

СМЕРТЬ ОТ ТРАВМЫ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА С НАРУШЕНИЕМ МЕСТНОГО И ОРГАННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

С. А. Никифорова

ГБУЗ МО «Бюро СМЭ», Москва

Аннотация: В статье освещены клинические и патоморфологические проявления закрытой травмы полового члена на примере смертельного случая с развитием осложнений.

Ключевые слова: травма полового члена, тромбоз подвздошных вен, гнойно-некротические осложнения

DEATH AS A RESULT OF BLUNT FORCE PENIS TRAUMA WITH PURULENT NECROTIC COMPLICATIONS

S. A. Nikiforova

Abstract: The article deals with example of clinical and pathological signs in lethal case of blunt force penis trauma with complications.

Keywords: penis trauma, iliac vein thrombosis, purulent necrotic complications

<http://dx.doi.org/10.19048/2411-8729-2018-4-2-28-31>

Травмы полового члена – повреждения покровных тканей и внутренних структур полового члена, возникающие при воздействии механических и термических факторов на производстве, в результате транспортных происшествий, при занятии спортом, в быту, в результате мастурбации, при попытке к коитусу или при изнасиловании, в религиозных сектах, самовредительство при психических расстройствах.

Статистические данные по травмам наружных половых органов скудные, что объясняется преимущественно моральным аспектом – мужчины, как правило, скрывают наличие повреждений и не обращаются за медицинской помощью.

По данным медицинской статистики, травмы полового члена являются причиной 2,2 % всех обращений за медицинской помощью. На долю повреждений полового члена приходится 50 % всех повреждений наружных половых органов, от 30 до 50 % травм всех органов мочеполовой сферы и не более 2 % от общего количества травм. Основная доля травматизации полового члена приходится на возрастную категорию от 15 до 45 лет [2].

Действующие клинические классификации травм полового члена [1] основаны на разграничении видов травмирующего фактора:

- закрытая (тупая) травма полового члена (80 % от всех травм полового члена):

- ушиб (57 % всех закрытых повреждений);
- перелом, вывих (10 % всех закрытых повреждений);
- ущемление (33 % всех закрытых повреждений);

- открытая травма полового члена (проникающие повреждения):

- резаная рана;
- рвано-ушибленная;
- колото-резаная;
- колотая;
- огнестрельная;

- термические повреждения (отморожение, ожог).

На открытую травму, термические повреждения приходится 20 % от всех травм полового члена [1].

Ущемление полового члена возникает при его перетягивании (нитью, тесьмой, шнуром, резиновым жгутом, проволокой) либо надевании на него предметов кольцевидной формы. В детском возрасте причиной этого вида травмы является ночной энурез (боязнь мальчика

замочить постель). У взрослых ущемление полового члена является следствием психических расстройств, сексуальных эксцессов самих мужчин или половых партнеров для достижения эрекции и попытки поддерживать эрекцию длительное время. Дистальнее места сдавления возникает боль, нарушаются кровообращение и лимфоотток и, как следствие, развивается отек тканей, что в последующем приводит к трофическим нарушениям вплоть до гангрены полового члена. Сдавление мочеиспускательного канала извне и за счет отека приводит к острой задержке мочеиспускания. Симптомы при ущемлении полового органа напрямую зависят от силы и продолжительности ущемления. При раннем освобождении полового члена от сдавления лимфообращение и кровообращение быстро восстанавливаются, местные изменения носят обратимый характер. В случаях длительного сдавления (продолжительностью несколько часов) развиваются воспалительные изменения (флегмона) или трофические изменения вплоть до гангрены полового члена с мочевыми свищами.

Половой член представляет собой орган с богатой кровеносной сетью. Наиболее важной и большой является тыльная вена полового члена, функция которой заключается в заборе крови от головки пениса, мышечных фасций, губчатого и пещеристых тел, на своем пути она принимает ряд вен от кожи члена и мошонки. Глубокие вены полового члена забирают кровь из подкожного слоя и также от пещеристых и губчатого тел. Указанные вены полового члена впадают в сплетение предстательной железы и мочепузырное венозное сплетение и далее – в систему внутренней подвздошной вены; имеют анастомозы, которые играют важную роль в тромбообразовании и возможном пути распространения тромбов по половому члену.

В урологии и андрологии травмы полового члена относятся к ургентным состояниям. Несмотря на это, случаи смерти от травмы полового члена очень редки, и в судебно-медицинской практике встречаются единичные случаи.

Причинами смерти являются (по анализу имеющихся случаев) кровопотеря, повышенное тромбообразование венозной крови губчатых тел полового члена с развитием тромбоэмболических осложнений, гнойно-некротические осложнения при несвоевременном обращении за медицинской помощью.

В судебно-медицинской практике Наро-Фоминского судебно-медицинского отделения ГБУЗ МО «Бюро СМЭ» имел место случай травмы полового члена с летальным исходом.

По данным предоставленного проверочного материала известно: гр-н Г., 47 лет, вызвал скорую медицинскую помощь в связи с плохим самочувствием. Фельдшеру скорой медицинской помощи он пояснил, что около 2 дней назад он самостоятельно перевязал половой член на продолжительное время (около 3 часов), при этом причину своих действий не пояснил, в течение последних 2-х месяцев в интимную близость он ни с кем не вступал. Супруге, брату и знакомым покойного обстоятельства травмы неизвестны.

Гр-н Г. был госпитализирован в хирургическое отделение с жалобами на отечность, боль в области полового члена. Локальный статус: половой член темно-синего цвета, увеличен, не напряжен, на теле определяется странгуляционная борозда. Моча оттекает непроизвольно. Мошонка багрово-синюшного цвета. Был консультирован урологом, назначена комплексная (антибактериальная, спазмолитическая, антиагрегантная, противовоспалительная) терапия, на фоне которой в течение 8 часов больной отмечал положительную динамику (уменьшение болевой симптоматики). Через 8 часов после госпитализации состояние больного резко ухудшилось: при попытке встать с постели упал, потерял сознание. ЧДД 20 в 1 минуту, АД 60/40 мм рт. ст., ЧСС 100 в минуту. В легких выслушивалось жесткое дыхание с разнокалиберными хрипами. На электрокардиограмме – фибрилляция предсердий. В общем анализе крови лейкоцитоз до $22,9 \times 10^9/\text{л}$, в биохимическом анализе крови повышение уровня мочевины до 16,2 ммоль/л, креатинина до 314 мкмоль/л. Больной был переведен в отделение реанимации с подозрением на тромбоэмболию легочной артерии. В течение 4 часов в реанимационном отделении состояние больного терминальное: сопор, разлитой цианоз, одышка до 26 в минуту. Тоны сердца глухие, аритмичные. ЧСС до 130 в минуту, гемодинамика на фоне введения допмина (10 мкг/кг/мин) до 80/40 мм рт. ст. Живот вздут, перистальтика кишечника не определяется. Гениталии с резким отеком, цианозом, со зловонным запахом, из уретры подтекает моча в виде «мясных помоев». Через 13 часов 53 минуты после поступления больного в стационар констатирована биологическая смерть.

При наружном исследовании трупа выявлены изменения наружных половых органов: половой член и мошонка резко увеличены в размерах. Половой член на ощупь уплотнен, размерами 13×4,5 см; мошонка асимметричная, размерами 14×13 см, на ощупь мягко-эластичная, в ней определяется флюктуация жидкости. Кожный покров наружных половых органов грязно-фиолетового цвета, тусклый, сухой, напряжен. Крайняя плоть полностью прикрывает и плотно охватывает головку полового члена, студневидная, плотная, неподвижная. На теле полового члена и на крайней плоти по всей поверхности участки отслойки надкожицы в виде множественных пузырей неправильной округлой и овальной формы, размерами от 0,5×0,7 см до 4×2 см, с дряблыми стенками.

При касании надкожица легко отделяется, обнажая подлежащую влажную, грязно-красную с синюшным оттенком гладкую поверхность; из полостей указанных пузырей выделяется мутная коричневая жидкость. На ощупь яички в мошонке, подвижны. При рассечении крайней плоти из препуциального мешка выделилось небольшое количество мутной, зловонной коричневатой жидкости. Головка полового члена конусовидной формы, на ощупь плотная, черно-фиолетового цвета, тусклая; кожный по-



Рис. 1. Общий вид наружных половых органов



Рис. 2. Продольный разрез полового члена по задней поверхности

кров легко отделяется при касании в виде грязно-серых лоскутов с обнажением подлежащей тусклой, влажной поверхности черного цвета. Наружное отверстие мочеиспускательного канала щелевидной формы, длиной 0,7 см. Край наружного отверстия мочеиспускательного



Рис. 3. Вид некротизированной слизистой оболочки мочевого пузыря (продольный разрез мочевого пузыря по задней стенке)



Рис. 4. Наличие тромботических масс в правых отделах сердца и в легочном стволе (разрез правых предсердия и желудочка, легочного ствола по «току крови»)

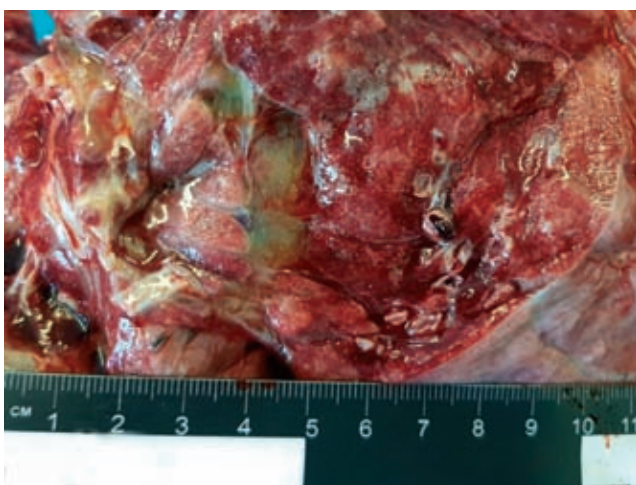


Рис. 5. Наличие тромботических масс в сегментарных ветвях легочной артерии на срезе легкого

канала валикообразно утолщены. Из мочеиспускательного канала выделяется мутная грязно-коричневая жидкость. От наружных половых органов исходит выраженный зловонный (гнилостный) запах (рис. 1).

При внутреннем исследовании трупа выявлено: «пакеты» увеличенных паховых лимфатических узлов, отек подкожной клетчатки лобковой и паховых областей. Подкожные вены тела полового члена синюшные, извитые, уплотнены, на поперечных разрезах полностью заполнены тусклыми, буровато-красными, рыхлыми тромботическими массами. Пещеристые тела полового члена грязно-красного цвета с синюшным оттенком, влажные, тусклые, «мясистые», при надавливании легко разрушаются, в поперечном сечении цилиндрической формы, ограничены друг от друга серватой соединительнотканной оболочкой. Ножки пещеристых тел слабо различимы среди мягких тканей промежности. Головка и губчатое тело полового члена в виде однородной, бесструктурной, рыхлой, грязно-красной массы с синюшным оттенком (рис. 2).

Мочеиспускательный канал в толще губчатого тела неразличим. Среди ткани пещеристых тел на поперечных срезах определяются сосуды с серовато-красноватыми стенками, в части просветов которых, практически на всем протяжении, определяются рыхлые, тусклые, грязно-красные тромботические массы. Оболочки мошонки грязно-красного цвета, студневидные, тусклые. Из-под оболочек мошонки на плоскостях срезов выделяется красноватая мутная (сукровичная) жидкость. Яички овоидной формы, размерами по 4,5×3,3×2,4 см, на ощупь дрябловатые; белочная оболочка яичек серватая, гладкая, тускловатая. Придатки у задних краев яичек уплотнены, слабо различимы. На разрезах паренхима яичек серовато-желтоватая, тусклая, рыхлая, однородная, липнет к полотну ножа, при захвате пинцетом тянущихся нитей не образует.

В просветах вен промежности, паховых, лобковой области (диаметром 0,2–0,5 см), в просветах наружных и внутренних подвздошных вен определяются рыхлые, зернистые, темно-красные тромботические массы, которые при надавливании легко выделяются в виде цилиндрических «тяжей». В просветах подвздошных артерий, бедренных артерий и вен, артерий и вен голени жидкая кровь, тромботических масс не обнаружено. Клетчатка малого таза студневидная, с красноватым оттенком.

Стенки мочевого пузыря с поверхности сероватые с неравномерным красноватым оттенком, гладкие, утолщены до 0,5 см, студневидные. В мочевом пузыре 100 мл мутной красновато-коричневатой мочи. Слизистая оболочка мочевого пузыря тусклая, зернистая, студневидная, неравномерного грязно-красного цвета (рис. 3). Устья мочеточников слабо различимы, диаметром около 0,3 см. Внутреннее отверстие мочеиспускательного канала округлой формы, диаметром 0,7 см, с валикообразными возвышающимися краями. Слизистая оболочка предстательной части мочеиспускательного канала на всем протяжении грязно-красного цвета с более светлыми и темными участками, тусклая, зернистая, студневидная, легко разрушается. Предстательная железа размерами 5,5×3,5×3,5 см, на ощупь дрябловатая. С поверхности и на разрезах серватая, с неразличимой границей между долями, с участками ячеистой структуры в нижней ее части, полости которых заполнены мутной грязно-желтой слизистой жидкостью. Мочеиспускательный канал диаметром 0,8 см.

До выделения органокомплекса исследованы легочная артерия и ее правая и левая легочные ветви. В полости правого предсердия и его ушка, правого желудочка,

на всем протяжении легочного ствола и правой легочной артерии слоистые, зернистые, тускловатые темно-красные тромботические массы (рис. 4).

Легкие с поверхности неоднородной окраски с чередованием светлых и более темных полнокровных участков, на ощупь неоднородной плотности. Под легочной плеврой рассеянные очаговые темно-красные кровоизлияния. Ткань легких на разрезах серовато-красная с полнокровными синюшными участками преимущественно в прикорневых отделах долей, влажная, безвоздушная; при надавливании на ткань с плоскостей срезов обильно выделяется пенистая сукровичная жидкость. В просвете долевых и сегментарных ветвей легочной артерии определяются слоистые буровато-красные, зернистые, тускловатые тромботические массы, полностью обтурирующие просвет, которые при надавливании на легочную ткань легко выделяются в виде «тяжей» (рис. 5).

Почки красно-коричневые, дрябловатые на ощупь; на разрезах граница между красновато-коричневым корковым веществом и синюшными пирамидками слабо различима.

По результатам судебно-гистологического исследования: паретическое полнокровие, тромботические массы кавернозных вен полового члена и мошонки с диффузными кровоизлияниями, резко выраженным отеком, лейкоцитарно-макрофагальной инфильтрацией; тромбоз вен, острый некротический васкулит и гнойно-некротическое воспаление предстательной железы; распространенные периваскулярные кровоизлияния, воспаление стенок мочевого пузыря; наличие тромботических масс

на интима подвздошных вен, в крупных ветвях легочной артерии; отек, гранулоциты, микротромбы мелких сосудов и капилляров легких, участки дистелектаза, диапедезные кровоизлияния, очаги острой альвеолярной эмфиземы в ткани легких; выраженная паренхиматозная дистрофия почек.

◇ ВЫВОДЫ

Вышеизложенные данные позволили сделать вывод о том, что причиной смерти гр-на Г. явилась травма (ущемление) полового члена тупым предметом с нарушением местного кровообращения, с развитием флегмоны полового члена и мошонки, тромбоза подвздошных вен и вен таза, тромбоэмболии легочной артерии, гнойного воспаления органов малого таза, острой почечной недостаточности.

Имел место редкий случай наступления смерти в результате травмы полового члена с развитием тромбоэмболических и гнойных воспалительных осложнений при несвоевременном обращении за медицинской помощью.

◇ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Тиктинский О.Л., Михайличенко В.В. Андрология. СПб.: Медиа Пресс, 1999. С. 163–176. [Tiktinskiy OL, Mikhailichenko VV. Andrology. Saint Petersburg: Media Press, 1999:163-176]
2. URL: <https://nebolet.com/bolezni/travma-chlena.html>; <http://www.mosmedportal.ru/disease/travmy-polovogo-chlena>; <http://health-medicine.info/category/bolezni-simptomu>.

Для корреспонденции:

НИКИФОРОВА Светлана Андреевна – заведующая Наро-Фоминским судебно-медицинским отделением ГБУЗ МО «Бюро СМЭ» • 111401, г. Москва, ул. 1-я Владимирская, д. 33, корп. 1, ГБУЗ МО «Бюро СМЭ» • nikiforova@sudmedmo.ru