

ДЕРЖАВНА НАУКОВА УСТАНОВА
«НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЦЕНТР ПРОФІЛАКТИЧНОЇ
ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ»
ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СПРАВАМИ

Кваліфікаційна наукова праця

на правах рукопису

НОЦЕК МИКОЛА СЕРГІЙОВИЧ

УДК 616.66-089

ДИСЕРТАЦІЯ

**ОПТИМІЗАЦІЯ СПОСОБІВ ЕСТЕТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ЧОЛОВІЧИХ
СТАТЕВИХ ОРГАНІВ ЯК МЕТОДУ КОНТРОЛЮ
ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТА**

Галузь знань 22 – «Охорона здоров'я»

Спеціальність 222 – «Медицина»

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ М.С. Ноцек

Науковий керівник: Бойко Микола Іванович, доктор медичних наук,
професор

Київ – 2023

АНОТАЦІЯ

Ноцек М.С. Оптимізація способів естетичної корекції чоловічих статевих органів як методу контролю психосексуального стану пацієнта. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії з галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 «Медицина» (наукова спеціальність «урологія») – Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, Київ, 2023.

У дисертаційній роботі було проведено визначення можливостей та шляхів допомоги чоловікам, що занепокоєні виглядом статевого органа за допомогою методів естетичної корекції статевого члена. Було встановлено залежність задоволеності статевим життям чоловіків від розміру статевого члена до та після оперативних втручань. Розроблено програми адекватного застосування способів естетичної корекції чоловічих статевих органів. Визначено критерії доцільності естетичної корекції статевих органів у чоловіків з синдромом малого статевого члена. Актуальність поставленої мети обумовлена збільшенням кількості запитів на дані втручання серед пацієнтів останнім часом та появою нових менш інвазивних методів корекції статевого члена.

Наукова новизна дослідження

Вперше в Україні були застосовані новітні способи естетичної корекції статевого члена. Доведено ефективність даних методів. Проведене порівняння з найчастіше уживаними методами.

Вперше був вивчений вплив естетичної корекції статевого члена на психосексуальний стан пацієнта, що дасть можливість поліпшити результати медичної допомоги чоловікам з синдромом малого статевого члена. На відміну

від вже доступних досліджень для оцінки психосексуального стану були використані валідовані шкали.

Вперше було розглянуто синдром малого статевого члена з клінічної точки зору. Створено послідовність дій для допомоги пацієнтам з синдромом малого статевого члена.

Практичне значення одержаних результатів

Проведене дослідження дає змогу підвищити ефективність лікування пацієнтів, що занепокоєні зовнішнім виглядом статевого органа. Послідовне дотримання всіх пунктів алгоритму ведення таких чоловіків дозволяє пришвидшити та покращити якість надання допомоги, покращити психологічний стан пацієнта.

Основний зміст та результати

Втручання з приводу збільшення статевого органа у чоловіків стабільно займають свою нішу серед пластичних втручань по всьому світу. За даними Міжнародного товариства естетичної пластичної хірургії (International Society of Esthetic Plastic Surgery) на 2022 рік, у світі щорічно проводиться понад 1100000 операцій зі збільшення статевого члена (доступно на сайті <http://www.isaps.org>). Абсолютна кількість подібних втручань зростає щорічно. Втручання для покращення естетики чоловічих статевих органів постійно еволюціонують та покращуються, стають безпечнішими.

Серед учених існує певна невизначеність стосовно проведення таких втручань певним категоріям пацієнтів. Одна з цих категорій, це чоловіки, що незадоволені розмірами статевого члена, але при цьому їх статевий орган має нормальні розміри. Присутня певна складність у діагностиці таких пацієнтів та встановленні правильного діагнозу. На даному етапі, більшість провідних учених дійшло висновку, що таких чоловіків треба розділяти на дві групи: ті, що мають синдром малого статевого члена та ті, що мають пенільну дисморфофобію. Розроблена та валідована певна кількість шкал для оцінки та встановлення діагнозу.

Не зважаючи на це, сьогодні не існує єдиного визначеного алгоритму діагностики та допомоги таким чоловікам. Зараз наука рухається у напрямку запровадження та розробки певних методів для діагностики та ведення чоловіків з синдромом малого статевого члена. На сьогодні, основний масив наукових робіт зосереджений на дослідженні методик збільшення статевого органа та оцінці їх можливостей по покращенню антропометричних даних. Натомість, лише невелика частина з них оцінює психоемоційну сторону, при чому, більшість з них не використовує валідовані шкали, а користується простими аналоговими.

Тому, задачею нашого дослідження є вибір та розробка оптимального втручання для корекції зовнішнього вигляду статевого члена. Доведення їх ефективності та обґрунтування доцільності виконання. Розробка алгоритму діагностики чоловіків з синдромом малого статевого члена використовуючи валідовані шкали та тести, метою якого є покращення психосексуального стану таких пацієнтів.

Це двоцентрове клінічне дослідження серії кейсів, в якому взяли участь 62 чоловіки, що незадоволені розмірами свого статевого члена (синдромом малого статевого члена) і звернулися за корекцією зовнішнього вигляду статевого члена. Період спостереження за всіма пацієнтами тривав 3 місяці. Досліджуваних було розділено на дві групи у залежності від виконаного втручання. Першу групу склав 31 чоловік котрим проведено пересічення підвішуючої зв'язки статевого члена (лігаментотомію). До другої групи потрапили теж 31 чоловік, котрим було виконано ін'єкційне збільшення статевого члена філлерами. Дослідження було виконано по схемі "до та після". Вимірювання та анкетування проводилися до втручання та через три місяці після втручання у обох групах. Для проведення оцінки психосексуального стану у даному науковому дослідженні було використано анкети як основний інструмент збору даних. Також, проводились антропометричні заміри: довжини статевого члена, товщини стовбура та голівки статевого члена.

У першій групі середнє збільшення довжини статевого члена після операції становило 2.8 ± 0.74 см, що представляє собою зростання на 33.3%. Загальне покращення середнього загального балу опитувальника SEAR становить 13.7 ± 3.04 бала, або 24.1%.

У другій групі середнє збільшення товщини стовбура становило 1.8 ± 0.42 см (або 18.9% збільшення від початкового показника), а для голівки статевого члена - 1.7 ± 0.48 см (або 17.5% збільшення від початкового показника). Покращення середнього загального балу опитувальника SEAR становить 17.2 ± 3.7 бали або 28.8%.

Зробивши порівняльний аналіз цих двох методів, ми можемо визначити, що кращий середній результат спостерігається в групі, де проводилось ін'єкційне збільшення статевого члена. Тут ми бачимо більш значне покращення, 28.8% проти 24.1% у порівнянні з групою, де використовувалася хірургічна корекція.

Ми не виявили статистично значущої кореляції між збільшенням обхвату стовбура, голівки, довжини статевого члена та показниками психосексуальної задоволеності. Цей результат вказує на те, що показник збільшення абсолютного розміру статевого члена (виражений у сантиметрах) не має пропорційного впливу на кількість набраних балів в анкеті SEAR, а отже, на загальний рівень задоволення учасників опитування.

Отже, результатами даного дослідження є:

1. Доведено, що ін'єкційні та хірургічні методи збільшення дійсно дають значимий ефект, що виражається у суттєвому покращенні антропометричних показників.
2. Розроблено та застосовано модифіковану методику оперативного розсічення підвішуючої зв'язки статевого члена.
3. Встановлено залежність психосексуального стану чоловіків від вигляду статевого члена до та після втручання.

4. Розроблено та випробувано новий метод, який дає можливість розрахувати очікувані зміни у розмірі статевого члена після процедури ін'єкційної корекції за допомогою філерів.

5. Розроблено алгоритм адекватного застосування методів естетичної корекції статевого члена, який підтвердив свою ефективність під час експериментів.

6. Доведено безпечність естетичної корекції статевого члена за допомогою лігаментотомії та ін'єкційного введення гіалуронової кислоти. Визначено переваги методу ін'єкційного збільшення статевого члена.

Ключові слова: статевий член, збільшення члена, синдром малого статевого члена, гіалуронова кислота, лігаментотомія, психологічний стан, фаллопластика, потовщення статевого члена, подовження статевого члена, хірургічне лікування, репродуктивне здоров'я

ANNOTATION

Notsek M.S. “Optimization of male genitalia aesthetic correction methods as a way of controlling the psychosexual state of the patient”. – Qualifying scientific work on manuscript rights.

Dissertation for obtaining the degree of Doctor of Philosophy in the field of knowledge 22 "Health care", specialty 222 "Medicine" (specialization "urology") - State Institution of Science “Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine” State Administrative Department. Kyiv, 2023.

The dissertation was aimed at identifying opportunities and ways to help men who are concerned about the appearance of the penis with the help of methods of aesthetic correction of the penis. The dependence of men's satisfaction with their sexual life on the size of the penis before and after surgery was established. Algorithms for the adequate use of methods of aesthetic correction of the male genitalia have been developed. The criteria for the feasibility of aesthetic correction of the genitals in men with small penis syndrome are determined. The relevance of this goal is due to the increase in the number of requests for these interventions among patients in recent years and the emergence of new less invasive methods of penis correction.

The scientific novelty of the study

For the first time in Ukraine, the latest methods of aesthetic correction of the penis were applied. The effectiveness of these methods was proved. A comparison with the most commonly used methods was made.

For the first time, the effect of aesthetic correction of the penis on the patient's psychosexual state was studied, which will improve the results of medical care for men with small penis syndrome. Validated scales were used to assess the psychosexual state, in contrast to the already available studies.

For the first time, the small penis syndrome was considered from a clinical point of view. A sequence of actions was created to help patients with small penis syndrome.

Main content and results

Male penis enlargement surgeries are steadily occupying a niche among plastic surgery procedures worldwide. According to the International Society of Aesthetic Plastic Surgery, more than 1100,000 penis enlargement surgeries are performed annually worldwide as of 2022 (available at <http://www.isaps.org>). The absolute number of such interventions is growing every year. Interventions to improve the aesthetics of the male genitalia are constantly evolving and improving, becoming safer.

There is some uncertainty among scientists about the appropriateness of such interventions for certain categories of patients. One of these categories is men who are dissatisfied with the size of their penis, but their penis is of normal size. There is a certain difficulty in diagnosing such patients and establishing the correct diagnosis. At this stage, most leading scientists have concluded that such men should be divided into two groups: those with small penis syndrome and those with penile dysmorphism. Several scales for assessment and diagnosis have been developed and validated.

Despite this, there is currently no single defined algorithm for diagnosing and treatment for such men. Science is now moving towards the introduction and development of certain methods for the diagnosis and management of men with small penis syndrome. To date, the bulk of scientific work has focused on studying penis enlargement techniques and evaluating their ability to improve anthropometric data. However, only a small part of them evaluate the psycho-emotional side, and most of them do not use validated scales, but rather simple analogue ones.

Therefore, our study aims to select and develop an optimal intervention for correcting the appearance of the penis. Prove their effectiveness and justify the feasibility of implementation. To develop an algorithm for diagnosing men with

small penis syndrome using validated scales and tests, which aims to improve the psychosexual state of such patients.

This is a double-centre case series clinical study involving 62 men who were dissatisfied with the size of their penis (small penis syndrome) and request correction of the penis shape. The observation period for all patients lasted 3 months. The subjects were divided into two groups depending on the intervention performed. The first group consisted of 31 men who underwent division of the penile suspensory ligament (ligamentolysis). The second group also included 31 men who underwent injectable penis augmentation with fillers. The study was performed according to the "before and after" scheme. Measurements and questionnaires were taken before the intervention and three months after the intervention in both groups. In order to assess psychosexual well-being, this study used questionnaires as the main data collection tool. Anthropometric measurements were also taken: penile length, shaft and glans of penis girth.

The mean increase in penile length after surgery was 2.8 ± 0.74 cm, which represents an increase of 33.3%, in the first group. The overall improvement in the mean total SEAR score was 13.7 ± 3.04 points, or 24.1%.

The mean increase in shaft girth was 1.8 ± 0.42 cm (or 18.9% increase from baseline), and for the glans of the penis, 1.7 ± 0.48 cm (or 17.5% increase from baseline), in the second group. The improvement in the mean total score of the SEAR questionnaire is 17.2 ± 3.7 points or 28.8%.

Comparative analysis of these two methods determines that the best average result is observed in the group where injectable penis enlargement was performed. We see a more significant improvement, 28.8% versus 24.1% compared to the group that used surgical correction.

We did not find a statistically significant correlation between increases in shaft, glans girth, penile length and psychosexual satisfaction scores. This result indicates that the increase in absolute penis size (expressed in centimetres) does not have a proportional impact on the number of points scored on the SEAR

questionnaire and, therefore, on the overall level of satisfaction of the survey participants.

Thus, the results of this study are:

1. It has been proven that injectable and surgical methods of augmentation do have a significant effect, which is reflected in a significant improvement in anthropometric indicators.

2. A modified technique for surgical division of the penile suspensory ligament was developed and applied.

3. The dependence of the psychosexual state of men on the appearance of the penis before and after the intervention was established.

4. A new method that makes it possible to calculate the expected changes in penis size after the injection penile augmentation procedure using fillers has been developed and tested.

5. An algorithm for the adequate use of methods of aesthetic correction of the penis, which has proven its effectiveness during experiments, has been developed.

6. The safety of aesthetic correction of the penis by ligamentolysis and injection of hyaluronic acid has been proved. The advantages of the method of injectable penis enlargement are determined.

Keywords: penis, penis enlargement, small penis syndrome, hyaluronic acid, ligamentolysis, psychological state, phalloplasty, penis girth enlargement, penis lengthening, surgical treatment, reproductive health

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких відображено основні наукові результати дослідження

1. Boiko MI, Notsek MS, Boiko OM (2023) The Efficacy of Injection Penile Girth Enhancement as an Option for Small Penis Syndrome Management. Aesthetic

Surg J 00:1–8 (Дисертантом зібрано матеріал, проаналізовано літературні джерела з проблеми, висновки сформульовані спільно з керівником, підготовлено матеріали до друку).

2. Boiko MI, Notsek MS, Boiko OM, Chernokulskyi IS (2022) Penis Enlargement by Penile Suspensory Ligament Division with Cross-Plasty of the Skin. Turkish J Urol 48:91–97 (Дисертантом зібрано матеріал, проаналізовано літературні джерела з проблеми, висновки сформульовані спільно з керівником, підготовлено матеріали до друку).

3. Boiko MI, Notsek MS (2021) Injection methods of penis enlargement. Reprod Endocrinol 3:110–115 (Дисертантом зібрано матеріал, проаналізовано літературні джерела з проблеми, висновки сформульовані спільно з керівником, підготовлено матеріали до друку).

Наукові праці, які засвідчують апробацію результатів дослідження

1. Boiko M, Notsek M (2023) (54) Managing small penis syndrome using filler injection for penile augmentation. J Sex Med. <https://doi.org/10.1093/JSXMED/QDAD062.107>

2. Ноцек МС, Бойко МІ (2021) Корекція синдрому малого статевого члена хірургічним шляхом. X МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України» 65

3. Boiko M, Notsek M (2020) P-02-72 Injectable Poly-L-Lactic Acid Mixed With Hyaluronic Acid for Penile Enlargement. J Sex Med. <https://doi.org/10.1016/J.J>

4. Бойко МІ, Ноцек МС (2020) Збільшення статевого члена шляхом ін'єкційного введення суміші полімолочної та гіалуронової кислоти. Urologiya 24:251–252

*Наукові праці, які додатково відображають наукові результати
дисертації*

1. Бойко М.І., Ноцек М.С.; Державна наукова установа "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини" Державного Управління справами, володілець. Тест-система для визначення довжини окружності тіла статевого члена при введенні філера. Україна 147422. 05.05.2021

2. Бойко М.І., Ноцек М.С.; Спосіб визначення довжини окружності тіла статевого члена при введенні філера. Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я. Галузеве нововведення, Реєстр. № 158/8/22, Київ-2022, Випуск 8:188

ЗМІСТ

ВСТУП	15
РОЗДІЛ 1: ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	22
1.1 ІСТОРИЧНЕ ПІДГРУНТЯ	22
1.2 АНТРОПОМЕТРИЧНІ ПАРАМЕТРИ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА.....	24
1.3 ПОКАЗИ ДО ЗБІЛЬШЕННЯ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА	26
1.4 МЕТОДИ ЗБІЛЬШЕННЯ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА	31
<i>1.4.1 Класифікація методів збільшення.....</i>	<i>31</i>
<i>1.4.2 Медикаментозні методи збільшення статевого прутня</i>	<i>32</i>
<i>1.4.3 Механічні методи збільшення статевого прутня</i>	<i>35</i>
1.5 ПІДСУМКИ ЛІТЕРАТУРНОГО ПОШУКУ	37
РОЗДІЛ 2: МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.....	39
2.1 ПАЦІЄНТИ ТА ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ.....	39
2.2 ОСОБЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ СИНДРОМУ МАЛОГО СТАТЕВОГО ЧЛЕНА	41
2.3 МЕТОДИ ОЦІНКИ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО СТАНУ	42
2.4 МЕТОДИКА ЗБОРУ АНТРОПОМЕТРИЧНИХ ДАНИХ	44
2.5 МЕТОДИ СТАТИСТИЧНОГО АНАЛІЗУ	44
РОЗДІЛ 3: ОПЕРАТИВНЕ ЗБІЛЬШЕННЯ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА.....	45
3.1 ХАРАКТЕРИСТИКА ХІРУРГІЧНИХ МЕТОДІВ ЗБІЛЬШЕННЯ СТАТЕВОГО ПРУТНЯ	45
3.1 ПРОТОКОЛ ВИКОНАННЯ ЛІГАМЕНТОТОМІЇ.....	51
3.2 РЕЗУЛЬТАТИ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ	54
3.3 ВПЛИВ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ НА ПСИХОСЕКСУАЛЬНИЙ СТАН ПАЦІЄНТІВ.....	56
3.4 ОПИС ТИПОВИХ КЛІНІЧНИХ ВИПАДКІВ ПАЦІЄНТІВ, ЯКИМ ПРОВОДИЛОСЬ ОПЕРАТИВНЕ ВТРУЧАННЯ	58
РОЗДІЛ 4: ІН'ЄКЦІЙНЕ ЗБІЛЬШЕННЯ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА	72
4.1 ХАРАКТЕРИСТИКА ІН'ЄКЦІЙНИХ МЕТОДІВ ЗБІЛЬШЕННЯ СТАТЕВОГО ПРУТНЯ	72

	14
4.2 ПРОТОКОЛ ПРОВЕДЕННЯ ІН'ЄКЦІЙНОГО ЗБІЛЬШЕННЯ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА	75
4.3 ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЗУЛЬТАТУ МАНПУЛЯЦІЇ	77
4.4 РЕЗУЛЬТАТИ ІН'ЄКЦІЙНОГО ЗБІЛЬШЕННЯ	79
4.5 ВПЛИВ ІН'ЄКЦІЙНОГО ЗБІЛЬШЕННЯ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА НА ПСИХОСЕКСУАЛЬНИЙ СТАН ПАЦІЄНТІВ	82
4.6 ОПИС ТИПОВИХ КЛІНІЧНИХ ВИПАДКІВ ПАЦІЄНТІВ, ЯКИМ ПРОВОДИЛОСЬ ІН'ЄКЦІЙНЕ ЗБІЛЬШЕННЯ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА.....	84
РОЗДІЛ 5: АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ	98
5.1 АНАЛІЗ ТА ПОРІВНЯННЯ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ КОРЕКЦІЇ СИНДРОМУ МАЛОГО СТАТЕВОГО ЧЛЕНА ОПЕРАТИВНИМ ТА ІН'ЄКЦІЙНИМ ШЛЯХОМ.....	98
5.2 УЗАГАЛЬНЕННЯ ТА ОБГОВОРЕННЯ	101
ВИСНОВКИ.....	112
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	114
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	115
ДОДАТКИ	132

ВСТУП

Актуальність теми. У давні часи статевий член відігравав важливу символічну роль в багатьох культурах. У первісних суспільствах фізична сила та розмір тіла чоловіків вважалися ознаками їхньої влади та статусу. Статевий член як чоловічий статевий орган уособлював репродуктивну здатність, силу та авторитет. Чим більшим був статевий член, тим вищим вважався статус чоловіка. Тому розмір статевого члена часто використовувався для поділу чоловіків на соціальні групи та клани.

У статевий член також вкладалися певні психологічні якості. Великий розмір асоціювався з мужністю, впевненістю, сексуальною привабливістю. Натомість малі статеві органи вважалися ознакою слабкості та жіночності. Тому чоловіки прагнули демонструвати розмір свого статевого члена як доказ маскулінності.

У багатьох культурах, зокрема єгипетській, грецькій, римській, статевий член зображували у вигляді символів, оберегів, скульптур. Це було пов'язано з культом фалоса - шануванням чоловічих статевих органів та їхньої сили. Зображення фалосів виконували магічну функцію, вважалося, що вони приносять родючість, захищають від злих сил.

Отож, культ фалоса, який зародився у первісних суспільствах, засвідчує важливу роль, яку відігравав статевий член у символіці маскулінності та влади. Його розмір слугував маркером чоловічого статусу та наділявся магічними властивостями. Це породило численні зображення та символи, пов'язані з шануванням чоловічих статевих органів.

З часом змінились погляди, світогляд, цінності, освіта та культура. Але як і колись, кожна людина прагне до лідерства. Незважаючи на те, що приблизно 85% жінок задоволені розмірами прутня свого партнера, майже половина опитаних чоловіків повідомляють, що задумувались про збільшення статевого члена. Тому тема аугментаційної фалопластики не втрачає своєї актуальності і сьогодні. Вирішення цього питання лежить на перетині таких

спеціальностей, як урологія, андрологія, психологія та пластична хірургія, що не тільки породжує багато дискусій у науковій літературі, а й стимулює появу нових ефективних методик збільшення.

У наш час чоловіки часто відчують потребу збільшити свій статевий член, щоб підвищити самооцінку, задовольнити і вразити свою партнерку, виглядати краще за інших (синдром роздягальні). Так, набагато частіше чоловіки з нормальними розмірами статевих органів звертаються за збільшенням статевого члена, ніж чоловіки з дійсно маленькими статевими органами. Ця незадоволеність називається синдромом малого статевого члена. Такі чоловіки не страждають від сильного дискомфорту в повсякденному та сексуальному житті. Вони також мають нормальне лібідо, але відчують меншу сексуальну задоволеність під час статевого акту. Більше того, як відомо з літератури, чоловіки з синдромом малого статевого члена отримують більше сексуального задоволення після збільшення статевого члена.

Останніми роками маніпуляції зі збільшення статевого члена стають все більш популярними і проводяться за бажанням пацієнта. Хірургічні методи, поряд з нехірургічними, стають все більш поширеними, особливо в приватних установах. Однак, ці процедури все ще не стандартизовані, що призводить до розмаїття таких процедур з непереконаливими і погано задокументованими результатами. В літературі не існує стандартного підходу до ведення та спостереження пацієнтів, які звертаються за процедурою збільшення статевого члена, а методи збільшення статевого члена є суперечливими. Сучасні методи хірургічного подовження не завжди дають хороші результати і мають певні недоліки. Наразі для збільшення статевого члена найчастіше використовують метод розсічення підвішуючого апарату статевого члена (лігаментотомія) у поєднанні з шкірною пластикою. Її недоліками є висока ймовірність деформації рубця і виникнення ретракції статевого члена, недостатній косметичний ефект і, як наслідок, низька задоволеність пацієнта результатом операції. Водночас, популярності набувають ін'єкційні методики, котрі позбавлені деяких з цих недоліків.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційна робота є фрагментом планової науково-дослідної роботи ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС «Оптимізація надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги хірургічного профілю на принципах «хірургії швидкого шляху» при окремих захворюваннях щитоподібної та при щитоподібних залоз, носоглотки, внутрішніх і репродуктивних органів, черевної стінки, судин і суглобів, зокрема з використанням атомно-силової мікроскопії та із застосуванням методу преламінації для обробки імплантатів», державний реєстраційний номер 0119U001046 (ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС) з терміном виконання: січень 2019 р. – грудень 2021 р. та «Оптимізація хірургічного лікування хворих за мультимодальною програмою швидкого відновлення на основі удосконалення малоінвазивних оперативних втручань, зокрема із застосуванням нанобіосенсорних технологій та їх анестезіологічного забезпечення», державний реєстраційний номер 0122U000233 (ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС), термін виконання – січень 2022 р. – грудень 2024 р.

Мета дослідження. Підвищення ефективності естетичної корекції статевого члена та контроль психосексуального стану шляхом оптимізації методики лікування та обстеження чоловіків, що занепокоєні виглядом статевого члена.

Завдання дослідження:

1. Розробити методику інтегративної оцінки результатів естетичної корекції статевого члена;
2. Розробити методику збільшення статевого члена.
3. Встановити залежність психосексуального стану чоловіків від розміру статевого члена до та після втручання;
4. Визначити ефективність, можливості, межі та наслідки естетичної корекції статевого члена оперативним та ін'єкційним методами;
5. Розробити алгоритми адекватного застосування методів естетичної корекції статевого члена.

Об'єкт дослідження. Чоловіки, занепокоєні виглядом статевого органа.

Предмет дослідження. Результати естетичної корекції статевого члена оперативним та ін'єкційним шляхом. Результати анкетування.

Методи дослідження:

1. Аналіз анамнестичних даних: загальний та спеціальний (сексуальний) анамнез.

2. Клінічне обстеження: огляд, пальпація, передопераційні обстеження.

3. Збір антропометричних показників: довжина, окружність стовбура статевого члена, окружність корони голівки статевого члена.

4. Анкетування: шкала скринінгу косметичних процедур для пенільної дисморфофобії (COPS-P), використовували для виявлення пацієнтів з пенільною дисморфофобією та диференціації їх від пацієнтів з синдромом малого статевого члена; міжнародний індекс еректильної функції - 5 (МІЕФ-5) використовувався для оцінки ступеня еректильної дисфункції; анкета для визначення самооцінки та оцінки стосунків (SEAR) використовувалася для оцінки рівня дистресу в соціальній, сексуальній та інших сферах життєдіяльності пацієнтів з синдромом малого статевого члена до та після втручання.

5. Статистичні методи: для оцінки придатності до нормального розподілу використовували тест Шапіро-Уїлка; для всіх величин, які мають нормальний розподіл, для оцінки відмінностей між двома масивами використовувався параметричний метод - t-критерій Стюдента для парних вибірок; в інших випадках, коли вибірки були непараметричними, використовувався критерій Вілкоксона; кореляція перевірялася за допомогою коефіцієнта рангової кореляції Спірмена.

Наукова новизна дослідження. Було покращено існуючі методи естетичної корекції статевого члена та були отримані дані результатів новітніх способів. Проаналізовано та доведено ефективність даних методів. Проведене порівняння з найчастіше уживаними методами.

Вперше був вивчений вплив естетичної корекції статевого члена на психосексуальний стан пацієнта, що дало можливість поліпшити результати

медичної допомоги чоловікам з синдромом малого статевого члена. На відміну від вже доступних досліджень для оцінки психосексуального стану були використані валідовані шкали.

Вперше було розглянуто синдром малого статевого члена з клінічної точки зору. Створено послідовність дій для допомоги пацієнтам, що занепокоєні зовнішнім виглядом статевого органа.

Практичне значення одержаних результатів. Проведене дослідження дає змогу підвищити ефективність лікування пацієнтів, що занепокоєні зовнішнім виглядом статевого органа. Послідовне дотримання всіх пунктів алгоритму ведення таких чоловіків дозволяє пришвидшити та покращити якість надання допомоги, покращити психологічний стан пацієнта.

На основі даної роботи розроблено та впроваджено спосіб визначення майбутнього збільшення окружності тіла статевого члена при введенні філера (патент на корисну модель UA 147422 U МПК (2021.01) A61B 17/00 A61M 1/00 від 05.05.2021). Дану інновацію впроваджено у роботу приватної клініки «Андроцентр» (Додаток А).

Особистий внесок здобувача. Дисертантом разом з науковим керівником було обрано тему дисертаційного дослідження, складено план та розроблено схему й основні етапи виконання роботи.

Дисертантом проведений інформаційно-патентний пошук літератури з досліджуваної проблематики, визначено актуальність, мету та завдання дослідження. Разом з науковим керівником розроблено та складено дизайн дослідження, сформовано групи. Дисертантом здійснена клінічна частина роботи, проведено втручання у 45% піддослідних. Упродовж всього дослідження надавалась лікувально-профілактична допомога пацієнтам.

Дисертантом самостійно проаналізовані усі отримані дані та результати дослідження, написані розділи дисертації, проведений аналіз та сортування даних, сформовано висновки та практичні рекомендації. Автором та науковим керівником здійснено впровадження результатів та розробок наукових досліджень у клінічну практику.

Здобувачем та науковим керівником підготовлено виступи на наукових конференціях та конгресах, опубліковані наукові статті та тези. Власними силами підготовлені та оформлені матеріали до друку, здійснено літературне редагування дисертації.

Дисертаційна робота виконувалась на базі Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертації представлені та обговорені на Науково-практичній конференції «Сучасні методи діагностики та лікування в урології, андрології та онкоурології»: «Збільшення статевого члена шляхом ін'єкційного введення суміші полімолочної та гіалуронової кислоти» (Дніпро, 22-23 жовтня 2020 р.); 22nd congress of the European Society for Sexual Medicine: “Injectable poly-L-lactic acid mixed with hyaluronic acid for penile enlargement” (Прага, Чехія, 23-25 січня 2020 р.); X міжнародний медичний конгрес «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України»: «Корекція синдрому малого статевого члена хірургічним шляхом» (Київ, 25-27 травня 2021 р.); Науково-практична онлайн конференція «Чоловіче здоров'я. Репродукція»: «Ін'єкційні методи збільшення статевого члена» (Київ, 23 лютого 2022 р.); 23rd congress of the European Society for Sexual Medicine: «Managing small penis syndrome using filler injection for penile augmentation» (Роттердам, Нідерланди, 16-18 лютого 2023 р.)

Впровадження результатів дослідження в практику. Результати дослідження впроваджені в клінічну практику Хірургічного відділення Центру стаціонарної допомоги Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами,

Академічна доброчесність та питання текстових запозичень. Згідно статті 42 Закону України “Про освіту” від 05.09.2017 (№ 2145-VIII) здобувач в своїй дисертаційній роботі дотримувався академічної доброчесності, що

підтвердила Комісія з питань біоетичної експертизи та етики наукових досліджень при ДНУ “НПЦ ПКМ” ДУС (Протокол засідання № 06 від 20.10.2023). Також була проведена перевірка файлу дисертації програмним забезпеченням Unichesk щодо текстових запозичень (Довідка № 17/2023 від 01.11.2023).

Публікації. За матеріалами дисертації в наукових спеціалізованих виданнях опубліковано 7 наукових праць, зокрема 1 – в Українському науковому фаховому виданні, затвердженому МОН України та індексованому у міжнародних наукометричних базах SCOPUS та Web of Science; 1 стаття американському журналі, що належить до 1 квартиля та індексований у міжнародних наукометричних базах SCOPUS та Web of Science; 1 стаття у турецькому журналі, що належить до 3 квартиля та індексований у міжнародних наукометричних базах SCOPUS та Web of Science.

Обсяг та структура дисертації. Дисертація викладена на 149 сторінках і складається із вступу, огляду літератури, розділу матеріалів та методів дослідження, 2-х розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, 8-ми додатків. Дисертація ілюстрована 4-ма таблицями та 16-ма рисунками. Список літератури містить 168 джерел, із них 159 латиницею та 9 кирилицею.

РОЗДІЛ 1: ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1 Історичне підґрунтя

Питання розмірів чоловічого статевого органа є предметом вивчення та обговорення вже протягом довгого періоду історії. В даному контексті можна спостерігати еволюцію сприйняття та значення цього атрибуту у суспільстві. У первісному суспільстві, де важливими були розміри тіла, фізична сила і плодючість (символом якої був статевий орган), особливу увагу приділяли антропометричним характеристикам статевого члена. Великий розмір статевого органа і його ефективна робота розглядалися як показники мужності і сили, що робили їх власника впливовою фігурою в рамках свого клану чи спільноти. Статевий орган наділявся соціальними та психологічними властивостями, які були надзвичайною вагомими.

Саме ця асоціація між величезними і добре функціонуючими чоловічими геніталіями і мужністю стала основою для формування своєрідного культу фалоса або фалоцентризму [1–4]. В історії зафіксовані приклади давньогрецького захоплення фалосом, зокрема згадується про "золотий фалос" довжиною 180 футів у записях Калліксена Родоського, які дійшли до нас з 275 року до нашої ери. Фалос був увінчаний золотим початком і носився вулицями під співи і цитування поем на його честь у час проведення фестивалю в Александрії [2].

Важливо також зазначити, що історія включає в себе різні способи намагання подовжити статевий орган. Це включає в себе практики, такі як підвішування вантажу до органа (зображено на Рис. 1.1), які застосовувалися вже з підліткового віку, наприклад, у чоловіків племені Садха в Індії, а також екзотичні методи, такі як збільшення статевого органа у чоловіків бразильського племені Топінама в XVI столітті, здійснене шляхом укусу отруйної змії [3].

Kelley та Eraklis [5] уперше задокументували вдало проведене хірургічне збільшення статевого члена у 1971 році для лікування мікропеніса у дітей. Після чого доросле населення звернуло увагу на цю процедуру в естетичних та психологічних цілях, на зразок того, як це трапилось з аугментаційною маммопластикою у жінок.

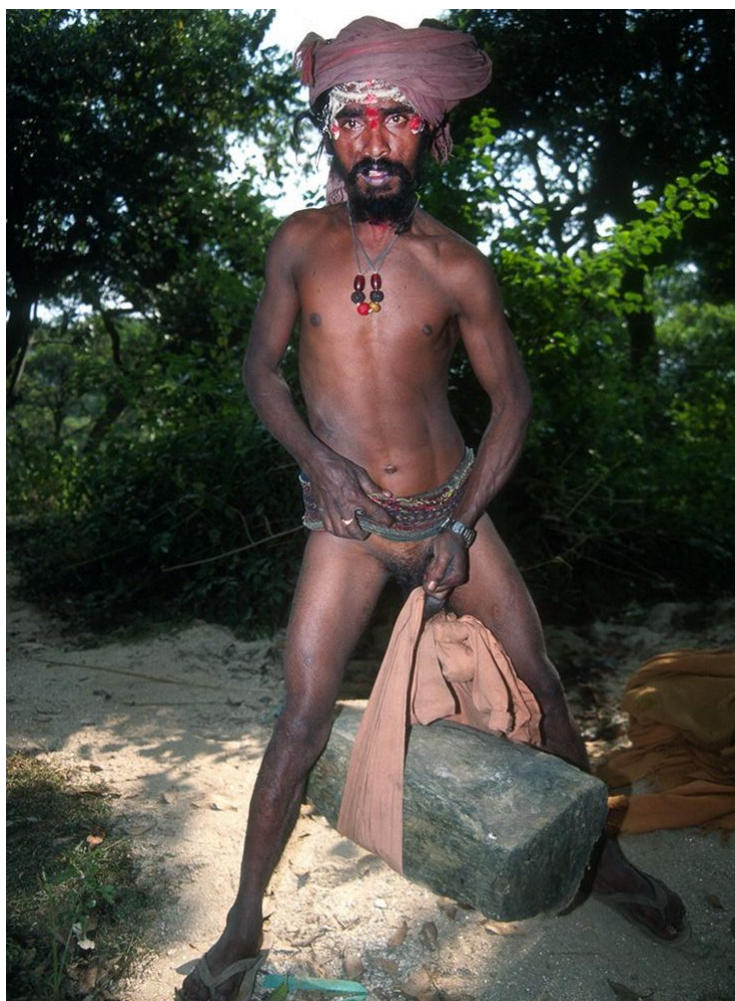


Рис. 1.1 - Видовження члена за допомогою підвішування вантажу.

З часом змінились погляди, світогляд, цінності, освіта та культура. Але як і колись, кожна людина прагне до лідерства. Незважаючи на те, що приблизно 85% жінок задоволені розмірами прутня свого партнера, майже половина опитаних чоловіків повідомляють, що задумувались про збільшення статевого члена [6–10]. Тому питання аугментаційної фалопластики не втрачає своєї актуальності і сьогодні [1, 4, 10–12].

1.2 Антропометричні параметри статевого члена

Починаючи з восьмого тижня гестації, природні механізми розвитку людських статевих органів починають активно функціонувати, і одну з ключових ролей у цьому процесі відіграють материнські плацентарні гонадотропіни. Ці гормони, виділені материнською плацентою, починають стимулювати розвиток спеціалізованих клітин Лейдіга, які розташовані у прошарках сполучної тканини між звивистими сім'яними каналцями яєчка. Ці клітини виробляють тестостерон, гормон важливий для розвитку чоловічих статевих органів, виконують важливу роль у формуванні фізіологічних рис і функцій чоловічого організму [12, 13].

Слід зазначити, що розвиток зовнішніх статевих органів у чоловіків напряму залежить від конвертації тестостерону в активний дигідротестостерон, що є ключовим фактором у формуванні зовнішніх статевих органів [12]. Збільшення розмірів цих органів в процесі гестації відповідає загальному темпу росту плоду та включає в себе збільшення довжини статевого члена. Ця довжина збільшується на приблизно 2 см починаючи у період з 14-го тижня і до народження [12, 14].

Дуже важливо враховувати, що розвиток та збільшення розмірів статевого члена в матці цілком залежить від андрогенів, що виробляються самим плодом. Будь-які зміни чи порушення, які можуть спричинити гіпогонадізм внутрішньоутробно чи інші аномалії внутрішніх механізмів, можуть призвести до недостатнього розвитку статевого члена. Це може мати серйозні наслідки, включаючи природжений або так званий "справжній" мікропеніс [12, 14, 15].

Точне вимірювання розміру статевого члена має важливе практичне, клінічне та наукове значення. Незважаючи на відсутність єдиної стандартної методики вимірювання розміру статевого члена, деякі загальні принципи вимірювання були запропоновані дослідниками. Наприклад, довжину статевого члена можна вимірювати гнучкою сантиметровою стрічкою вздовж

дорсальної поверхні органу, починаючи від пубопенільного з'єднання і закінчуючи кінчиком голівки (меатусом) [1, 16]. Товщиною статевго прутня вважається довжина окружності сагітального зрізу (обхват). Вимірювання обхвату слід проводити також сантиметровою стрічкою по середині тіла члена однаково у всіх трьох станах [1, 17].

Довжина розтягнутого фалоса корелює з довжиною у ерегованому стані. З наукових джерел відомо, що у середньому, довжина ерегованого члена на 10% більша його довжини у розтягнутому стані [11, 12, 16, 18]. Для точної клінічної оцінки розміри статевго органа повинні бути виміряні лікарем. Цікаво, що дослідження також вказують на психологічний аспект відносно розміру статевго члена. Виявлено, що чоловіки, які задоволені своєю довжиною статевго члена, зазвичай переоцінюють свої розміри, тоді як ті, хто незадоволені, частіше схильні недооцінювати їх [19].

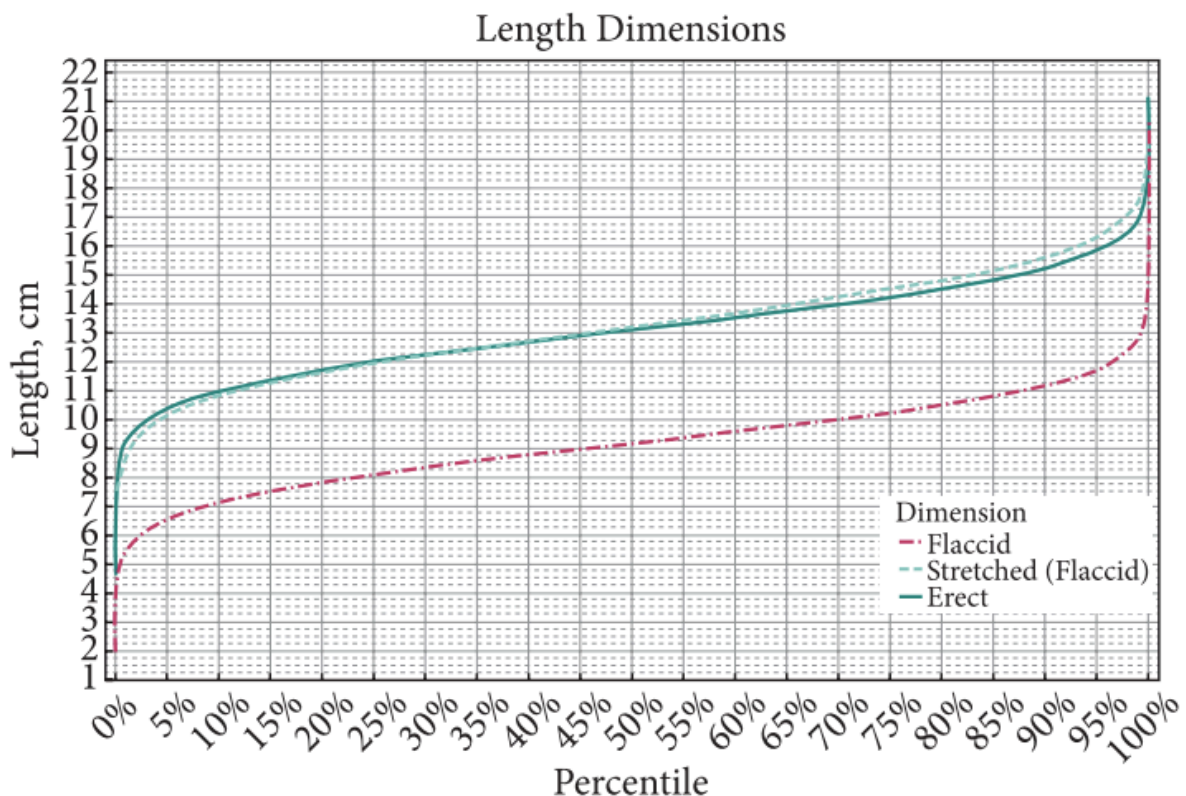


Рис. 1.2 - Номограма довжини статевго члена у спокійному, розтягнутому та ерегованому стані [17].

З погляду статистики, розмір статевго члена розглядається як нормальний, якщо його розповсюдженість у популяції не виходить за межі двох стандартних відхилень від середнього значення, що складає 75% [12, 17, 20]. Навіть для недоношених дітей, які народжуються між 24-м і 36-м тижнем вагітності, можна обчислити нормальні значення за допомогою спеціальної формули: $(0,16 \times \text{кількість тижнів гестації}) - 2,27$ [21]. Середня довжина статевго члена дорослого чоловіка в ерегovanому стані, згідно з більшістю досліджень, знаходиться в межах 12-18 см, а товщина (окружність) – 9,5-13,5 см. У спокійному стані нормальна довжина становить від 7,5 до 11 см, а товщина (окружність) – від 7 до 10 см [17] (див. Рис. 1.2, 1.3).

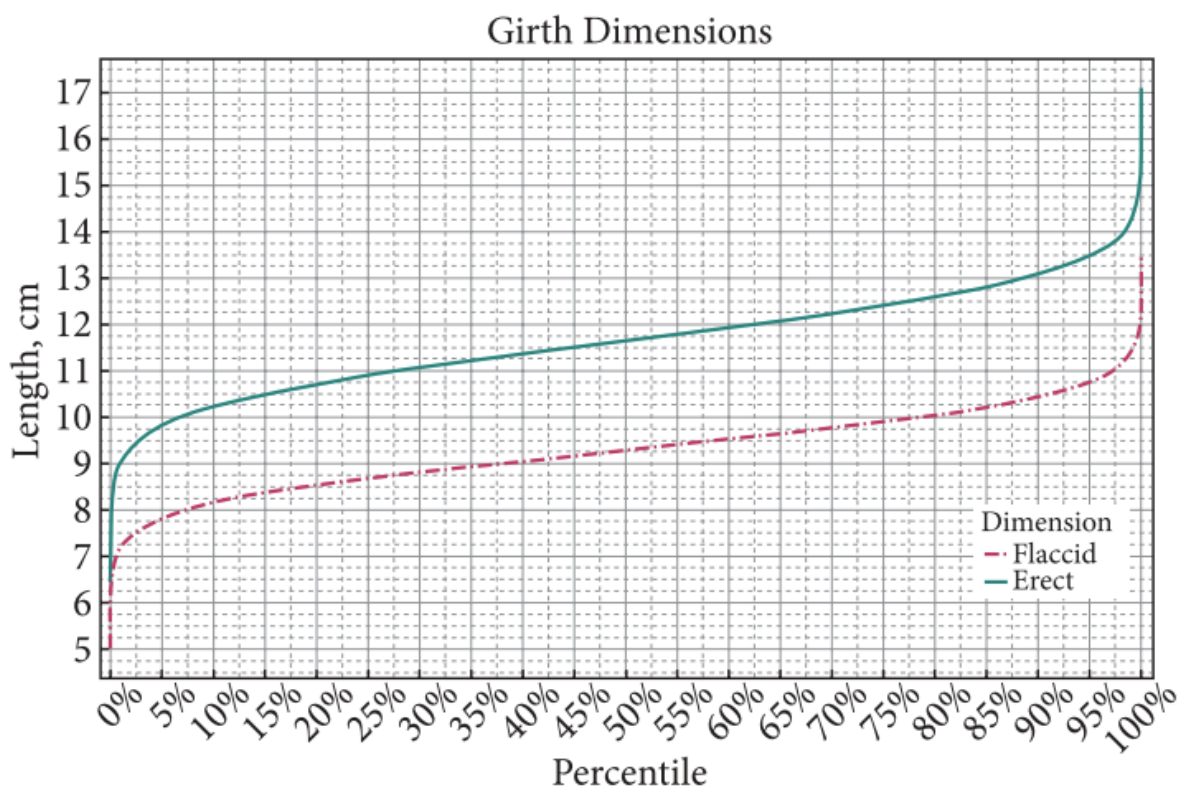


Рис. 1.3 - Номограма товщини статевго члена у спокійному та ерегovanому стані [17]

1.3 Покази до збільшення статевго члена

Стани при яких спостерігається зменшення члена. Зменшення статевого члена - явище, пов'язане з певними медичними та хірургічними станами. До них належать хворі на рак передміхурової залози, яким виконано радикальну простатектомію, хворобу Пейроні та вроджені аномалії.

Було проведено кілька досліджень, які оцінювали довжину статевого члена після радикальної позадулобкової простатектомії [22, 23]. Вони показали значиме вкорочення фалоса у спокійному та розтягнутому стані. Однак існують свідчення, що зменшення статевого члена не обмежується хірургічним методом лікування раку передміхурової залози. Haliloglu та ін. [24] продемонстрували зменшення статевого члена у чоловіків, які отримували комбіновану андрогенсупресивну та променеви терапію.

Наступна етіологія зменшення статевого члена - хвороба Пейроні. Важливо зазначити, що сам патологічний процес хвороби, сам метод оперативного втручання, так і рубцювання після операції можуть спричинити зменшення довжини статевого члена [25].

Існують також деякі докази того, що еректильна дисфункція може бути незалежним фактором ризику вкорочення прутня. Awwad та ін. [26] досліджували розмір статевого члена у нормальних дорослих йорданських чоловіків та у чоловіків з еректильною дисфункцією. Було встановлено, статистично значиме зменшення як довжини у спокої, так і довжини розтягнутого статевого члена.

Окрім хвороб, на довжину статевого члена можуть впливати вікові зміни в організмі. З віком відбувається зниження рівня тестостерону, що призводить до атрофії кавернозних тілець та зменшення їх еластичності. Внаслідок цього статевий член може дещо вкорочуватися.

Класифікація станів при яких спостерігається вкорочення статевого члена [27]

Вроджене недорозвинення статевого члена

Істинне:

Мікропеніс

Епіспадія

Гіпоспадія

Відносно:

Перетинчастий статевий член

Ретрактильний статевий член

Набуте зменшення статевого члена

Істинне:

Хвороба Пейроні

Кавернозний фіброз

Наслідки травм

Олеогранульома

Відносно:

Прихований статевий член

Мікропеніс. Уперше термін "мікропеніс" було вжито у науковому контексті в роботі авторів Schonfeld та Beebe [28]. Дана дослідницька праця присвячена аналізу довжини статевого члена у залежності від віку [21]. Справжній мікропеніс визначається як нормально сформований статевий член, який має довжину у розтягнутому стані, що виходить за межі двох-двох з половиною стандартних відхилень від норми у залежності від віку та раси пацієнта [12, 20, 29]. Іншими словами, згідно з думками різних науковців, мікропенісом вважається статевий член, довжина якого для дорослих чоловіків становить менше 7-7,5 см [1, 4, 10, 12, 16, 20]. Як було зазначено вище, мікропеніс розвивається внаслідок центрального або місцевого гормонального дисбалансу під час розвитку плода [12, 14, 15]. Справжній мікропеніс - це вроджена аномалія і його потрібно відрізнити від набутих порушень довжини статевого члена, таких як прихований статевий член [12]. У працях деяких вчених комбінація мікропенісу та гіпоспадії інколи має назву

"мікрофалос" [30]. Варто зауважити, що випадки набутого мікропенісу спостерігаються внаслідок травми, оперативного втручання, інфекційного ураження та новоутворень статевого члена [29]. Вроджений (справжній) та набутий мікропеніс – стани, що потребують корекції, бо перешкоджають безпосередньому виконанню органом своїх фізіологічних функцій [31].

Епіспадія - це рідкісна аномалія розвитку сечостатевої системи, що відзначається відсутністю трубчастої форми сечовипускного каналу на дорсальній стороні геніталій. Частота появи цієї патології варіює від 1 на 10 000 до 50 000 народжень, що свідчить про її рідкість у популяції [32].

На відміну від іншої сечостатевої аномалії - гіпоспадії, де сечовипускний отвір розташований на передній (вентральній) стороні пеніса, діти з епіспадією мають широкий відкритий уретральний вилив на задній (дорсальній) стороні геніталій.

Ізольована чоловіча епіспадія супроводжується коротким фалосом, наявністю аномально розташованої дорсально уретральної пластинки, дорсальної хорди та наявністю вентрально розташованої крайньої плоти. Залежно від точного місця розташування сечовипускного отвору, чоловічі епіспадії поділяються на голівкові, пенільні та пенопубікальні форми [33].

Гіпоспадія представляє собою вроджену аномалію розвитку, характеризується розташуванням статевого отвору на вентральній стороні статевого члена на різних рівнях його довжини. Цей патологічний стан зазвичай супроводжується складнішими порушеннями анатомії статевого органу, такими як його вкорочення, викривлення, деформація головки, звуження або розширення меатуса та аномаліями шкіри [34].

У важких випадках гіпоспадії можуть спостерігатися інші урогенітальні або хромосомні аномалії, що робить її медичну проблему більш складною та мінливою в її проявах. Хоча існують деякі відомості щодо факторів, які можуть впливати на розвиток гіпоспадії, етіологія та точні механізми її виникнення залишаються певною мірою невідомими [35].

Корекція гіпоспадії варіюється в залежності від рівня розташування вади. У випадках, коли гіпоспадія розташована в дистальному відділі статевого члена, операція може бути відносно рутинною. Однак в проксимальних випадках гіпоспадії операція може бути дуже складною навіть для кваліфікованого фахівця [34, 36].

Важливо підкреслити, що зовнішній вигляд статевого органу є важливим як соматичним, так і психологічним аспектом для психосоціального розвитку кожного хлопчика та для психологічного комфорту його родини. Тому корекція гіпоспадії не лише спрямована на відновлення нормальної функціональності, але і на покращення якості життя пацієнта та психосоціальної адаптації у суспільстві [37, 38].

Ця вада розвитку потребує спеціалізованого медичного втручання і корекції, щоб відновити нормальну функцію сечовипускного шляху та забезпечити правильний розвиток геніталій у пацієнта [35].

Перетинчастий статевий член є патологічним станом, що характеризується аномалією шкірного з'єднання калитки зі стовбуром статевого члена [39]. Ця аномалія виникає внаслідок наявності шкірної складки, яка прикріплює вентральну частину стовбура статевого члена до калитки, затуляючи проксимальний вентральний відділ статевого члена та призводячи до аномально короткої вентральної частини статевого органу [40]. Неадекватне прилягання м'ясистої оболонки до стовбура статевого члена призводить до відсутності пеноскротального кута, що також є характерною особливістю цього стану [41].

Крім того, цей стан може бути естетично неприйнятним для батьків або для самого пацієнта в подальшому житті, а також може призвести до негативного соціального або психологічного впливу на пацієнта, якщо його не виправити. Згідно з результатами дослідження, проведеного Herndon та ін. у 2003 році, виявлено, що пацієнти, які пройшли хірургічну корекцію перетинчастого статевого члена у дитинстві, мають кращі довгострокові результати порівняно з тими, кому корекція була проведена у підлітковому

віці [42]. Це підкреслює важливість своєчасного діагнозу та лікування цієї патології, щоб запобігти негативним наслідкам і поліпшити якість життя пацієнта [39].

Ретракtilьний статевий член, відповідно до визначення, є явищем, яке виявляється при народженні. В більшості випадків батьки звертаються до фахівців медичної сфери за причиною занепокоєння, що виникає стосовно дитини. Ця тривога, спровокована ретракtilьним статевим членом, зазвичай зв'язана з уявленнями батьків щодо розміру статевого органа їхньої дитини та його майбутньої сексуальної функції. Під час фізичного обстеження помічається, що пеніс занурений у препуціальний жир. Проте при легкому натисканні на обидва боки основи пеніса виявляється нормальний стовбур. Крім того, ретракtilьний статевий член може викликати інші проблеми, такі як фімоз, труднощі з гігієною, що можуть спричинити баланіт, а також порушення сечовипускання [43].

Хвороба Пейроні, є відомим доброякісним медичним станом, який спричинюється формуванням фіброзних бляшок або пластин на поверхні білкової оболонки кавернозних тіл статевого органа. Ця хвороба вперше була описана у XVI столітті французьким лікарем Франсуа Жиго́ де Ла Пейроні, що лягло в основу назви захворювання.

Симптоматика хвороби Пейроні включає в себе біль у статевому органі, видиму деформацію та скорочення статевого члена. Найбільш яскравим проявом є еректильна дисфункція, що серйозно впливає на якість життя і психосоціальний стан хворого [44].

1.4 Методи збільшення статевого члена

1.4.1 Класифікація методів збільшення

На даний момент існує значна різноманітність різноманітних підходів, спрямованих на досягнення збільшення чоловічого статевого органа [1, 10, 12,

31]. Важливо відзначити, що наукова література не надає однозначної та систематичної класифікації цих методик. Ця ситуація породжує необхідність в розробці системи упорядкування та систематизації засобів для досягнення бажаного ефекту у збільшенні чоловічого статевого органу. Подальше розроблення такої класифікації має на меті надати лікарям можливість ефективно вибирати оптимальний метод збільшення та спрощувати процес спілкування з пацієнтами у цій дуже чутливій сфері медицини. Відповідно, систематизація цих методів стане корисним інструментом як для наукових досліджень, так і для практичного застосування в медичній сфері.

Відносно збільшуваної частини органа, існують методики:

- Збільшення тіла члена
- Збільшення голівки члена

За характером збільшення можна розрізнити:

- Збільшення товщини
- Збільшення довжини

За типом методики виділяють:

- Медикаментозні
- Механічні
- Ін'єкційні
- Хірургічні

Слід зазначити, що найчастіше використовуються різні комбінації типів та методик збільшення. Про деякі з них йтиметься нижче.

1.4.2 Медикаментозні методи збільшення статевого пруття

Медикаментозне збільшення статевого органу у дітей, які страждають від мікропенісу, є суттєвою складовою сучасної педіатричної урології та андрології. Цей підхід передбачає введення екзогенного тестостерону, що є важливим засобом управління розвитком статевого органу у дітей. Мікропеніс, який визначається як аномалія розвитку статевого органу, при якій довжина пеніса значно менша за стандартні показники для вікової групи, може стати серйозним психосоціальним та фізичним обтяженням для пацієнтів, і особливо важливо надати їм адекватний та ефективний лікувальний підхід [12].

Медикаментозне збільшення статевого органу базується на ідеї впливу тестостерону на розвиток статевого органу, особливо в період пубертатного зростання. Цей метод лікування вибирається як перша лінія терапії у дітей із мікропенісом через його менш інвазивний характер порівняно з хірургічними втручаннями або іншими методами. Багато досліджень були проведені для визначення оптимальних доз, тривалості курсу та методів введення тестостерону у дітей різних вікових груп. Спеціалізовані наукові дослідження в цій галузі показали, що багаторазові курси тестостеронзамінного лікування можуть бути успішно застосовані без значного впливу на ріст пацієнтів [45–47]. Особливо обнадійливим було відкриття у 2013 році, коли науково було підтверджено позитивний вплив гормональної терапії на ріст статевого органу у дітей із мікропенісом. У цьому дослідженні допубертальні хлопчики лікувалися введенням 25 мг екзогенного парентерального тестостерону енантату один раз на місяць протягом трьох місяців, пубертатні та постпубертатні діти отримували внутрішньом'язові ін'єкції ХГЧ один раз на тиждень протягом 6 тижнів. Результатом цього лікування було помітне збільшення довжини статевого органу у розтягнутому стані, що свідчить про ефективність цих методів лікування мікропеніса у дітей [48].

Окрім системного введення тестостерону, також досліджувалася топічна форма препарату у дітей із мікропенісом. Перші наукові висновки показали збільшення довжини статевого члена на 150% при місцевому

застосуванні дигідротестостерону, при цьому побічні ефекти були мінімальними [49]. Важливо відзначити, що медикаментозне збільшення статевого органу у дитячому віці не впливає негативно на остаточний розмір статевого члена в дорослому віці. Проте питання про віддалені наслідки цього лікування, вимагають подальшого вивчення [50].

Слід також зауважити, попри те, що у дорослих чоловіків, які отримують андрогенблокуючу терапію при раку передміхурової залози, спостерігається значне зменшення розмірів статевого органу, ефект подовження при застосуванні тестостерону у здорових дорослих чоловіків не зафіксований [51]. Хоч формування та збільшення статевого члена опосередковується андрогенами, вважається, що андроген-залежний ріст пеніса відбувається в трьох періодах життя: на пізніх термінах гестації, в перші 4 роки після народження і в період статевого дозрівання [52, 53]. Після періоду пубертату дія андрогенів на рецептори статевого члена знижується [54], саме тому введення екзогенного тестостерону у дорослому віці не спричинює збільшення статевого члена.

До медикаментозних методів лікування можна віднести і топічне нанесення мазей, кремів та гелів на статевий член. Ці методи здебільшого відомі завдяки активній рекламі в інтернеті, де їх описують як швидкі та ефективні засоби для збільшення розміру члена. Однак важливо зазначити, що більшість з цих продуктів не мають наукового підґрунтя і не підтверджені клінічними дослідженнями. Дія таких препаратів, як правило, базується на іритаційному ефекті. Їх склад може містити речовини, які сприяють розширенню поверхневих судин на шкірі статевого члена. Це може призводити до припливу крові до цієї області, створюючи тимчасовий набряк. В результаті набряку може відбуватися збільшення об'єму статевого члена, але ця зміна є тимчасовою і не впливає на його фактичний розмір або структуру. Важливо пам'ятати, що використання таких продуктів може викликати подразнення, алергічні реакції або інші побічні ефекти. Також, вони не

розв'язують основні проблеми, пов'язані з розміром члена, і не є надійним методом для досягнення бажаного результату.

1.4.3 Механічні методи збільшення статевого прутня

За історичними архівами можна зазначити вражаюче різноманіття механічних пристроїв, розроблених з метою досягнення збільшення розмірів чоловічого фалосу [2, 3]. Спостерігається, що з минулих епох ці механізми вдосконалювалися та еволюціонували, викидаючи з вжитку ті, що виявилися неефективними. На сьогоднішній день ця область досягла рівня стандартизації та уніфікації дизайну, що внаслідок чого розділяється на два основних типи механічних пристроїв для збільшення розмірів статевого члена: екстендери та вакуумні помпи [55].

Сутність методу, який використовує апарат "Екстендер" (Рис. 1.4), полягає в механічному розтягуванні статевого органа на тривалий період, принаймні 4 години протягом дня [56]. Наукові дослідження цього методу були започатковані у 2002 році, коли невелике дослідження, проведене Colpi та ін. [57], показало збільшення довжини члена на 1,8 см (від +0,5 до +3,1 см) після 4 місяців використання пристрою протягом 6 годин на день. Наступними дослідженнями було доведено, що екстендер є дієвим способом для подовження фалоса у середньому на 1-3 см. Важливо зауважити, що цей метод не має впливу на збільшення об'єму члена [57–60]. У загальному контексті цей метод визнається малоінвазивним і майже не викликає ускладнень, тому його можна застосовувати до пацієнтів з нормальними розмірами статевого органу [12, 31, 56].



Рис. 1.4 – Апарат «Екстендер».

Щодо використання вакуумних pomp, на сьогодні відсутній загальний науковий консенсус [61]. Метод передбачає створення поступового вакуумного тиску впродовж 20 хвилин, принаймні 3 рази на тиждень. Нажаль, література не містить переконливих доказів щодо значущого збільшення довжини фалоса при використанні вакуумних pomp, однак багато пацієнтів зазначають високий рівень задоволеності від цього методу [56, 61].

Останніми роками з'явилося багато реклами неінвазивних процедур, які обіцяють збільшити розмір члена. Це стосується "вправ для подовження члена" - техніки, яка, незважаючи на відсутність будь-яких наукових доказів, стверджує, що є ефективним методом постійної стимуляції подовження пеніса до 7,5 см. Вправи для подовження пеніса, як правило, передбачають регулярне розтягування або масаж члена. Деякі люди стверджують, що ці вправи можуть збільшити довжину, окружність або твердість члена. Однак, на сьогоднішній день немає жодних наукових доказів, які б підтверджували ефективність цих вправ. Хоча ця методика і не підтверджена жодними доказами, їй приділяється велика увага з боку пацієнтів, яких приваблює ідея неінвазивного, недорогого методу збільшення пеніса. Вправи для подовження пеніса можуть бути

небезпечними. Вони можуть призвести до травм члена, таких як розриви тканин, крововиливи або навіть переломи. Крім того, вправи для подовження пеніса можуть не мати жодних результатів. Подібні процедури мають різні назви, наприклад «Джелкінг», і через відсутність доказів ефективності не рекомендується лікарями, адже можуть завдати механічної шкоди статевому органу [56].

1.5 Підсумки літературного пошуку

Втручання з приводу збільшення статевого органа у чоловіків стабільно займають свою нішу серед пластичних втручань по всьому світу. За даними Міжнародного товариства естетичної пластичної хірургії (International Society of Esthetic Plastic Surgery) на 2022 рік, у світі щорічно проводиться понад 1100000 операцій зі збільшення статевого члена (доступно на сайті <http://www.isaps.org>). Абсолютна кількість подібних втручань зростає щорічно. Втручання для покращення естетики чоловічих статевих органів постійно еволюціонують та покращуються, стають безпечнішими.

Серед учених існує певна невизначеність стосовно проведення таких втручань певним категоріям пацієнтів. Одна з цих категорій, це чоловіки, що незадоволені розмірами статевого члена, але при цьому їх статевий орган має нормальні розміри. Присутня певна складність у діагностиці таких пацієнтів та встановленні правильного діагнозу. На даному етапі, більшість провідних учених дійшло висновку, що таких чоловіків треба розділяти на дві групи: ті, що мають синдром малого статевого члена та ті, що мають пенільну дисморфофобію. Розроблена та валідована певна кількість шкал для оцінки та встановлення діагнозу.

Не зважаючи на це, сьогодні не існує єдиного визначеного алгоритму діагностики та допомоги таким чоловікам. Зараз наука рухається у напрямку запровадження та розробки певних методів для діагностики та ведення чоловіків з синдромом малого статевого члена. На сьогодні, основний масив

наукових робіт зосереджений на дослідженні методик збільшення статевого органа та оцінці їх можливостей по покращенню антропометричних даних. Натомість, лише невелика частина з них оцінює психоемоційну сторону, при чому, більшість з них не використовує валідовані шкали, а користується простими аналоговими.

Тому, задачею нашого дослідження є вибір та розробка оптимального втручання для корекції зовнішнього вигляду статевого члена. Доведення їх ефективності та обґрунтування доцільності виконання. Розробка алгоритму діагностики чоловіків з синдромом малого статевого члена використовуючи валідовані шкали та тести, метою якого є покращення психосексуального стану таких пацієнтів.

РОЗДІЛ 2: МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

2.1 Пацієнти та дизайн дослідження

Це двоцентрове клінічне дослідження серії кейсів, в якому взяли участь 62 чоловіки, що незадоволені розмірами свого статевого члена (синдромом малого статевого члена) і звернулися за корекцією зовнішнього вигляду статевого члена. Період спостереження за всіма пацієнтами тривав 3 місяці. Досліджуваних було розділено на дві групи у залежності від виконаного втручання. Першу групу склав 31 чоловік котрим у період з лютого 2016 по липень 2019 проведено пересічення підвішуючої зв'язки статевого члена (лігаментотомію). Середній вік становив 32.8 роки, медіана 34 роки, наймолодшому з групи 18, найстаршому 50 років. Усі вони були сексуально активними; 26 (83.9 %) мали регулярні партнерські статеві стосунки, а 5 (16.1 %) - нерегулярні. До другої групи потрапили теж 31 чоловік, котрим у період з грудня 2019 по серпень 2023 було виконано ін'єкційне збільшення статевого члена філлерами. Середній вік у цій групі становив 35.8 роки, медіана 35 років, наймолодшому з групи 21, найстаршому 55 років (Таблиця 2.1). Усі вони були сексуально активними; 24 (77.4 %) мали регулярні партнерські статеві стосунки, а 7 (22.6 %) - нерегулярні. Дане дослідження виконувалось на базі Державної наукової установи "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини" та на базі приватної клініки «Андроцентр». Відповідна інформація щодо процедур та можливі ускладнення була обговорена перед втручаннями, пацієнти підписали відповідну інформовану згоду. Всі пацієнти дали згоду на анонімне використання даних дослідження без надання персональних даних.

Характеристики груп на початку дослідження	Група 1 значення \pm СВ	Група 2 значення \pm СВ
Кількість піддослідних	31	31
Медіана віку (інтервал)	34 (18-50)	35 (21-55)
Середня довжина члена (см)	8.4 \pm 1.23	–
Середня окружність стовбура члена (см)	–	9.5 \pm 1.28
Середня окружність корони голівки члена (см)	–	9.7 \pm 1.16
Середній бал анкети COPS-P	26.4 \pm 5.31	27.2 \pm 5.67
Середній бал анкети МІЕФ-5	23.7 \pm 1.19	23.5 \pm 1.06
Середній загальний бал анкети SEAR	56.9 \pm 15.14	59.8 \pm 12.14

Таблиця 2.1 – Показники пацієнтів обох груп на початку дослідження.

COPS-P – Шкала скринінгу косметичних процедур для пенільної дисморфофобії; МІЕФ-5 – Міжнародний індекс еректильної функції – 5; SEAR – Анкета для визначення самооцінки та оцінки стосунків; СВ – стандартне відхилення.

Критерії включення та виключення. У дослідженні брали участь чоловіки віком від 18 до 60 років, які звернулися за збільшенням статевого члена. Критеріями виключення були мікропеніс (особи з статевим членом у неерегованому стані довжиною менше 4 см і ерегованим пенісом довжиною менше 7,5 см [16]) або ті, що мають інші аномалії статевого члена (прихований, ретрактильний статевий член та інші), а також стани, пов'язані з втратою довжини або "набутим коротким статевим членом", що є наслідком захворювання або оперативного втручання (хірургічне втручання на передміхуровій залозі, опромінення передміхурової залози, гормональне лікування раку передміхурової залози, цукровий діабет із вираженим атрофічним ураженням статевого члена та інші). Пацієнти з еректильною

дисфункцією, пенільною дисморфофобією та іншими важкими психічними розладами також були виключені з дослідження.

Дослідження було виконано по схемі "до та після". Вимірювання та анкетування проводилися до втручання та через три місяці після втручання у обох групах.

2.2 Особливості диференційної діагностики синдрому малого статевого члена

Занепокоєність розміром статевого члена або синдром малого статевого члена. Більшість чоловіків, які звертаються за подовженням статевого члена, мають нормальний розмір статевого члена, який функціонально достатній для адекватної сексуальної активності [11, 62]. Зазвичай, такі пацієнти недооцінюють розмір свого фалоса, перебільшуючи середні розміри інших чоловіків [63]. Особливістю даного стану є те, що такі чоловіки не зазнають значного дискомфорту у повсякденному житті та у статевих відносинах, але, слід відзначити, що незважаючи на нормальне лібідо, вони відчувають нижче психосексуальне задоволення від статевої близькості [62]. Бажання збільшити свій статевий орган ґрунтується на прагненні бути кращим, досягти пропорційності у зовнішності. На даний момент не існує єдиного підходу до лікування чоловіків з синдромом малого статевого члена. Серед дослідників існує думка, що спершу ці хворі повинні пройти відповідне психологічне консультування [12, 62]. Також, вченими встановлено, що чоловіки з синдромом малого статевого члена отримують полегшення стану на отримують більше психосексуальне задоволення після збільшення прутня [64, 65].

Пенільна дисморфофобія. Лікарі мають розрізняти пенільну дисморфофобію та синдром малого члена (занепокоєність розміром члена) [64, 66]. Через те, що в обох цих розладах чоловіки, маючи нормальний розмір статевого члена, недооцінюють розмір власного члена і завищують середній

розмір інших чоловіків [11, 62, 63]. Згідно МКХ-11 та DSM-5, пенільна дисморфофобія відноситься до дисморфічного розладу тіла. Отже, пенільна дисморфофобія - соматоформний розлад, представлений зайнятістю уявним або тривіальним недоліком фізичного вигляду, що викликає порушення в різних сферах функціонування [63]. Для цього розладу є характерний симптом дзеркала, коли пацієнт подовгу розглядає орган у різних ракурсах. Якщо при стурбованості маленьким членом пацієнт відволікається розміром статевого члена принаймні 1 годину на день, що породжує повторювану поведінку та часто спричиняє видимі незручності, це визначається як пенільна дисморфофобія [10, 19, 67]. Такі люди різними способами стараються приховати свій член, уникають загальних роздягальнь, бояться фотографуватися, хочуть відволікти увагу. Чоловіки настільки занепокоєні розміром і довжиною статевого члена, що у них можуть розвинутися депресивні епізоди, котрі пов'язані з соціальною, професійною та сексуальною дисфункцією. Зокрема, дисморфічний розлад тіла асоціюється з високими показниками психіатричної госпіталізації та рівня суїцидів [10, 19]. На відміну від чоловіків з синдромом малого статевого члена, пацієнти з пенільною дисморфофобією зазвичай не отримують задоволення від збільшення фалоса, навіть, зафіксовані випадки погіршення симптомів [64, 65]. На сьогодні існує декілька клінічних досліджень, в котрих відзначається позитивний ефект від консервативної терапії дисморфічного розладу тіла [66, 68–71], але саме щодо пенільної дисморфофобії таких досліджень не проводилось. Також, для ідентифікації чоловіків з пенільною дисморфофобією на допомогу хірургам було запропоновано анкетування [72].

2.3 Методи оцінки психосексуального стану

Для проведення оцінки психосексуального стану у даному науковому дослідженні було використано анкети як основний інструмент збору даних. Процедура анкетування здійснювалася у паперовому форматі та проводилася

в спеціально обладнаному кабінеті лікаря. Кожен об'єкт дослідження отримував набір із трьох анкет до проведення медичних втручань та одну анкету після завершення цих втручань.

Одним із ключових інструментів оцінки психосексуального стану була Шкала скринінгу косметичних процедур для пенільної дисморфофобії (COPS-R) (Додаток Е). Цей опитувальник включає дев'ять пунктів і був науково валідований для визначення пацієнтів, які страждають від пенільної дисморфофобії. При оцінці результатів на цій шкалі використовується діапазон оцінок від 0 до 72 балів. Використовуючи цей інструмент, дослідники мали можливість ідентифікувати пацієнтів з пенільною дисморфофобією та відрізнити їх від пацієнтів із синдромом малого статевого члена. Згідно з оригінальною статтею [72], чоловіки, які набирали 40 балів і більше, були визнані як пацієнти із пенільною дисморфофобією, в той час як інші отримували діагноз синдрому малого статевого члена.

Для оцінки ступеня ерекtilьної функції використовувався Міжнародний індекс ерекtilьної функції - 5 (МІЕФ-5) (Додаток Ж). Цей опитувальник включає п'ять пунктів і застосовується для оцінки сексуальної активності протягом останніх шести місяців. Відповіді пацієнтів оцінювалися на п'ятибальній шкалі, де можливий діапазон загальних балів від 5 до 25. Результати на рівні 22 балів і вище вважалися показником нормальної ерекtilьної функції [73, 74].

Для оцінки психосексуального стану пацієнтів була використана анкета для визначення самооцінки та оцінки стосунків (SEAR) (Додаток Є). Цей опитувальник складається із 14 пунктів і використовувався для вимірювання рівня дистресу в соціальних, сексуальних та інших аспектах життя пацієнтів із синдромом малого статевого члена до та після медичних втручань. Оцінювання проводилося як перед лікуванням, так і через три місяці після нього. За допомогою цієї шкали визначалася задоволеність сексуальними стосунками, загальна задоволеність стосунками, впевненість та самооцінка у чоловіків. Шкала мала можливість вимірювати ці характеристики на шкалі від

0 до 100 балів, де більший бал вказував на менше порушення у вказаних аспектах. Опитувальник був поділений на два домени: "Сексуальні стосунки" та "Впевненість", при цьому другий домен містив два субдомени: "Самооцінка" та "Загальні стосунки". Крім того, розраховувався загальний або сумарний бал [75].

2.4 Методика збору антропометричних даних

Товщиною статевого члена вважається окружність його середньої частини, а обхватом голівки статевого члена - його окружність на рівні корони голівки [76]. Довжина статевого члена вимірювалася від пубо-пенільного кута до кінчика голівки [18]. Вимірювання проводились у неерегованому стані статевого члена за допомогою сантиметрової стрічки та у горизонтальному положенні пацієнта у кабінеті лікаря при кімнатній температурі. Під час вимірювання пацієнти перебували у спокійному стані.

2.5 Методи статистичного аналізу

Дані дослідження були проаналізовані за допомогою програми JASP версії 0.18 (JASP Team 2023, Нідерланди). Доопераційні та післяопераційні дані були представлені у вигляді числа, відсотка, середнього значення, стандартного відхилення, медіани, мінімуму та максимуму. Для оцінки придатності до нормального розподілу використовували тест Шапіро-Уїлка. Для всіх величин, які мають нормальний розподіл, для оцінки відмінностей між двома масивами використовувався параметричний метод - t-критерій Стьюдента для парних вибірок. В інших випадках, коли вибірки були непараметричними, використовувався критерій Вілкоксона. Кореляція перевірялася за допомогою коефіцієнта рангової кореляції Спірмена. Рівень статистичної значущості був встановлений на рівні 5% ($P < 0,05$).

РОЗДІЛ 3: ОПЕРАТИВНЕ ЗБІЛЬШЕННЯ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА

3.1 Характеристика хірургічних методів збільшення статевого пруття

Беручи до уваги той важливий факт, що переважна більшість осіб, які виражають бажання збільшити розміри свого статевого органа, насправді володіють стандартними фізіологічними параметрами та дійсно шукають лише рішення косметичного характеру для поліпшення їхньої самооцінки, слід зауважити, що на даний момент не існує науково-доказаного і практично здійсненого хірургічного методу, який би в повній мірі задовольняв їхні вимоги та одночасно відповідав найвищим стандартам щодо безпеки та мінімального втручання.

Ліпопластика. Ця методика спрямована на покращення видимості стовбура статевого члена у пацієнтів, які мають значну кількість надлишкової жирової клітковиною у лобковій області, що може призводити до приховання статевого члена [77]. Важливо відзначити значну відмінність між прихованим статевим членом, коли орган прикритий жировими покривами надлобкової області, і ретрактивним пенісом, коли статевий орган затриманий фіброзною тканиною, що потребує хірургічного втручання [78].

Хірургічна корекція прихованого статевого члена може значно покращити гігієну, функціональність сечовипускання, сексуальну функцію та зменшити ризик розвитку плоскоклітинного раку статевого члена, і саме тому ця процедура вважається золотим стандартом лікування [79].

Процес корекції складається з кількох послідовних етапів, які обираються залежно від індивідуальних потреб пацієнта. Перший етап може включати оголення статевого члена від шкіри для подальшого розсічення фіброзної тканини м'ясистої оболонки [77]. Далі проводиться ліпектомія, під час якої видаляють підшкірну жирову клітковину і зайву шкіру, з обережністю, щоб уникнути надто напруженого закриття, яке може призвести до ретракції статевого члена назад у супрапубікальну клітковину [80].

З метою отримання кращого косметичного результату деякі хірурги можуть додатково вирішити виконати ліпосакцію, яка може проводитися перед або після першого етапу [81]. Завершальним етапом є закриття будь-якого дефекту шкіри за допомогою скротопластики [82].

У випадку пацієнтів, які не мають прихованого статевого члена і мають помірно виражену жирову клітковину в області лобкового симфізу, хірурги можуть враховувати можливість використання лише ліпосакції для покращення відчуття довжини статевого члена [83]. Ця методика є важливою для поліпшення якості життя пацієнтів та попередження можливих ускладнень, пов'язаних зі схованим статевим членом та надлишковою жировою клітковиною.

Пластика шкіри. Шкірна пластика застосовується також з метою щоб зробити стовбур статевого члена більш видимим [84]. Сьогодні це найпоширеніший метод доступу до підвішуючого апарату статевого члена, хоча протягом років з'являються й альтернативні варіанти [85]. Можна виділити декілька основних видів пластики шкіри. V-Y пластика: ця процедура виконується на пенільно-лобковому куті, не зважаючи на це вона використовується як альтернатива для корекції шкіри мошонки [86]. Перший розріз - це перевернута буква "V", яку згодом закривають у вигляді "Y", подовжуючи дорсальну шкіру, а латеральну підводячи медіально [87]. Li et al. повідомляють, що ідеальний перевернутий "V" повинен бути під кутом 60° , оскільки більший кут може обмежити довжину, яку можна отримати, а менший - ускладнити васкуляризацію клаптів [88]. Основні ускладнення можуть бути вторинними по відношенню до порушення васкуляризації клаптя під час резекції, що призводить до дегісценції рани, інфікування та/або втрати дорсального клаптя [31]. На сьогоднішній день нелегко зрозуміти, який візуальний ефект досягається лише за рахунок шкірної пластики, оскільки вона майже завжди проводиться у поєднанні з іншими методиками, в першу чергу, з розсіченням підвішувальної зв'язки [1, 89]. Z-пластика: ця методика є способом доступу до підвішуючої зв'язки статевого члена і може бути

використана у випадку рубців після обрізання з високим прикріпленням шкіри на стовбурі статевого члена [90]. Місцем розрізу є рафе, на який накладається Z-пластика під кутом 60° , що дозволяє збільшити видимість стовбура на 75%. Цю техніку нелегко відтворити, вона пов'язана з ризиком кругового удушення статевого члена і високим натягом рани, що спричиняє погане кровопостачання і ризик розходження шва [91]. З цих причин часто надають перевагу V-Y пластиці [1].

Клаптева реконструкція. Метод клаптевої реконструкції в основному застосовується у пацієнтів, у яких спостерігається вроджений мікропеніс, що є вторинним у відношенні до епіспадії. У таких клінічних випадках може виникнути проблема недостатньої кількості дорсальної шкіри для достатнього покриття після резекції підвішуючої зв'язки статевого члена [92]. Для вирішення цієї проблеми використовуються різні методи клаптевої реконструкції.

Зокрема, одним із варіантів є використання локальних ромбовидних шкірних клаптів, що дозволяють досягти відмінних естетичних результатів [92]. Іншим можливим варіантом є використання латеральних клаптів мошонки, з можливістю обертання основи цих клаптів, що забезпечує двостороннє покриття відповідного дорсального відділу статевого члена [93].

Цей метод реконструкції є важливим елементом хірургічного втручання у пацієнтів з аномаліями розвитку статевого члена і дозволяє досягти не тільки функціональних, але і естетичних результатів, що має велике значення для якості життя цих пацієнтів.

Вентральна фаллопластика: ця методика може бути використана для зменшення візуального вкорочення статевого члена, що є наслідком високого відходження шкіри мошонки, як правило, після занадто агресивного обрізання, або для покращення сприйняття довжини члена у пацієнтів, яким ставлять протез статевого члена [94]. Мошонку відтягують від статевого члена, роблять два розрізи, один паралельний до краю статевого члена, а інший - опуклий до краю мошонки, з висіченням надлишків шкіри мошонки.

Miranda-Sousa та ін. повідомили про збільшення довжини статевого члена після імплантації протеза статевого члена у 84% пацієнтів [95]. Аналогічно, Ahn et al. застосували вентральну фаллопластику для покращення сприйняття довжини статевого члена як компенсації укорочення після пластики білочної оболонки. У цьому випадку шкіру статевого члена відшаровують від фасції Бака до тих пір, поки вона не досягне з'єднання статевого члена з мошонкою, де ідентифікують м'ясисту оболонку і перегородку мошонки, причому першу відшаровують циркулярно від фасції Бака, а останню - вентрально від основи статевого члена. Вісімдесят сім відсотків пацієнтів, які перенесли пластику білочної оболонки в поєднанні з вентральною фаллопластикою повідомили про збільшення суб'єктивного сприйняття довжини статевого члена після операції [96].

Розсічення підвішуючої зв'язки або лігаментотомія. Операція розсічення підвішуючої зв'язки самостійно або у поєднанні з іншими процедурами протягом багатьох років є найпоширенішою методикою подовження статевого члена [88]. Розріз зв'язки дозволяє від'єднати кавернозні тіла від лобкових гілок, змінюючи пенопубікальний кут з гострого на тупий, створює відчуття довшого статевого члена [97]. Borges et al. зафіксували покращення довжини статевого члена у 18 пацієнтів, які перенесли імплантацію протеза статевого члена в поєднанні з розсіченням підвішуючої зв'язки: середній приріст неерегованого статевого члена склав 2,43 (1,4-3,2) см, тоді як середній приріст ерегованого статевого члена становив 1,73 (1,1-2,2) см [98]. Li et al. підтвердили цей приріст довжини, повідомивши про збільшення від 1 до 3 см, але переважно за допомогою післяопераційної тракційної терапії статевого члена [88]. На жаль, ця методика має ряд ризиків та ускладнень, таких як денервація та/або деваскуляризація статевого члена внаслідок резекції судинно-нервових пучків, відсутність підтримки та стабільності стовбура статевого члена з вторинним утрудненням проникнення під час статевого акту, нарешті, парадоксальним ускладненням є вкорочення статевого члена внаслідок повторного зрощення резектованої

зв'язки [31]. Дійсно, для зменшення ризику цього ускладнення було запропоновано кілька модифікацій техніки [99–101]. Bhavik зі співавторами запропонували зберігати підвішуючу зв'язку і проводити розріз лише вищерозміщеної прещеподібної зв'язки, досягнувши схожих результатів з меншим ризиком вкорочення через повторне зрощення зв'язки [100]. Інший підхід ґрунтується на заповненні інфралобкового простору, що утворюється після розсічення зв'язки між лобковим симфізом і основою статевого члена [99]. Можуть використовуватися жирова тканина, протез яєчка, силікон або підшкірножирові графти [101]. Використовуючи силіконові та підшкірножирові трансплантати, Srinivas et al. продемонстрували збільшення довжини статевого члена на 2,5 см через 6 місяців після резекції зв'язок. Однак було описано кілька ускладнень пов'язаних з використанням синтетичних продуктів (грижі, реакції на чужорідні тіла, інфекції або ерозії навколишніх тканин) [101]. Інший підхід описаний Zhang et al. з використанням дермального ацелюлярного матриксу у 15 дорослих чоловіків [99]. Після ліпосакції лобкової ділянки процедура продовжується отриманням доступу до підвішуючого апарату через циркумцизію, відокремлення шкіри статевого члена від глибокої фасції та подальшу повну резекцію сублобкової зв'язки та часткову резекцію підвішуючої зв'язки. Процедура завершується введенням дермального ацелюлярного матриксу в інфралобковий простір. Результатом був середній приріст 2,4 (SD 0,8) см через 3 місяці, без ускладнень і з високим рівнем задоволеності пацієнтів [99].

Роз'єднання статевого члена. У цій методиці використовується хрящовий трансплантат для збільшення довжини. Після оголення статевого члена відділяють судинно-нервовий пучок дорсально, а губчасте тіло - вентрально, таким чином виділяючи кавернозні тіла від прилеглих структур. У найбільш дистальній частині стовбура створюється простір, що відокремлює голівку від дистальної частини кавернозних тіл, куди поміщається аутологічний трансплантат реберного хряща. Після цього тканини знову збирають, покриваючи трансплантат голівкою. Дев'ятнадцять

пацієнтів з мікропенісом пройшли через цю процедуру у виконанні Perovic та Djordjevic з 1995 по 1999 роки, із середнім збільшенням довжини на 2,5 см у 13 пацієнтів і на 3,5 см у інших 6, без ознак ятрогенного пошкодження уретри, екструзії хряща та еректильної дисфункції при середньому спостереженні 3,3 (1-4,5) роки [102].

Метод зсуву. З 2012 по 2014 рік Rolle et al. розробили і застосували метод зсуву для збільшення довжини стовбура статевого члена. Ініціально, методика розроблена для пацієнтів з вираженим вкороченням статевого члена внаслідок хвороби Пейроні і базується на декількох перпендикулярних розрізах - вентральному та дорсальному, що сполучаються поздовжнім розрізом вздовж якого і відбувається зсув. Довжина цих розрізів зазвичай становить не менше 4 см і базується на приблизній здатності судинно-нервового пучка та губчастого тіла до розтягування. Потім білочна оболонка фіксується ниткою, що розсмоктується, а залишкові дефекти закриваються судинними трансплантатами. У пацієнтів, досягається середнє збільшення довжини від 2,5 до 4 см [103]. Також, описано кілька модифікацій даної методики [104]. На сьогоднішній день подовження методом зсуву в основному використовується для збільшення довжини статевого члена у пацієнтів з хворобою Пейроні. Оскільки це складна методика, пов'язана з хірургічними ризиками, її слід уникати у пацієнтів з істинним мікропенісом і відсутністю супутніх патологій, надаючи перевагу менш інвазивним методам.

Повна фаллопластика. Для більшості пацієнтів з мікропенісом описаних вище методів збільшення довжини статевого члена недостатньо для покращення зовнішнього вигляду статевого члена та якості життя. Завдяки досягненням мікрохірургії для лікування мікропеніса використовують вільні клапті, що містять сенсорні нерви. Тотальна фаллопластика - це двоетапна процедура, що включає створення неофалоса з уретрою, яка допомагає сечовипусканню стоячи і має прийнятний естетичний розмір та відчуття, а також імплантацію протеза статевого члена, який забезпечує достатню жорсткість для статевого акту. Фаллопластика вільним клаптем променевої

артерії передпліччя була вперше описана в 1984 році і досі вважається стандартною методикою реконструкції статевого члена в усьому світі [105]. Нещодавно, Falcone et al. повідомили про результати 108 пацієнтів, яким було виконано дане втручання. У 90 пацієнтів (83,4%) була виконана первинна уретропластика анастомозом, а у решти - поетапна процедура. У чотирьох пацієнтів виник гострий артеріальний тромбоз, що призвів до повної втрати фалоса у двох. Найчастішим ускладненням була стриктура уретри, що виникла у 49,1% пацієнтів [106]. Анастомоз між фіксованою і фалічною частиною уретри є найбільш вразливим місцем для стриктур і схильний до утворення фістул в ранньому післяопераційному періоді. Автори також повідомили про задоволеність пацієнтів за допомогою спеціального опитувальника за п'ятибальною шкалою Лайкерта для вимірювання післяопераційної чутливості статевого члена. 80% пацієнтів були задоволені після операції, 76% пацієнтів змогли досягти оргазму і повідомили про прийнятний рівень тактильних відчуттів статевого члена. Результати цієї серії досліджень збігаються з іншими в тому, що техніка фаллопластики вільним клаптом передпліччя забезпечує пацієнту задовільний хірургічний результат на думку пацієнта і хірурга [29]. Однак, пацієнти повинні бути повністю поінформовані про можливі обмеження і ускладнення методу, в тому числі у віддаленому періоді, щоб мати реалістичні очікування [107].

3.1 Протокол виконання лігаментотомії

Cross-method [89, 108–112]. Проводять поперечний розріз шкіри розміром 3-4 см в області основи статевого члена, відступивши 0.7-1 см вгору від пенопубікального кута (Рис. 3.1). Виділяють і розсікають поверхневу пращоподібну зв'язку, а потім нижче – підвішуючу зв'язку статевого члена (Рис. 3.2).



Рис. 3.1 – Розмітка перед розрізом шкіри при виконанні крос-пластики.

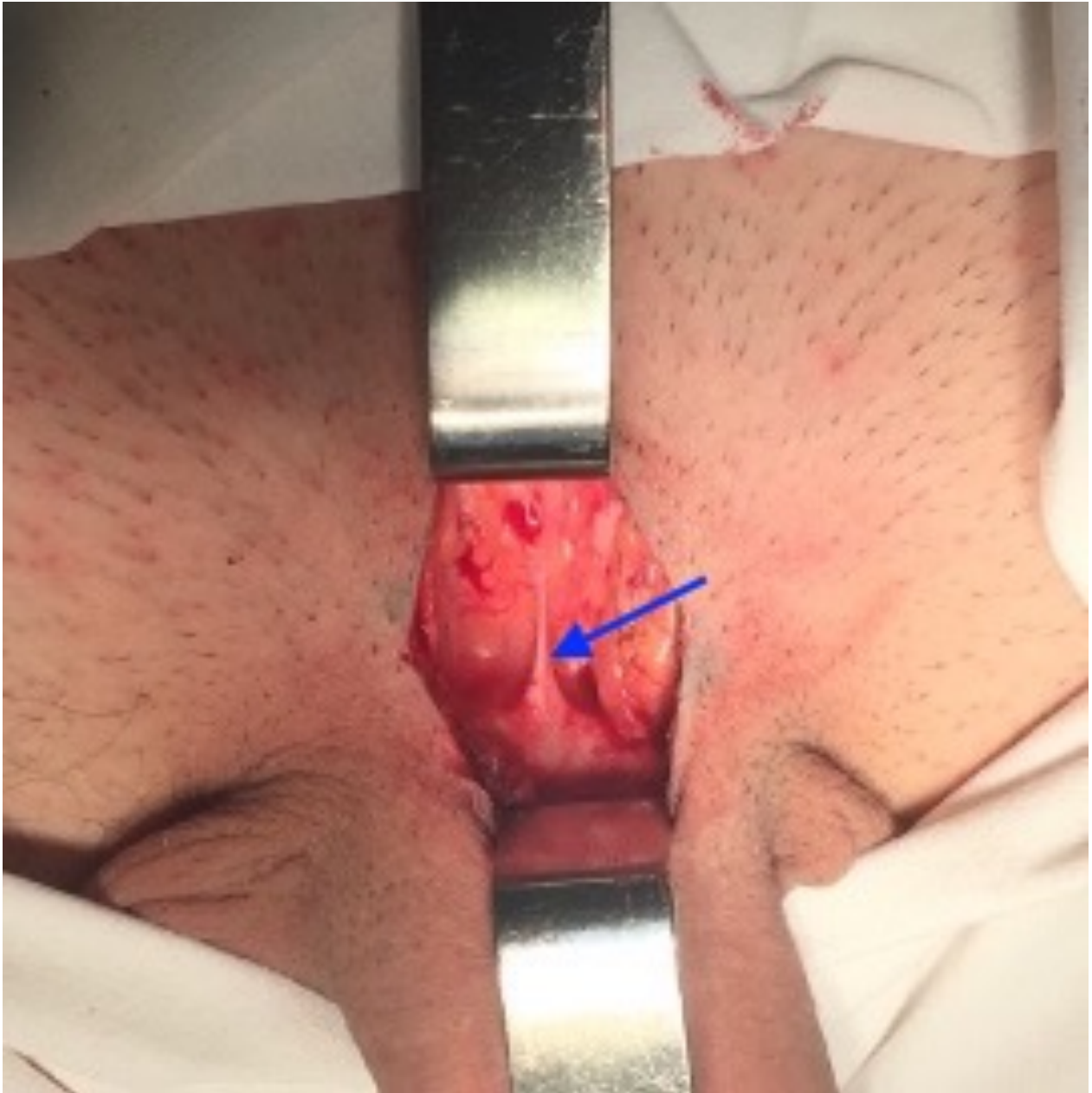


Рис. 3.2 – Підвішуюча зв'язка статевого члена.

Після завершення розсічення зв'язок виконують мобілізацію кавернозних тіл статевого члена від симфізу до рівня входження в них глибоких артерій. При натягненні статевого члена вниз здійснюють додаткове розсічення латеральних пучків фасції Скарпа. При завершенні даних етапів усувається фізіологічне викривлення статевого члена і відбувається подовження статевого члена. До лобкового симфізу нерозсмоктуючою ниткою підшивається силіконова пластинка розмір якої підбирається інтраоперативно, що запобігає повторному зрощенню кавернозних тіл з

лобковим симфізом. Проводять фіксацію кавернозних тіл, накладаючи шви нерозсмоктуючою ниткою на шкіру пеноскротального кута і білкову оболонку статевого члена в положенні його натягу. Рана зашивається пошарово поздовжньо, зміщуючи пенопубікальний кут (Рис. 3.3). Всі пацієнти використовували апарат «Екстендер» після загоєння рани, починаючи з 3 тижня після операції, по 4-6 годин 2-3 рази на тиждень, протягом 3-4 місяців для профілактики повторного зрощення.

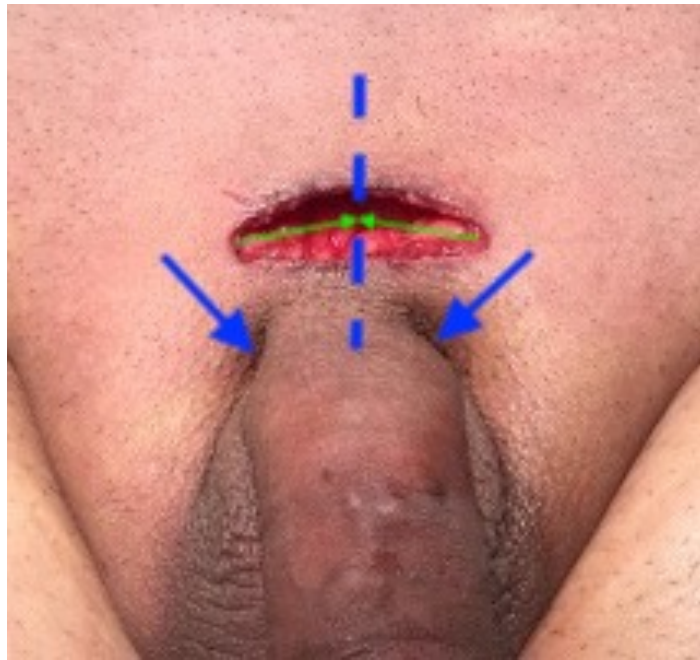


Рис. 3.3 – Схема ушивання рани при виконанні крос-пластики.

Зеленими стрілками показано зміщення кутів рани при зшиванні; сині стрілки вказують точки накладення швів, що з'єднують шкіру пеноскротального кута і білкову оболонку статевого члена.

Операції проводились під загальним комбінованим наркозом. Тривалість операції в дослідній групі в середньому склала 107 хвилин (87-119 хвилин). Тривалість госпіталізації після операції складала 1 добу [89, 112].

3.2 Результати оперативного втручання

Перед операцією середня довжина неерегованого статевого члена становила 8.4 ± 1.23 см, а через три місяці після операції цей показник збільшився і склав 11.2 ± 1.17 см (Рис. 3.4). Середнє збільшення довжини статевого члена після операції становило 2.8 ± 0.74 см, що представляє собою зростання на 33.3% (Таблиця 3.1). Важливо відзначити, що отримані значення є статистично значущими ($P < 0.001$ за допомогою критерію Стюдента для парних вибірок), що свідчить про ефективність даного операційного методу для досягнення бажаного результату у підвищенні довжини статевого члена.

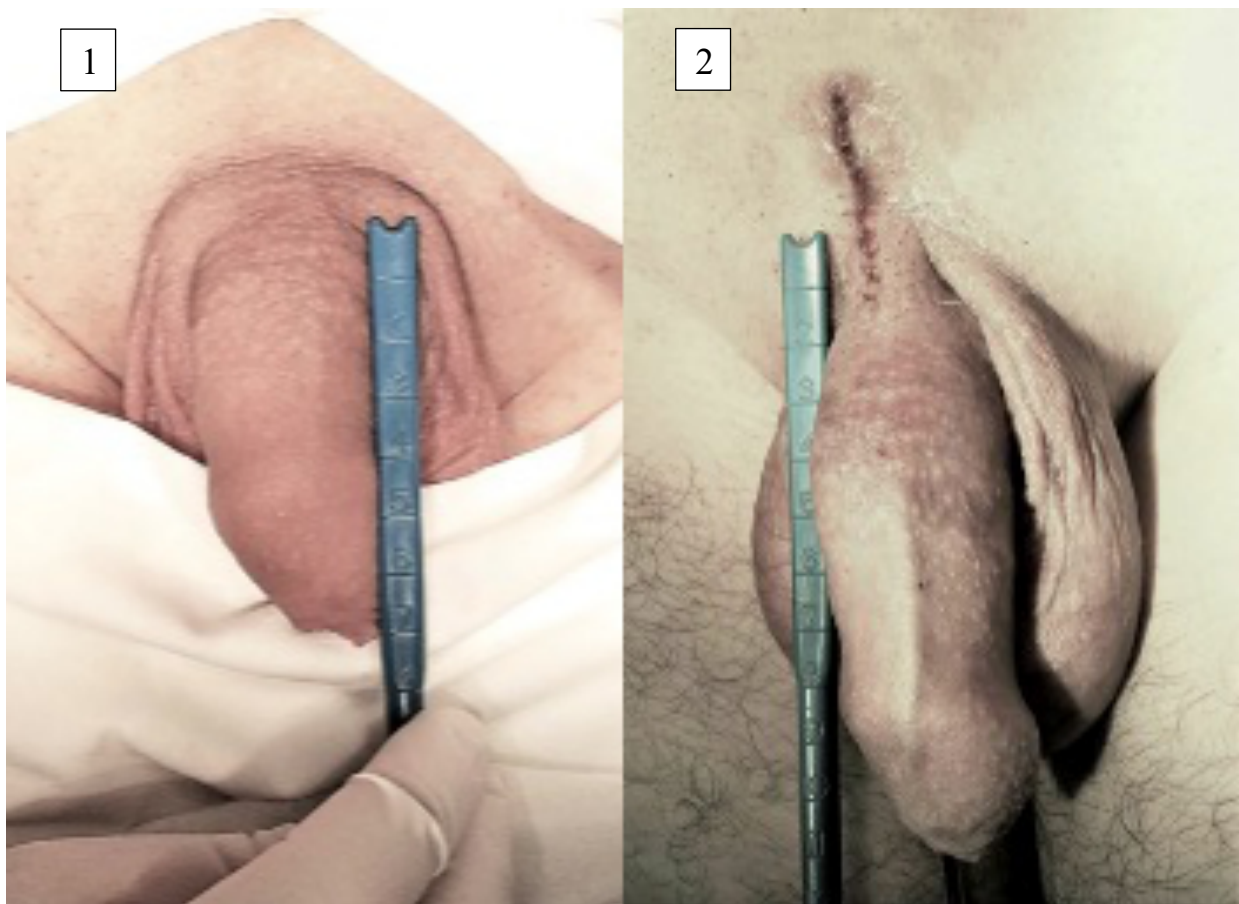


Рис. 3.4 - Фото результатів оперативного подовження у одного з пацієнтів.

1 – Фото до збільшення; 2 – Фото після збільшення.

У післяопераційному періоді серед наших пацієнтів, які пройшли оперативне втручання, ми спостерігали відсутність будь-яких значущих труднощів у сфері сексуальної активності або порушень сексуальної функції, і показники МІЕФ-5 залишилися стабільними і не піддалися змінам.

Незважаючи на це, ми повинні відзначити наявність деяких незначних ускладнень у деяких пацієнтів. За нашими даними, було задокументовано п'ять випадків (що становить 16.1% від загальної кількості) гіпертрофічних рубців.

Дуже важливо відзначити, що в подальших спостереженнях і оцінках ми не реєстрували жодного випадку інфікування або післяопераційних кровотеч у наших пацієнтів. Рівень залишкового дискомфорту був низьким, і порушення чутливості статевого члена або пошкодження судинно-нервового пучка не виявлялося в жодному з клінічних спостережень.

	Перед втручанням	Через 3 місяці	Покращення	Значення р
Середня довжина члена (см + СВ)	8.4 ± 1.23	11.2 ± 1.17	2.8 ± 0.74	< 0,001
Середній бал SEAR				
Загальний	56.9 ± 15.14	70.6 ± 15.4	13.7 ± 3.04	< 0,001
Домен 1: Сексуальні стосунки	33.9 ± 11.57	40.7 ± 11.84	6.9 ± 4.34	< 0,001
Домен 2: Впевненість	23 ± 7.78	29.9 ± 6.6	6.9 ± 3.5	< 0,001
Субшкала 1: Самооцінка	15.6 ± 6.77	19.8 ± 5.86	4.2 ± 2.54	< 0,001
Субшкала 1: Стосунки загалом	7.4 ± 2.57	10.1 ± 1.86	2.7 ± 1.54	< 0,001

Таблиця 3.1 – Порівняння результатів оперативної корекції довжини статевого члена.

SEAR – Анкета для визначення самооцінки та оцінки стосунків; СВ – стандартне відхилення.

3.3 Вплив оперативного втручання на психосексуальний стан пацієнтів

Інклюзивна оцінка ефективності втручання за допомогою опитувальника SEAR учасників нашого клінічного дослідження розкриває значні покращення у різних аспектах сексуального задоволення та самооцінки. Проведений аналіз динаміки змін у показниках, виміряних на різних етапах дослідження, дозволяє нам глибше розуміти вплив цієї важливої медичної процедури на якість життя пацієнтів.

Почнемо з аналізу сексуальних стосунків. На початку дослідження, середні бали в домені сексуальних стосунків склали 33.9 ± 11.57 балів. Проте, після втручання цей показник суттєво покращився, досягнувши 40.7 ± 11.84 балів. Це значне підвищення на 6.9 ± 4.34 бала або 20.4% від початкового рівня є надзвичайно обнадійливим і свідчить про значущий позитивний ефект процедури на якість сексуального життя пацієнтів.

Слід наголосити, що подібні тенденції позитивних змін спостерігаються і в інших аспектах опитування. Наприклад, середні результати другого домену, який відображає впевненість пацієнтів, показали істотне підвищення з 23 ± 7.78 балів на початку дослідження до 29.9 ± 6.6 балів після втручання. Це вказує на зростання впевненості на рівні 6.9 ± 3.5 балів або 30%.

Аналогічні позитивні зміни відзначаються і в інших показниках самооцінки. Наприклад, середній бал за субшкалою самооцінки зріс з 15.6 ± 6.77 балів на початку дослідження до 19.8 ± 5.86 балів після втручання, демонструючи покращення на рівні 4.2 ± 2.54 балів або 26.9%.

Значущий ріст відзначається також середнього балу за субшкалою загальних стосунків, який збільшився з 7.4 ± 2.57 бала на початку дослідження до 10.1 ± 1.86 бала через 3 місяці після втручання. Це покращення у другій субшкалі становить 2.7 ± 1.54 балів або наймовірні 36.5%.

Усі ці позитивні зміни відображаються у середньому загальному балі опитувальника, який складав 56.9 ± 15.14 бала перед проведенням втручання та зріс до 70.6 ± 15.4 бала через 3 місяці після процедури (Рис. 3.5). Отже, загальне покращення середнього загального балу опитувальника становить 13.7 ± 3.04 бала, або 24.1% (деталі наведено в Таблиці 3.1). Важливо

зауважити, що всі ці зміни є статистично значущими ($P < 0,001$ для парних вибірок за допомогою критерію Вілкоксона).

Ці висновки вказують на те, що проведена медична процедура відзначається вражаючою ефективністю у покращенні якості життя пацієнтів у сфері сексуального задоволення та самооцінки. Результати цього дослідження сприяють поглибленню нашого розуміння важливості і впливу цього виду медичного втручання на пацієнтів і підкреслюють його обґрунтовану інклюзивну цінність у контексті сучасної клінічної медицини.

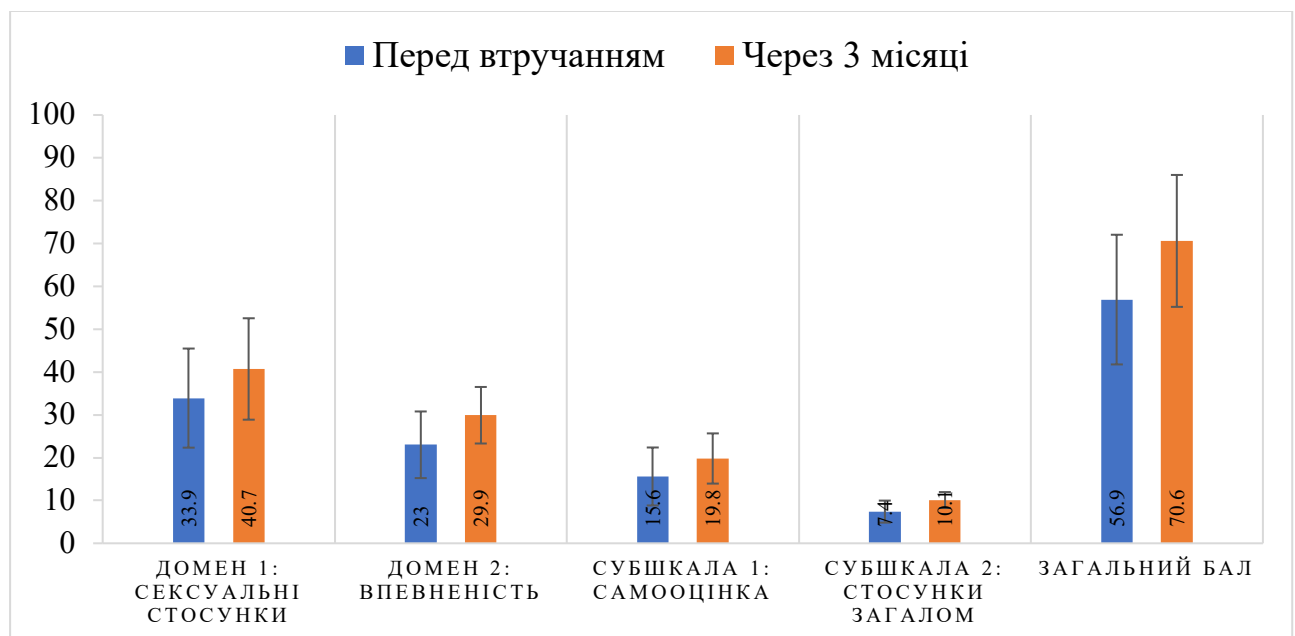


Рис. 3.5 – Результати SEAR до та після операції.

SEAR – Анкета для визначення самооцінки та оцінки стосунків.

3.4 Опис типових клінічних випадків пацієнтів, яким проводилось оперативне втручання

1. Пацієнт, чоловік у віці 37 років, звернувся за консультацією у ДУ «НПЦ ПКМ» ДУС зі скаргами на маленький розмір свого статевого органу та яскраво вираженим бажанням збільшити його довжину.

Відомо з анамнезу, що дане бажання пацієнта виникло вже у юнацькому віці. У той період він почав відчувати незначний дискомфорт під час

перебування у роздягальнях разом з іншими чоловіками через відмінності в розмірах статевого органу. З того моменту думки про зовнішній вигляд свого статевого органу виникають періодично, не завдаючи серйозних перешкод у повсякденному житті, але спричиняючи певний дискомфорт. Пацієнт уникає загальних роздягальень та СПА-центрів. Загалом, у нього стабільна робота з задовільним фінансовим становищем, не супроводжується скаргами на значний рівень навантаження або стресу.

Під час збору спеціального анамнезу виявилось, що пацієнт переоцінює розміри статевих органів інших чоловіків та недооцінює свій власний розмір. Він відчуває дискомфорт при оголенні перед статевим партнером, хоча сама партнерка ніколи не висловлювала жодних зауважень щодо зовнішнього вигляду статевого органу. Чоловік у шлюбі протягом 5 років та виховує двох дітей. Його єдиний статевий партнер - дружина. У відносинах з нею не спостерігається значних стресів. Сексуальне життя є регулярним, зазвичай відбувається 5-6 разів на місяць. Лібідо не порушене, пацієнт не має жодних скарг на еректильну функцію.

При огляді не виявлено ознак запальних змін у статевих органах. Аномалій розвитку чи слідів оперативних втручань також не спостерігалось, що узгоджується з висловлюваннями самого пацієнта. Проведено виміри статевого члена: в спокійному стані його довжина складала 10.5 см, у розтягнутому - 13 см. Щодо товщини (довжини окружності), середня частина стовбура мала розмір 10 см, а головка - 9.5 см.

У рамках проведеного психологічного консультування, підданий обстеженню проявив відсутність психічних розладів. Зокрема, в ході консультації вирішувались питання, пов'язані із самооцінкою пацієнта щодо його фізіологічних характеристик. Один із ключових аспектів обговорення стосувався розмірів чоловічих статевих органів.

За участю фахівця було проведено порівняльний аналіз розмірів пацієнта з середньостатистичними показниками. В результаті даного порівняння встановлено, що фізіологічні параметри даного пацієнта

знаходяться у межах норми. Ця інформація була докладно пояснена пацієнту, але не вплинула на його рішучість збільшити розмір статевого члена.

Далі, в рамках психологічного аналізу, було запропоновано використовувати стандартні методики, такі як анкетування анкетами COPS-P, МІЕФ-5 та SEAR. За результатами анкетування за шкалою COPS-P визначено, що піддослідний отримав 26 балів. Відповідно до авторів шкали, чоловіки, які набирають менше 40 балів, можуть вважатися як такі, що не мають пенільну дисморфофобію і оцінюються як особи із синдромом малого статевого члена. Також, під час анкетування за МІЕФ-5 виявлено, що пацієнт набрав 24 бали, що свідчить про відсутність порушень ерекції. Результати анкетування за шкалою SEAR склали 57 балів із загальної суми 100. При розгляді результатів за окремими доменами та субшкалами, які були конвертовані у 100-бальну шкалу (з округленням до цілих чисел), отримані значення складають приблизно наступне: домен 1 (статеві відносини) - 35, домен 2 (впевненість) - 22, субшкала 1 (самооцінка) - 18, субшкала 2 (загальні стосунки) - 4.

У процесі консультації пацієнт був детально проінформований про різноманітні методи, доступні на момент медичного огляду, що спрямовані на досягнення збільшення розмірів статевого органа. Відзначено було не лише самі методи, але і їхні особливості, можливі наслідки та побічні ефекти. Задоволення основного бажання пацієнта - збільшення розмірів статевого члена, було визнано ключовим моментом в плануванні медичного втручання.

На підставі зазначених обставин пацієнту була рекомендована лігаментотомія, яка, на думку фахівців, найбільш повно задовольняє його потреби та вважається безпечним методом. Необхідність та безпека вибраного методу були відображені у підписані пацієнтом інформованої згоди на проведення втручання та збір даних.

Отже, у рамках проведеного медичного втручання пацієнту було здійснено пересічення підвішуючої зв'язки статевого члена, супроводжене пластиком шкіри крос-методом. Тривалість перев'язок становила 14 діб. Вже на третій тиждень пацієнт розпочав застосовувати апарат "Екстендер"

протягом 4-6 годин щоденно, 2-3 рази на тиждень. Цей етап лікування був ретельно обговорений з пацієнтом, а вибір та часовий графік застосування апарату були обґрунтовані науково та враховували індивідуальні особливості пацієнта.

Після тримісячного періоду було проведено повторне обстеження відповідно до протоколу дослідження. За суб'єктивними відомостями, пацієнт виражав задоволеність результатами проведеного медичного втручання, хоча зазначав певні зауваження щодо косметичного вигляду рубця. Варто відмітити, що ці аспекти не мали впливу на загальне враження від операції. При об'єктивному огляді було виявлено, що рубець сформувався нормально та не виходить за межі рівня шкіри. Деяка частина рубця прикрита волоссям лобкової області. Крім того, було здійснено виміри статевого члена. Його довжина у спокійному стані складала 12,3 сантиметри, що на 1,8 сантиметри перевищує попередні виміри до операції.

В рамках даного дослідження було проведено контрольне анкетування за допомогою шкали SEAR, спрямоване на оцінку психосексуального стану об'єкта дослідження. Результати цієї оцінки за шкалою SEAR показали загальний бал на рівні 70 з можливих 100. Аналізуючи ці результати з урахуванням доменів та субшкал, які були переведені у 100-бальну шкалу та округлені до цілих значень, було встановлено наступне розподілення за оціночними показниками: домен 1 (статеві відносини) - 41 бал, домен 2 (впевненість) - 29 балів, субшкала 1 (самооцінка) - 20 балів та субшкала 2 (загальні стосунки) - 9 балів.

В результаті виявлено суттєве поліпшення психосексуального стану. Загальний бал анкети підвищився на 13 балів, з помітним зростанням у домені 1 (статеві відносини) на 6 балів, у домені 2 (впевненість) на 7 балів, субшкалі 1 (самооцінка) на 2 бали та субшкалі 2 (загальні стосунки) на 5 балів.

Отримані дані свідчать не лише про покращення антропометричних параметрів (збільшення статевого члена), а й про значне поліпшення психосексуального стану об'єкта дослідження. Додатково, об'єкт дослідження

відзначив зникнення бажання збільшувати розмір свого статевого органу в майбутньому.

2. Пацієнт у віці 43 років звернувся у ДУ «НПЦ ПКМ» ДУС з обґрунтованим бажанням збільшити розмір свого статевого органу. Виходячи із стану анамнезу, відомо, що дана потреба виникла кілька місяців тому після сприйняття реклами, присвяченої методикам розширення пеніса в онлайн середовищі. З цього часу пацієнт періодично розмірковує про зовнішній вигляд свого статевого органу, проте ці міркування не мають значущого впливу на його щоденне функціонування. Важливо відмітити, що ці контемпліяції не впливають на його соціальний статус, який є високим, чи на стабільний фінансовий стан, а також на його керівну посаду.

Під час детального збору спеціалізованого анамнезу стало відомо, що пацієнт відчуває бажання отримати нові враження та вплинути на своїх партнерів у статевому плані. Особа не має відчуття дискомфорту чи незручності під час відкритих інтимних моментів перед статевим партнером. Варто відзначити, що пацієнт не перебуває в шлюбі та не має дітей. Кілька осіб є його статевими партнерами, проте відсутні будь-які значущі напруження у відносинах з ними. Сексуальне життя характеризується нерегулярністю, з частотою в середньому від 6 до 8 випадків щомісяця. Не спостерігається порушення лібідо, також не має жодних скарг на еректильну функцію.

Під час медичного огляду не виявлено патологічних змін у статевих органах. Відсутність відхилень у розвитку та відсутність слідів хірургічних втручань підтверджується медичним обстеженням та зіставленням зі словами пацієнта. Були проведені виміри статевого члена, в результаті яких було виявлено, що довжина органа у спокійному стані складала 9 см, у розтягнутому стані - 12 см. Товщина (довжина окружності) середини стовбура складала 10 см, тоді як голівки досягали 10 см. Ці параметри є в рамках норми та не виявляють патологічних аспектів у фізіологічному функціонуванні статевого органа.

У рамках проведеного психологічного консультування пацієнта, було детально досліджено його психічний стан, що виявило відсутність будь-яких патологічних психічних розладів. Під час консультації пацієнт отримав інформацію про нормальні фізіологічні розміри чоловічих статевих органів, а також разом з лікарем проведено об'єктивне порівняння розмірів пацієнта з середньостатистичними значеннями.

Результати виявили, що розміри статевого члена даного пацієнта знаходяться в межах фізіологічної норми. Незважаючи на отриману інформацію, пацієнт виразив бажання збільшити розміри свого статевого члена, і це рішення залишається незмінним після надання лікарських пояснень.

Для більш глибокого вивчення психосоціальних аспектів сексуального задоволення пацієнта, йому було запропоновано пройти анкетування за допомогою шкал COPS-P, MIEФ-5 та SEAR. Згідно із результатами шкали COPS-P, пацієнт набрав 32 бали, що, відповідно до авторів шкали, не вказує на пенільну дисморфобію, оскільки чоловіки з менше ніж 40 балами вважаються вільними від цього психічного розладу та можуть бути оцінені як особи зі синдромом малого статевого члена.

Подальше анкетування за MIEФ-5 показало відсутність порушень ерекції, оскільки пацієнт набрав 25 балів. Результати за шкалою SEAR визначили загальний бал у 46 зі 100, з подальшим розподілом по доменах та субшкалах, де домен 1 (статеві відносини) має значення 13, домен 2 (впевненість) - 33, субшкала 1 (самооцінка) - 23, субшкала 2 (загальні стосунки) - 10. Ці показники дають можливість більш детально оцінити різні аспекти сексуального функціонування та самовизначення пацієнта для подальшого розроблення індивідуального плану лікування та підтримки його психосексуального здоров'я.

Пацієнт був інформований про всі можливі методи збільшення статевого органа, їх характеристики, можливі ризики та побічні ефекти на момент проведення огляду. Оскільки основною метою пацієнта було

досягнення збільшення розміру статевого члена, лікар запропонував йому процедуру лігаментотомії, вважаючи її найбільш ефективною та безпечною для задоволення його потреб. Перед проведенням втручання пацієнт детально ознайомився з можливими наслідками процедури та побічними ефектами.

Згідно інформованої згоди, пацієнт погодився на лігаментотомію та збір даних, пов'язаних із процедурою. Процедура включала пересічення підвішуючої зв'язки статевого члена, це було поєднано із пластикою шкіри за крос-методом. Період відновлення та заживлення тривав 14 діб. На третій тиждень після процедури пацієнт розпочав використовувати апарат "Екстендер" протягом 4-6 годин, 2-3 рази на тиждень. Цей захід був введений для підтримання та збільшення отриманого результату, сприяючи оптимальному розтягуванню тканин.

Після тримісячного періоду пацієнт був повторно підданий обстеженню відповідно до встановленого протоколу дослідження. За суб'єктивними висловленнями пацієнта можна констатувати задоволеність результатами проведеного медичного втручання. Об'єктивний огляд вказав на нормальне формування рубця, який відзначається відсутністю виступів над рівнем шкіри. Лобкове оволошіння повністю прикриває зазначений рубець.

У процесі обстеження були проведені виміри статевого члена. Довжина органа у спокійному стані складала 12.5 см, що на 3.5 см перевищує значення доопераційного періоду. Під час контрольного анкетування за допомогою шкали SEAR, отримані результати склали 57 балів із загальної суми 100. Аналіз за доменами та субшкалами, переведений у 100-бальну шкалу з округленням значень до цілих чисел, показав наступне розподіленіми числами: домен 1 (статеві відносини) - 21, домен 2 (впевненість) - 36, субшкала 1 (самооцінка) - 25, субшкала 2 (загальні стосунки) - 11. Помітне покращення результатів виявлене в збільшенні загального балу анкети на 11 пунктів. Зростання у домені 1 (статеві відносини) становить 8 балів, у домені 2 (впевненість) - 3 бали, субшкала 1 (самооцінка) - 2 бали, субшкала 2 (загальні стосунки) - 1 бал.

Ці показники свідчать не лише про збільшення розмірів статевого члена, але і про значуще покращення психосексуального стану пацієнта. Також важливо відзначити, що сам пацієнт відмітив збільшений інтерес з боку його статевих партнерів.

3. Пацієнт, чоловік 29 років, звернувся у ДУ «НПЦ ПКМ» ДУС із задачею поліпшити естетичний вигляд свого статевого члена, який йому здається недостатньо великим.

З анамнезу відомо, що це бажання сформувалося деякий час тому, ще в юнацькому віці. Пацієнт перші ознаки дискомфорту відчував, перебуваючи у роздягальнях разом з іншими чоловіками, що виникло ще в його молодших роках. З того часу думки про зовнішній вигляд статевого органа виникають періодично. Важливо відзначити, що ці роздуми не суттєво впливають на його повсякденне життя, проте створюють помірний дискомфорт. Пацієнт намагається уникати загальних роздягалень та відчуває невпевненість під час відпочинку на пляжі. Його професійна діяльність є віддаленою та стабільною, і він не скаржиться на великі навантаження або стресові ситуації.

У контексті медичного вивчення ситуації важливо провести комплексне обстеження, враховуючи психосоматичні аспекти, щоб визначити, чи існує реальна медична підстава для втручання. Крім того, слід здійснити психологічну оцінку, оскільки вплив естетичних питань на психічний стан пацієнта може виявитися значущим. Такий підхід дозволить розробити індивідуальний план лікування та корекції, який враховує як фізичний, так і психічний аспекти пацієнта.

Під час проведення спеціального медичного анамнезу виявлено, що пацієнт виявляє тенденцію до переоцінки розмірів статевих органів інших представників чоловічої статі, водночас недооцінюючи розмір свого власного органа. Пацієнт відзначає наявність дискомфорту у процесі спілкування з особами протилежної статі. Варто відзначити, що дана особа зазнала психотерапевтичного втручання в минулому у зв'язку з цією проблемою, проте

досягнення позитивного результату не було зафіксовано, і бажання збільшити розмір свого статевого органу не зазнало змін.

Пацієнт в даний момент не має постійного партнера, а статеві відносини відбуваються спорадично останній рік. Важливо відзначити, що лібідо не порушене, а на ерекtilьну функцію немає скарг.

При клінічному огляді не виявлено ознак запальних змін у статевих органах. Анатомічних аномалій та слідів оперативних втручань також не виявлено, що відповідає словам пацієнта. З метою об'єктивного визначення розмірів статевого члена були виміряні його параметри: довжина органа у спокійному стані становила 11 см, а у розтягнутому – 13.7 см. Товщина (довжина окружності) середини стовбура складала 10 см, а голівки – 10.5 см.

У результаті проведеної психологічної консультації з пацієнтом, який раніше отримував психотерапію, було виявлено відсутність психічних розладів. Чоловік був проінформований про нормальні розміри чоловічих статевих органів, і разом з медичним фахівцем проведено порівняльний аналіз розмірів пацієнта з середніми показниками. Встановлено, що розміри пацієнта відповідають нормі. Незважаючи на це пояснення, пацієнт висловив бажання збільшити розмір свого статевого члена.

Для додаткового об'єктивного оцінювання психічного стану пацієнта було запропоновано пройти анкетування за допомогою шкал COPS-P, МІЕФ-5 та SEAR. За шкалою COPS-P пацієнт набрав 33 бали. Згідно з авторами даної шкали, чоловіки, які набирають менше 40 балів, не характеризуються пенільною дисморфобією та можуть бути оцінені як особи з синдромом малого статевого члена. Також, за результатами анкетування МІЕФ-5 пацієнт отримав 24 бали, що свідчить про відсутність порушень ерекції. Результати за шкалою SEAR склали 52 бали з 100 загалом. При подальшому аналізі цих результатів у контексті окремих доменів та субшкал, що були переведені у 100-бальну шкалу та заокруглені до цілих чисел, були отримані наступні значення: домен 1 (статеві відносини) - 31, домен 2 (впевненість) - 21, субшкала 1 (самооцінка) - 10, субшкала 2 (загальні стосунки) - 11.

Зважаючи на індивідуальні потреби та побажання пацієнта, лікар обрав метод, який відповідає його побажанням та вважається безпечним у даному контексті. У пацієнта була проведена лігаментотомія, яка є одним із методів подовження статевого члена. Це втручання включало пересічення підвішуючої зв'язки статевого члена з подальшою пластикою шкіри крос-методом

Після втручання пацієнт використовував апарат «Екстендер» починаючи з третього тижня після операції. Цей пристрій призначений для поступового розтягнення тканин пеніса, щоб підтримувати отриманий результат.

Важливо зазначити, що перед втручанням пацієнт був детально проінформований про можливі ризики, побічні ефекти та можливі наслідки такого виду лікування. Попереднє надання інформованої згоди перед втручанням є важливим аспектом медичної етики та стандартів, що дозволяє пацієнту бути усвідомленим щодо усіх аспектів процедури.

Повторне клінічне обстеження було проведене через тримісячний інтервал, відповідно до установленого протоколу дослідження. По суб'єктивних відчуттях, пацієнт виражав високий рівень задоволення проведеним медичним втручанням, не зважаючи на виявлені косметичні недоліки у вигляді рубця. Під час об'єктивного огляду було виявлено, що рубець підвищеної щільності та виноситься понад рівень навколишньої шкіри. Цей випадок гіпертрофічного рубця є одним із п'яти випадків зафіксованих під час даного дослідження. Рубець прихований майже повністю лобковим волоссям.

Крім того, були проведені виміри статевого члена. Довжина органа у спокійному стані становила 13.4 см, що на 2.4 см перевищує початкові показники до проведення операції. У рамках контрольного анкетування за допомогою шкали SEAR було отримано результати загальною кількістю 61 бал з 100. При перенесенні результатів до 100-бальної шкали за окремими доменами та субшкалами, отримані значення складають: домен 1 (статеві

відносини) - 33, домен 2 (впевненість) - 28, субшкала 1 (самооцінка) - 15, субшкала 2 (загальні стосунки) - 13. Слід зазначити значне поліпшення результатів анкети: загальний показник підвищився на 9 балів. Зростання в домені 1 (статеві відносини) склало 2 бали, в домені 2 (впевненість) - 7 балів, субшкала 1 (самооцінка) - 5 балів, субшкала 2 (загальні стосунки) - 2 бали.

Ці показники свідчать не лише про збільшення розмірів статевого члена, а й про істотне покращення психосексуального стану пацієнта. Він відчув підвищення рівня самовпевненості та, крім того, протягом цього періоду у нього з'явився статевий партнер.

4. Пацієнт, 28 років, звернувся у ДУ «НПЦ ПКМ» ДУС із скаргами на короткий статевий орган, який викликає у нього виражене бажання збільшити його розміри.

За викладеними даними анамнезу, ця проблема виникла в юнацькому віці та посилилася протягом останніх 5 років під впливом активної зайнятості у спортивній галузі, зокрема, у бодібілдингу. Чоловік спостерігав візуальну диспропорцію свого тіла, що стало однією з причин бажання модифікувати свій статевий орган. Пацієнт здійснив кілька візитів до різних урологічних спеціалістів та проходив психотерапевтичне лікування у психолога, проте жоден з цих заходів не приніс бажаного результату. На даний момент чоловік відчуває легкий дискомфорт у ситуаціях, пов'язаних з роздяганням в громадських місцях, де можливий порівняльний аналіз його фізичних параметрів з іншими чоловіками. Думки про зовнішній вигляд статевого органа виникають періодично та створюють помірний дискомфорт. Проте, варто зауважити, що ці роздуми не впливають на повсякденну активність, роботу та не є домінуючими факторами у житті пацієнта. Загалом, чоловік має стабільну соціальну та професійну позицію, не скаржиться на значні навантаження та стресові ситуації у повсякденному житті. Тим не менш, бажання модифікувати статевий орган для досягнення гармонії з власним сприйняттям зовнішнього вигляду викликає певний психологічний дискомфорт у пацієнта. Загалом, пацієнт має стабільну роботу із задовільним

фінансовим становищем і не скаржиться на екстремальні навантаження або стресові ситуації. Не зважаючи на здоровий фізичний стан, виявлення психологічних аспектів його бажань та дискомфорту є важливим етапом у розгляді індивідуального та комплексного підходу до лікування даного клінічного випадку.

Під час проведення спеціального анамнезу встановлено, що пацієнт виявляє схильність до переоцінки розмірів статевих органів у інших чоловіків та схильність до недооцінки свого власного розміру. Пацієнт відчуває легкий дискомфорт при частковому оголенні в публічних місцях, таких як спортзали, бодібілдингові змагання або пляжі, хоча партнерка ніколи не висловлювала жодних зауважень щодо зовнішнього вигляду статевого органа. За останні два роки пацієнт підтримує стійкі статеві відносини з партнером. Відсутність значущих конфліктів або стресів у відносинах зазначається. Сексуальне життя пацієнта є регулярним, приблизно шість разів на місяць. Лібідіо не порушене, не виявлено скарг щодо еректильної функції.

Під час клінічного огляду не виявлено ознак запальних процесів статевих органів. Відсутність відхилень у розвитку або слідів хірургічних втручань узгоджується з даними, висловленими пацієнтом. Проведено виміри довжини статевого члена: у спокійному стані - 10 см, у розтягнутому - 13.5 см. Товщина (обхват) середньої частини стовбура становила 10 см, голівки - 9.7 см.

Під час психологічного консультування було ретельно проаналізовано психічний стан пацієнта. Виявлено відсутність будь-яких психічних розладів у пацієнта. Однією з областей аналізу було сприйняття розмірів чоловічих статевих органів, проведено їх порівняння з середньостатистичними параметрами. Результати порівняння виявили, що розміри статевих органів даного пацієнта узгоджуються з нормою. Незважаючи на пояснення лікаря щодо цих розмірів, не змінило наміру пацієнта здійснити процедуру збільшення розмірів статевого члена. У наступній частині консультації було запропоновано проходження анкетування з використанням шкал COPS-P,

МІЕФ-5 та SEAR для більш глибокого оцінювання стану пацієнта. За результатами шкали COPS-P підслідний набрав 31 бал, що вказує на відсутність пенільної дисморфобії, оскільки чоловіки, які набирають менше 40 балів, не відзначаються цим розладом та можуть бути оцінені як ті, у кого синдром малого статевого члена. Додатково, за анкетною МІЕФ-5 підслідний набрав 24 бали, що свідчить про відсутність порушень ерекційної функції. Результати за шкалою SEAR виявилися на рівні 36 балів зі 100 загалом. Щодо конкретних областей та субшкал, результати були переведені у 100-бальну шкалу, де отримані значення були заокруглені до цілих чисел. Відповідно до цього перерахунку, отримані результати складають: домен 1 (статеві відносини) - 20, домен 2 (впевненість) - 16, субшкала 1 (самооцінка) - 11, субшкала 2 (загальні стосунки) - 5.

Пацієнт був ознайомлений із повним спектром можливих методів для збільшення статевого органа на момент огляду, включаючи їхні особливості, наслідки та можливі побічні ефекти. З урахуванням вираженого бажання пацієнта подовжити статевий член, йому було запропоновано проведення лігаментотомії, яка найбільше відповідала його потребам та вважалася безпечною. Після отримання вичерпної інформації пацієнт погодився на цю процедуру, підписавши інформовану згоду на втручання та збір даних.

Отже, пацієнту було проведено пересічення підвішуючої зв'язки статевого члена із застосуванням пластики шкіри крос-методом. Після втручання пацієнтові проводились перев'язки, які тривали протягом 14 діб. На третій тиждень після процедури пацієнт почав використовувати апарат "Екстендер" протягом 4-6 годин щоденно 2-3 рази на тиждень.

Після пройденого втручання, пацієнт піддався повторному огляду через три місяці згідно з установленим протоколом обстеження. У своїх особистих враженнях пацієнт висловив задоволеність проведеною процедурою. При об'єктивному огляді було виявлено, що рубець сформувався в нормально та не виступає за межі рівня навколишньої шкіри. Лобкове волосся частково прикриває зазначений рубець. Проведено виміри статевого члена, в результаті

чого було виявлено, що його довжина у спокійному стані складала 13.3 см, що перевищує початкове значення на 3.3 см. Зафіксовано істотне покращення результатів в розмірі та формі органа. Для оцінки психосексуального стану пацієнта застосовано шкалу SEAR. Загальний результат склав 50 балів із 100. Результати за окремими доменами та субшкалами, переведені у 100-бальну шкалу, були наступними: домен 1 (статеві відносини) - 23 бали, домен 2 (впевненість) - 27 балів, субшкала 1 (самооцінка) - 19 балів, субшкала 2 (загальні стосунки) - 8 балів. Порівняно з попереднім обстеженням, відбулося значне покращення результатів оцінки психосексуального стану пацієнта. Загальний показник підвищився на 14 балів. Збільшення в домені 1 (статеві відносини) склало 3 бали, у домені 2 (впевненість) - 11 балів, субшкала 1 (самооцінка) - 8 балів, субшкала 2 (загальні стосунки) - 3 бали.

Після проведення спостережень та вимірів встановлено, що вказані показники свідчать про збільшення розмірів статевого члена у пацієнта. Додатково до цього, спостерігається помітне покращення психосексуального стану піддослідного, яке відображається у позитивних змінах його психологічного та емоційного благополуччя в контексті сексуальної функції. За суб'єктивною оцінкою самого пацієнта, він зафіксував відчуття більш пропорційного вигляду.

РОЗДІЛ 4: ІН'ЄКЦІЙНЕ ЗБІЛЬШЕННЯ СТАТЕВОГО ЧЛЕНА

4.1 Характеристика ін'єкційних методів збільшення статевого прутня

Ін'єкційне збільшення голівки статевого прутня. У 2003 Moon та ін. [113] уперше запропонували методику збільшення голівки статевого члена за допомогою ін'єкційного введення гіалуронової кислоти. У подальшому, цією командою вчених була опублікована ціла низка робіт на цю тему [114–117]. У цей час різні вчені використовували також й інші препарати окрім гіалуронової кислоти: гідрогель [118], поліакриламідний гель [119], декстрановий гель [120]. Розвивались нові методики введення гіалуронової кислоти [121], бо по цей день гіалуронова кислота є найдоступнішим та найуживанішим препаратом для ін'єкційної аугментації. Таким чином, окружність головки прутня за даними Moon та ін. можна збільшити у середньому на 1,5 см [114].

Ін'єкційне потовщення тіла статевого прутня. За останні десятиліття зафіксовано тенденцію зростання числа чоловіків, які виражають незадоволеність розмірами свого статевого органа. Ця тенденція вимагала інтенсивних наукових досліджень та пошуку нових методів для досягнення бажаних результатів у питаннях підвищення об'єму та товщини статевого прутня. Важливо зазначити, що більшість чоловіків, які цікавляться подібними процедурами, володіють нормальними фізіологічними показниками та зацікавлені в косметичних корекціях, а не в реальному розширенні функціональності.

У цьому контексті було розроблено ін'єкційні методики, спрямовані на потовщення статевого члена, і вони здобули визнання завдяки їхній високій безпечності та низькому ступеню інвазивності, як підтверджують дослідження [31, 122]. Епоха ін'єкційних методик потовщення почалася ще у 1900-ті роки, коли почали застосовувати введення під шкіру статевого члена різних

речовин, таких як парафін та інші мінеральні олії [64, 122]. Варто відзначити, що цей метод викликає серйозні ускладнення [123].

У 1940-их роках був популярний метод з використанням рідкого силікону для потовщення статевого органа, оскільки він вважався набагато безпечнішим [124, 125]. Незважаючи на відносну безпечність та високий рівень задоволеності пацієнтів [126], силікон все ж має свої недоліки та може викликати серйозні ускладнення, такі як еректильна дисфункція, значні та тривалі набряки, деформації статевого члена та пізні гранулематозні реакції [122, 127].

На сучасному етапі, ряд нерозсмоктуючих філлерів, включаючи поліметилметакрилат, продовжують застосовувати для досягнення бажаних результатів у питаннях потовщення статевого прутня. Особливість поліметилметакрилату полягає у тому, що він інкапсулюється у тканинах, що дозволяє уникнути численних ускладнень, пов'язаних із переміщенням філера у тканинах [128]. Наприклад, дослідники, зокрема Casavantes та ін. [128], повідомили про свій 8-річний досвід використання ін'єкцій поліметилметакрилату для збільшення обхвату статевого члена. Під час цього дослідження було проведено 1500 ін'єкцій у 729 чоловіків, включаючи пацієнтів, які раніше піддавалися іншим методам потовщення. Застосування вказаної схеми лікування призвело до середнього збільшення товщини статевого члена на 2,4 см, що було зафіксовано у спокійному стані, розтягнутого стані та під час ерекції (за даними пацієнтів) [128]. Ці наукові відомості свідчать про потенційні можливості та ефективність ін'єкційних методів потовщення статевого органа, але водночас залишають актуальними питання безпеки та ризику ускладнень, які вимагають подальших досліджень та ретельного вивчення.

У сучасний період наукових досліджень в області реконструктивної та естетичної медицини спостерігається активний розвиток нових матеріалів, які замінюють традиційні компоненти в процесі виконання процедур. Ці нові матеріали, відомі як рідкі та гелеподібні біодеградуючі речовини,

відзначаються своєю важливою роллю у сфері хірургічного лікування та косметичних втручань. Вони набули популярності завдяки їхнім перевагам над традиційними нерозсмоктуючими матеріалами, а також через вищу безпеку для пацієнтів.

Один із перших біодеградуючих матеріалів, що здобув визнання, - це гіалуронова кислота. В цьому контексті важливо відзначити дослідження, опубліковане Kwak та ін. [129], в якому проводилося спостереження за 38 пацієнтами, які були піддані введенню гіалуронової кислоти у стовбур члена, і це спостереження тривало 5 років. Під час цих досліджень в середньому вводилось 20 мл гіалуронової кислоти між м'ясистою оболонкою та фасцією Бака [129]. Важливо зазначити, що результат потовщення залежав від кількості введеного філера. Однак однією з недоліків гіалуронової кислоти була її поступова резорбція з часом [129–131].

Слідом за гіалуроновою кислотою з'явилася нова альтернатива - полімолочна кислота. Вона відрізняється тим, що стимулює розвиток фібробластів в області введення та, за результатами досліджень, вважається менш вразливою до резорбції [130–134]. Тривалість дії полімолочної кислоти залежить від індивідуальних особливостей пацієнта і, в порівнянні з гіалуроновою кислотою, може досягати приблизно двох років [130, 131].

Поперечнозв'язаний декстран, який використовується в суміші з поліметилметакрилатом [135], також демонструє схожі властивості та знаходить своє застосування в медичних процедурах збільшення статевого члена. Деякі спеціалісти також відзначають успішну комбінацію полімолочної кислоти з гіалуроновою кислотою як ефективний підхід у практиці.

Отже, в сучасному вирішенні медичних завдань акцент здійснюється на розвитку та вдосконаленні біодеградуючих матеріалів, які, на відміну від традиційних варіантів, демонструють велику перспективу щодо підвищення безпеки та тривалості результатів процедур в галузі хірургічного лікування та естетичної медицини.

4.2 Протокол проведення ін'єкційного збільшення статевого члена

У рамках даного дослідження, процедура була ретельно виконана з дотриманням стандартів медичної практики та застосуванням місцевої анестезії для забезпечення оптимального комфорту та безпеки пацієнтів. Для досягнення цієї мети використовувалася лідокаїнова мазь, та дорзальний блок статевого члена, що забезпечували ефективний контроль болю.

Методика проведення даної процедури була строго стандартизована та виконувалася однаково для всіх учасників дослідження, щоб забезпечити об'єктивність результатів. Кожному пацієнту було введено 14 мл гелю гіалуронової кислоти загалом: 10 мл у стовбур статевого члена і 4 мл у голівку.

Для введення гелю у стовбур статевого члена використовувалася канюля розміром 22G та довжиною 7 см. Ця канюля вводилася між поверхневою та глибокою фасціями статевого члена через два проколи, які були виконані на 10 та 2 години відносно умовного циферблату, а також на відстані 0,5-1 см проксимальніше корони голівки статевого члена [136].

Під час введення гелю гіалуронової кислоти важливо було забезпечити рівномірний розподіл гелю з обох боків статевого члена, уникаючи при цьому зазначеної області судинно-нервового пучка дорсально та області уретри вентрально, з метою запобігання можливим ускладненням та забезпечення безпеки процедури. (Рис. 4.1).

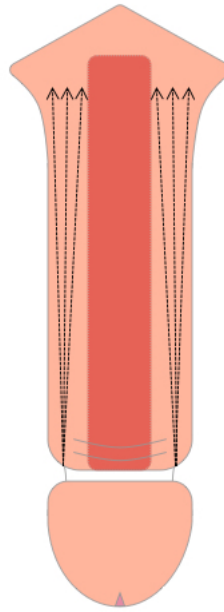


Рис. 4.1 – Схема введення філлера для потовщення стовбура статевого члена.

За допомогою множинних лінійних ретроградних ін'єкцій, які були спрямовані вздовж корони статевого члена, проводилася процедура збільшення голівки статевого члена. Після цього, залишкова площа заповнювалася віялоподібними ін'єкціями згідно із схемою наведеною на Рис. 4.2.

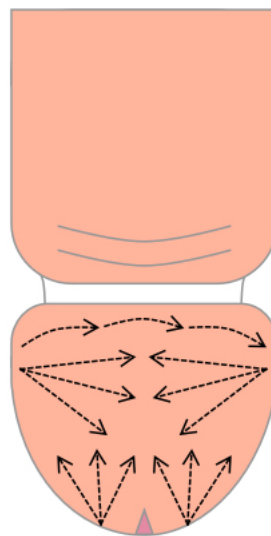


Рис. 4.2 – Схема введення філлера для потовщення корони голівки статевого члена.

Для забезпечення стабільності та запобігання міграції філлера після процедури застосовувалася аутоадгезивна пов'язка, яка залишалася на місці протягом трьох днів. Крім того, пацієнтам надавалася інструкція утримуватися від статевих контактів та мастурбації протягом перших двох тижнів після проведення цієї процедури [133, 136–138].

4.3 Прогнозування результату маніпуляції

У ході проведення дисертаційного дослідження було успішно розроблено та випробовано новий метод, який відкриває можливість передбачати очікувані зміни у розмірі статевого члена після процедури ін'єкційної корекції за допомогою філерів. Цей метод демонструє інноваційний підхід до вирішення важливих питань у галузі естетичної медицини і рекомендується для використання перед проведенням процедури, щоб точно розрахувати необхідний об'єм філера, який забезпечить досягнення бажаного естетичного результату.

Однією з основних переваг цього методу є його ефективність та зручність в застосуванні, оскільки він не вимагає додаткових дій або великої кількості часу. Він базується на математичній формулі, яка ретельно розроблена та перевірена в ході наукового дослідження і може бути надійним інструментом для медичних фахівців у визначенні оптимальних параметрів процедури корекції філерами [139].

$$C_a = \sqrt{C_b^2 + \frac{4\pi V_f}{h}}$$

де:

C_a – довжина окружності статевого члена після введення філера

C_b – довжина окружності статевого члена до введення філера

V_f – об'єм введеного філера

h – довжина тіла статевого члена.

Ця формула базується на припущенні, що статевий член може бути апроксимований циліндром. Враховуючи цю припущену форму, ми маємо можливість розрахувати довжину окружності статевого члена після введення певного об'єму філера. Для здійснення цього розрахунку необхідно знати об'єм філера, а також провести вимір довжини окружності тіла статевого члена до введення філера та довжини самого тіла члена, що представляє собою відстань від пенисубікального кута до корони голівки статевого члена (Рис. 4.3).

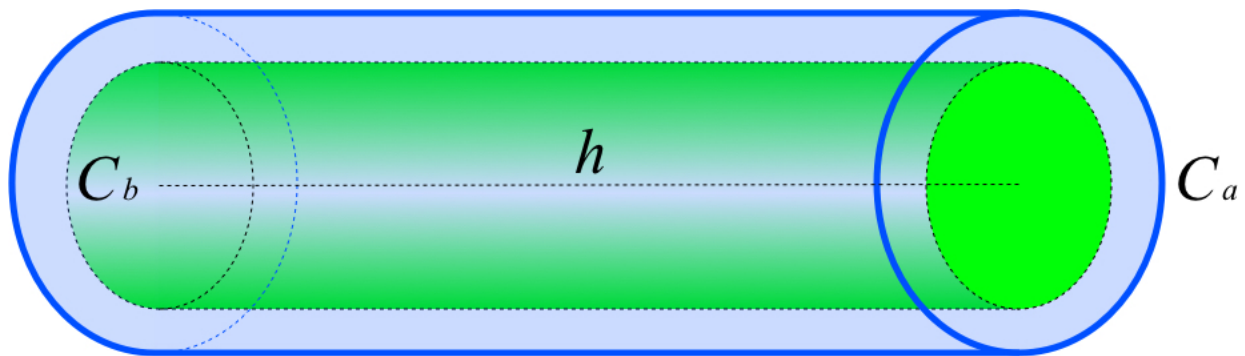


Рис. 4.3 – Умовне зображення тіла статевого члена у вигляді циліндра.

C_a – довжина окружності статевого члена після введення філера;

C_b – довжина окружності статевого члена до введення філера;

h – довжина тіла статевого члена.

Отже, дана формула представляє собою важливий інструмент, спрямований на розрахунок оптимальної кількості філера, необхідний для досягнення бажаного результату в контексті процедури ін'єкційного збільшення статевого члена, або для визначення потенційного результату, що може бути досягнуто при введенні певного об'єму філера.

Ця методика вимагає точного вимірювання довжини тіла і окружності статевого органа, щоб отримати достовірні дані для подальших обчислень. Належне застосування цієї формули може бути надзвичайно корисним не лише лікарям, що спеціалізуються на ін'єкційному збільшенні статевого члена і використовують її для оптимізації процедур, але й пацієнтам, які мають намір звернутися зі схожим запитом. Такий підхід сприятиме підвищенню рівня інформованості та безпеки в процесі використання філерів для досягнення бажаних естетичних і функціональних результатів.

4.4 Результати ін'єкційного збільшення

Перед процедурою, середня товщина стовбура неерегованого статевого члена становила 9.5 ± 1.28 см, а обхват голівки статевого члена – 9.7 ± 1.16 см. Після трьох місяців від проведення процедури ці показники зросли і становили 11.2 ± 1.36 см та 11.4 ± 1.22 см відповідно (Рис. 4.4). За результатами дослідження виявлено, що середнє збільшення обхвату стовбура становило 1.8 ± 0.42 см (або 18.9% збільшення від початкового показника), а для голівки статевого члена - 1.7 ± 0.48 см (або 17.5% збільшення від початкового показника) (Таблиця 4.3). Важливо зауважити, що ці результати мають статистичну значимість ($P < 0.001$ за допомогою критерію Стьюдента для парних вибірок), що свідчить про те, що зміни в розмірах статевого члена після процедури є статистично підтвердженими і не випадковими.

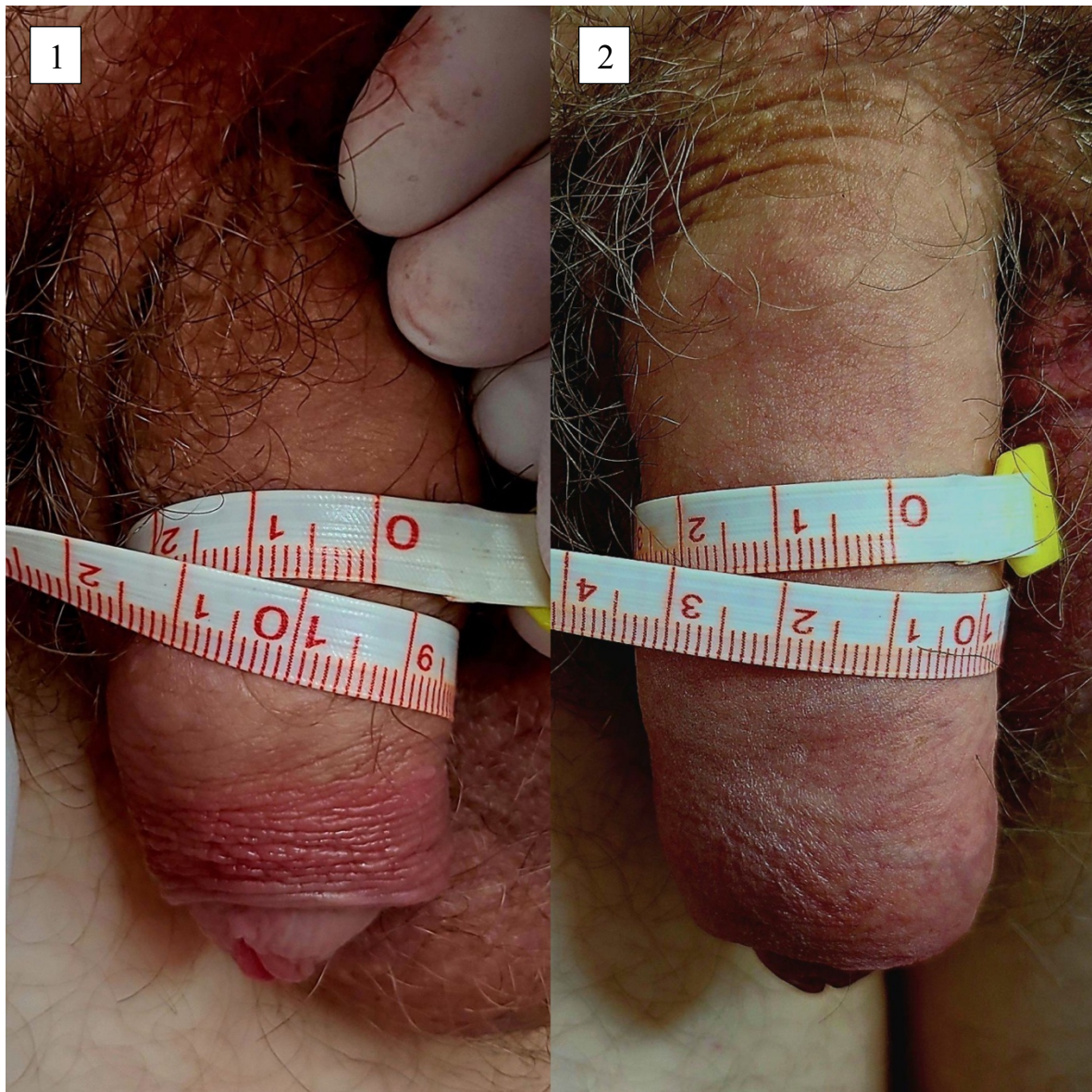


Рис. 4.4 – Фото результатів ін'єкційного збільшення у одного з пацієнтів.
1 – Фото до збільшення; 2 – Фото через 3 місяці після збільшення.

Протягом тримісячного періоду після проведення процедури, було констатовано відсутність будь-яких відхилень у сексуальній активності та у взаємовідносинах серед об'єктів дослідження. Функціональні показники, оцінені за допомогою МІЕФ-5, не показали значущих змін порівняно з початковими даними. Проте необхідно відзначити, що під час даного наукового експерименту були зафіксовані деякі незначні ускладнення.

У чотирьох випадках (12.9%) спостерігалася міграція введеного гелю та утворення вузликів в області застосування. Для виправлення цих небажаних

наслідків використовували ін'єкції гіалуронідази в область міграції матеріалу. Також, було зафіксовано два випадки (6.5%) помірного дискомфорту або несильного болю у статевому члені, які тривали до трьох тижнів і послаблювалися самі по собі.

Слід відзначити, що в усіх пацієнтів під час дослідження спостерігалися фізіологічні реакції на процедуру, такі як набряк і невеликі підшкірні гематоми. Однак ці симптоми протягом періоду не більш як двох тижнів виключно зникли і не призвели до подальших ускладнень.

Під час проведення даного дослідження не було зафіксовано жодних випадків порушення чутливості статевого члена, пошкодження судинно-нервового пучка або інфікування в місці проведення ін'єкцій [136].

	Перед втручанням	Через 3 місяці	Покращення	Значення р
Середня товщина члена (см + СВ)				
Стовбур члена	9.5 ± 1.28	11.2 ± 1.36	1.8 ± 0.42	< 0,001
Голівка	9.7 ± 1.16	11.4 ± 1.22	1.7 ± 0.48	< 0,001
Середній бал SEAR				
Загальний	59.8 ± 12.14	77 ± 12.72	17.2 ± 3.7	< 0,001
Домен 1: Сексуальні стосунки	33.2 ± 8.61	43.3 ± 8.91	10.1 ± 4.14	< 0,001
Домен 2: Впевненість	26.6 ± 6.34	33.7 ± 6.7	7.1 ± 2.97	< 0,001
Субшкала 1: Самооцінка	17.8 ± 5.85	22.3 ± 5.28	4.5 ± 2.7	< 0,001
Субшкала 1: Стосунки загалом	8.9 ± 2.56	11.5 ± 2.31	2.6 ± 2.1	< 0,001

Таблиця 4.1 – Порівняння результатів ін'єкційної корекції товщини статевого члена.

SEAR – Анкета для визначення самооцінки та оцінки стосунків; СВ – стандартне відхилення.

4.5 Вплив ін'єкційного збільшення статевого члена на психосексуальний стан пацієнтів

За допомогою використання опитувальника SEAR, розробленого для систематичного вивчення впливу різних факторів на задоволеність сексуальним життям, можна провести об'єктивну та наукову оцінку впливу ін'єкційного збільшення статевого члена на якість сексуальних відносин у пацієнтів. Результати даного наукового дослідження виявили суттєве поліпшення у піддослідних, що свідчать про значний позитивний ефект даної медичної процедури.

На початку дослідження, середні бали в домені сексуальних стосунків становили 33.2 ± 8.61 балів, що свідчило про помірний рівень задоволеності серед пацієнтів до проведення процедури. Проте після проведення ін'єкційного збільшення статевого члена, ці показники помітно покращилися і сягнули значення 43.3 ± 8.91 балів. Ця помітна позитивна динаміка виражається у збільшенні на 10.1 ± 4.14 балів або 30.4%.

Подібні поліпшення відзначилися і в другому домені, який оцінює впевненість в собі пацієнтів у сексуальних відносинах. Початковий середній бал склав 26.6 ± 6.34 балів, але після проведення медичної маніпуляції він зріс до 33.7 ± 6.7 балів, що представляє собою покращення на 7.1 ± 2.97 бала або 26.7%.

Також варто відзначити покращення в субшкалі самооцінки, яка відображає загальний стан задоволеності сексуальним життям. Початковий середній бал цієї субшкали становив 17.8 ± 5.85 балів, але після проведення медичного втручання він зріс до 22.3 ± 5.28 балів. Це покращення становить 4.5 ± 2.7 балів або 25.3%.

Досягнене покращення також простежується в субшкалі загальних стосунків, де середній бал зріс з 8.9 ± 2.56 бала на початку дослідження до 11.5 ± 2.31 балів через 3 місяці після проведення процедури. Це покращення становить 2.6 ± 2.1 балів або 29.2%.

Узагальнюючи отримані результати, середній загальний бал опитувальника, який обчислюється як сума балів за двома доменами, збільшився з 59.8 ± 12.14 балів перед втручанням до 77 ± 12.72 балів через 3 місяці після проведення процедури (див. Рисунок 3.5). Отже, покращення середнього загального балу опитувальника становить 17.2 ± 3.7 бали або 28.8%. Ці результати мають статистичну значущість ($P < 0,001$ для парних вибірок за допомогою критерію Вілкоксона) (див. Таблицю 4.1).

Цей дослід демонструє, що ін'єкційне збільшення статевого члена може значно поліпшити якість сексуального життя пацієнтів і підвищити їхню впевненість у собі в сексуальних відносинах. Результати є об'єктивними та науково підтвердженими, а отже, можуть бути корисні для лікарів та пацієнтів, які розглядають можливість проведення даної процедури.

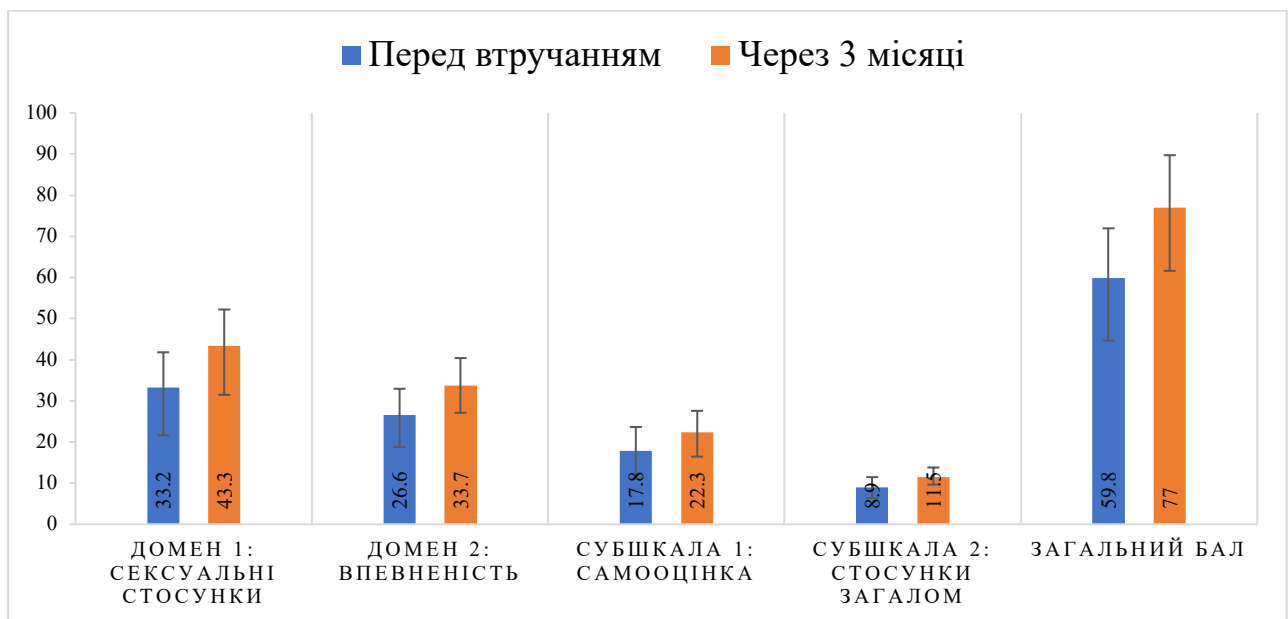


Рис. 3.5 – Результати SEAR до та після ін'єкційного збільшення.

SEAR – Анкета для визначення самооцінки та оцінки стосунків.

4.6 Опис типових клінічних випадків пацієнтів, яким проводилось ін'єкційне збільшення статевого члена

1. Пацієнт у віці 41 рік звернувся до клініки "Андроцентр" з бажанням провести процедуру збільшення статевого члена. Причиною цього бажання, за словами пацієнта, є незадоволення зовнішнім виглядом свого статевого органа.

З анамнезу встановлено, що подібне прагнення виникло в недавньому минулому, як реакція на перегляд інформації на форумах в інтернеті та відеоматеріалів, присвячених методам збільшення розмірів статевого члена. Раніше пацієнт не звертав увагу на розміри свого статевого органа. Відтак, після отримання відповідної інформації, він почав періодично звертати увагу на зовнішній вигляд свого статевого органа. Зазначено, що ці роздуми не мають впливу на його щоденне життя та не спричиняють ніякого дискомфорту. Важливо відмітити, що пацієнт самостійно прийняв рішення про проведення даної процедури без консультації зі своїм статевим партнером. В цілому, у чоловіка стабільна робота з достатньою заробітною платою, він не скаржиться на високе навантаження та стресові ситуації.

Ця ситуація вимагає уважного аналізу та обговорення, зокрема, з урахуванням можливих психологічних аспектів, що можуть впливати на пацієнта. Надзвичайно важливо надати вичерпну консультацію та інформацію щодо можливих ризиків та ефективності процедур збільшення статевого члена, а також врахувати психологічний стан пацієнта та його мотивацію для зазначеного втручання.

Під час ретельного збору спеціального анамнезу встановлено, що пацієнт має тенденцію переоцінювати розміри статевих органів своїх однолітків, водночас недооцінюючи власний розмір. Важливо відзначити відсутність будь-якого дискомфорту чи проблем у сфері статевих стосунків. Пацієнт перебуває у шлюбі протягом п'яти і більше років та має дитину. Його статевий партнер - дружина. Важливим аспектом є відсутність значущих

стресів чи конфліктів у відносинах з партнером. Статеве життя пацієнта є систематичним, з частотою 3-4 рази на місяць. Не виявлено порушень лібідо, а також відсутні будь-які скарги на еректильну функцію. На момент клінічного огляду не було виявлено жодних ознак запальних змін на статевих органах. Аномалій розвитку також не виявлено, проте слід зазначити, що в дитинстві у пацієнта було проведено обрізання.

В рамках клінічного обстеження були проведені вимірювання розмірів статевого члена. Довжина органа у спокійному стані становила 10 см, а у розтягнутому стані досягала 12,6 см. Товщина (довжина окружності) середини стовбура складала 9,5 см, голівки же - також 9,5 см. Ці дані є важливим елементом для повноцінної оцінки стану пацієнта та надання компетентної медичної допомоги.

Проведено комплексне психологічне обстеження пацієнта з метою оцінки психічного стану та визначення його впливу на побутову сферу та якість життя. Під час консультації було досліджено питання щодо бажання пацієнта збільшити розмір свого статевого члена. За результатами вимірювань та порівнянь зі стандартними показниками розмірів, встановлено, що анатомічні параметри пацієнта відповідають нормі. Незважаючи на пояснення стосовно нормальних розмірів та відсутності психічних розладів, пацієнт виявив намір змінити розмір свого статевого члена. У зв'язку з цим, було запропоновано піддатися анкетуванню за допомогою шкал COPS-P, МІЕФ-5 та SEAR для глибшого розуміння його психосоціального стану та відношення до власної сексуальності та інтимних відносин. За результатами анкетування за шкалою COPS-P пацієнт набрав 21 бал, що, згідно з рекомендаціями авторів шкали, вказує на відсутність пенільної дисморфофобії у чоловіків, які набирають менше 40 балів, але може вказувати на наявність синдрому малого статевого члена. Додатково, за результатами анкетування за шкалою МІЕФ-5 пацієнт набрав 23 бали, що свідчить про відсутність порушень ерекції.

Результати анкетування за шкалою SEAR показали загальний бал 71 зі 100. При детальному аналізі цих результатів в перерахуванні до 100-бальної

шкали за окремими доменами та субшкалами виявлені наступні значення: домен 1 (статеві відносини) - 37, домен 2 (впевненість) - 34, субшкала 1 (самооцінка) - 22, субшкала 2 (загальні стосунки) - 12.

Отримані дані надають більш детальне уявлення про внутрішній стан пацієнта та його сприйняття власної сексуальності. Це може виявити вплив на його бажання змінити розмір статевого члена та забезпечити підґрунтя для подальших рекомендацій та психологічної підтримки в рамках сексуальної та психосоматичної терапії.

Пацієнт отримав вичерпну інформацію стосовно доступних на момент огляду методів збільшення розмірів статевого органа. Ця інформація охоплювала особливості різних методик, їх можливі наслідки та потенційні побічні ефекти. У ході консультації, разом з пацієнтом було визначено, що найдоцільнішим методом втручання для нього буде ін'єкційне збільшення розміру статевого члена за допомогою гіалуронової кислоти. Цей конкретний метод вибрано через його відому безпечність, малоінвазивність та відсутність необхідності великого періоду реабілітації. Такий підхід дозволяє пацієнту максимально скоротити період відновлення і швидко повернутися до статевого життя без значних перешкод. Пацієнт, на основі отриманої інформації, надав свою інформовану згоду на проведення вибраного методу втручання та на збір необхідних даних для медичного спостереження.

Отже, проведено ін'єкційне збільшення розміру статевого члена, використовуючи гіалуронову кислоту. Після процедури пацієнту було рекомендовано використовувати аутоадгезивну пов'язку протягом трьох днів та утримуватися від статевих актів та мастурбації протягом двох тижнів для забезпечення оптимального процесу відновлення та інтеграції гіалуронової кислоти. Ці рекомендації спрямовані на максимізацію результативності втручання та забезпечення загального благополуччя пацієнта в період його післяопераційного відновлення.

Після тримісячного інтервалу від проведення медичного втручання було здійснено повторне обстеження, дотримуючись встановленого протоколу

дослідження. Суб'єктивно визначено, що пацієнт висловлював задоволеність проведеним лікуванням та висловлював бажання повторно пройти процедуру у майбутньому. Об'єктивний огляд вказав на рівномірне розподілення гіалуронової кислоти та відсутність утворення вузликів.

Під час обстеження вимірювались розміри статевого члена. Товщина органа у спокійному стані зросла до 11.6 см, що на 2.1 см більше порівняно з попереднім показником, а товщина голівки збільшилася до 10.8 см, що на 1.3 см перевищує попередній показник. Підсумковий аналіз застосування шкали SEAR показав загальний результат на рівні 89 балів з можливих 100. Перетворюючи результати за доменами та субшкалами на 100-бальну шкалу, отримали наступні значення: домен 1 (статеві відносини) - 53 бали, домен 2 (впевненість) - 36 балів, субшкала 1 (самооцінка) - 24 бали, субшкала 2 (загальні стосунки) - 12 балів.

Спостерігається значне покращення загальних результатів, і зокрема, збільшення загального балу анкети становить 18 балів. При цьому варто відзначити покращення в домені 1 (статеві відносини) - на 16 балів, в домені 2 (впевненість) - на 2 бали, субшкалі 1 (самооцінка) - на 2 бали, субшкалі 2 (загальні стосунки) - залишається стабільною.

Отримані показники не лише свідчать про помітне збільшення розмірів статевого члена, а й підтверджують суттєве покращення психосексуального стану об'єкта дослідження. Крім того, сам пацієнт зафіксував позитивні зміни в самооцінці та впевненості у соціальному житті.

2. Пацієнт, чоловік 35 років, звернувся до клініки "Андроцентр" з приводу бажання збільшення розмірів статевого члена. Мотивація його звернення визначається давнім бажанням реалізувати цю ідею, яку він утримував протягом тривалого часу. Особливо важливим для нього стало здійснення цього кроку через військову службу та війну в країні, в яку він залучений. Серед усієї нестабільності воєнного часу він вирішив не відкладати свою мрію і, після ознайомлення з можливими малоінвазивними методами, визначив для себе відповідний момент для проведення такого заходу.

З даних анамнезу видно, що бажання збільшення розмірів статевого органа з'явилося ще у ранні роки його життя, але чоловік не знаходив для себе відваги це зробити до теперішнього моменту. Періодичні думки про зміну вигляду статевого органа відзначається як незначний фактор у житті пацієнта, не завдаючи при цьому дискомфорту або обмежень у повсякденному функціонуванні. Варто відзначити, що ця особлива увага до власного тіла та його параметрів відбувається у контексті напруженого життя, пов'язаного з фізично активною роботою чоловіка, постійними стресами та значними фізичними навантаженнями. Загальна картина здоров'я пацієнта підтверджує його фізичну активність та стабільний рівень доходів, проте він постійно підвладний ризику фізичних травм та стресових ситуацій через специфіку його професійної діяльності та екстремальних умов служби. Ці аспекти сприяють утворенню повного зображення пацієнта як особи, яка вирішила звернутися до медичних фахівців для вирішення своєї проблеми, спираючись на власні переконання та потреби, і враховуючи особисту ситуацію, в якій він перебуває. Важливо відзначити, що дане рішення було прийняте пацієнтом індивідуально, без консультації чи обговорення зі своїм статевим партнером.

Під час проведення спеціального анамнезу було виявлено, що пацієнт виявляє тенденцію до переоцінки розмірів статевих органів інших чоловіків, в той час як недооцінює власні розміри. Незважаючи на відсутність будь-яких конкретних зауважень з боку його статевого партнера щодо зовнішнього вигляду статевого органа, пацієнт зазнає невеликого дискомфорту при оголенні перед партнеркою. Важливо відзначити, що в пацієнта вже є стабільні відносини у шлюбі тривалістю 3 роки, і в них є спільна дитина. Суттєвих стресів у взаєминах зі статевим партнером пацієнт не відзначає. Нерегулярність статевого життя пов'язана з напруженою роботою та частими змінами місць роботи. На щастя, лібідо пацієнта не порушене, і він не вказує на будь-які скарги щодо еректильної функції.

Під час клінічного огляду не було виявлено ознак запальних процесів у статевих органах, а також відсутність аномалій у розвитку. З метою отримання

об'єктивних даних були проведені заміри розмірів статевого члена. Довжина органа у спокійному стані складала 8 см, в розтягнутому стані – 12.4 см. Товщина стовбура у середній частині була 9 см, а голівки – 8.7 см. Ці дані є важливими для подальшої клінічної оцінки та визначення можливих аспектів психосексуального благополуччя пацієнта.

Проведено комплексне психологічне обстеження пацієнта з метою виявлення психічних та емоційних станів, пов'язаних з бажанням змін у фізичній сфері. Під час консультації встановлено відсутність ознак психічних розладів у пацієнта. Детально обговорено інформацію щодо нормальних параметрів чоловічих статевих органів, в тому числі порівняння розмірів пацієнта з середніми показниками в популяції. За результатами порівняння встановлено, що фізичні параметри пацієнта знаходяться в межах прийнятих норм. Надана інформація суттєво не змінила бажання пацієнта щодо модифікації розмірів свого статевого члена. З метою додаткового оцінювання впливу даного аспекту на психічний стан, пацієнту було запропоновано пройти анкетування за допомогою шкал COPS-P, МІЕФ-5 та SEAR. Згідно з результатами шкали COPS-P, пацієнт набрав 34 бали, що відповідає критеріям, встановленим авторами шкали, де чоловіки, які набирають менше 40 балів, не виявляють ознак пенільної дисморфобії та можуть бути оцінені як особи, які не мають синдрому малого статевого члена. Додатково, за результатами анкети МІЕФ-5 пацієнт набрав 25 балів, свідчаючи про відсутність порушень ерекційної функції. Щодо результатів шкали SEAR, загальний бал склав 63 з 100. При переведенні результатів у 100-бальну шкалу за окремими доменами та субшкалами отримано такі показники: домен 1 (статеві відносини) - 41, домен 2 (впевненість) - 22, субшкала 1 (самооцінка) - 15, субшкала 2 (загальні стосунки) - 7.

Пацієнт інформований щодо всіх аспектів збільшення статевого органа, включаючи різноманітні методи, їх характеристики, можливі наслідки та можливі побічні ефекти. Разом із пацієнтом було ретельно розглянуто всі варіанти та обрано найбільш відповідний метод втручання, яким стало

ін'єкційне збільшення статевого члена за допомогою гіалуронової кислоти. Цей вибір здійснено на підставі власних бажань пацієнта, який надає перевагу даному методу через його визнану безпечність, низьку інвазивність та короткий термін реабілітації. Перед проведенням процедури пацієнт зазначив свою згоду на втручання та збір даних шляхом підписання відповідної інформованої згоди.

Відповідно до обраного методу, було проведено ін'єкційне збільшення статевого члена, використовуючи гіалуронову кислоту. У післяопераційному періоді пацієнт отримав автоадгезивну пов'язку, яку використовував протягом трьох днів. Також, з метою забезпечення успішного та безпечного процесу відновлення, пацієнт отримав рекомендації утримуватися від статевих актів та мастурбації протягом двох тижнів після проведеної маніпуляції. Ці кроки призначені для забезпечення ефективного результату втручання, зменшення можливих ризиків та сприяння швидкому та безпечному процесу відновлення пацієнта після ін'єкційного збільшення статевого члена гіалуроновою кислотою.

У наслідок втручання, яке було здійснено відповідно до установленого протоколу, пацієнт був направлений на повторне обстеження через три місяці. В ході об'єктивного огляду виявлено, що розподілена гіалуронова кислота не утворює вузликів і рівномірно розмістилася. Пацієнт суб'єктивно відчув полегшення, пов'язане з реалізацією давньої мрії, виражав задоволеність проведеним медичним втручанням.

Під час контрольного огляду були виміряні параметри статевого члена. Товщина органа у спокійному стані зросла до 10.8 см, що на 1.8 см перевищує попереднє значення. Товщина голівки склала 11 см, що на 2.3 см перевищує попереднє значення.

В ході дослідження за допомогою шкали SEAR, результати показали покращення загального психосексуального стану пацієнта. Загальний бал за шкалою SEAR становив 73 з можливих 100. При розгляді окремих доменів та субшкал у 100-бальній шкалі, результати такі:

- Домен 1 (статеві відносини): 45 балів.
- Домен 2 (впевненість): 28 балів.
- Субшкала 1 (самооцінка): 19 балів.
- Субшкала 2 (загальні стосунки): 9 балів.

Відзначається помітне покращення показників, зокрема збільшення загального балу анкети на 10 балів. Зростання у домені 1 (статеві відносини) склало 4 бали, у домені 2 (впевненість) – 6 балів, субшкалі 1 (самооцінка) – 4 бали, субшкалі 2 (загальні стосунки) – 2 бали.

Отримані показники свідчать не лише про помітне збільшення розмірів стовбура статевого члена та голівки, але й про значне покращення психосексуального стану пацієнта. Також варто відзначити суб'єктивне покращення успішності на службі, що пов'язане з підвищенням самооцінки та впевненості пацієнта.

3. Пацієнт у віці 53 роки звернувся до клініки "Андроцентр" із бажанням збільшити об'єм свого статевого члена з метою поліпшення задоволення свого статевого партнера. За словами, він прагне досягти більшого задоволення для свого партнера під час статевого контакту.

Згідно з анамнезом, це бажання виникло кілька років тому після перегляду реклами в інтернеті, де підкреслювалася важливість розмірів статевого члена. Перед цим пацієнт не приділяв значної уваги розмірам свого статевого органа. Після отримання відповідної інформації він періодично звертає увагу на зовнішній вигляд свого статевого органа, хоча його партнерка не має жодних зауважень або претензій стосовно розмірів члена. Необхідно зауважити, що ці роздуми не супроводжуються дискомфортом чи обмеженнями у повсякденному житті. Ці міркування є складовою частиною внутрішніх переживань пацієнта, але не перешкоджають йому у повсякденній активності чи соціальних взаємодіях.

Під час проведення спеціального анамнезу встановлено, що пацієнт об'єктивно оцінює розміри своїх статевих органів та порівнює їх з розмірами інших чоловіків, при цьому виявляє бажання покращити їх. Незважаючи на це,

він не відчуває дискомфорту під час інтимного контакту зі статевим партнером. Зазначено, що пацієнт перебуває у шлюбі протягом 20 років і має дорослу дитину, а його статевим партнером є дружина. Стан відносин з партнером характеризується відсутністю суттєвого стресу. Регулярність статевого життя визначена на рівні 4-5 разів на місяць, причому пацієнт не має порушень у рівні лібідо та еректильної функції. Чоловік зауважує періодичні навантаження та стреси у зв'язку з власним підприємницьким заняттям, проте ці фактори не мають суттєвого впливу на його статеве функціонування.

На підставі клінічного обстеження не виявлено ознак запальних процесів статевих органів, аномалій розвитку не зафіксовано. У ході досліджень були проведені виміри статевого члена: у спокійному стані його довжина склала 11 см, а при розтягнутому стані досягла 14.3 см. Товщина стовбура статевого члена в середній частині становила 8.5 см, тоді як товщина голівки склала 8.7 см.

Після проведення психологічного консультування виявлено, що пацієнт не має ознак психічних розладів. В ході консультації пацієнт отримав інформацію про середні розміри чоловічих статевих органів та було здійснено порівняння його параметрів з нормативними значеннями. Результат показав, що розміри пацієнта відповідають нормі. Незважаючи на це роз'яснення, пацієнт висловив бажання збільшити розмір свого статевого члена. У зв'язку з цим, було запропоновано пройти анкетування за допомогою шкал COPS-P, МІЕФ-5 та SEAR для отримання додаткових даних. Результати анкетування показали, що за шкалою COPS-P пацієнт набрав 34 бали. Згідно з критеріями шкали, рівень менший за 40 балів свідчить про відсутність пенільної дисморфобії та включення до категорії осіб, які не мають синдрому малого статевого члена. Додатково, за анкетною МІЕФ-5 пацієнт отримав 23 бали, що свідчить про відсутність порушень ерекції. Результати за шкалою SEAR склали 68 балів із загальної суми 100. Якщо перевести ці результати у 100-бальну шкалу за окремими доменами та субшкалами, то приблизні значення

складають: домен 1 (статеві відносини) - 38, домен 2 (впевненість) - 30, субшкала 1 (самооцінка) - 26, субшкала 2 (загальні стосунки) - 4.

Пацієнт, інформований про різноманітні методи збільшення статевого органа на момент огляду, детально ознайомився з їхніми особливостями, можливими наслідками та побічними ефектами. За спільною домовленістю з медичним фахівцем було вибрано ін'єкційний метод збільшення розміру статевого члена за допомогою гіалуронової кислоти, оскільки його безпечність, малоінвазивність та швидка реабілітація робили його найбільш доцільним варіантом. Пацієнт офіційно підтвердив свою згоду на цю процедуру та збір даних, підписавши відповідні документи.

Далі, пацієнт був підданий ін'єкційному збільшенню розміру статевого члена за допомогою гіалуронової кислоти. Після маніпуляції йому було рекомендовано використовувати аутоадгезивну пов'язку впродовж трьох днів та утримуватися від статевих актів та мастурбації протягом двох тижнів.

Однак через місяць після процедури пацієнт звернувся зі скаргою на утворення вузлика з гіалуроновою кислотою у ділянці крайньої плоти. Це утворення було стійким і не піддавалося мануальному розм'якшенню під час огляду. У зв'язку з цим, для повного розчинення утворення було використано ін'єкцію гіалуронідази. Подібні випадки виникали в цьому дослідженні чотири рази, що свідчить про потребу в уважному моніторингу та управлінні післяопераційними ускладненнями для досягнення оптимальних результатів та зменшення ризиків.

У результаті повторного обстеження, проведеного через три місяці відповідно до стандартного протоколу дослідження, виявлено, що пацієнт виразив задоволення щодо здійсненої процедури, хоча відчув дещо засмучення через необхідність розчинення певної кількості препарату та розглядає можливість додаткового втручання у майбутньому.

При об'єктивному огляді встановлено, що гіалуронова кислота після проведеної корекції розміщена рівномірно та не призвела до утворення нових вузликів. Здійснено виміри розмірів статевого члена. Товщина органа у

спокійному стані склала 10.3 см, що на 1.7 см перевищує попереднє значення, та товщина голівки становила 11 см, що на 2.3 см більше попереднього виміру.

Крім того, здійснено контрольне анкетування за допомогою шкали SEAR. Результати анкети показали загальний показник на рівні 86 балів з можливих 100. Якщо розглядати результати за доменами та субшкалами, переведені на 100-бальну шкалу (заокруглені до цілих чисел), вони складають такі: домен 1 (статеві відносини) - 51, домен 2 (впевненість) - 35, субшкала 1 (самооцінка) - 28, субшкала 2 (загальні стосунки) - 7. Зауважується значне покращення результатів. Загальний показник анкети зріс на 18 балів, в той час як у домені 1 (статеві відносини) спостерігається збільшення на 13 балів, у домені 2 (впевненість) - на 5 балів, субшкала 1 (самооцінка) - на 2 бали, а субшкала 2 (загальні стосунки) - на 3 бали.

Ці показники свідчать не лише про помітне збільшення антропометричних показників товщини стовбура статевого члена та голівки, а й про значне покращення психосексуального стану пацієнта після проведеної корекції.

4. Пацієнт, чоловік 28 років, звернувся до клініки "Андроцентр" із бажанням провести процедуру збільшення розмірів свого статевого члена з метою поліпшення його естетичного вигляду.

Згідно з анамнезом, це прагнення виникло декілька років тому, після відвертої бесіди з друзями на тему чоловічого здоров'я. До цього моменту пацієнт не відчував потреби у зміні розмірів свого статевого члена та не розглядав можливості його збільшення. Інформація, яку отримано під час розмови з товаришами, спричинила появу нового погляду на зовнішній вигляд статевого органа, що стало причиною бажання змін. Слід відзначити, що ці роздуми не впливають на повсякденне життя пацієнта та не породжують ніякого побутового дискомфорту. Зазначимо, що пацієнт веде активний спосіб життя та успішно працює у сфері фотомоделінгу. Він вважає, що проведення даної процедури сприятиме його професійній кар'єрі, забезпечивши бажаний зовнішній вигляд та підвищить його самооцінку у сфері моделювання.

Під час подальшого збору спеціального анамнезу виявлено, що пацієнт систематично недооцінює розміри свого статевого члена, порівнюючи їх із статевими органами інших чоловіків. Важливим аспектом є те, що ця переоцінка не супроводжується дискомфортом під час статевих стосунків. Пацієнт не перебуває у шлюбі та має двох статевих партнерів. Важливо відзначити відсутність значущих стресів у відносинах з партнерами. Статеве життя є регулярним, здійснюється у середньому 8-10 разів на місяць. Лібідо пацієнта не порушене, він не висловлює жодних скарг на еректильну функцію.

Під час обстеження не було виявлено ознак запальних процесів статевих органів. Аномалій розвитку також не виявлено, пацієнт не мав жодних оперативних втручань у минулому. Здійснено заміри розмірів статевого члена: довжина органа у спокійному стані складала 11.5 см, у розтягнутому стані — 13.2 см. Товщина (довжина окружності) середини стовбура становила 11 см, а голівки — 11 см. Ці дані, отримані під час огляду, є важливими для об'єктивної оцінки розмірів статевого члена та підготовки до подальшого обговорення можливих методів та наслідків втручання для досягнення бажаного естетичного результату пацієнта.

Після психологічного консультування, під час якого виявлено відсутність психічних розладів у пацієнта, лікарем було вирішено провести детальне порівняння розмірів статевого члена пацієнта з нормальними. Під час цього порівняння використовувались середні статистичні дані, що дозволило об'єктивно визначити, що розміри статевого члена пацієнта знаходяться у межах прийнятих норм.

Не зважаючи на отриману інформацію та роз'яснення, це не змінило погляди та наміри пацієнта стосовно бажання збільшення статевого члена. Далі, для більш глибокого розуміння психосексуального стану пацієнта, було запропоновано пройти анкетування анкетами COPS-P, MIEФ-5 та SEAR. За шкалою COPS-P, пацієнт отримав 25 балів, що, згідно з визначенням авторів, вказує на відсутність пенільної дисморфобії та чоловіки, які набирають менше 40 балів, можуть бути визнані тими, що мають синдром малого

статевого члена. Результат анкетування MIEФ-5 свідчить про відсутність порушення еректильної функції, оскільки пацієнт набрав 24 бали. Щодо анкетування SEAR, загальна сума балів склала 64 із 100. Переведені у 100-бальну шкалу за доменами та субшкалами, результати виглядають наступним чином: домен 1 (статеві відносини) - 42, домен 2 (впевненість) - 22, субшкала 1 (самооцінка) - 17, субшкала 2 (загальні стосунки) - 5. Ці числові дані стануть основою для подальшого індивідуального планування лікування та консультування пацієнта з метою забезпечення йому якісного психосексуального життя та врегулювання його естетичних аспектів.

Чоловікові було надано повну та об'єктивну інформацію про наявні на момент огляду методи збільшення статевого органа, їх особливості, потенційні наслідки та можливі побічні ефекти. Разом з пацієнтом було ретельно розглянуто всі можливі варіанти втручання, і було визначено, що найбільш доцільним для нього буде ін'єкційне збільшення статевого члена гіалуроновою кислотою.

Обрана процедура вирізняється своєю безпечністю, мінімальною інвазивністю та коротким періодом реабілітації, що дає можливість пацієнту швидко повернутися до звичного режиму життя, включаючи його роботу. Після обговорення всіх аспектів втручання, пацієнт добровільно підписав інформовану згоду на проведення процедури та збір даних, підтверджуючи свою готовність до втручання та розуміння можливих ризиків.

Отже, даному пацієнту було проведено ін'єкційне збільшення статевого члена гіалуроновою кислотою. Після процедури пацієнт використовував аутоадгезивну пов'язку протягом трьох днів та строго дотримувався рекомендацій про утримання від статевих актів та мастурбації протягом двох тижнів після маніпуляції для максимальної ефективності та безпеки процедури.

Повторне обстеження пацієнта було проведене через три місяці від дати проведення першої процедури, відповідно до встановленого протоколу дослідження. У процесі обстеження пацієнт висловлював виразне задоволення

результатами проведеного втручання та виявляв бажання повторити процедуру у майбутньому. Об'єктивно, під час огляду виявлено, що гіалуронова кислота рівномірно розподілилася в тканинах статевого члена та не утворила вузликів чи інших нерівностей.

Було проведено заміри розмірів статевого члена, які показали значне збільшення в порівнянні з попередніми вимірами. Товщина органа у спокійному стані становила 13.1 см, що на 2.1 см перевищує попередній показник, а товщина голівки склала 12 см, більше на 1 см порівняно з попереднім результатом.

Крім цього, було проведено контрольне анкетування за шкалою SEAR. Результати показали значне покращення у всіх параметрах. Загальний результат анкети становив 84 бали зі 100, що свідчить про підвищення задоволеності пацієнта сексуальним життям. Розглядаючи результати за окремими доменами та субшкалами, відзначається значне зростання балів у всіх категоріях: домен 1 (статеві відносини) – зросло на 12 балів, домен 2 (впевненість) – на 8 балів, субшкала 1 (самооцінка) – на 5 балів, а субшкала 2 (загальні стосунки) – на 3 бали.

Отримані результати свідчать не лише про помітне збільшення розмірів статевого члена, а й про значне покращення психосексуального стану пацієнта, що відображено у підвищенні задоволеності сексуальним життям та покращенні його психологічного стану.

РОЗДІЛ 5: АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

5.1 Аналіз та порівняння психосексуального стану пацієнтів після корекції синдрому малого статевого члена оперативним та ін'єкційним ШЛЯХОМ

Ми можемо провести більш докладний аналіз впливу різних методів корекції розміру статевого члена на психосексуальний стан шляхом порівняння змін результатів анкетування опитувальником SEAR. У нашому дослідженні ми спостерігали за двома групами: одна група піддавалася оперативному збільшенню розміру статевого члена, а інша - ін'єкційному збільшенню.

У групі, де проводилось оперативне збільшення, ми зафіксували суттєвий приріст показників анкетування. Після процедури учасники дослідження показали приріст на 13.7 ± 3.04 бали, що становить 24.1% збільшення в порівнянні з початковими показниками.

У той час як у групі, де проводилось ін'єкційне збільшення статевого члена, результати також були значні. Учасники цієї групи продемонстрували збільшення показників на 17.2 ± 3.7 бали, що відповідає 28.8% збільшенню (Рис. 5.1).

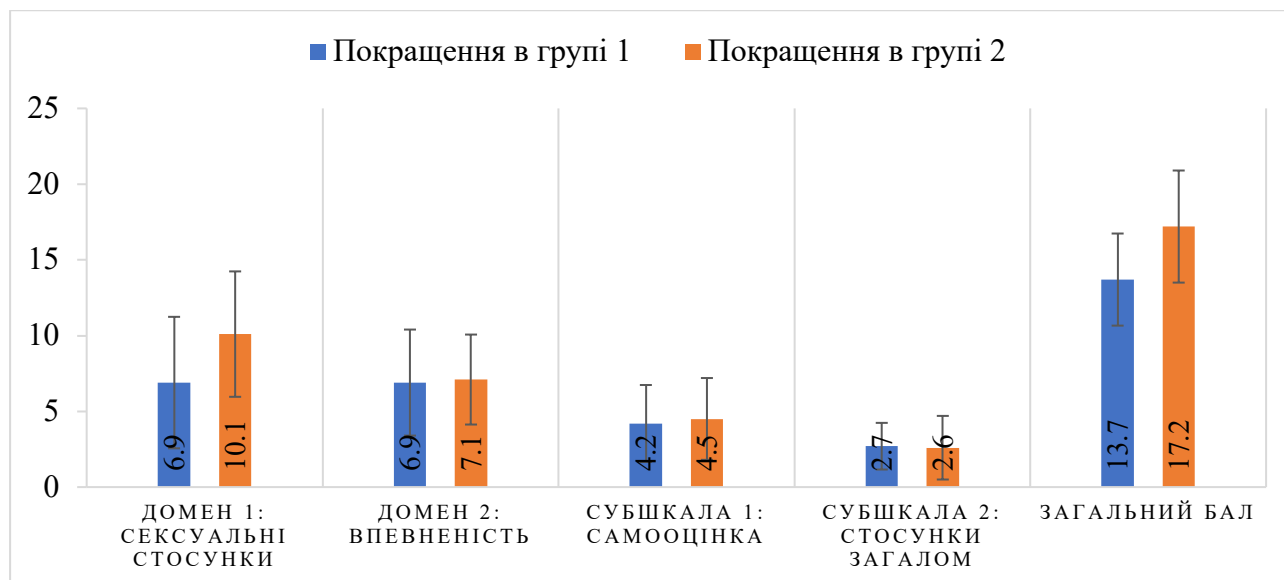


Рис. 5.1 – Порівняння ступеню покращення результатів анкети SEAR.

SEAR – Анкета для визначення самооцінки та оцінки стосунків.

Зробивши порівняльний аналіз цих двох методів, ми можемо визначити, що кращий середній результат спостерігається в групі, де проводилось ін'єкційне збільшення статевого члена. Тут ми бачимо більш значне покращення, 28.8% проти 24.1% у порівнянні з групою, де використовувалася хірургічна корекція. Важливо зауважити, що результати можуть бути піддані впливу багатьох факторів і варіювати в кожному конкретному випадку.

Загалом, наші дослідження свідчать про позитивний вплив обох методів на психосексуальний стан учасників, ін'єкційне збільшення статевого члена показує трохи кращі середні результати у порівнянні з оперативним методом. Однак слід пам'ятати, що рішення про вибір методу корекції має бути прийняте з урахуванням індивідуальних потреб і ризиків кожного пацієнта, а також під наглядом фахівця.

На основі результатів аналізу, проведеного над даними опитування за допомогою опитувальника SEAR, було отримано важливий висновок. Ми не виявили статистично значущої кореляції між збільшенням обхвату стовбура, голівки, довжини статевого члена та показниками психосексуальної задоволеності (Таблиця 5.1). Цей результат вказує на те, що показник збільшення абсолютного розміру статевого члена (виражений у сантиметрах)

не має пропорційного впливу на кількість набраних балів в анкеті SEAR, а отже, на загальний рівень задоволення учасників опитування.

Важливо підкреслити, що цей висновок не суперечить попереднім даним, які вказують на певний позитивний вплив збільшення розміру статевого члена на психосексуальну задоволеність. Замість цього, наша робота наводить на припущення, що цей вплив може бути більше пов'язаний з психологічними чи емоційними аспектами, а не з абсолютними числовими показниками зміни розміру.

	rho	p
Зміна товщини тіла статевого члена - Зміна балів за SEAR	-0.229	0.216*
Зміна товщини голівки статевого члена - Зміна балів за SEAR	-0.061	0.743*
Зміна довжини статевого члена - Зміна балів за SEAR	-0.103	0.583*

Таблиця 5.1 – Кореляція Спірмена між розмірами та психосексуальним станом.

SEAR – Анкета для визначення самооцінки та оцінки стосунків.

* $P > 0.001$ – кореляція недостовірна

5.2 Узагальнення та обговорення

Питання розмірів чоловічого статевого органа бере початок із давнини. У первісному суспільстві такі атрибути як розміри тіла, сила і плодючість (символом якої вважався статевий член), а отже велика сім'я, могутність робили їх власника домінуючою фігурою у клані. Статевий член наділявся нехарактерними для органу надзвичайними соціальними та психологічними властивостями. Великі та добре функціонуючі чоловічі геніталії ототожнювались з мужністю та чоловічою силою, що дало початок своєрідного культу фалоса або фалоцентризму [1–4, 140]. Стереотипні ідеали та тенденція ототожнювати розмір статевого члена з маскуліністю та сексуальною конкурентоспроможністю призводять до того, що чоловіки часто звертаються за медичною допомогою, пов'язаною з їхніми геніталіями [141].

Однією з найчастіших причин звернення чоловіків за збільшенням статевого члена є, так званий, синдром малого статевого члена [19]. Чоловіки, які звертаються за подовженням статевого члена, при цьому мають нормальний розмір статевого члена, який функціонально достатній для адекватної сексуальної активності [11, 62]. Зазвичай, такі пацієнти недооцінюють розмір свого фалоса, перебільшуючи середні розміри інших чоловіків [63]. Особливістю даного стану є те, що такі чоловіки не зазнають значного дискомфорту у повсякденному житті та у статевих відносинах, але, слід відзначити, що незважаючи на нормальне лібідо, вони відчувають менше психосексуальне задоволення від статевої близькості [62]. Бажання збільшити свій статевий орган ґрунтується на прагненні бути кращим, досягти пропорційності у зовнішності. На даний момент не існує єдиного підходу до лікування чоловіків з синдромом малого статевого члена. Серед дослідників існує думка, що спершу ці хворі повинні пройти відповідне психологічне консультування [12, 62]. Також, вченими встановлено, що чоловіки з синдромом малого статевого члена отримують полегшення стану та отримують більше психосексуальне задоволення після збільшення статевого

члена [64, 65]. Слід зазначити, що протоколів та гайдлайнів щодо ведення та лікування даного стану в Україні та Європі на сьогодні не існує [142].

Згідно з більшістю досліджень, проведених за останнє десятиліття, які оцінювали процедури збільшення статевого члена у чоловіків з супутніми розладами статевого члена та без них, розміри та деформації статевого члена можуть бути ефективно скориговані з високим рівнем задоволеності та з незначною кількістю ускладнень [115, 128, 129]. Однак, у більшості випадків, коли йдеться про наукові докази в оцінці психоемоційного впливу естетичної хірургії статевого члена, бракує достовірності. Останні дослідження в цій галузі повідомляють про високий рівень задоволеності лише з використанням різних типів візуально-аналогових шкал, що оцінюють задоволеність від 0 до 5, 6 або 10, при чому вищі цифри відповідають більшій задоволеності [143–145]. Саме тому дана робота бере за основу порівняння двох найуживаніших методів корекції розмірів статевого члена і для оцінки психосексуального стану пацієнтів використовуються валідовані шкали.

Для дослідження було відібрано 62 чоловіки з діагнозом синдром малого статевого члена. Їх було розділено на 2 групи у залежності від того, яке втручання для збільшення статевого члена було виконано. До першої групи увійшов 31 пацієнт віком від 18 до 50 років, кожному з них після детального обстеження було виконано оперативне втручання – лігаментотомію з пластикою шкіри крос методом. До другої групи віднесено теж 31 чоловік віком від 21 до 55 років, котрим після детального обстеження було виконано ін'єкційне збільшення статевого члена філером. Варто відзначити, що вибір методів збільшення розмірів статевого органа, на перший погляд, може здатися необґрунтованим, оскільки ці методи відрізняються за своєю суттю. Один із них спрямований на збільшення довжини статевого члена, тоді як інший – на збільшення його товщини. Незважаючи на це, наше дослідження свідчить про наявність спільної мети у цих методів, а саме, покращення психосексуального стану пацієнтів.

Справді, важливо враховувати, що обидва ці методи спрямовані на поліпшення якості життя пацієнтів в аспекті їхньої сексуальної функціональності та задоволеності. Збільшення довжини та товщини статевого члена може впливати на самооцінку пацієнта та його сприйняття власної сексуальної компетентності.

Отже, порівняння цих методів набуває важливості з метою наукового аналізу та обґрунтування найбільш відповідного підходу до лікування. Це дозволить зробити більш обґрунтований вибір тактики лікування для пацієнтів у майбутньому, враховуючи їхні індивідуальні потреби та цілі покращення психосексуального стану.

Контроль показників проводився перед втручанням у процесі огляду та через 3 місяці після. Основними порівнюваними показниками були антропометричні дані (довжина, товщина тіла та голівки члена) та показники анкетування анкетною SEAR.

Існувала сувора процедура початкового огляду, яку пройшов кожен з учасників в обох групах. Першим етапом було звернення пацієнта із запитом на збільшення (потовщення чи подовження) статевого члена. Далі, пацієнтам вимірювався статевий член, на цьому етапі виключаються пацієнти з мікропенісом (особи з довжиною неерегованого статевого члена менше 4 см і довжиною ерегованого статевого члена менше 7,5 см [16]) або іншими аномаліями статевого члена (перетинчастий, ретрактивний, прихований статевий член). Наступним кроком є психологічне консультування, під час якого пацієнта інформують про нормальний діапазон розмірів статевого члена та про те, що його розміри знаходяться в межах цього діапазону. Такий підхід рекомендується багатьма вченими [10, 62, 145, 146]. Для розпізнавання пенільної дисморфофобії та визначення синдрому малого статевого члена ми використовували COPS-P [72]. Пацієнти, які набрали 40 балів і вище за COPS-P, вважалися хворими на пенільну дисморфофобію, виключалися з дослідження і направлялися до психіатра. Також, кожен пацієнт проходить перевірку еректильної функції анкетною MIEF-5, у дослідження попали лише

пацієнти що мають 22-25 балів, тобто не мають порушення еректильної функції.

Незважаючи на певний рівень ускладнень, що можуть виникнути в результаті косметичних операцій зі збільшення статевого члена, слід зауважити, що дослідження не фіксують виникнення еректильної дисфункції внаслідок цих процедур [147]. Більше того, проведена оцінка 355 пацієнтів, які перенесли пластику статевого члена, продемонструвала позитивний вплив на їх еректильну функцію. Після процедур спостерігалось значуще поліпшення цієї функції, що виразилось у підвищенні значень показника МІЕФ-5 на 6,74% порівняно зі вихідними показниками [148]. Це покращення може бути пов'язане із психологічним позитивним впливом самої процедури на пацієнтів. Саме тому у дослідженні ми не проводили повторні тести МІЕФ-5 після втручань.

Лігаментотомія є процедурою, яка широко використовується для досягнення подовження статевого члена та є важливим методом в сфері естетичних урологічних втручань. Існують відомості, що вказують на потенційну серйозність ускладнень, пов'язаних із застосуванням цієї методики [149, 150]. Проте варто відзначити, що деякі джерела наводять дані, що свідчать про низьку ймовірність ускладнень в ході даного процесу [151]. Лігаментотомія визначається своєю швидкістю та відносною простотою виконання, що робить її привабливою альтернативою до більш складних методик подовження статевого члена [152]. Важливо відзначити, що під час цієї операції відбувається подовження лише видимої зовнішньої частини статевого члена, і абсолютна довжина органа залишається незмінною. Загальний погляд на лігаментотомію вказує на її потенційну користь, але також вимагає обережності та ретельного спостереження післяопераційного періоду, оскільки можливість ускладнень і їх ступінь серйозності можуть залежати від індивідуальних особливостей пацієнта та навичок лікаря.

Останні наукові дослідження, щодо методів розсічення підвішуючої зв'язки статевого члена, надають низьку різноманітних результатів, що

варіюються від 1 см до 5,1 см збільшення. Ця різноманітність може бути пояснена різними методами вимірювання та підходами до проведення операцій.

Згідно з даними, представленими Protogerou та ін. у дослідженні [153], було зафіксовано значне збільшення довжини пеніса на 5,1 см після операції. У нашому власному дослідженні було виявлено післяопераційне збільшення довжини пеніса на 2,8 см, що може бути порівняне з попередніми оглядами літератури. Наші результати подібні до результатів, отриманих за допомогою методу V-Y пластики, які були представлені у огляді Vardi Y та інших дослідників [154], де зазначено середнє збільшення довжини від 1 до 2 см [1, 11, 155].

Важливо відзначити, що післяопераційні ускладнення є серйозною проблемою в операціях з подовження статевого члена. Такі ускладнення можуть включати гіпертрофічні рубці, волосяні клапти шкіри, інфекції, утворення вузлів та деформації статевого члена [149, 150]. В ході нашого дослідження спостерігалася поява ускладнень у п'яти пацієнтів. Ці ускладнення відобразилися на показниках якості життя (SEAR) у цих пацієнтів і мали певний вплив на загальні статистичні результати дослідження.

Актуальною та значущою проблемою, яка потребує серйозного розгляду в контексті лігаментотомії, є можливе післяопераційне вкорочення статевого члена, що було детально описане дослідниками [1, 154, 156]. Цей несприятливий ефект, за припущеннями, обумовлений утворенням фіброзних тканин в області розрізу зв'язок, які повторно приріплюють стовбур статевого члена до лобкової кістки. З цього приводу, важливо зазначити наявність методики, яка може запобігти цьому неприємному наслідку. Розміщення спейсера між статевим членом і лобковою кісткою виявилось ефективним заходом для запобігання можливому вкороченню [157, 158]. Варто відзначити, що цей метод був успішно впроваджений у наше дослідження, і в результаті його застосування не було зафіксовано жодного випадку вкорочення статевого члена в післяопераційному періоді. Крім того, не було виявлено жодних

випадків травмування дорзального нерва, розвитку остеїту, або інфікування силіконового спейсера. До того ж, такі ускладнення не були описані в наявній науковій літературі [85, 158].

Паралельно із цим, екстендер, апарат для витягування статевого члена, рекомендується іншими науковцями як додатковий метод для покращення результатів операції. Це обґрунтовано його доступністю за ціновими параметрами, простотою в обслуговуванні та налаштуванні, а також позитивними результатами [55, 85]. Варто відзначити, що не зважаючи на ці позитивні аспекти, дана процедура не забезпечує повного вилікування синдрому малого статевого члена, оскільки нормальний розмір пеніса завжди залишається нормальним незалежно від обставин, і сама процедура може лише зменшити тривожність пацієнтів [158]. Важливо підкреслити, що самооцінка пацієнтів істотно покращується після проведення операції, що суттєво впливає на якість їхнього життя. Значне покращення показників задоволеності та самооцінки підтверджує це твердження.

Ще однією важливою складовою, яка позитивно впливає на самооцінку та післяопераційну задоволеність, є аспект естетики [85]. Розсічення підвішуючої зв'язки статевого члена може виконуватися як шляхом простого поперечного розрізу, так і через більш складні розрізи з метою уникнення розвитку рубцевої контрактури та втрати довжини. У літературі було описано декілька методів шкірної пластики для цього: М-пластика, V-Y-пластика (найпоширеніший і широко використовуваний), Z-пластика, подвійна Z-пластика [12, 55, 159]. На наш погляд, Cross-метод продемонстрував набагато кращі косметичні результати порівняно з іншими методами та має хороші результати щодо формування рубцевої контрактури. Крім того, коротша загальна довжина рубця після застосування Cross-методу є менш помітною в післяопераційному періоді (Рис. 5.2). Аналогічний метод пластики шкіри, який виходить із поперечного розрізу, був запропонований *Monreal J.* [55] і також заслуговує на увагу, але трансформується в Y-подібну пластику під час накладання швів.



Рис. 5.2 – Вигляд зони втручання після виконання лігаментотомії за Cross-методом.

Ін'єкційне збільшення товщини статевого члена є одним із найбільш розповсюджених та простих методів статевої пластики, який розглядається як процедура, що проводиться в кабінеті лікаря. Цей метод зазвичай характеризується негайним досягненням позитивного результату [143]. Високі показники успішності даної процедури у даному дослідженні пояснюються не тільки її методологічною організацією, але й ретельним відбором пацієнтів, особливо тих, що не страждають на психічні розлади. Такий підхід настійно рекомендується видатними науковцями у цій галузі [4, 10, 143, 145, 160].

Проте, важливо відзначити, що однією з недоліків цього методу є обмежена тривалість його ефекту через швидку розчинність введених гіалуронових компонентів, що зазвичай становить приблизно 12-16 місяців [131]. Виробник гіалуронової кислоти стверджує, що волюмізуючий ефект цієї речовини триває від 12 до 16 місяців, однак, слід відзначити, що ми не

проводили власних довготривалих досліджень з метою перевірки даного твердження.

Результати збільшення обхвату статевого члена є великою мірою залежними від об'єму введеного наповнювача та вихідного розміру статевого члена. Враховуючи цей факт, ми розробили та впровадили в дослідження метод розрахунку очікуваного збільшення обхвату [139]. Результати наших вимірювань об'єму статевого члена майже повністю співпадають із результатами подібних досліджень, проведених іншими дослідниками. Зокрема, Kwak та ін. доповідали про значне збільшення обхвату від 7,48 см до 11,41 см, використовуючи 20 мл наповнювача [129]. Також Casaventes та інші дослідники відзначили збільшення обхвату в середньому від 9,8 до 10,5 см [128].

Слід зауважити, що безпека використання гіалуронових філерів у сучасній медичній практиці вже добре досліджена і перевірена, оскільки щороку цими матеріалами проводиться велика кількість процедур [131, 145, 161, 162]. Наше дослідження не відхиляється від цього тренду, і в ньому важливу роль відіграє питання безпеки. У наших спостереженнях нам вдалося зафіксувати низький рівень ускладнень. Серед найпоширеніших ускладнень варто відзначити міграцію гелю та утворення вузликів [163]. Частота виникнення цих ускладнень у нашій роботі складає 12,9%, що збігається або навіть нижче, ніж у інших наукових дослідженнях [131, 164, 165].

У ході наукового дослідження, одним із примітних відкриттів, яке варто відзначити, стає факт позитивного впливу збільшення обхвату пеніса шляхом використання ін'єкцій гіалуронової кислоти на рівень задоволеності сексуальними стосунками, впевненість та самооцінку чоловіків, які страждають від синдрому малого статевого члена. Загальна оцінка, отримана на основі використання опитувальника SEAR, свідчить про значне покращення зазначених параметрів і складає 17.2 ± 3.7 бала. За результатами розгляду окремих аспектів цього опитувальника, виявлено наступні показники: 10.1 ± 4.14 для сексуальних стосунків, 7.1 ± 2.97 для впевненості,

4.5 ± 2.7 для самооцінки та 2.6 ± 2.1 для загальних стосунків. Важливо відзначити, що в попередніх наукових дослідженнях відсутні дані, які б проводили оцінку зазначених змінних після втручання з метою збільшення розмірів пеніса за допомогою гіалуронової кислоти. Однак інші дослідники повідомляли про виявлені зміни на шкалі SEAR після проведення інших видів генітальної хірургії. Наукові роботи, зокрема, свідчать про значні покращення балів за SEAR у пацієнтів, які пройшли подовження статевого члена за допомогою лігаментотомії та корекції вродженої девіації статевого члена [89, 166, 167]. Найвиразніше покращення було виявлено в галузях впевненості в собі, якості сексуальних стосунків і загальних стосунків, що співпадає з результатами нашого дослідження [167]. Ці докази вказують на потенційну користь використання гіалуронової кислоти для збільшення товщини статевого члена та підкреслюють важливість подальших наукових досліджень в цій галузі.

Додатковим важливим висновком, що слід відзначити, є відсутність кореляції між ступенем збільшення розміру статевого члена та показниками задоволення сексуальним життям, виміряними за допомогою SEAR. Ймовірно, ця відсутність взаємозв'язку може бути пов'язана з тим, що позитивний психоемоційний ефект переважно виникає внаслідок самого факту збільшення розміру пеніса, в той час як реальні розміри та їхні зміни можуть мати менший вплив. Результати попередніх досліджень також не вказують на наявність відносини між вибором конкретної хірургічної техніки та рівнем задоволеності пацієнтів. У подвійно сліпому дослідженні, де порівнювали ефекти ін'єкцій гіалуронової кислоти та наповнювача на основі полімолочної кислоти через 48 тижнів після процедури, не було виявлено статистично значущої різниці у рівнях задоволеності сексуальним життям між двома групами пацієнтів. Однак варто відзначити, що рівень задоволеності зовнішнім виглядом пеніса був помітно вищим [131].

У загальній популяції до 68% чоловіків виражають бажання мати більший розмір пеніса, незалежно від їхнього фактичного розміру [168]. Це

свідчить про загальний психологічний аспект питання та можливий внутрішній дистрес, який може виникати у чоловіків через сприйняття власного розміру статевого члена. Таким чином, можна припустити, що механізм зменшення психологічного дистресу після проведення корекції розміру статевого члена схожий на механізми, що лежать в основі компульсивних актів при дисморфічному розладі та при інших розладах обсесивно-компульсивного спектру. Необхідні подальші дослідження для більш глибокого розуміння механізмів поліпшення психоемоційного стану пацієнтів з синдромом малого статевого члена після процедур збільшення члена.

На підставі отриманих результатів розроблено кілька важливих рекомендацій для практикуючих лікарів:

- **Обстеження на наявність пенільної дисморфофобії:** За даними досліджень, більшість чоловіків, які скаржаться на маленький розмір статевого члена, фактично мають нормальний розмір, але страждають від синдрому малого статевого члена. Тому перед вживанням будь-яких заходів щодо корекції, важливо обстежити пацієнта на наявність пенільної дисморфофобії та при потребі провести відповідну психологічну консультацію.

- **Документація методології лікування:** Усі етапи корекції, від вибору методу до наслідків для розміру статевого члена та психологічного стану пацієнта, повинні бути ретельно задокументовані відповідно до принципів доказової медицини. Це дозволить не лише відстежувати ефективність лікування, але й надавати об'єктивну інформацію пацієнтам.

- **Перевага ін'єкційних методів:** При корекції довжини статевого члена у чоловіків, у яких фактично є нормальний розмір члена, але вони страждають від синдрому малого статевого члена, варто надавати перевагу ін'єкційним методам збільшення перед оперативними. Це допоможе зменшити ризик можливих ускладнень та забезпечити більш швидке відновлення пацієнта.

Незважаючи на той факт, що наше наукове дослідження внесло значний вклад у поглиблене розуміння вивчених втручань, наші дослідницькі зусилля обмежені кількома ключовими аспектами, які вимагають відповідної уваги. Перше обмеження, яким ми маємо справу, полягає у відсутності контрольної групи. Відсутність цієї компоненти у нашому дослідженні може вплинути на достовірність та репрезентативність отриманих результатів, оскільки нам важко встановити каузальні зв'язки. По-друге, тривалість періоду спостереження була обмеженою, що також може призвести до недостатньої повноти наших висновків, особливо стосовно довгострокових наслідків втручань. Зазвичай, для остаточних висновків щодо довгострокових наслідків, необхідно більше часу для спостереження та збору даних. Останнім важливим аспектом, який варто відзначити, є той факт, що наш опитувальник SEAR був перекладений з англійської мови професійним перекладачем за участю психолога. Незважаючи на цей професійний підхід до перекладу, ми визнаємо необхідність подальших валідаційних досліджень локалізованої версії опитувальника, щоб підтвердити його надійність та точність в даному контексті. В цілому, ми вважаємо, що результати нашого дослідження становлять цінну відправну точку для подальших наукових досліджень в даній галузі. Необхідно продовжувати досліджувати ці аспекти, враховуючи зазначені обмеження, щоб отримати більш повне та об'єктивне розуміння вивчених втручань і їх впливу.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі представлений новий підхід до вирішення науково-практичного завдання в галузі знань «Охорона здоров'я» (наукова спеціальність «урологія») – оптимізація способів естетичної корекції чоловічих статевих органів як методу контролю психосексуального стану пацієнта.

1. Доведено, що ін'єкційні та хірургічні методи збільшення дійсно дають значимий ефект, що виражається у суттєвому покращенні антропометричних показників.

2. Розроблено та застосовано модифіковану методику оперативного розсічення підвішуючої зв'язки статевого члена.

3. Встановлено залежність психосексуального стану чоловіків від вигляду статевого члена до та після втручання.

4. Розроблено та випробувано новий метод, який дає можливість розрахувати очікувані зміни у розмірі статевого члена після процедури ін'єкційної корекції за допомогою філерів.

5. Розроблено алгоритм адекватного застосування методів естетичної корекції статевого члена, який підтвердив свою ефективність під час експериментів.

6. Доведено безпечність естетичної корекції статевого члена за допомогою лігаментотомії та ін'єкційного введення гіалуронової кислоти. Визначено переваги методу ін'єкційного збільшення статевого члена:

- Швидка маніпуляція
- Достатньо місцевого знеболення
- Зворотність втручання
- Проводиться в маніпуляційній та не потребує операційної
- Можливість повторювати процедуру
- Малоінвазивність
- Короткий період реабілітації

- Невелика кількість ускладнень
- Кращий вплив на психосексуальний стан

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

При веденні пацієнтів, що скаржаться на маленький статевий член, рекомендовано дотримуватись наступного алгоритму:

1. Ретельний збір анамнезу.
2. Проведення огляду та виявлення аномалій статевого органа: перетинчастий, ретрактильний, прихований статевий член. Це дозволить підібрати коректну тактику естетичного лікування.
3. Проведення замірів статевого органа у неерегованому стані. Найдоцільніше міряти довжину, окружність середньої третини статевого члена та окружність корони голівки статевого члена. Обов'язковою є фотофіксація замірів до та після втручання, котра потрібна для оцінки результатів.
4. Психологічне консультування, під час якого пацієнта інформують про нормальний діапазон розмірів статевого члена та про те, що його розміри знаходяться в межах цього діапазону.
5. Проведення диференційної діагностики синдрому малого статевого члена та пенільної діагностики за допомогою анкети COPS-P. Чоловіків, що за результатами анкетування вважаються хворими на пенільну дисморфофобію варто направити на дообстеження до психіатра.
6. Не менш важливим є сексологічний анамнез при зборі якого варто оцінити ерекtilьну функцію.
7. Заповнення юридичної документації: отримання інформованої згоди на проведення втручання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Dillon BE, Chama NB, Honig SC (2008) Penile size and penile enlargement surgery: A review. *Int J Impot Res* 20:519–529
2. Friedman DM (2001) *A Mind of Its Own: A Cultural History of the Penis*. <https://doi.org/10.5860/choice.39-5875>
3. Roos H, Lissos I (1994) Penis lengthening. *Int J AesthRestor Surg* 2:89–96
4. Hehemann MC, Towe M, Huynh LM, El-Khatib FM, Yafi FA (2019) Penile Girth Enlargement Strategies: What’s the Evidence? *Sex Med Rev* 7:535–547
5. Kelley JH, Eraklis AJ (1971) A procedure for lengthening the phallus in boys with exstrophy of the bladder. *J Pediatr Surg* 6:645–649
6. Lever J, Frederick DA, Peplau LA (2006) Does size matter? Men’s and women’s views on penis size across the lifespan. *Psychol Men Masc* 7:129–143
7. Francken AB, Van de Wiel HBM, Van Driel MF, Weijmar Schultz WCM (2002) What importance do women attribute to the size of the penis? *Eur Urol* 42:426–431
8. Davoudzadeh EP, Davoudzadeh NP, Margolin E, Stahl PJ, Stember DS (2018) Penile Length: Measurement Technique and Applications. *Sex Med Rev* 6:261–271
9. Tran H, Goldfarb R, Ackerman A, Valenzuela RJ (2017) Penile Lengthening, Girth, and Size Preservation at the Time of Penile Prosthesis Insertion. *Sex Med Rev* 5:403–412
10. Marra G, Drury A, Tran L, Veale D, Muir GH (2019) Systematic Review of Surgical and Nonsurgical Interventions in Normal Men Complaining of Small Penis Size. *Sex Med Rev*. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.01.004>
11. Mondaini N, Ponchietti R, Gontero P, Muir GH, Natali A, Di Loro F, Caldarera E, Biscioni S, Rizzo M (2002) Penile length is normal in most men seeking penile lengthening procedures. *Int J Impot Res* 14:283–286

12. Campbell J, Gillis J (2017) A review of penile elongation surgery. *Transl Androl Urol* 6:69–78
13. Johnson P, Maxwell D (2000) Fetal penile length. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 15:308–310
14. Hughes IA (2008) *The Testes: Disorders of Sexual Differentiation and Puberty in the Male*, Third Edit. *Pediatric Endocrinology*. <https://doi.org/10.1016/B978-141604090-3.50021-1>
15. Kousta E, Papathanasiou A, Skordis N (2010) Sex determination and disorders of sex development according to the revised nomenclature and classification in 46,XX individuals. *Hormones* 9:218–231
16. Wessells H, Lue TF, McAninch JW (1996) Penile length in the flaccid and erect states: Guidelines for penile augmentation. *Journal of Urology* 156:995–997
17. Veale D, Miles S, Bramley S, Muir G, Hodson J (2015) Am I normal? A systematic review and construction of nomograms for flaccid and erect penis length and circumference in up to 15 521 men. *BJU Int* 115:978–986
18. Chen J, Gefen A, Greenstein A, Matzkin H, Elad D (2000) Predicting penile size during erection. *Int J Androl* 23:328–333
19. Veale D, Miles S, Read J, Troglia A, Wylie K, Muir G (2015) Sexual Functioning and Behavior of Men with Body Dysmorphic Disorder Concerning Penis Size Compared with Men Anxious about Penis Size and with Controls: A Cohort Study. *Sex Med* 3:147–155
20. Aaronson IA (1994) Micropenis: Medical and surgical implications. *Journal of Urology* 152:4–14
21. Wiygul J, Palmer LS (2011) Micropenis. *ScientificWorldJournal* 11:1462–1469
22. Munding MD, Wessells HB, Dalkin BL (2001) Pilot study of changes in stretched penile length 3 months after radical retropubic prostatectomy. *Urology* 58:567–9

23. Savoie M, Kim SS, Soloway MS (2003) A prospective study measuring penile length in men treated with radical prostatectomy for prostate cancer. *Journal of Urology* 169:1462–1464
24. Haliloglu A, Baltaci S, Yaman O (2007) Penile Length Changes in Men Treated With Androgen Suppression Plus Radiation Therapy for Local or Locally Advanced Prostate Cancer. *Journal of Urology* 177:128–130
25. Pryor J, Akkus E, Alter G, Jordan G, Lebret T, Levine L, Mulhall J, Perovic S, Ralph D, Stackl W (2004) Peyronie’s disease. *Journal of Sexual Medicine* 1:110–115
26. Awwad Z, Abu-Hijleh M, Basri S, Shegam N, Murshidi M, Ajlouni K (2005) Penile measurements in normal adult Jordanians and in patients with erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 17:191–195
27. Бойко МІ (2013) Клінічна андрологія. Здоров’я України, Київ
28. Schonfeld WA, Beebe GW (1942) Normal Growth and Variation in the Male Genitalia from Birth to Maturity. *Journal of Urology* 48:759–777
29. Callens N, De Cuypere G, Van Hoecke E, T’Sjoen G, Monstrey S, Cools M, Hoebeke P (2013) Sexual Quality of Life after Hormonal and Surgical Treatment, Including Phalloplasty, in Men with Micropenis: A Review. *J Sex Med* 10:2890–2903
30. Cimador M, Catalano P, Ortolano R, Giuffrè M (2015) The inconspicuous penis in children. *Nat Rev Urol* 12:205–215
31. Vardi Y, Harshai Y, Gil T, Gruenwald I, Gruenwald I (2008) A Critical Analysis of Penile Enhancement Procedures for Patients with Normal Penile Size: Surgical Techniques, Success, and Complications. *Eur Urol* 54:1042–1050
32. Spinoit AF, Claeys T, Bruneel E, Ploumidis A, Van Laecke E, Hoebeke P (2016) Isolated Male Epispadias: Anatomic Functional Restoration Is the Primary Goal. *Biomed Res Int*. <https://doi.org/10.1155/2016/6983109>
33. Anand S, Lotfollahzadeh S (2023) Epispadias. *StatPearls*

34. van der Horst HJR, de Wall LL (2017) Hypospadias, all there is to know. *Eur J Pediatr* 176:435–441
35. Gozar H, Bara Z, Dicu E, Derzsi Z (2023) Current perspectives in hypospadias research: A scoping review of articles published in 2021 (Review). *Exp Ther Med*. <https://doi.org/10.3892/ETM.2023.11910>
36. Kaefer M (2021) Hypospadias. *Semin Pediatr Surg*. <https://doi.org/10.1016/J.SEMPEDSURG.2021.151080>
37. van Engelen H, Custers JAE, Kortmann BM, Oerlemans AJM, van Rooij IALM, Verhaak CM (2021) Parental decisional regret after surgical treatment in young boys born with hypospadias. *J Pediatr Urol* 17:691.e1-691.e7
38. Snodgrass P, Snodgrass W, Bush N (2021) Parental Concerns of Boys with Hypospadias. *Res Rep Urol* 13:73–77
39. Bonitz RP, Hanna MK (2016) Correction of congenital penoscrotal webbing in children: A retrospective review of three surgical techniques. *J Pediatr Urol* 12:161.e1-161.e5
40. Maizels M, Zaontz M, Donovan J, Bushnick PN, Firlit CF (1986) Surgical correction of the buried penis: description of a classification system and a technique to correct the disorder. *J Urol* 136:268–271
41. Srinivasan AK, Palmer LS, Palmer JS (2011) Inconspicuous Penis. *The Scientific World Journal* 11:2559
42. Herndon CDA, Casale AJ, Cain MP, Rink RC, Pope J (2003) Long-term outcome of the surgical treatment of concealed penis. *J Urol* 170:1695–1697
43. Valioulis IA, Kallergis IC, Ioannidou DC (2015) Correction of concealed penis with preservation of the prepuce. *J Pediatr Urol* 11:259.e1-259.e4
44. Mitsui Y, Yamabe F, Hori S, Uetani M, Kobayashi H, Nagao K, Nakajima K (2023) Molecular Mechanisms and Risk Factors Related to the Pathogenesis of Peyronie’s Disease. *Int J Mol Sci*. <https://doi.org/10.3390/IJMS241210133>
45. Bin-Abbas B, Conte FA, Grumbach MM, Kaplan SL (1999) Congenital hypogonadotropic hypogonadism and micropenis: Effect of testosterone

- treatment on adult penile size - Why sex reversal is not indicated. *Journal of Pediatrics* 134:579–583
46. Burstein S, Grumbach MM, Kaplan SL (1979) EARLY DETERMINATION OF ANDROGEN-RESPONSIVENESS IS IMPORTANT IN THE MANAGEMENT OF MICROPHALLUS. *The Lancet* 314:983–986
 47. Choi SK, Han SW, Kim DH, et al (1993) Transdermal dihydrotestosterone therapy and its effects on patients with microphallus. *Journal of Urology* 150:657–660
 48. Nerli R, Guntaka A, Patne P, Hiremath M (2013) Penile growth in response to hormone treatment in children with micropenis. *Indian Journal of Urology* 29:288
 49. Ben Galim E, Hillman RE, Weldon V V. (1980) Topically Applied Testosterone and Phallic Growth: Its Effect in Male Children with Hypopituitarism and Microphallus. *American Journal of Diseases of Children* 134:296–298
 50. Sutherland RS, Kogan BA, Baskin LS, Mevorach RA, Conte F, Kaplan SL, Grumbach MM (1996) The Effect of Prepubertal Androgen Exposure on Adult Penile Length. *J Urol* 783–787
 51. Park KK, Lee SH, Chung BH (2011) The effects of long-term androgen deprivation therapy on penile length in patients with prostate cancer: A single-center, prospective, open-label, observational study. *Journal of Sexual Medicine* 8:3214–3219
 52. Husmann DA (2002) Micropenis: an animal model and its human correlates. *Adv Exp Med Biol* 511:41–56
 53. Welsh M, Suzuki H, Yamada G (2014) The masculinization programming window. *Endocr Dev* 27:17–27
 54. Baskin LS, Sutherland RS, DiSandro MJ, Hayward SW, Lipschutz J, Cunha GR (1997) The Effect of Testosterone on Androgen Receptors and Human Penile Growth. *J Urol* 1113–1118

55. Monreal J (2015) Composite augmentation phalloplasty: personal experience after 275 patients. *Plast Aesthet Res* 2:27
56. Oderda M, Gontero P (2011) Non-invasive methods of penile lengthening: Fact or fiction? *BJU Int* 107:1278–1282
57. Colpi G, Martini P, Scropo F, Res MM-IJI, 2001 U (2002) Efficacy of the daily penis-stretching technique to elongate the " Small penis ". *Int J Impot Res* 14:2002–2002
58. Nowroozi MR, Amini E, Ayati M, Jamshidian H, Radkhah K, Amini S (2015) Applying Extender Devices in Patients with Penile Dysmorphophobia: Assessment of Tolerability, Efficacy, and Impact on Erectile Function. *Journal of Sexual Medicine* 12:1242–1247
59. Gontero P, Di Marco M, Giubilei G, Bartoletti R, Pappagallo G, Tizzani A, Mondaini N (2009) A pilot phase-II prospective study to test the “efficacy” and tolerability of a penile-extender device in the treatment of “short penis.” *BJU Int* 103:793–797
60. Nikoobakht M, Shahnazari A, Rezaeidanesh M, Mehrsai A, Pourmand G (2011) Effect of penile-extender device in increasing penile size in men with shortened penis: Preliminary results. *Journal of Sexual Medicine* 8:3188–3192
61. Aghamir MK, Hosseini R, Alizadeh F (2006) A vacuum device for penile elongation: Fact or fiction? *BJU Int* 97:777–778
62. Ghanem H, Gline S, Assalian P, Buvat J (2013) Position Paper: Management of Men Complaining of a Small Penis Despite an Actually Normal Size. *Journal of Sexual Medicine* 10:294–303
63. American Psychiatric Association (2013) DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF FIFTH EDITION DSM-5, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
64. Oates J, Sharp G (2017) Nonsurgical Medical Penile Girth Augmentation: Experience-Based Recommendations. *Aesthet Surg J* 37:1032–1038

65. Sarwer DB, Spitzer JC (2012) Body image dysmorphic disorder in persons who undergo aesthetic medical treatments. *Aesthet Surg J* 32:999–1009
66. Wylie KR, Eardley I (2007) Penile size and the “small penis syndrome.” *BJU Int* 99:1449–1455
67. Katharine A. Phillips M, Meredith E. Coles P, William Menard B, Shirley Yen P, Christina Fay B, Risa B. Weisberg P (2005) Suicidal Ideation and Suicide Attempts in Body Dysmorphic Disorder. *The journal of clinical psychiatry* 717–725
68. Veale D, Anson M, Miles S, Pieta M, Costa A, Ellison N (2014) Efficacy of cognitive behaviour therapy versus anxiety management for body dysmorphic disorder: A randomised controlled trial. *Psychother Psychosom* 83:341–353
69. Veale D, Gournay K, Dryden W, Boocock A, Shah F, Willson R, Walburn J (1996) Body dysmorphic disorder: A cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy* 34:717–729
70. Wilhelm S, Phillips KA, Didie E, Buhlmann U, Greenberg JL, Fama JM, Keshaviah A, Steketee G (2014) Modular cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A randomized controlled trial. *Behav Ther* 45:314–327
71. Phillips KA, Albertini RS, Rasmussen SA (2002) A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 59:381–388
72. Veale D, Miles S, Read J, Troglia A, Carmona L, Fiorito C, Wells H, Wylie K, Muir G (2015) Penile Dysmorphic Disorder: Development of a Screening Scale. *Arch Sex Behav* 44:2311–2321
73. Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Peñ BM (1999) Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 11:319–326

74. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A (1997) The international index of erectile function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 49:822–830
75. Cappelleri JC, Althof SE, Siegel RL, Shpilsky A, Bell SS, Dutttagupta S (2004) Development and validation of the Self-Esteem and Relationship (SEAR) questionnaire in erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 16:30–38
76. Greenstein A, Dekalo S, Chen J (2020) Penile size in adult men—recommendations for clinical and research measurements. *Int J Impot Res* 32:153–158
77. Pestana IA, Greenfield JM, Walsh M, Donatucci CF, Erdmann D (2009) Management of “buried” penis in adulthood: an overview. *Plast Reconstr Surg* 124:1186–1195
78. Ngaage LM, Lopez J, Wu Y, Nam A, Boyle K, Rasko Y, Goldberg N (2021) Uncovering the Hidden Penis: A Nomenclature and Classification System. *Ann Plast Surg* 86:444–449
79. Abdulla A, Daya D, Pinthus J, Davies T (2012) Buried penis: An unrecognized risk factor in the development of invasive penile cancer. *Canadian Urological Association Journal* 6:E199
80. Lorca-García C, Pérez-García A (2016) Limited Panniculectomy for Adult Buried Penis Repair. *Plast Reconstr Surg* 137:1065e
81. Warren AG, Peled ZM, Borud LJ (2009) Surgical correction of a buried penis focusing on the mons as an anatomic unit. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 62:388–392
82. Westerman ME, Tausch TJ, Zhao LC, Siegel JA, Starke N, Klein AK, Morey AF (2015) Ventral Slit Scrotal Flap: A New Outpatient Surgical Option for Reconstruction of Adult Buried Penis Syndrome. *Urology* 85:1501–1504
83. Alter GJ, Salgado CJ, Chim H (2011) Aesthetic surgery of the male genitalia. *Semin Plast Surg* 25:189–195

84. Simonis LAJ, Borovets S, Van Driel MF, Ten Duis HJ, Mensink HJA (1999) Erectile dysfunction due to a “hidden” penis after pelvic trauma. *Int J Impot Res* 11:53–55
85. Mertziotis N, Kozyrakis D, Bogris E (2013) Is V-Y plasty necessary for penile lengthening? Girth enhancement and increased length solely through circumcision: Description of a novel technique. *Asian J Androl* 15:819–823
86. Chang SJ, Liu SP, Hsieh JT (2008) Correcting penoscrotal web with the V-Y advancement technique. *J Sex Med* 5:249–250
87. Falcone M, Preto M, Cocci A, Garaffa G (2020) Strategies and current practices for penile lengthening in severe Peyronie’s disease cases: a systematic review. *Int J Impot Res* 32:52–63
88. Li CY, Kayes O, Kell PD, Christopher N, Minhas S, Ralph DJ (2006) Penile suspensory ligament division for penile augmentation: Indications and results. *Eur Urol* 49:729–733
89. Boiko MI, Notsek MS, Boiko OM, Chernokulskyi IS (2022) Penis Enlargement by Penile Suspensory Ligament Division with Cross-Plasty of the Skin. *Turk J Urol* 48:91–97
90. Negm MA, Nagla SA (2020) Surgical management of post-circumcision webbed penis in children. *Arab J Urol* 18:101
91. Alter GJ (2007) Surgical Techniques: Correction of Penoscrotal Web. *J Sex Med* 4:844–847
92. Kramer SA, Jackson IT (1986) Bilateral rhomboid flaps for reconstruction of the external genitalia in epispadias-exstrophy. *Plast Reconstr Surg* 77:621–629
93. Xiao K, Cheng K, Song N (2014) A new surgical procedure for phallic reconstruction in partial penis necrosis: penile elongation in combination with glanuloplasty. *Ann Plast Surg* 72:638–642
94. Caso J, Keating M, Miranda-Sousa A, Carrion R (2008) Ventral phalloplasty. *Asian J Androl* 10:155–157

95. Miranda-Sousa A, Keating M, Moreira S, Baker M, Carrion R (2007) Concomitant ventral phalloplasty during penile implant surgery: a novel procedure that optimizes patient satisfaction and their perception of phallic length after penile implant surgery. *J Sex Med* 4:1494–1499
96. Ahn ST, Lee DH, Jeong HG, Kim JW, Moon DG (2020) Scrotal septum detachment during penile plication to compensate for loss of penile length compared with conventional surgical technique. *Investig Clin Urol* 61:224–230
97. Hoznek A, Rahmouni A, Abbou C, Delmas V, Colombel M (1998) The suspensory ligament of the penis: an anatomic and radiologic description. *Surg Radiol Anat* 20:413–417
98. Borges F, Hakim L, Kline C (2006) Surgical technique to maintain penile length after insertion of an inflatable penile prosthesis via infrapubic approach. *J Sex Med* 3:550–553
99. Zhang X, Huang Z, Xiao Y, Kuang L, Zhang M, Zhang G, Li Q, Bai W, Xu T (2019) Suspensory ligament release combined with acellular dermal matrix filler in infrapubic space: A new method for penile length augmentation. *Andrologia* 51:e13351
100. Shah BB, Kent M, Valenzuela R (2021) Advanced Penile Length Restoration Techniques to Optimize Penile Prosthesis Placement Outcomes. *Sex Med Rev* 9:641–649
101. Srinivas B V., Vasani SS, Mohammed S (2012) Penile lengthening procedure with V-Y advancement flap and an interposing silicone sheath: A novel methodology. <https://doi.org/10.4103/0970-1591.102722>
102. Perovic S V., Djordjevic MLJ (2000) Penile lengthening. *86:1028–1033*
103. Rolle L, Ceruti C, Timpano M, Sedigh O, Destefanis P, Galletto E, Falcone M, Fontana D (2012) A New, Innovative, Lengthening Surgical Procedure for Peyronie’s Disease by Penile Prosthesis Implantation with Double Dorsal-Ventral Patch Graft: The “Sliding Technique.” *J Sex Med* 9:2389–2395

104. Egydio PH, Kuehhas FE (2018) The Multiple-Slit Technique (MUST) for Penile Length and Girth Restoration. *J Sex Med* 15:261–269
105. Monstrey S, Hoebeke P, Selvaggi G, Ceulemans P, Van Landuyt K, Blondeel P, Hamdi M, Roche N, Weyers S, De Cuypere G (2009) Penile reconstruction: is the radial forearm flap really the standard technique? *Plast Reconstr Surg* 124:510–518
106. Falcone M, Blecher G, Anfosso M, Christopher AN, Ralph DJ (2021) Total Phallic Reconstruction in the Genetic Male. *Eur Urol* 79:684–691
107. Callens N, De Cuypere G, T'Sjoen G, Monstrey S, Lumen N, Van Laecke E, Hoebeke P, Cools M (2015) Sexual quality of life after total phalloplasty in men with penile deficiency: an exploratory study. *World J Urol* 33:137–143
108. Бойко М.І., Чернокульський І.С., Бойко О.М.; Державна наукова установа "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини" Державного Управління справами, володілець. Спосіб хірургічного збільшення довжини статевого члена. Україна 117128. 12.06.2017
109. "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини" Державного Управління справами, володілець. Спосіб хірургічного збільшення довжини статевого члена. Україна 117889. 10.07.2017
110. Бойко М.І., Чернокульський І.С., Бойко О.М.; Державна наукова установа "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини" Державного Управління справами, володілець. Спосіб хірургічної корекції довжини статевого члена. Україна 119081. 11.09.2017
111. Бойко М.І., Чернокульський І.С., Бойко О.М.; Державна наукова установа "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини" Державного Управління справами, володілець. Спосіб хірургічного збільшення довжини статевого члена. Україна 118697. 28.08.2017

112. Ноцек МС, Бойко МІ (2021) Корекція синдрому малого статевого члена хірургічним шляхом. X МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України» 65
113. Moon DG, Kwak TI, Cho HY, Bael JH, Park HS, Kim JJ (2003) Augmentation of glans penis using injectable hyaluronic acid gel. *Int J Impot Res* 15:456–460
114. Moon DG, Kwak T Il, Kim JJ (2015) Glans Penis Augmentation Using Hyaluronic Acid Gel as an Injectable Filler. *World J Mens Health* 33:50
115. Ahn ST, Il Kwak T, Park KS, Kim JJ, Moon DG (2019) Complications of glans penis augmentation. *Int J Impot Res* 31:245–255
116. Kwak TI, Jin MH, Kim JJ, Moon DG (2008) Long-term effects of glans penis augmentation using injectable hyaluronic acid gel for premature ejaculation. *Int J Impot Res* 20:425–428
117. Kim JJ, Kwak TI, Jeon BG, Cheon J, Moon DG (2004) Effects of glans penis augmentation using hyaluronic acid gel for premature ejaculation. *Int J Impot Res* 16:547–551
118. Perovic S V., Radojicic ZI, Djordjevic ML, Vukadinovic V V. (2003) Enlargement and sculpturing of a small and deformed glans. In: *Journal of Urology*. Lippincott Williams and Wilkins, pp 1686–1690
119. Shaeer O (2010) Supersizing the Penis Following Penile Prosthesis Implantation. *Journal of Sexual Medicine* 7:2608–2616
120. Yang DY, Ko K, Lee SH, Moon DG, Kim JW, Lee WK (2018) Efficacy and safety of newly developed cross-linked dextran gel injection for glans penis augmentation with a novel technique. *Asian J Androl* 20:80–84
121. Abdallah H, Abdelnasser T, Hosny H, Selim O, Al-Ahwany A, Shamloul R (2012) Treatment of premature ejaculation by glans penis augmentation using hyaluronic acid gel: A pilot study. *Andrologia* 44:650–653
122. Bizic MR, Djordjevic ML (2016) Penile Enhancement Surgery: an Overview. Citation: *EMJ Urol* 4:94–100

123. Eandi JA, Yao AP, Javidan J (2007) Penile paraffinoma: The delayed presentation. *Int Urol Nephrol* 39:553–555
124. Orentreich DS (2000) Liquid injectable silicone: techniques for soft tissue augmentation. *Clin Plast Surg* 27:595–612
125. Silberstein J, Downs T, Goldstein I (2008) Penile injection with silicone: Case report and review of the literature. *Journal of Sexual Medicine* 5:2231–2237
126. Yacobi Y, Tsivian A, Grinberg R, Kessler O (2007) Short-term results of incremental penile girth enhancement using liquid injectable silicone: Words of praise for a change. *Asian J Androl* 9:408–413
127. Sasidaran R, Mat Zain MA, Basiron NH (2012) Low-grade liquid silicone injections as a penile enhancement procedure: Is bigger better. *Urol Ann* 4:181–186
128. Casavantes L, Lemperle G, Morales P (2016) Penile Girth Enhancement With Polymethylmethacrylate-Based Soft Tissue Fillers. In: *Journal of Sexual Medicine*. Elsevier B.V., pp 1414–1422
129. Kwak T Il, Oh M, Kim JJ, Moon DG (2011) The Effects of Penile Girth Enhancement using Injectable Hyaluronic Acid Gel, a Filler. *Journal of Sexual Medicine* 8:3407–3413
130. Yang DY, Jeong HC, Ahn ST, Bae WJ, Moon DG, Kim SW, Lee WK (2019) A Comparison Between Hyaluronic Acid and Poly lactic Acid Filler Injections for Temporary Penile Augmentation in Patients with Small Penis Syndrome: A Multicenter, Patient/Evaluator-Blind, Comparative, Randomized Trial. *Journal of Sexual Medicine* 17:1–9
131. Yang DY, Ko K, Lee SH, Lee WK (2019) A Comparison of the Efficacy and Safety Between Hyaluronic Acid and Poly lactic Acid Filler Injection in Penile Augmentation: A Multicenter, Patient/Evaluator-Blinded, Randomized Trial. *J Sex Med* 16:577–585
132. Bartus C, William Hanke C, Daro-Kaftan E (2013) A decade of experience with injectable poly-l-lactic acid: A focus on safety. *Dermatologic Surgery* 39:698–705

133. Boiko MI, Notsek MS (2023) (54) Managing small penis syndrome using filler injection for penile augmentation. *J Sex Med.* <https://doi.org/10.1093/JSXMED/QDAD062.107>
134. Бойко МІ, Ноцек МС (2020) Збільшення статевого члена шляхом ін'єкційного введення суміші полімолочної та гіалуронової кислоти. *Urologiya* 24:251–252
135. Yang DY, Lee WK, Kim SC (2012) Tolerability and efficacy of newly developed penile injection of cross-linked dextran and polymethylmethacrylate mixture on penile enhancement: 6 months follow-up. *Int J Impot Res* 25:99–103
136. Boiko MI, Notsek MS, Boiko OM (2023) The Efficacy of Injection Penile Girth Enhancement as an Option for Small Penis Syndrome Management. *Aesthet Surg J* 00:1–8
137. Boiko MI, Notsek MS (2021) Injection methods of penis enlargement. *Reproductive Endocrinology* 3:110–115
138. Boiko M, Notsek M (2020) P-02-72 Injectable Poly-L-Lactic Acid Mixed With Hyaluronic Acid for Penile Enlargement. *J Sex Med.* <https://doi.org/10.1016/J.JSXM.2020.04.221>
139. Бойко М.І., Ноцек М.С.; Державна наукова установа "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини" Державного Управління Справами, володілець. Тест-система для визначення довжини окружності тіла статевого члена при введенні філера. Україна 147422. 05.05.2021
140. Бойко МІ, Чернокульський ІС, Бойко ОМ (2019) Видовження статевого члена. Новий метод пластики шкіри. *Урологія та репродуктивна медицина* 82:36–46
141. Johnston L, McLellan T, McKinlay A (2014) (Perceived) Size really does matter: Male dissatisfaction with penis size. *Psychol Men Masc* 15:225–228
142. (2022) EAU Guidelines. EAU Annual Congress Amsterdam

143. Manfredi C, Romero Otero J, Djinovic R (2022) Penile girth enhancement procedures for aesthetic purposes. *Int J Impot Res* 34:337–342
144. Romero-Otero J, Manfredi C, Ralph D, Osmonov D, Verze P, Castiglione F, Serefoglu EC, Bozzini G, García-Gómez B (2021) Non-invasive and surgical penile enhancement interventions for aesthetic or therapeutic purposes: a systematic review. *BJU Int* 127:269–291
145. Bettocchi C, Checchia AA, Falagario UG, Ricapito A, Busetto GM, Cormio L, Carrieri G (2022) Male esthetic genital surgery: recommendations and gaps to be filled. *Int J Impot Res* 34:392
146. Schifano N, Cakir OO, Castiglione F, Montorsi F, Garaffa G (2022) Multidisciplinary approach and management of patients who seek medical advice for penile size concerns: a narrative review. *Int J Impot Res* 34:434–451
147. Jin Z, Wu YG, Yuan YM, Peng J, Gong YQ, Li GY, Song WD, Cui WS, He XY, Xin ZC (2011) Tissue engineering penoplasty with biodegradable scaffold Maxpol-T cocultured autologous fibroblasts for small penis syndrome. *J Androl* 32:491–495
148. Littara A, Melone R, Morales-Medina JC, Iannitti T, Palmieri B (2019) Cosmetic penile enhancement surgery: a 3-year single-centre retrospective clinical evaluation of 355 cases. *Sci Rep*. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-41652-w>
149. Alter GJ (1997) Reconstruction of deformities resulting from penile enlargement surgery. *J Urol* 158:2153–7
150. Wessells H, Lue TF, McAninch JW (1996) Complications of penile lengthening and augmentation seen at 1 referral center. *J Urol* 155:1617–20
151. Spyropoulos E, Christoforidis C, Borousas D, Mavrikos S, Bourounis M, Athanasiadis S (2005) Augmentation Phalloplasty Surgery for Penile Dysmorphism in Young Adults: Considerations Regarding Patient Selection, Outcome Evaluation and Techniques Applied. *Eur Urol* 48:121–128

152. Austoni E, Guarneri A, Cazzaniga A (2002) A new technique for augmentation phalloplasty: Albugineal surgery with bilateral saphenous grafts - Three years of experience. *Eur Urol* 42:245–253
153. Protogerou V, Anagnostopolou S, Venierates D, Troupis T, Plagou M, Vlassis K, Skandalakis P (2011) Penis ligaments: Their use in “increasing” the size of the penis in penile augmentation procedures. Anatomical description in human cadavers and clinical results of a phalloplasty series. *Ann Ital Chir* 82:199–204
154. Vardi Y, Harshai Y, Gil T, Gruenwald I, Gruenwald I (2008) A Critical Analysis of Penile Enhancement Procedures for Patients with Normal Penile Size: Surgical Techniques, Success, and Complications. *Eur Urol* 54:1042–1050
155. Ponchiatti R, Mondaini N, Bonafè M, Di Loro F, Biscioni S, Masieri L (2001) Penile length and circumference: a study on 3,300 young Italian males. *Eur Urol* 39:183–6
156. Ralph D, Gonzalez-Cadavid N, Mirone V, Perovic S, Sohn M, Usta M, Levine L (2010) Trauma, Gender Reassignment, and Penile Augmentation. *J Sex Med* 7:1657–1667
157. Srinivas B V., Vasani SS, Mohammed S (2012) Penile lengthening procedure with V-Y advancement flap and an interposing silicone sheath: A novel methodology. <https://doi.org/10.4103/0970-1591.102722>
158. Li CY, Kayes O, Kell PD, Christopher N, Minhas S, Ralph DJ (2006) Penile suspensory ligament division for penile augmentation: Indications and results. *Eur Urol* 49:729–733
159. Yongsheng S, Qingping Y, Yiyang J, et al (2015) [Clinical experience of penile elongation: a comparison of four different operative approaches]. *Zhonghua Zheng Xing Wai Ke Za Zhi* 31:411–3
160. Veale D, Miles S, Read J, Troglia A, Wylie K, Muir G (2015) Sexual Functioning and Behavior of Men with Body Dysmorphic Disorder

- Concerning Penis Size Compared with Men Anxious about Penis Size and with Controls: A Cohort Study. *Sex Med* 3:147–155
161. (2022) Aesthetic Plastic Surgery National Databank Statistics 2020-2021. *Aesthet Surg J* 42:1–18
162. Ahn ST, Shim JS, Bae WJ, Kim SW, Kim JJ, Moon DG (2022) Efficacy and Safety of Penile Girth Enhancement Using Hyaluronic Acid Filler and the Clinical Impact on Ejaculation: A Multi-Center, Patient/Evaluator-Blinded, Randomized Active-Controlled Trial. *World J Mens Health*. <https://doi.org/10.5534/WJMH.210007>
163. Abo-Hedibah SA, Badawi AN, Aly SA, Ismail SRM, Elmokadem AH (2021) Penile girth augmentation by injectable fillers: a comprehensive review of imaging features and inflammatory complications. *Abdom Radiol (NY)* 46:1703–1717
164. Kim MT, Ko K, Lee WK, Kim SC, Yang DY (2015) Long-Term Safety and Longevity of a Mixture of Polymethyl Methacrylate and Cross-Linked Dextran (Lipen-10®) after Penile Augmentation: Extension Study from Six to 18 Months of Follow-Up. *World J Mens Health* 33:202
165. Quan Y, Gao ZR, Dai X, Kuang L, Zhang M, Li Q, Xu T, Zhang XW (2021) Complications and management of penile augmentation with hyaluronic acid injection. *Asian J Androl* 23:392–395
166. Mertziotis N, Kozyrakis D, Bogris E (2013) Is V-Y plasty necessary for penile lengthening? Girth enhancement and increased length solely through circumcision: description of a novel technique. *Asian J Androl* 15:819–823
167. Tal R, Nabulsi O, Nelson CJ, Mulhall JP (2010) The psychosocial impact of penile reconstructive surgery for congenital penile deviation. *J Sex Med* 7:121–128
168. Tiggemann M, Martins Y, Churchett L (2008) Beyond muscles: unexplored parts of men's body image. *J Health Psychol* 13:1163–1172

ДОДАТКИ

Додаток А

«ЗАТВЕРДЖУЮ»	01
Заступник директора з наукової роботи ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС	
доктор медичних наук, професор	
Ю. Б. Яценко	
« 5 »	2023

**Акт впровадження
інновації в роботу наукових відділів ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС**

- Назва інновації:** Корекція синдрому малого статевого оперативним методом лікування.
- Джерело інформації та вид:** Boiko M.I., Notsek M.S., Boiko O.M., Chernokulskyi I.S. «Penis Enlargement by Penile Suspensory Ligament Division with Cross-Plasty of the Skin» Turkish J Urol № 48, 2022. С. 91–97. Pubmed.
- Автори інновації:** д.мед.н., проф. Бойко М. І.; Ноцек М.С.
- Науково-дослідна робота в рамках якої проведено дослідження:** «Оптимізація хірургічного лікування хворих за мультимодальною програмою швидкого відновлення на основі удосконалення малоінвазивних оперативних втручань, зокрема із застосуванням нанобіосенсорних технологій та їх анестезіологічного забезпечення». Номер держреєстрації: № 0122U000233
- Термін впровадження:** 2023 рік.
- Результати впровадження:**
- за даними авторів (розробників):
за результатами впровадження в структурному підрозділі ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС:
Загальна кількість спостережень - 31
З позитивним результатом - 31
З негативним результатом - 0
З невизначеним результатом - 0
- Ефективність впровадження:** Оперативний метод лікування дозволяє скоригувати прояви синдрому малого статевого члена. Ефективне в 100 % спостережень.
- Зауваження, пропозиції:** Зауважень не має.

Дата: « » _____ 2023

В.о. завідувача структурного підрозділу
Відповідальний за впровадження

Лисенко Б. М.
Шептуха С. А.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор клініки

«Андроцентр»

Н. М. Бойко

« 4 »



**Акт впровадження
іновацій в практику роботи**

1. **Назва іновачії:** Спосіб визначення довжини окружності тіла статевого члена при введенні філера.

2. **Джерело інформації та вид:** Тест-система для визначення довжини окружності тіла статевого члена при введенні філера: пат. 147422 Україна. №202007951; заяв. 14.12.2020; опубл. 05.05.2021, бюл. № 18.

3. **Автори іновачії:** д.мед.н., проф. Бойко М. І.; Ноцек М.С.

4. **Науково-дослідна робота в рамках якої проведено дослідження:** «Оптимізація хірургічного лікування хворих за мультимодальною програмою швидкого відновлення на основі удосконалення малоінвазивних оперативних втручань, зокрема із застосуванням нанобіосенсорних технологій та їх анестезіологічного забезпечення». Номер держреєстрації: № 0122U000233

5. **Термін впровадження:** 2023 рік.

6. **Результати впровадження:**

- за даними авторів (розробників):

за результатами впровадження в структурному підрозділі ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС:

Загальна кількість спостережень - 31

3 позитивним результатом - 31

3 негативним результатом - 0

3 невизначеним результатом - 0

7. **Ефективність впровадження:** Спосіб визначення довжини окружності тіла статевого члена при введенні філера допомагає прогнозувати збільшення товщини статевого члена після введення філера. Ефективне в 100 % спостережень.

8. **Зауваження, пропозиції:** Зауважень не має.

Дата: « » _____ 20

Директор клініки «Андроцентр»

Н. М. Бойко



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

професор з науково-педагогічної та навчальної роботи

професор О.М. Власенко

«07» листопада 2023 р.

Акт впровадження інновацій в навчальний процес

1. **Назва інновації:** Корекція синдрому малого статевого члена ін'єкційним методом лікування.
2. **Джерело інформації та вид:** Boiko MI, Notsek MS, Boiko OM (2023) The Efficacy of Injection Penile Girth Enhancement as an Option for Small Penis Syndrome Management. Aesthetic Surg J 00:1–8. PubMed
3. **Автори інновації:** д.мед.н., проф. Бойко М. І.; Ноцек М.С.
4. **Установи-розробники:** ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС
5. **Назва наукової установи, у якій впроваджено:** Національний медичний університет імені О.О. Богомольця.
6. **Назва структурного підрозділу:** кафедра урології НМУ ім. О.О. Богомольця
7. **Види навчальних занять, в ході яких викладено відповідну інформацію:** Навчальна дисципліна «Основи сексології та сексопатології»
8. **Контингент слухачів:** студенти.
9. **Зауваження, пропозиції:** Зауважень не має.

Завідувач кафедри урології
професор

О.Д. Нікітін

Дата: «07» листопада 2023 р.

**Доповіді на конференціях, які засвідчують апробацію результатів
дослідження**

1. Науково-практична конференція «Сучасні методи діагностики та лікування в урології, андрології та онкоурології»: «Збільшення статевого члена шляхом ін'єкційного введення суміші полімолочної та гіалуронової кислоти» (Дніпро, 22-23 жовтня 2020 р.);

2. 22nd congress of the European Society for Sexual Medicine: “Injectable poly-L-lactic acid mixed with hyaluronic acid for penile enlargement” (Прага, Чехія, 23-25 січня 2020 р.);

3. X міжнародний медичний конгрес «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України»: «Корекція синдрому малого статевого члена хірургічним шляхом» (Київ, 25-27 травня 2021 р.);

4. Науково-практична онлайн конференція «Чоловіче здоров'я. Репродукція»: «Ін'єкційні методи збільшення статевого члена» (Київ, 23 лютого 2022 р.);

5. 23rd congress of the European Society for Sexual Medicine: «Managing small penis syndrome using filler injection for penile augmentation» (Роттердам, Нідерланди, 16-18 лютого 2023 р.)

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких відображено основні наукові результати дослідження

1. Boiko MI, Notsek MS, Boiko OM (2023) The Efficacy of Injection Penile Girth Enhancement as an Option for Small Penis Syndrome Management. *Aesthetic Surg J* 00:1–8
2. Boiko MI, Notsek MS, Boiko OM, Chernokulskyi IS (2022) Penis Enlargement by Penile Suspensory Ligament Division with Cross-Plasty of the Skin. *Turkish J Urol* 48:91–97
3. Boiko MI, Notsek MS (2021) Injection methods of penis enlargement. *Reprod Endocrinol* 3:110–115

Наукові праці, які засвідчують апробацію результатів дослідження

1. Boiko M, Notsek M (2023) (54) Managing small penis syndrome using filler injection for penile augmentation. *J Sex Med.* <https://doi.org/10.1093/JSXMED/QDAD062.107>
2. Ноцек МС, Бойко МІ (2021) Корекція синдрому малого статевого члена хірургічним шляхом. Х МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України» 65
3. Boiko M, Notsek M (2020) P-02-72 Injectable Poly-L-Lactic Acid Mixed With Hyaluronic Acid for Penile Enlargement. *J Sex Med.* <https://doi.org/10.1016/J.J>
4. Бойко МІ, Ноцек МС (2020) Збільшення статевого члена шляхом ін'єкційного введення суміші полімолочної та гіалуронової кислоти. *Urologiya* 24:251–252

*Наукові праці, які додатково відображають наукові результати
дисертації*

1. Бойко М.І., Ноцек М.С.; Державна наукова установа "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини" Державного Управління справами, володілець. Тест-система для визначення довжини окружності тіла статевого члена при введенні філера. Україна 147422. 05.05.2021

2. Бойко М.І., Ноцек М.С.; Спосіб визначення довжини окружності тіла статевого члена при введенні філера. Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я. Галузеве нововведення, Реєстр. № 158/8/22, Київ-2022, Випуск 8:188



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **147422** (13) **U**
 (51) МПК (2021.01)
A61B 17/00
A61M 1/00

НАЦІОНАЛЬНИЙ ОРГАН
 ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
 ВЛАСНОСТІ
 ДЕРЖАВНЕ ПІДПРИЄМСТВО
 "УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ
 ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
 ВЛАСНОСТІ"

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

<p>(21) Номер заявки: u 2020 07951</p> <p>(22) Дата подання заявки: 14.12.2020</p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права інтелектуальної власності: 06.05.2021</p> <p>(46) Публікація відомостей про державну реєстрацію: 05.05.2021, Бюл.№ 18</p>	<p>(72) Винахідник(и): Бойко Микола Іванович (UA), Ноцек Микола Сергійович (UA)</p> <p>(73) Володілець (володільці): ДЕРЖАВНА НАУКОВА УСТАНОВА "НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЦЕНТР ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ" ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ СПРАВАМИ, вул. Верхня, 5, м. Київ, 01014 (UA)</p> <p>(74) Представник: Черепов Леонід Володимирович, реєстр. №19</p>
---	---

(54) ТЕСТ-СИСТЕМА ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ДОВЖИНИ ОКРУЖНОСТІ ТІЛА СТАТЕВОГО ЧЛЕНА ПРИ ВВЕДЕННІ ФІЛЕРА**(57) Реферат:**

Тест-система для визначення довжини окружності тіла статевого члена при введенні філера, в якій як філер використовують гіалуронову кислоту і її об'єм пов'язаний з прогностичною довжиною окружності тіла статевого члена.

UA 147422 U

Додаток Д

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
Державна організація «Центр тестування професійної компетентності
фахівців з вищою освітою напрямів підготовки «Медицина» і «Фармація» при
Міністерстві охорони здоров'я України»
(ДО «Центр тестування»)

ПОГОДЖЕНО
Віце президент
Національної академії медичних наук
України

Володимир КОВАЛЕНКО
«13» червня 2022 р.

ЗАТВЕРДЖЕНО
Заступник Міністра охорони
здоров'я України

Ірина МИКИЧАК
«13» червня 2022 р.

ПЕРЕЛІК

наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження
досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я

(Випуск 8)

Київ – 2022

УРОЛОГІЯ

Реєстр. № 158/8/22

1. СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ ДОВЖИНИ ОКРУЖНОСТІ ТІЛА СТАТЕВОГО ЧЛЕНА ПРИ ВВЕДЕННІ ФІЛЕРА

2. НДР «Оптимізація надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги хірургічного профілю на принципах «хірургії швидкого шляху» при окремих захворюваннях щитоподібної та прищитоподібних залоз, носоглотки, внутрішніх та репродуктивних органів, черевної стінки, судин і суглобів, зокрема, з використанням атомно-силової мікроскопії та із застосуванням методу преламінації для обробки імплантів», номер державної реєстрації: 0119U001046.

3. Андрологія, урологія, хірургія.

4. 2+С.

5. Патент на корисну модель № 147422 Україна, МПК (2021.01) АА61В 17/00 А61М 1/00. Тест-система для визначення довжини окружності тіла статевого члена при введенні філера // Бойко М.І., Ноцек М.С.; заявник та патентовласник Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного Управління справами. – № у 2020 07951; заявл. 14.12.2020; опубл. 05.05.2021, Бюл. № 18.

6. Відсутні.

7. Нововведення стосується застосування способу розрахунку можливого збільшення довжини окружності статевого члена після процедури контурної пластики статевого члена філером.

8. Розроблений спосіб прогнозування можливого збільшення довжини окружності статевого члена після процедури контурної пластики статевого члена філером поліпшить якість лікування пацієнтів з синдромом малого статевого члена шляхом збільшення прогнозованості проведених маніпуляцій, полегшить визначення тактики лікування таких пацієнтів.

9. Умовою гарантованої ефективної реалізації запропонованої методики – є наявність точних та зручних приладів вимірювання довжини.

10. Синдром малого статевого члена.

11. Немає.

12. Немає.

13. Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами.

14. Відсутні.

15. Д.мед.н., проф. Бойко М. І.; Ноцек М.С.

Шкала скринінгу косметичних процедур для пенільної дисморфобії (COPS-P)

Ця анкета стосується того, як ви ставитесь до розміру чи зовнішнього вигляду свого статевого члена. Будь ласка, уважно прочитайте питання та обведіть число, яке найкраще описує ваше ставлення до статевого члена. Будь ласка, уважно прочитайте підписи, щоб переконатися, що ви обводите цифру, яка відображає ваші почуття, оскільки деякі підписи поставлені в зворотному порядку. Будь ласка, опишіть почуття за минулий тиждень.

1) Наскільки ви вважаєте, що розмір або вигляд вашого статевого члена непривабливий?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Дуже	Помітно		Середньо		Незначно		Зовсім не	

2) Наскільки розмір або вигляд вашого статевого члена викликає у вас занепокоєння?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Не викликає	Незначно		Середньо		Помітно		Сильно	

3) Як часто розмір або вигляд вашого статевого члена змушує вас уникати певних ситуацій або активностей?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Завжди	У 3-х з 4-х		У половині		У 3-х з 4-х		Ніколи	
	випадків		випадків		випадків			

4) Наскільки роздуми про розмір чи зовнішній вигляд вашого статевго члена вас турбують? Тобто, чи багато ви про це думаєте і важко перестати думати про це?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Не турбують	Незначно		Середньо		Помітно		Сильно	

5) Якщо у вас є постійний партнер, наскільки ваші побоювання щодо розміру або зовнішнього вигляду вашого статевго члена впливають на існуючі сексуальні стосунки? (наприклад, задоволення від сексу, частота сексу). Якщо у вас немає постійного партнера, наскільки ваше занепокоєння щодо статевго члена заважають вам мати сексуальні стосунки?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Зовсім ні	Незначно		Середньо		Помітно		Сильно	

б) Наскільки ваші занепокоєння щодо розміру чи зовнішнього вигляду вашого статевго члена заважають вашій працездатності чи навчанню? (Оцініть це, навіть якщо ви не працюєте або не навчаєтесь: нас цікавить ваша здатність працювати або вчитися).

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Зовсім ні	Незначно		Середньо		Помітно		Сильно	

7) Наскільки ваші побоювання щодо розміру та зовнішнього вигляду вашого статевого члена заважають вашому соціальному життю? (з іншими людьми, наприклад, відвідування вечірок, пабів, клубів, прогулянок, походам у гості).

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Зовсім ні		Незначно		Середньо		Помітно		Сильно

8) Наскільки ваші занепокоєння щодо розміру чи зовнішнього вигляду вашого статевого члена заважають спортивно-розважальній активності? (наприклад, перебування в громадській роздягальні).

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Зовсім ні		Незначно		Середньо		Помітно		Сильно

9) Наскільки ви вважаєте, що розмір або вигляд вашого статевого члена є важливим аспектом того, ким ви є?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Зовсім ні		Незначно		Середньо		Переважно		Повністю

Анкета для визначення самооцінки та оцінки стосунків (SEAR)

Інструкція: Будь ласка, згадайте останні 4 тижні, відповідаючи на наступні твердження.

Будь ласка, відмітьте лише одну відповідь на твердження нижче.

1. Я почувався розслаблено, ініціюючи секс з партнером.

- Майже завжди / завжди
- Найчастіше (набагато більше половини спроб)
- Іноді (приблизно в половину спроб)
- Кілька разів (набагато менше половини спроб)
- Майже ніколи / ніколи

2. Я відчував впевненість, що під час сексу моя ерекція триватиме достатньо довго.

- Майже завжди / завжди
- Найчастіше (набагато більше половини спроб)
- Іноді (приблизно в половину спроб)
- Кілька разів (набагато менше половини спроб)
- Майже ніколи / ніколи

3. Я був задоволений своїми сексуальними результатами.

- Майже завжди / завжди
- Найчастіше (набагато більше половини спроб)
- Іноді (приблизно в половину спроб)
- Кілька разів (набагато менше половини спроб)
- Майже ніколи / ніколи

4. Я відчував, що секс міг бути спонтанним.

- Майже завжди / завжди
- Найчастіше (набагато більше половини спроб)
- Іноді (приблизно в половину спроб)
- Кілька разів (набагато менше половини спроб)
- Майже ніколи / ніколи

5. Я, ймовірно, ініціював секс.

- Майже завжди / завжди
- Найчастіше (набагато більше половини спроб)
- Іноді (приблизно в половину спроб)
- Кілька разів (набагато менше половини спроб)
- Майже ніколи / ніколи

6. Я почував себе впевнено щодо сексуальних дій.

- Майже завжди / завжди
- Найчастіше (набагато більше половини спроб)
- Іноді (приблизно в половину спроб)
- Кілька разів (набагато менше половини спроб)
- Майже ніколи / ніколи

7. Я був задоволений нашим сексуальним життям.

- Майже завжди / завжди
- Найчастіше (набагато більше половини спроб)
- Іноді (приблизно в половину спроб)
- Кілька разів (набагато менше половини спроб)
- Майже ніколи / ніколи

8. Мій партнер був незадоволений якістю наших сексуальних відносин.

- Майже завжди / завжди
- Найчастіше (набагато більше половини спроб)
- Іноді (приблизно в половину спроб)
- Кілька разів (набагато менше половини спроб)
- Майже ніколи / ніколи

9. У мав гарну самооцінку.

- Майже завжди / завжди
- Найчастіше (набагато більше половини спроб)
- Іноді (приблизно в половину спроб)
- Кілька разів (набагато менше половини спроб)
- Майже ніколи / ніколи

10. Я відчував себе повноцінним чоловіком.

- Майже завжди / завжди
- Найчастіше (набагато більше половини спроб)
- Іноді (приблизно в половину спроб)
- Кілька разів (набагато менше половини спроб)
- Майже ніколи / ніколи

11. Я був схильний відчувати, що я був поганий.

- Майже завжди / завжди
- Найчастіше (набагато більше половини спроб)
- Іноді (приблизно в половину спроб)
- Кілька разів (набагато менше половини спроб)
- Майже ніколи / ніколи

12. Я почував себе впевнено.

- Майже завжди / завжди
- Найчастіше (набагато більше половини спроб)
- Іноді (приблизно в половину спроб)
- Кілька разів (набагато менше половини спроб)
- Майже ніколи / ніколи

13. Мій партнер був задоволений нашими стосунками в цілому.

- Майже завжди / завжди
- Найчастіше (набагато більше половини спроб)
- Іноді (приблизно в половину спроб)
- Кілька разів (набагато менше половини спроб)
- Майже ніколи / ніколи

14. Я, в цілому, був задоволений нашими стосунками.

- Майже завжди / завжди
- Найчастіше (набагато більше половини спроб)
- Іноді (приблизно в половину спроб)
- Кілька разів (набагато менше половини спроб)
- Майже ніколи / ніколи

Міжнародний індекс еректильної функції – 5 (МІЕФ-5)

Інструкція: Будь ласка, обведіть відповідь, котра найліпше описує вас протягом останніх 6-ти місяців.

1. Як ви оцінюєте свою впевненість у тому, що зможете досягти та утримувати ерекцію?

1	2	3	4	5
Дуже слабо	Слабо	Середньо	Високо	Дуже високо

2. Як часто ерекція достатньо тверда для проникнення при сексуальній стимуляції?

1	2	3	4	5
Майже ніколи	Декілька разів	Інколи	У більшості випадків	Майже завжди або завжди

3. Як часто ви у змозі підтримувати ерекцію після проникнення у партнера?

1	2	3	4	5
Майже ніколи	Декілька разів (менше ніж у половині випадків)	Інколи (майже у половині випадків)	У більшості випадків (більше ніж у половині випадків)	Майже завжди або завжди

4. Наскільки складно підтримувати ерекцію до закінчення проникнення?

1	2	3	4	5
Надзвичайно складно	Дуже складно	Складно	Помірно складно	Не складно

5. Як часто ви задоволені статевим актом?

1	2	3	4	5
Майже ніколи	Декілька разів (менше ніж у половині випадків)	Інколи (майже у половині випадків)	У більшості випадків (більше ніж у половині випадків)	Майже завжди або завжди