

УДК 616.818.31

DOI 10.31379/2411.2616.11.1.8

І. Л. Басенко, О. С. Суслов, Д. С. Володичев

**БЛОКАДА ДОРСАЛЬНОГО НЕРВА ПЕНИСА
У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ
З ПАРАФІМОЗОМ І СУПРОВІДНОЮ
СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ
ЯК МЕТОД ВИБОРУ**

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 616.818.31

DOI 10.31379/2411.2616.11.1.8

І. Л. Басенко, О. С. Суслов, Д. С. Володичев

БЛОКАДА ДОРСАЛЬНОГО НЕРВА ПЕНИСА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАФИМОЗОМ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ КАК МЕТОД ВЫБОРА

Мужчина в возрасте 78 лет был доставлен в приемную с симптомами парафимоза, который длился 1 ч и нуждался в срочной обскуссии. Сопутствующая патология была представлена хронической ишемической болезнью сердца, постинфарктом (04.09.2009), кардиосклерозом, хронической сердечной недостаточностью II Б, ФК II и установленным 6 лет назад кардиовертерным дефибриллятором (из-за наличия эпизодов пароксизмальной желудочковой тахикардии с низкими показателями АД). Данные анамнеза, частота сердечных сокращений 64 уд./мин, АД 100/60 мм рт. ст., постоянный прием пациентом Ривароксибана в дозе 20 мг/сут и потребность в экстренной помощи определяли блокаду спинного нерва пениса как метода выбора для этого пациента.

Ключевые слова: парафимоз, блокада дорсального нерва пениса, пожилой пациент, сопутствующая сердечно-сосудистая патология, клинический случай, Ривароксaban, гемостаз, кардиовертер-дефибриллятор.

UDC 616.818.31

I. L. Basenko, O. S. Suslov, D. S. Volodichev

DOI 10.31379/2411.2616.11.1.8

THE BLOCKAGE OF THE DORSAL NERVE OF THE PENIS IN ELDERLY PATIENTS WITH PARAPHIMOSIS WITH CONCOMITANT CARDIOVASCULAR PATHOLOGY AS A METHOD OF CHOICE

A man at the age of 78 years was brought to a reception room with symptoms of paraphimosis, which lasted 1 hour and needed urgent circumscissia. Concomitant pathology was presented by chronic ischemic heart disease, post-infar-

tion (04.09.2009) cardiosclerosis, chronic heart failure (CHF) II B, FC II and established 6 years ago by cardioverter defibrillator (due to the presence of episodes of paroxysmal ventricular tachycardia with low rates AT) Data from anamnesis, heart rate 64 beats/min, AT 100/60 mmHg, permanent reception by Rivoroxiban patient at a dose of 20 mg/day per os and the need for emergency assistance determined the blockade of the dorsal nerve of the penis as a method of choice for this patient.

Key words: paraphimosum, dorsal nerve block of penis, nerve block, elderly patient, circumscissia, concomitant cardiovascular pathology, choice method, clinical case, rivaroxaban, hemostasis, cardioverter defibrillator.

Вступ

Парафімоз — це гостра ішемія головки пеніса, що виникає у разі звуження кільця крайньої плоті, що призводить до набряку та некрозу тканин головки статевого члена, якщо пацієнт не отримує ургентного оперативного лікування.

За даними Н. Weis et al., циркумцизія є одним із найпоширеніших хірургічних втручань: у світі близько 25–33 % чоловіків було циркумцизовано. Неонатальна чоловіча циркумцизія вважається відносно легкою та безпечною процедурою, яка зазвичай виконується під локальною анестезією з відносно низькою кількістю ускладнень (1 : 500 або 2 : 1000). Однак виконання такої процедури у підлітків або дорослих чоловіків викликає більші труднощі, а частота ускладнень зростає до 2–4 % через необхідність накладання шкірних швів, навіть за наявності оптимальних умов [1].

Блокада дорсального нерва пеніса (БДНП) є надійною анестезіологічною технікою, яку можна описати як ін'єкцію локального анестетика білатерально глибоко за фасцію у ділянці грушоподібних просторів з кожного боку від *lig. suspensorum penis*. Наведений доступ сприяє максимальній дифузії лікарського засобу у дорсальні нерви пеніса для їхньої блокади та зниження шансу ін'єкції за середньою лінією, що може призвести до серйозних ускладнень, таких як внутрішньосудинна ін'єкція локального анестетика, гематома.

Парафімоз у людей похилого віку із супровідною серцево-судинною патологією та встановленим 6 років тому кардіовертером-дефібрилятором (через наявність в анамнезі епізодів пароксизмальної шлуночкової тахікардії з низькими показниками АТ) на фоні постійного прийому Рівароксабану ніколи досі не обговорювався у вигляді клінічного випадку. Методи анестезії у разі даного випадку також не обговорювалися.

Наводимо приклад клінічного випадку.

Пацієнт 78 років масою 64 кг доставлений до приймального відділення зі скаргами на біль у головці статевого члена протягом години, набряк, ціаноз головки статевого члена, які виникли, з його слів, під час повсякденної роботи. Згідно з даними медичної картки, у хворого були: супровідна патологія у вигляді хронічної ішемічної хвороби серця, постінфарктного (04.09.2009) кардіосклерозу, хронічної серцевої недостатності II Б, ФК II, відмічено встановлення 6 років тому кардіовертера-дефібрилятора (через наявність в анамнезі епізодів пароксизмальної шлуночкової тахікардії з низькими показниками АТ); постійний прийом Рівароксабану дозою 20 мг на добу. При фізикальному огляді відмічали ціаноз, гострий біль і набрякання головки статевого члена через пара-

фімоз, ЧСС 64 уд./хв, АТ 100/60 мм рт. ст. та ЧД 19 за хвилину. Зважаючи на потенційні ускладнення, вік пацієнта, супровідну патологію, постійний прийом інгібітора Ха-фактора згортання крові, обмеженість даних клінічних аналізів та обстежень у конкретний момент часу, нестачу часу, анестезіологічною командою було прийняте рішення про виконання БДНП замість методів спінальної/епідуральної анестезії.

Блокаду виконано у передопераційній кімнаті, дотримуючись умов асептики. Пацієнт знаходився у положенні лежачи на спині, розчин суміші лідокаїну 2 % з бупівакаїном 0,5 % без використання адреналіну у дозі 1 мг/кг та 0,5 мг/кг відповідно (сумарно 9 мл, що відповідає 4,5 мл у кожній ділянці ін'єкцій) був введений через голку G 23. Голку вводили на 1 см латеральніше від середньої лінії та на 1 см нижче за нижній край лобкового симфізу, симетрично з обох боків від середньої лінії. Додаткові засоби анестезії не призначалися. Розвиток аналгезії перевіряли ніжним пощипуванням крайньої плоті щипцями через 7, 10 та 15 хв після ін'єкції. Пацієнта запитали про рівень болю та дискомфорту перед розрізом, ці симптоми були відсутні. Упродовж операції якість аналгезії оцінювалася за критеріями взаємодії з пацієнтом, наявності скарг, змін у ЧСС та АТ у діапазоні 20 % від вихідного рівня; жодних негативних симптомів не відмічалось. Хірургічна частина складалася з висічення крайньої плоті, гемостазу за допомогою електрокаутера та накладання швів на край шкіри кетгуттом 4-0; загальна тривалість процедури становила 30 хв.

По закінченні хірургічної процедури пацієнту була проведена термінова гемовіскозиграфія; після отримання результатів прийняте рішення про відстрочування наступного прийому Рівароксабану на 12 год.

У післяопераційному періоді пацієнт був під наглядом в урологічному відділенні. Час перебування у відділенні урології визначається нами як час із моменту прибуття пацієнта до палати до моменту виписування; цей період становив 24 год. Пероральний прийом рідини дозволений через 30 хв після закінчення операції. Аналгетики (ацетамінофен) застосовувались у разі потреби. Пацієнт виписаний з відділення хірургом у зв'язку із закінченням терміну обсервації та відсутності ускладнень, таких як набряк, некроз, гематоми, геморагії, серцева дисфункція, надмірна потреба в аналгетиках тощо. Критерії виписування включали відсутність набряку, ішемії головки статевого члена, затримки сечі, гематом, а також кардіальних симптомів.

Обговорення

Методи вибору при лікуванні літніх пацієнтів з парафімозом і супровідною серцево-судинною патологією, імплантованими кардіовертерами-дефібриляторами та постійним прийомом інгібіторів фактора Ха досі не визначені. Жодних подібних випадків або протоколів лікування знайдено не було.

Представлений нами випадок відображає високу ефективність БДНП у пацієнта, здатність викликати менші анестезіологічні ризики за наявності прийому інгібітора Ха-фактора: навіть у разі виникнення ускладнень, що можливі при БДНП, їх лікування відносно простіше та безпечніше, ніж за таких випадків при спінальних/епідуральних техніках.

Гемовіскозиграфія продемонструвала свою корисність, швидке надання результатів та економічну доцільність для таких пацієнтів. Використання такого цінного методу було необхідне для оцінювання адекватності дози Рівароксабану у цьому випадку.

Ключові слова: парафімоз, блокада дорсального нерва пеніса, пацієнт похилого віку, супровідна серцево-судинна патологія, клінічний випадок, Рівароксабан, гемостаз, кардіовертер-дефібрилятор.

ЛІТЕРАТУРА

1. Male circumcision: global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability / H. Weis et al. *WHO*. 2007. № 1. P. 41–46.
2. Sara C. A., Lowry C. J. A complication of circumcision and dorsal nerve block of the penis. *Anaesth Intensive Care*. 1985. № 13. P. 79–82.
3. Суслов В. В., Тарабрін О. А. Интенсивная терапия и обезболивание в урологии. Издание 2-е, расширенное и дополненное. Киев: Старт-98, 2011. 192 с.

REFERENCES

1. Weis H. et al. Male circumcision: global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability. *WHO*. 2007; 1: 41-6.
2. Sara C.A., Lowry C.J. A complication of circumcision and dorsal nerve block of the penis. *Anaesth Intensive Care*. 1985; 13: 79-82.
3. Suslov V.V., Tarabrin O.O. Intensive care and analgesia in urology. Edition 2, extended and supplemented. *Intensivnaya terapiya i obezbolivanie v urologii*. Izdanie 2-e, rasshirennoe i dopolnennoe. Start-98, 2011; 192.

Надійшла до редакції 16.03.2018

Рецензент д-р мед. наук, проф. О. О. Тарабрін, дата рецензії 21.03.2018