

# Рациональное применение хирургических методик в лечении пенильных дисморфофобий

А.В. Аркатов, А.В. Книгавко

Харьковский национальный медицинский университет

В статье представлены результаты лечения врожденных деформаций полового члена, вызывающих пенильные дисморфофобии. Показано, что даже при небольших искривлениях, не мешающих проведению полового контакта, у человека может развиваться психологический комплекс, снижающий в дальнейшем его личностную самооценку и половую функцию. Применение хирургической коррекции – корпоропластики позволяет ликвидировать подобную пенильную дисморфофобию и улучшить качество жизни пациента.

**Ключевые слова:** пенильная дисморфофобия, врожденные искривления полового члена, хирургическая коррекция, корпоропластика.

Пожалуй, ни один другой орган мужчины ни привлекает столько повышенного внимания, как его собственный половой член. В одних случаях он служит источником гордости и удовольствия, в других – причиной неудовлетворенности и психологических проблем. «Способность к всепоглощающей ипохондрической фиксации на своих половых органах составляет исключительное достоинство мужчин, и абсолютно не характерно для женщин» (В.Д. Тополянский, М.В. Струковская. 1986). Такое состояние можно назвать пенильной дисморфофобией.

Большинство мужчин в течение жизни задумываются о размерах своего полового члена, не имея информации о нормальных среднестатистических его размерах, строя свои умозаключения в основном на основании средств массовой информации. По данным Wessels и Lue (1996), средняя длина полового члена в спокойном состоянии составила 8,8 см при длине окружности 9,7 см, в растянутом состоянии – 12,4 см, в состоянии эрекции – 12,9 см при длине окружности 12,3 см. Аналогичные данные получили Ponchietti с коллегами в 2001 г. после осмотра 3300 молодых мужчин: средняя длина полового члена в покое составила 9 см при среднем показателе длины его окружности, равном 10 см, а средняя длина полового члена в состоянии эрекции – 12,5 см. Во всех исследованиях была отмечена корреляция размеров полового члена с антропометрическими характеристиками его обладателя.

Подавляющее большинство мужчин, обращающихся за медицинской помощью с целью увеличения размеров полового члена, имеют нормальные его размеры. Специалисты связывают это с так называемым комплексом мужской разведальки, поскольку при взгляде сверху размеры собственного полового члена кажутся меньше, чем при взгляде сбоку на половой орган таких же размеров другого мужчины. Следует также учитывать тот факт, что размеры полового члена в покое не всегда пропорционально соответствуют его размерам в состоянии эрекции, т. е. половой член небольших размеров в состоянии эрекции может превосходить по размерам половой член, который в покое имеет более существенные размеры.

В последние годы увеличивается количество пациентов, желающих получить адекватное оперативное лечение по поводу врожденных девиаций полового члена. В то же время,

эти деформации не всегда требуют хирургической коррекции с точки зрения специалиста, так как ни анатомически, ни функционально не затрудняют интродукцию, особенно дорсальная деформация менее 45° и вентральные и латеральные искривления полового члена менее 15°, позволяющие вести пациентам нормальную половую жизнь.

Неудовлетворенность анатомическими размерами и различной степени и направленности искривлениями, даже не требующими оперативного вмешательства, полового члена формируют у мужчин комплекс неполноценности и ухудшают качество половой жизни.

В свою очередь половая жизнь является одной из важнейших составляющих полноценной жизни современного мужчины и зависит не только от функционального состояния полового члена, но и от его анатомического строения, которое может быть оценено по состоянию кожных покровов полового члена, локализации наружного отверстия мочеиспускательного канала, размеров полового члена и отсутствия каких-либо его деформаций [1].

Неоспоримым является тот факт, что улучшение качества жизни населения является актуальной задачей современной медицины.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период 2004–2011 гг. в отделении андрологии Харьковского областного клинического центра урологии и андрологии им. В.И. Шаповала на обследовании находились 49 пациентов с врожденными девиациями полового члена (дорсальная деформация менее 30° и вентральные и латеральные искривления полового члена менее 15°) в возрасте от 18 до 32 лет, из них 16 пациентов были не удовлетворены, по их мнению, «малыми» размерами полового члена. Обследование включало сбор анамнеза, физикальное обследование, ультразвуковое исследование, фармакодоплерографию и при необходимости магнитно-резонансную томографию, заключение психиатра при проведении хирургического вмешательства. Рентгенографию полового члена в мягких лучах, кавернозографию и рентгеновскую компьютерную томографию в обследовании данной группы пациентов не применяли, принимая во внимание инвазивность и лучевую нагрузку.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Пациенты с патологией губчатого тела и пенильной уретры-хорды при гипоспадии и хорды без гипоспадии (преимущественно вентральной девиации) составили группу из 26 человек, с патологией белочной оболочки и пещеристых тел (преимущественно латеральной девиацией) группу из 21 человека.

Размеры половых членов обследуемых соответствовали нормальным среднестатистическим размерам, включая группу пациентов, по их мнению, с «малыми» размерами полового члена.

Возможный органический генез эректильной дисфункции в результате обследования был исключен фармакодоп-

плерографией и фармакокавернозографией. Имеющиеся девиации и размеры половых членов ни анатомически, ни функционально не затрудняли интродукцию и позволяли вести пациентам половую жизнь. Однако наличие разной степени и направленности искривлений полового члена и неудовлетворенность его анатомическими размерами сформировали у большинства прошедших обследование пациентов комплекс неполноценности, ухудшающий качество половой жизни или приведший к полному отказу от таковой. После совместного обсуждения с пациентами результатов обследования, возможных вариантов коррекции, включая хирургическую, возможных осложнений оперативного вмешательства и после подписания ими информированного согласия был прооперирован 31 пациент, что составило 63% от общей группы прошедших обследование.

При отсутствии органических изменений, влияющих на механизм эрекции и сохраненной эректильной функции, хирургическая коррекция была направлена на устранение эректильной деформации. Выбор метода оперативного вмешательства определяли совместно врач и пациент, информируя последнего о возможных осложнениях в зависимости от выбранного им метода, а также возможной степени укорочения полового члена после корригирующей операции. Опасность развития серьезных послеоперационных осложнений требует тщательного индивидуального (с учетом пожелания пациента) анатомически обоснованного, функционально целесообразного и технически доступного подхода к определению показаний и выбору метода оперативного вмешательства.

Учитывая незначительный угол искривлений полового члена и возможные послеоперационные осложнения после различных методик оперативного лечения девиаций всем пациентам проведена корпоропликация (модификация операции Несбита, предложенная П.А. Щеплёвым, А.Ф. Даренковым и Jonas), что позволило обеспечить сохранность белочной оболочки и таким образом исключить вероятность послеоперационного рубцового процесса. В случае дорсального искривления в большинстве случаев отделение спонгиозного тела мочеиспускательного канала от кавернозных тел не производилось ввиду его истонченности, что было подтверждено при ультразвуковом исследовании и фармакодоплерографии и возможностью его травмирования. При вентральном искривлении обязательно проводили мобилизацию глубокой фасции с проходящим в ней сосудисто-нервным пучком.

Таким образом, восстанавливалась симметрия белочной оболочки и половой член выпрямлялся, что контролировали как до наложения дубликатур, так и после путем создания «искусственной» эрекции. Длина полового члена незначительно уменьшалась на 0,5–2,0 см, не сказываясь на его функции, что визуально было отмечено пациентами, в основном при латеральной девиации при небольших размерах полового члена, однако была абсолютно приемлема для больного.

Пациентам, которые были не удовлетворены, по их мнению, «малыми» размерами полового члена, как до операции, так и возможностью следующего уменьшения его длины после коррекции наряду с корпоропликацией выполняли обратную V-Y-пластику, предусматривающую лигаментотомию, что позволяло визуально увеличить размеры полового члена.

Период наблюдения в послеоперационный период составил от 6 мес до 2 лет. Выпрямление полового члена оценивали через 6 мес наблюдения при условиях индуцированной эрекции. Полное отсутствие девиации полового члена было отмечено у 28 (90%) пациентов, а остаточное искривление было зафиксировано у 3 (10%) пациентов, что, возможно, связано с прорезанием швов. После операции эрек-

ция у всех пациентов оставалась на дооперационном уровне. Удовлетворенность результатами операции отметили 29 (93%) больных.

## ВЫВОДЫ

Операция корпоропликации является операцией выбора для пациентов с девиациями, которые ни анатомически, ни функционально не затрудняют интродукцию и позволяют вести нормальную половую жизнь, не комплексуя по поводу возможного незначительного уменьшения длины полового члена после операции.

Пациентам, которые были не удовлетворены, по их мнению, «малыми» размерами полового члена, как до операции, так и возможностью следующего уменьшения его длины после коррекции наряду с корпоропликацией показано выполнять обратную V-Y-пластику, предусматривающую лигаментотомию, что позволяет визуально увеличить размеры полового члена.

Медицинские и функциональные показания для коррекции анатомического и функционального состояния полового члена очевидны, однако пенильная дисморфобия и эстетические показания являются наиболее спорными для хирургии полового члена. Но это не противоречит принципам эстетической хирургии, целью которой является улучшение формы нормального органа и устранения у мужчин комплекса неполноценности.

## Рациональне застосування хірургічних методик у лікуванні пенільних дисморфобій А.В. Аркатов, О.В. Книгавко

У статті представлені результати лікування уроджених деформацій статевого члена, що спричиняють пенільні дисморфобії. Показано, що навіть у разі невеликих викривлень, що не заважають проведенню статевого контакту, у чоловіка може розвинутися психологічний комплекс, який у подальшому знижує його особисту самооцінку та статеву функцію. Застосування хірургічної корекції – корпороплікації – дозволяє ліквідувати подібну пенільну дисморфобію і покращити якість життя пацієнта.

**Ключові слова:** пенільна дисморфобія, уроджені викривлення статевого члена, хірургічна корекція, корпороплікація.

## Rational application of surgical methods is in treatment of penile dysmorphophobias A. V. Arkatov, O. V. Knigavko

The results of treatment of innate deformations of penis, defiant penile dysmorphophobias are presented in the article. It is rotined that even at small curvatures, not interfering with the leadthrough of sexual contact, a psychological complex, reducing his personality self-appraisal and sexual function in future, can develop for a man. Application of surgical correction – corporoplication allows to liquidate similar to the penile dysmorphophobia and to improve quality of life of patient.

**Key words:** penile dysmorphophobia, innate deformations of penis, surgical correction, corporoplication.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Возианов А.Ф., Горпинченко И.И. Сексология и андрология. – К.: Абрис. – 1997. – 876 с.
2. Горячев И.А., Щеплев П.А. и др. Лечение искривлений полового члена на пороге третьего тысячелетия //Сб. трудов 2-го симпозиума по мужской генитальной хирургии. – М., 1999, с. 72
3. Кришталь В.В., Андрух Г.П. Сексуальная гармония и дисгармония супружеской пары. – Харьков, НПФ «Велес», 1996. – 272 с.
4. Фесенко В.Н., Михайличенко В.В., Александров В.П. Возможности хирургического лечения пенильной дисморфобии. – Тезисы конференции 2005 года – «Сексуальные расстройства, проблемы пола».