с приапизмом позволил оценить эффективность различных методик оперативного лечения, а также антибактериальной профилактики при оперативном лечении приапизма.

Ключевые слова: приапизм, пункция кавернозных тел, спонгиокавернозный анастомоз, сафенокавернозный анастомоз, антибактериальная профилактика, острый кавернит.

Приапизм — длительная, болезненная эрекция, продолжающаяся более 4–6 ч, не сопровождающаяся сексуальным желанием и не исчезающая после эякуляции. По данным разных авторов, частота приапизма составляет 0,11–0,4% среди больных, поступающих в урологический стационар [1, 2]

Этиология приапизма весьма разнообразна. Часто он возникает на фоне хронической интоксикации алкоголем или наркотическими средствами, в ряде случаев осложняет течение заболеваний нервной системы (сирингомиелия), системы крови (гемолитические анемии, особенно серповидно-клеточная), злокачественные новообразования органов малого таза, хроническую почечную недостаточность. Иногда выявить достоверный этиологический фактор приапизма не удается (идиопатический приапизм). Исходом естественного течения заболевания является разной степени выраженности фиброз, а впоследствии и склероз кавернозных тел, что, в свою очередь, приводит к стойкой эректильной дисфункции [3].

В большинстве лечебно-профилактических учреждений, оказывающих урологическую помощь, лечение приапизма, независимо от его длительности и этиологии, начинается с пункции и отмывания кавернозных тел растворами адреномиметиков и прямых антикоагулянтов. При развитии рецидива заболевания выполняется спонгиокавернозный, а затем сафенокавернозный анастомоз (шунт). Данная этапность оперативных вмешательств соответствует рекомендациям ведущих урологических клиник и научных урологических обществ и направлена на минимизацию инвазивности вмешательства [4, 5]. Однако при такой тактике значительная доля пациентов подвергается 2 и более операциям, что экономически нецелесообразно и влечет за собой повышенный риск инфекционно-воспалительных осложнений.

Несмотря на очевидную социальную значимость, проблеме лечения приапизма до последнего времени уделялось недостаточно внимания. Вследствие сравнительно низкой встречаемости данного заболевания практикующие врачи-

урологи не всегда имеют подготовку, достаточную для оказания адекватной медицинской помощи указанной категории пациентов. В связи с этим результаты лечения этого заболевания зачастую оказываются неудовлетворительными.

В Москве ситуация с экстренной специализированной помощью мужчинам, страдающим острыми заболеваниями половых органов, несколько улучшилась после учреждения в 2008 г. ургентной андрологической службы на базе Городской клинической урологической больницы (ГКУБ) №47. Тем не менее практически полное отсутствие нормативной документации и довольно слабое освещение проблемы приапизма в научной литературе приводит к хаотичности назначений, что негативно отражается на качестве медицинской помощи этим пациентам.

Нами проведен ретроспективный анализ лечения 115 больных, страдавших приапизмом и получавших стационарное лечение в ГКУБ №47 и НИИ урологии в 2000–2011 гг. В исследование включали всех пациентов с указанным диагнозом.

Большинство из них (70,4%) поступили в 2008–2011 гг. и были пролечены на базе ГКУБ №47 в рамках работы ургентной андрологической службы по Москве.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПРИАПИЗМА ПО ЭТИОЛОГИЧЕСКОМУ ФАКТОРУ

Несомненный научный интерес представляет современная этиология приапизма (рис. 1). Наиболее часто встречался идиопатический приапизм — у 64,3% больных. В 17,4% случаев приапизм развился на фоне хронической алкогольной или наркотической интоксикации. У 14,8% пациентов патологическая эрекция возникла на фоне самостоятельных интракавернозных инъекций вазоактивных лекарственных средств — папаверина и простагландина E1 (каверджекта), а также введения в кавернозные тела новокаина (при нарушении техники местной анестезии) или наркотических средств. В 2,6% случаев приапизм осложнил течение болезней системы кровотока (серповидно-клеточная анемия, миелолойкоз), в 0,9% случаев патологическая эрекция возникла на фоне органических заболеваний нервной системы (сирингомиелия).

Таким образом, в современных условиях значительный процент случаев приапизма связан с хроническими интоксикациями, особенно опиатами, а также с немедицинскими интракавернозными инъекциями, в то время как симптоматический приапизм в рамках заболеваний нервной и кровеносной систем встречается сравнительно редко (3,5% всех наблюдавшихся).



Рис. 1. Этиология приапизма

ОБЩАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИАПИЗМА

Всем пациентам, независимо от длительности и этиологии заболевания, на 1-м этапе выполняли пункцию и отмывание кавернозных тел растворами адреномиметиков (адреналин, мезатон) и гепарина. Несмотря на то, что данный вид лечения не направлен на устранение причины заболевания и по сути является симптоматическим, его эффективность составила 31,3%. При рецидиве приапизма, который развился у 70,4% пациентов, накладывали спонгиокавернозный шунт по методике Al-Chogab; его эффективность составила 88,6%. При повторном рецидиве выполняли наложение сафенокавернозного анастомоза по методике Grayhack; эффективность – 100%.

Идея упомянутой минимальной инвазивности хирургической помощи также неоднозначна, поскольку наиболее частое инфекционно-воспалительное осложнение приапизма – острый кавернит – протекает с крайне тяжелой интоксикацией и отличается абсолютно неблагоприятным прогнозом в отношении восстановления эректильной функции. Вполне очевидно, что с каждым повторным инвазивным вмешательством вероятность инфекционно-воспалительных осложнений возрастает. С другой стороны, изначальное выполнение шунтирующих операций всем пациентам лимитировано выраженным кавернофиброзом при спонгиокавернозном анастомозе и риском тромбозомболических осложнений при сафенокавернозном анастомозе [6]. Поэтому целесообразно разработать четкие показания для каждой тактики, а для этого необходим анализ их эффективности в зависимости от этиологии заболевания и сроков обращения пациента за урологической помощью.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПРИАПИЗМА

Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от сроков поступления в урологический стационар: <1 сут с момента начала заболевания, 1–3 сут, >3 сут.

В группе пациентов, которым помощь была оказана в 1-е сутки с момента развития приапизма (28 больных), пункция и отмывание кавернозных тел оказались эффективными в 71,4% случаев (рис. 2), в то время как у пациентов, госпитализированных на 2 и 3-и сутки заболевания (72 человека),

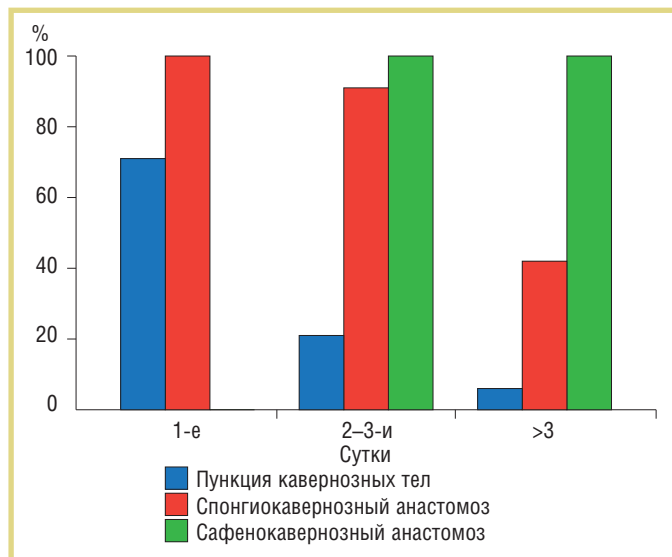


Рис. 2. Эффективность различных методик оперативного лечения приапизма в зависимости от длительности заболевания

пункция кавернозных тел привела к стойкому купированию патологической эрекции лишь в 20,8% случаев. При позднем обращении больного (>3 сут), пункция кавернозных тел была эффективна только у 1 (6,7%) из 15 пациентов. В то же время спонгиокавернозный анастомоз, выполненный по методике Al-Chogab, продемонстрировал высокую эффективность при его наложении в 1-е или 2–3-и сутки с момента развития приапизма соответственно – в 100 и 91,5% случаев. В более поздние сроки эффективность указанной оперативной методики снижается до 42,8%. Сафенокавернозный анастомоз позволил купировать патологическую эрекцию у всех пациентов (100%), которым он был выполнен, вне зависимости от времени, прошедшего с начала заболевания.

Из проведенного анализа можно заключить, что пункция и отмывание кавернозных тел результативны лишь в 1-е сутки болезни, а в более поздние сроки эффективность этой методики прогрессирующе снижается и позднее 2–3-х суток она становится бесполезной. Спонгиокавернозный анастомоз со временем (особенно если прошло 3 сут и более) также теряет эффективность. Сафенокавернозный анастомоз остается стабильно эффективным в любые сроки течения болезни.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Пункция и отмывание кавернозных тел были наиболее эффективны (72,7%) при приапизме, возникшем на фоне интракавернозного введения вазоактивных препаратов. При хронических интоксикациях, а также при идиопатическом приапизме эффективность этой методики оказалась значительно ниже – соответственно 35,0 и 25,6%. Эффективность пункции кавернозных тел при приапизме, связанном с органическими поражениями нервной системы и органов кровотока, достоверно оценить затруднительно в связи с ограниченным числом наблюдений. Вместе с тем отмечено, что пункция кавернозных тел абсолютно безрезультатна при приапизме на фоне химической травмы («химического ожога») кавернозных тел в результате интракавернозного введения наркотических препаратов или местных анестетиков.

Спонгиокавернозный анастомоз продемонстрировал высокую эффективность при идиопатическом приапизме – 89,5%,

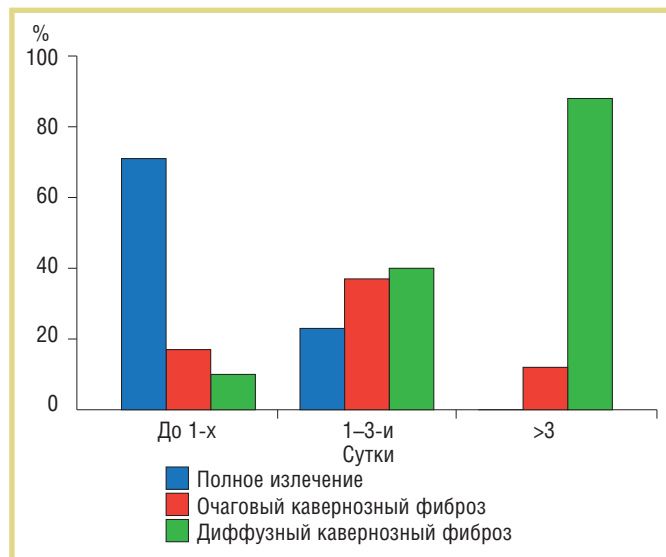


Рис. 3. Исходы приапизма в зависимости от сроков оказания урологической помощи

меньшую — при приапизме, спровоцированном введением вазоактивных средств, — 66,7%. Эффективность указанной методики хирургического лечения при приапизме, обусловленном химической травмой кавернозных тел, составила 50,0%.

Сафенокавернозный анастомоз был стабильно эффективен вне зависимости от этиологии заболевания.

Таким образом, пункционная методика имеет существенные ограничения к применению. Она показана при приапизме, связанном с хроническими интоксикациями и введением в кавернозные тела вазоактивных препаратов, причем лишь в 1-е сутки с момента развития патологической эрекции. Наложение спонгиокавернозного анастомоза целесообразно при идиопатическом приапизме, а также в описанных клинических ситуациях, если, несмотря на проведенную пункцию и отмывание кавернозных тел, развился рецидив заболевания. Приапизм, возникший на фоне химического ожога кавернозных тел (при интракавернозном введении анестетических, наркотических препаратов), подразумевает первичное наложение сафенокавернозного анастомоза.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРИАПИЗМА

Из-за отсутствия регламентирующей документации, а также общепринятого единого мнения применяются самые разнообразные антибактериальные средства.

Нами проанализирована эффективность различных препаратов в качестве антибактериальной профилактики при оперативном лечении приапизма. При использовании цефалоспоринов III поколения, в том числе антисинегнойных, эффективность антибактериальной профилактики составила 33,3%. Профилактическое назначение фторхинолонов оказалось удачным у 26,7% больных. Ингибиторзащищенные аминопенициллины продемонстрировали эффективность в 80,6% случаев.

Таким образом, выявленными неприемлемо низкие результаты профилактического применения препаратов, активных преимущественно в отношении грамотрицательной флоры — цефалоспоринов III поколения и фторхинолонов (соответственно 33,3 и 26,7%), подтверждают известный факт, что грамотрицательные микроорганизмы не играют существенной роли в этиологической структуре острого кавернита. Напротив, ингибиторзащищенные аминопенициллины, которые ориентированы главным образом против негоспитальной грамположительной флоры, показали существенные преимущества. Полученные результаты заставили нас полностью отказаться от дальнейшего профилактического назначения цефалоспоринов III поколения и фторхинолонов при оперативном лечении приапизма.

ОСЛОЖНЕНИЯ

Несмотря на комплексное лечение, у 40,9% пациентов развились осложнения различной тяжести. Наиболее тяжелым осложнением приапизма является острый кавернит, который был отмечен у 41 пациента, что составляет 35,6% больных приапизмом, включенных в исследование. В структуре осложнений приапизма острый кавернит также был на 1-м месте (87,2% зарегистрированных осложнений). Существенно реже встречались тромбофлебит вен полового члена (10,6%) и парафимоз (2,1%).

ИСХОДЫ

При изучении исходов приапизма в зависимости от срока поступления больного отмечено, что из 28 пациентов, которым оказывали медицинскую помощь в течение 1-х суток с момента начала заболевания, у 71,4% пациентов удалось

купировать патологическую эрекцию, при этом не отмечалось инфекционно-воспалительных осложнений и стойких фиброзных изменений кавернозных тел (рис. 3). У 17,9% больных в последствии сформировались очаговые фиброзы кавернозных тел полового члена и нарушение эректильной функции различной степени выраженности, а у 10,7% — тотальный кавернозный фиброз и выраженная эректильная дисфункция.

Большинство больных приапизмом — 72 (62,6%) были госпитализированы в течение 2–3-х суток с момента развития заболевания. После купирования патологической эрекции лишь 23,6% больных избежали стойких органических изменений кавернозных тел. У 36,1% пациентов развился очаговый кавернозный фиброз и у 40,3% — тотальный (диффузный) фиброз кавернозной ткани.

В поздние сроки (более 3 сут с момента начала заболевания) в клинику поступили 15 (13,0%) пациентов. При этом случаев полного восстановления эректильной функции не наблюдалось, у 13,3% больных выявлен очаговый кавернозный фиброз, у 86,7% — диффузный кавернозный фиброз.

В результате анализа установлена четко выраженная зависимость между ранним поступлением пациента в стационар и вероятностью благоприятного исхода заболевания. Уже по прошествии 1 сут эффективность лечебных мероприятий существенно снижается, возрастает риск развития кавернита и кавернозного фиброза. При поздней госпитализации лечебные мероприятия малоэффективны и прогноз становится сомнительным.

Таким образом, приапизм нужно рассматривать как острое заболевание, требующее неотложной помощи. Временной фактор начала терапии является решающим в отношении прогноза. Антибактериальную профилактику целесообразно проводить ингибиторзащищенными пенициллинами, обладающими высокой активностью в отношении негоспитальной грамположительной и грамотрицательной флоры. Выбор метода хирургического лечения должен основываться на этиологии и сроках заболевания.

Литература

- Щеплев П.А., Епифанова Е.А. Приапизм // Андрология и генитальная хирургия. — 2002; 2: 17–28.
- Eland I., van der Lei J., Stricker B. Incidence of priapism in the general population // Urology. — 2001; 57 (5): 970–2.
- Broderick G., Kadioglu A., Bivalacqua T. Priapism: pathogenesis, epidemiology, and management // The journal of sexual medicine. — 2010; 7 (1 Pt 2): 476–500.
- Montague D., Jarow J., Broderick G. American Urological Association guideline on the management of priapism // J. Urol. — 2003; 170 (4 Pt 1): 1318–24.
- Щеплев П.А., Епифанова Е.А. Принципы диагностики и лечения приапизма // Андрология и генитальная хирургия. — 2002; 4: 46–9.
- Sadeghi-Nejad H., Seftel A. The etiology, diagnosis, and treatment of priapism: review of the American Foundation for Urologic Disease Consensus Panel // Curr. Urol. Rep. — 2002; 3: 492–8.

EMERGENCY UROLOGIC CARE IN PRIAPISM: RESULTS OF RETROSPECTIVE ANALYSIS

V. Maksimov¹, MD; S. Yarovoy^{1,2}, MD; A. Prokhorov¹, O. Misyakova¹, N. Moskaleva^{1,2}, Candidate of Medical Sciences

¹City Clinical Urology Hospital Forty-Seven, Moscow

²Research Institute of Urology, Moscow

A retrospective multivariate analysis of the results of emergency urologic care to 115 patients with priapism could evaluate the efficiency of different surgical treatments and antibacterial prophylaxis during surgery for priapism.

Key words: priapism, cavernous body puncture, spongio-cavernous anastomosis, sapheno-cavernous anastomosis, antibacterial prophylaxis, acute cavernitis.