

Оценка алгоритма диагностики и возможностей лечения пациентов с пенильной дисморфобией

А.М. Корниенко, М.А. Щербак, Н.В. Турчак
 ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

В статье рассмотрены вопросы, касающиеся выбора диагностических алгоритмов и планирования тактики лечения пациентов с пенильной дисморфобией. Представлены психологические особенности указанной группы пациентов, методы диагностики, психотерапевтической коррекции и выбора хирургической тактики.

Проявления пенильной дисморфобии и дисморфомании, как расстройства более глубокого уровня, рассматриваются как интегративная проблема, решаемая с позиций урологии, психотерапии, эстетической хирургии. В связке с андрологом требуется привлечение психотерапевта и, при необходимости, психиатра. На начальных этапах работы с пациентом используется узконаправленная психотерапия. Следующим уровнем коррекции является когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) с техникой «экспозиции и предотвращения реакций» или «когнитивной реструктуризации». Важной считается методика «осознанности КПТ» для обучения пациента умению прекращать субъективное восприятие личных переживаний.

Для закрепления результата применяется индивидуальная гипносуггестивная терапия и групповая (семейная) психотерапия. Показания для хирургического увеличения размеров полового члена подразделяют на медицинские, функциональные и эстетические. Пенильная дисморфобия является эстетическим показанием для проведения операции. Противоречиями при проведении таких вмешательств можно назвать отсутствие стандартизованных методов с высоким положительным прогнозом, завышенные ожидания пациента, отсутствие результата по повышению самооценки мужчины даже при положительном результате операции.

В клинике отдела сексopatологии и андрологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины» используется методика проведения лигаментотомии для удлинения полового члена и имплантации полипропиленовой сетки под поверхностную фасцию полового члена для его утолщения. Для пациентов с проявлениями пенильной дисморфобии одновременно с тяжелыми формами эректильной дисфункции, предложен ряд операций для одномоментной установки пенильных имплантов и увеличивающей пластики белочной оболочки полового члена с помощью наложения графта: корпоропластика с циркулярным графтом, Sliding Technique, модификации слайдинг-техники (MoST), аугментационная техника Multiple-slit-Technique (MuST).

Данные методики не входят в перечень рекомендаций, предлагаемых урологическим сообществом, имеют высокие прогнозируемые риски осложнений, требующие срочной эксплантации фаллопротеза и необратимой потери длины полового члена.

Ключевые слова: пенильная дисморфобия, психотерапия, хирургическая андрология, пластика полового члена.

Assessment of the algorithms for diagnostics and the possibilities of treating patients with a penile dysmorphie disorder

А.М. Korniyenko, M.O. Scherbak, M.V. Turchak

The article discusses issues related to the choice of diagnostic algorithms and planning tactics for treating patients with penile dysmorphophobia. The psychological characteristics of this group of patients, methods of diagnosis, psychotherapy correction and the choice of surgical tactics are sounded.

The manifestations of penile dysmorphophobia and dysmorphomania, as disorders of a deeper level, are considered as an integrative problem solved from the standpoint of urology, psychotherapy, and aesthetic surgery. In conjunction with an andrologist, the involvement of a psychotherapist and, if necessary, a psychiatrist is required. At the initial stages of working with a patient, narrowly focused psychotherapy is used. The next level of correction is cognitive behavioral psychotherapy (CBT) with the technique of “exposure and prevention of reactions” or “cognitive restructuring”. The “mindfulness CBT” technique is considered important for teaching the patient the ability to stop subjective perception of personal experiences.

To consolidate the result, individual hypnosuggestational therapy and group (family) psychotherapy are used. The indications for surgical enlargement of the penis are divided into medical, functional and aesthetic. Penile dysmorphophobia is an aesthetic indication for surgery. Contradictions in carrying out such interventions include the lack of standardized methods with a high positive prognosis, overestimated patient expectations, and the lack of a result to improve a man’s self-esteem even with a positive result of the operation.

The clinic of the Department of Sexopathology and Andrology of the State Institution «Institute of Urology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine» uses a ligamentotomy technique to lengthen the penis and implant a polypropylene mesh under the superficial fascia of the penis to thicken it. For patients with manifestations of penile dysmorphophobia simultaneously with severe forms of erectile dysfunction, a number of operations have been proposed for the simultaneous installation of penile implants and augmentation of the tunica albuginea using a graft: corporoplasty with a circular graft, Sliding Technique, modification of the sliding technique (MoST), Multiple-slit-Technique (MuST) augmentation technique.

These techniques are not included in the list of recommendations offered by the urological community; they have high predictable risks of complications requiring urgent explantation of the prosthesis and irreversible loss of penile length.

Keywords: penile dysmorphophobia, psychotherapy, surgical andrology, penile plastic surgery.

Оцінювання алгоритму діагностики та можливостей лікування хворих з пенильною дисморфобією

О.М. Корнієнко, М.О. Щербак, М.В. Турчак

У статті розглянуті питання, що стосуються вибору діагностичних алгоритмів і планування тактики лікування пацієнтів з пенильною дисморфобією. Наведені психологічні особливості зазначеної групи пацієнтів, методи діагностики, психотерапевтичної корекції та вибору хірургічної тактики.

Прояви пенильної дисморфобії та дисморфоманії, як розлади більш глибокого рівня, розглядаються як інтеграційна проблема, що вирішується з позицій урології, психотерапії, естетичної хірургії. У зв'язі з андрологом необхідно залучення психотерапевта і, за необхідності, психіатра. На початкових етапах роботи з пацієнтом використовується вузько направлена психотерапія. Наступним

рівнем корекції є когнітивно-поведінкова психотерапія (КПТ) з технікою «експозиції та запобігання реакцій» або «когнітивної реструктуризації». Важливою вважається методика «усвідомленості КПТ», що навчає пацієнта умінню припиняти суб'єктивне сприйняття особистих переживань.

Для закріплення результату застосовується індивідуальна гіпноугестивна терапія і групова (сімейна) психотерапія. Показання для хірургічного збільшення розмірів статевого члена поділяються на медичні, функціональні й естетичні. Пенільна дисморфобія є естетичним показанням для проведення операції. Протиріччями при проведенні таких втручань можна назвати відсутність стандартизованих методів з високим позитивним прогнозом, завищені очікування пацієнта, відсутність результату щодо підвищення самооцінки чоловіка навіть при позитивному результаті операції.

У клініці відділу сексопатології та андрології ДУ «Інститут урології НАМН України» використовується методика проведення лігаментотомії для подовження статевого члена та імплантації поліпропіленової сітки під поверхневу фасцію статевого члена для його потовщення. Для пацієнтів, що мають прояви пенільної дисморфобії одночасно з тяжкими формами еректильної дисфункції, запропонована низка операцій для одномоментного встановлення пенільних імплантів та збільшення пластики білкової оболонки статевого члена за допомогою накладання графтів: корпоропластика з циркулярним графтом, Sliding Technique, модифікації слайдинг-техніки (MoST), аугментаційна техніка Multiple-slit-Technique (MuST).

Дані методики не входять до переліку рекомендацій, запропонованих урологічним співтовариством, мають високі прогнозовані ризики ускладнень, що вимагають термінової експлантації фалопротезів та незворотної втрати довжини статевого члена.

Ключові слова: пенільна дисморфобія, психотерапія, хірургічна андрологія, пластика статевого члена.

Пенільна хірургія являється весьма интересным разделом урологии и, несмотря на кажущуюся простоту в подходах по диагностике и лечению, имеет ряд особенностей, которые необходимо учитывать в рутинной практике. Обусловлено это тем, что данная специальность, проецируемая на стыке различных отраслей медицинской науки, включает в себя понимание алгоритмов действий врачей разных специальностей: уролога-андролога, эстетического хирурга и психотерапевта. Пациенты, получающие помощь у андролога, в подавляющем большинстве случаев требуют не только каких-либо медицинских процедур, фармакотерапии или хирургической коррекции, но и стабилизации психологического статуса: устранение симптомов невротизации, тревожных и навязчивых состояний, «погружения» в болезнь. Фиксация больного именно на варианте хирургического устранения его внутренних проблем заставляет специалиста заниматься тщательной дифференциацией соматических нарушений и психологических расстройств на этапе предоперационной подготовки и послеоперационной реабилитации.

Пациенты, желающие получить приемлемую для них визуализацию половых органов, очень своеобразны, как и выставляемые ими запросы к внешней «привлекательности» мужских половых органов. Именно поэтому раздел «пенільная хірургія» являється не только фрагментом урологии, но и вторгается в сферу эстетической хирургии. Ложный посыл, ставящий «ангрейд» и внешний вид половых органов во главе угла, как раз и формирует желание пациента обрести психологический комфорт и желаемую симпатию со стороны женского пола путем хирургического устранения какого-либо реального или мнимого недостатка. Неоправданное и неадекватное ожидание пациентами эфемерного «эстетического результата» от хирургической коррекции становится «камнем преткновения» в объективной оценке итогов операции. Преобладание у пациентов подобного подхода в интерпретации показателей качества лечения требует проведения базового психологического тестирования, а при необходимости – и лечения у специалиста-психотерапевта. Естественно, если пациент предъявляет неадекватные требования или его психический статус вызывает сомнения, то предпочтительнее отказать в проведении оперативного вмешательства.

Дисморфобія (Morselli E., 1886; греч.), также известна как дисморфобия и иногда упоминается как телесная дисморфия, телесное дисморфическое расстройство и просто – дисморфия, по-английски – body dysmorphic disorder (BDD) – психическое расстройство, при котором человек имеет патологическую тревожность и избыточно сконцентрирован на незначительном дефекте или особенностях анатомии своего тела. Подобные состояния чаще всего манифестируют в молодом или подростковом возрасте

и часто связаны с травмами детского возраста либо первого полового контакта. Страх близости у данных пациентов обычно превалирует над желанием сексуального контакта, а возможность коррекции половых органов отдаляет от возможности иметь полноценные интимные отношения. Отказ от последних дает возможность оправдывать свою несостоятельность в обычной жизни.

Статистические данные относительно распространенности этого заболевания свидетельствуют, что у 1–2% населения диагностируют проявления дисморфобий, фиксирующие умеренные признаки расстройства [4].

В исследовании, выполненном Dr. Katharine Philips, с участием более чем 500 пациентов с дисморфобией, патологическая фиксация внимания на половых органах отмечена в 8% случаев [5].

При дисморфобии характерны:

- низкая самооценка ввиду болезненного восприятия своей внешности;
- перманентное тревожное ожидание губительных изменений или приобретения уродливых внешних черт, которые в глазах окружающих сделают субъекта объектом насмешек и издевательств.

Любые телесные сигналы трактуются пациентом как признаки заболевания с преимущественной фиксацией на одном-двух органах или зонах организма. При наличии незначительного отклонения от изобретенных пациентом «золотых стандартов красоты» формируется патологическое внимание и озабоченность всеми возможными способами его исправления. Для пациента характерно субъективное нагнетание выраженности его душевных страданий, преимущественно в сфере интимных отношений.

Прогрессирование заболевания ведет к развитию проблем с общественной адаптацией, во взаимоотношениях как с противоположным полом, так и с друзьями, коллегами, характерно социальное удаление и удаление от семьи (страх общения, одиночество, изолированность); психологический дискомфорт от возможной визуализации перед окружающими мнимого «дефекта», болезненное сравнение своих внешних данных с выбранным идеалом, навязчивый поиск информации (чтение книг, газетных статей и веб-сайтов, которые имеют отношение к «дефекту»).

Дисморфомания – это расстройство более глубокое, психического уровня, когда болезненная убежденность в наличии воображаемого физического недостатка приобретает сверхценный или бредовой характер, то есть не поддается коррекции и сопровождается отсутствием критики со стороны больного [1].

Дисморфомания проявляется снижением настроения, сверхтщательной маскировкой своих эмоциональных страда-

ний и внешних «недостатков», болезненной настойчивостью к коррекции этого «дефекта» любым путем. В своем стремлении провести эстетическое преобразование внешности (чаще всего это хирургическое вмешательство) пациенты проявляют необычайную настойчивость и энергию, что в итоге позволяет им убедить и хирурга в необходимости операции. К сожалению, нет никакой гарантии, что блестяще выполненная хирургическая коррекция принесет пациенту удовлетворение. Он и дальше может настойчиво искать новые дефекты с последующим вхождением в привычное для себя состояние «страдания». Такое состояние в большей степени характеризуется наличием тревоги, возможных панических атак, симптомами глубокой депрессии, суицидальным мышлением. В критических случаях, когда действия врачей не приносят желаемого психологического эффекта, пациенты самостоятельно пытаются исправить себе внешний вид того или иного органа или произвести удаление мнимого «дефекта» (типичный случай – олеогранулемы полового члена).

Приведенные выше случаи требуют консультации психиатра с последующей крайне тщательной дифференциацией с депрессиями, шизофренией, пограничными состояниями на этапе предоперационной диагностики.

Оценивая механизм прогрессирования дисморфофобий у пациентов андрологического профиля, нужно оценить многофакторность причин, ведущих к развитию данного состояния. К примеру, психологическая травма от критики внешнего вида половых органов в детском возрасте и пубертатном периоде может являться «спусковым крючком» у мальчиков с определенным психотипом. Тип воспитания в семье с акцентом на внешние проявления силы и мужественности (в том числе и генитальные) может давать толчок к началу патологической оценки своей внешности. Дополняют «прессинг сознания» у формирующегося мальчика и средства массовой информации. СМИ преподносят необходимость демонстративной сексуальной привлекательности как один из важнейших элементов успеха в жизни мужчины наряду с демонстрацией все того же финансового успеха. Эти навязываемые псевдоэталонные могут привести к искажению самооценки и самовосприятия у мальчика и молодого человека.

«Способность к всепоглощающей ипохондрической фиксации на своих половых органах составляет исключительное достоинство мужчин и абсолютно не характерно для женщин» (В.Д. Топольский, М.В. Струковская, 1986).

Характерными страхами у мальчиков являются переживания о внешнем виде полового члена – орган якобы слишком «маленький» или «кривой», «уродливый». При этом пациент избегает ситуаций, которые могут привести к визуализации его «дефекта» (раздевалка в спортивном клубе, баня, туалет). У юношей в пубертате дисморфофобия и дисморфомания часто сочетаются с задержкой сексуального развития, гипогонадными состояниями (малый рост, евнухоидные пропорции тела, слаборазвитые вторичные половые признаки), что дает дополнительную пищу для эмоциональных срывов.

Когда такой пациент с характерным запросом приходит к врачу-андрологу, специалист должен решить вопрос – «оперировать или отказать...?».

На наш взгляд, первичной в этой ситуации должна быть консультация психотерапевта с выходом на процесс коррекции психологического статуса пациента.

Для лечения дисморфофобии применяется узконаправленная психотерапия. Во время обострения депрессии, как правило, назначается медикаментозная терапия с использованием антидепрессантов, транквилизаторов для исключения попыток суицида, уменьшения тревоги и стабилизации состояния.

На втором этапе лечения начинаются сеансы психотерапии. Переубедить пациента в неправомерности мыслей часто

не представляется возможным, поэтому проводится работа по принятию своего облика.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) направлена на то, чтобы помочь больному избавиться от ритуалов, связанных с постоянной оценкой своих недостатков. В процессе лечения необходима саморефлексия:

- отслеживание своего состояния;
- фиксирование появления негативных мыслей;
- преодоление негатива;
- позитивная психокоррекция.

КПТ направлена на осознание больным своего состояния в полной мере и опасных последствий для здоровья. Это является главным условием успешного выздоровления. Данный метод допустимо сочетать с приемом медикаментов или другими видами терапии.

Основной используемой техникой является тип КПТ который называется «**Экспозиция и предотвращение реакций**» (ЭПР). Другая техника КПТ, которая является чрезвычайно эффективной, называется **когнитивная реструктуризация**. Благодаря ей клиенты обучаются оспаривать обоснованность мыслей, которые заставляют их искаженно воспринимать собственное тело.

Кроме того, был разработан вариант ЭПР, который называется **методом воображаемых представлений**, с использованием коротких историй, базирующихся на навязчивых идеях/мыслях пациента. Проводится аудиозапись историй, после чего они применяются как инструмент ЭПР, позволяя, тем самым, клиенту испытать воздействие ситуаций, нахождение в которых было бы невозможно при использовании стандартных инструментов ЭПР. Комбинация данного метода с другими техниками КПТ может значительно уменьшить частоту и масштаб навязчивых идей, а также уменьшить индивидуальную чувствительность к навязчивым мыслям и образам.

Одной из наиболее эффективных разработок является методика, основанная на **осознании КПТ**. Основная ее цель – научиться прекращать субъективное восприятие некомфортных психологических переживаний. С этой точки зрения, большая часть психологического стресса является не чем иным, как результатом попыток контролировать и устранять дискомфорт, который вызывается нежелательными мыслями, чувствами, ощущениями и убеждениями. Перефразировав, можно сказать, что дискомфорт, который мы испытываем, не является проблемой – проблемой являются наши попытки проконтролировать и устранить наш дискомфорт. Для людей, у которых проявляется дисморфофобия, основной целью является развитие способности более охотно и спокойно переживать собственные дискомфортные, навязчивые мысли, идеи, чувства, ощущения и убеждения, не используя при этом навязчивое поведение, поведение избегания, поиск заверений или мыслительные ритуалы.

Используя эти инструменты, пациенты обучаются бросать вызов собственным воображаемым проблемам с телом, также как и избавиться от навязчивого поведения и поведения избегания, которые они используют, чтобы справиться с их собственным телесным дискомфортом.

Гипносуггестивная психотерапия (гипноз и внушение) позволяет закрепить на бессознательном уровне достигнутые с помощью когнитивно-поведенческой психотерапии результаты. Это достигается за счет того, что во время гипноза человек погружается в определенное состояние сознания, которое характеризуется резким сужением объема сознания и фокусировкой на внушении. Таким образом, можно не только внедрить нужную установку на бессознательный уровень, но и сделать это в обход сознания человека. Кроме того,



Рис. 2. Фиксация ППС субкоронарным доступом

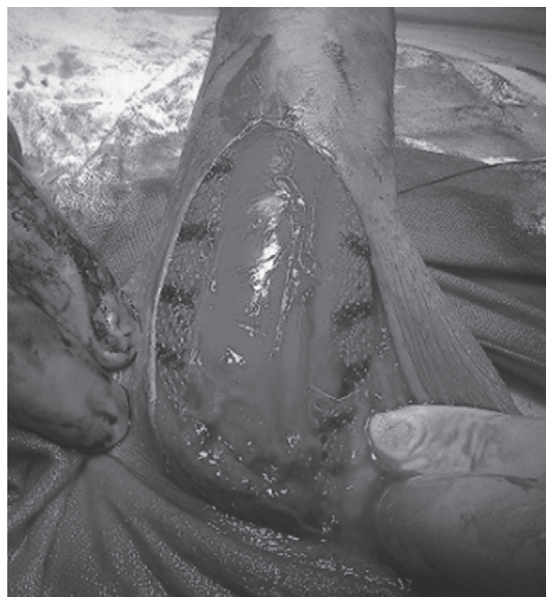


Рис. 3. Фиксация ППС пеноскротальным доступом

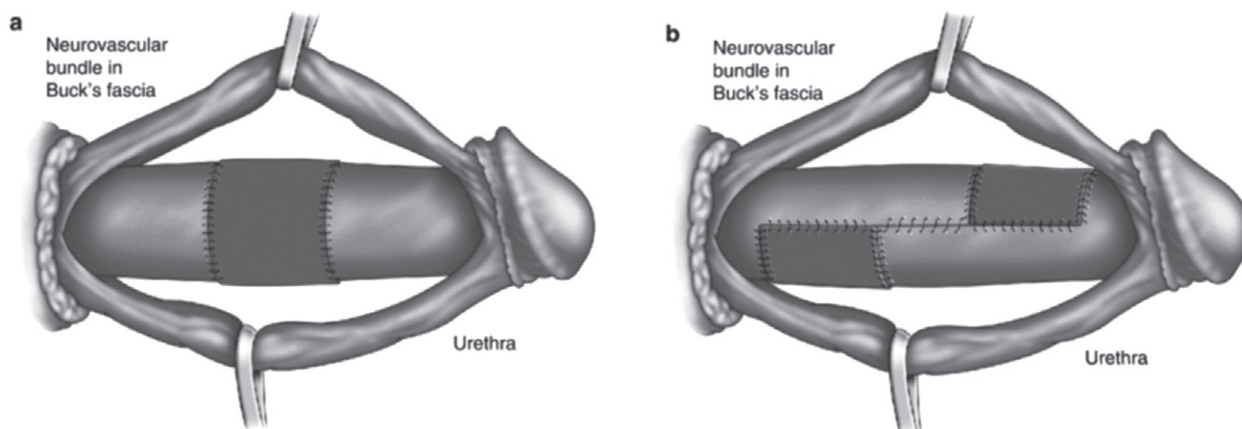


Рис. 4. Варианты увеличивающей пластики белочной оболочки при одновременной пенильной имплантации

a – Корпоропластика с циркулярным графтом, b – Sliding Technique (Dr. Paolo Egidio. /The Journal of Sexual Medicine/ 2015 May;12(5):1100-4).

носкротального с последующим доступом к Ligamentum suspensorium; лигаментотомия с фиксацией дорсальной поверхности фасции Бака в зоне рассеченной связки к периоду нижней поверхности лонного сочленения для предотвращения ретракции полового члена. От надлобкового доступа (V-Y пластики) мы практически отказались ввиду развития грубых рубцовых изменений в этой зоне и необходимости последующей местной терапии для их устранения.

Утолщение полового члена: тем же доступом скальпирование полового члена, фармакологическое индуцирование эрекции, окутывание ствола члена одним или больше слоями полипропиленовой сетки (ППС) от корня члена до венечной борозды без вовлечения уретры и спонгиозного тела. Ушивание раны трехрядным швом.

Отдельной группой выделены пациенты с подобными расстройствами на фоне тяжелых форм эректильной дисфункции (ЭД). Известно, что фаллопротезирование неизбежно приводит к утрате длины пениса. Укорочение незначительное, и подавляющее большинство пациентов с понима-

нием относятся к этой ситуации. Однако некоторые пациенты крайне болезненно воспринимают укорочение и стремятся нивелировать этот эффект [3]. В этом случае мы можем предложить увеличивающую пластику белочной оболочки с одномоментной пенильной имплантацией. Это методики с наложением **циркулярного графта** или **слайдинг-техники** в различных модификациях.

Подобные операции нами выполнялись в ограниченном количестве, поскольку существуют некоторые крайне важные для понимания глубины проблемы аспекты: подобные вмешательства **НЕ РЕКОМЕНДОВАНЫ** ни одним гайдлайном (EAU, AUA). Крайне высокие риски осложнений отмечают у пациентов, страдающих сахарным диабетом, нарушениями свертывающей системы крови, воспалительными процессами и поствоспалительными изменениями тканей полового члена. Наиболее часто это glandулярная ишемия или glandулонекроз, который требует немедленной эксплантации фаллопротезов и сводит «на нет» все результаты операции.

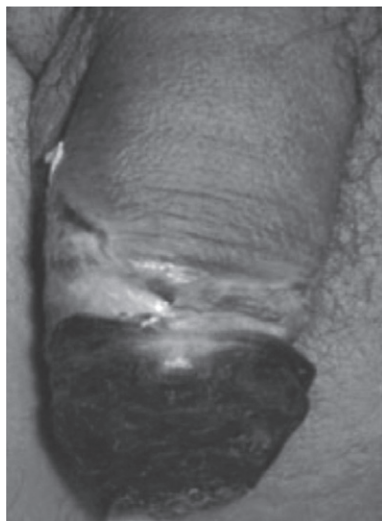


Рис. 5. Гландулонекроз

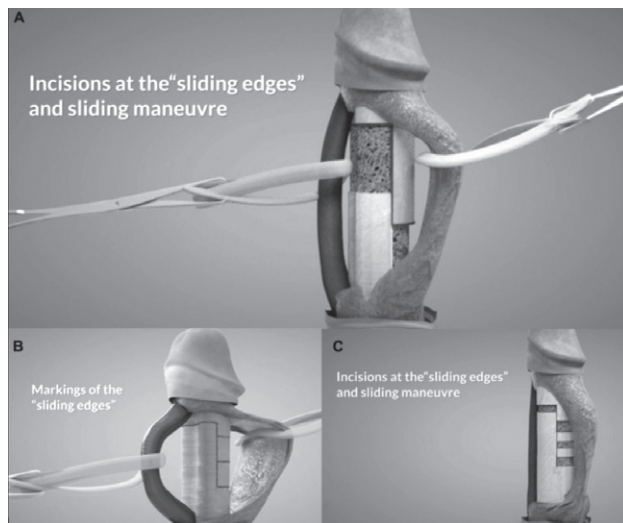


Рис. 6. Аугментационна пластика MoST
(Dr. Paolo Egidio. /The journal of Sexual Medicine/ 2018 Feb:15(2):261-269)

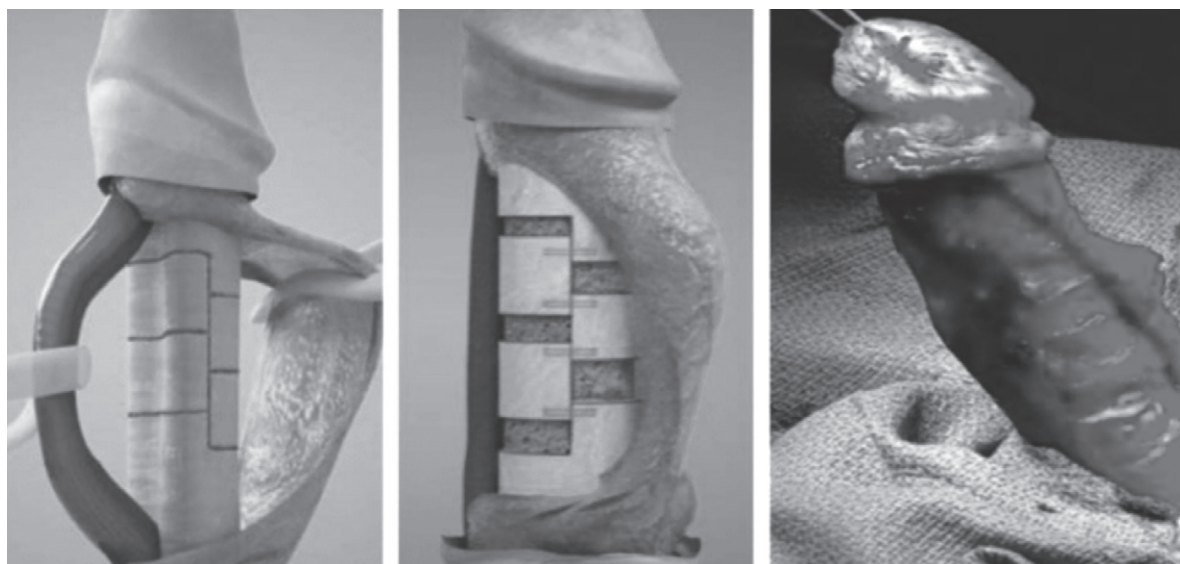


Рис. 7. Аугментационна техніка MuST
(Dr. Paolo Egidio. /The journal of Sexual Medicine/ 2018 Feb:15(2):261-269)

Предложены также модификации слайдинг-техники (MoST) и техника с сохранением длины, обхвата и размера полового члена с несколькими разрезами при пенильной имплантации **Multiple-slit-Technique (MuST)**

Принципиально эти техники очень схожи как по результатам, так и по осложнениям. Целесообразность проведения таких вмешательств вызывает очень большие сомнения. Такие оперативные пособия в нашей клинике не выполнялись.

Для пациентов, желающих одновременно с пенильной имплантацией провести утолщение полового члена, предлагается описанная выше методика с использованием полипропиленовой сетки.

Симультантные операции с одномоментным фаллопротезированием, увеличивающей корпоропластикой и утолщением полового члена полипропиленовой сеткой мы не проводили ввиду крайне высоких рисков развития инфекционных и трофических осложнений.

ВЫВОДЫ

1. Пенильная дисморфофобия является вариантом психического расстройства, существенно ухудшающим качество жизни мужчин.
2. Обязательным условием диагностики данного состояния является консультация психотерапевта и психологическое тестирование как на этапе предоперационной подготовки, так и на заключительном этапе реабилитации.
3. Цель методик психологической коррекции – устранение тревожных, ипохондрических и депрессивных реакций, смягчение их психосоматических проявлений у пациента.
4. Хирургические методы увеличения размеров полового члена не являются официально признанными урологическим сообществом, оценка их результатов имеет выраженную долю субъективности как со стороны врача, так и со стороны пациента. Наиболее агрессивные хирургические методики несут в себе большие риски осложнений с последующим нивелированием прогнозируемых положительных результатов.

Сведения об авторах

Корниенко Алексей Михайлович – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а; тел.: (044) 486-51-94. E-mail: androlog.alex@gmail.com

Щербак Мария Александровна – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а. E-mail: sexology@sexology.kiev.ua

Турчак Николай Валерьевич – ГУ «Институт урологии НАМН Украины», 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а. E-mail: sexology@sexology.kiev.ua

Information about the author

Korniyenko Oleksii Mykhailovych – State Institution «Institute of Urology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», 04053, Kyiv, 9a V. Vinnichenko Str. tel.: (044) 486-51-94. E-mail: androlog.alex@gmail.com

Scherbak Mariia Oleksandrivna – State Institution «Institute of Urology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», 04053, Kyiv, 9a V. Vinnichenko Str. E-mail: sexology@sexology.kiev.ua

Turchak Mykola Valeriiovych – State Institution «Institute of Urology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», 04053, Kyiv, 9a V. Vinnichenko Str. E-mail: sexology@sexology.kiev.ua

Відомості про авторів

Корнієнко Олексій Михайлович – ДУ «Інститут урології НАМН України», 04053, м. Київ, вул. В. Винниченка, 9а; тел.: (044) 486-51-94. E-mail: androlog.alex@gmail.com

Щербак Марія Олександрівна – ДУ «Інститут урології НАМН України», 04053, м. Київ, вул. В. Винниченка, 9а. E-mail: sexology@sexology.kiev.ua

Турчак Микола Валерійович – ДУ «Інститут урології НАМН України», 04053, м. Київ, вул. В. Винниченка, 9а. E-mail: sexology@sexology.kiev.ua

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Жариков Н.М., Тульпин Ю.Г. Психиатрия. – М.: Медицина, 2002. – С. 288.
- Щеплев П.А., Курбатов Д.Г. Малый половой член. Методы коррекции – М.: Медицина, 2003. – С. 117.
- Корниенко А.М., Горпинченко И.И., Гурженко Ю.Н., Романюк М.Г., Лысенко Н.Н. Хирургическое ведение пациентов с пенильной дисморфофобией на фоне тяжелых поражений кавернозной гемодинамики //Здоровье мужчины. – 2014. – № 2. – С. 26–28.
- Psychological Medicine, 2005, vol. 36, p. 877.
- Katharine A Philips. BDD. Results of the European medical study.// Oxford University Press, 2005 ed. – p. 56.
- Su–Yeon, L. Woong-Hee, M. Fang-Hwan, and B. Sang-Kwon. Preoperative explanation of postoperative courses in penile augmentation and elongation.// The Journal of Sexual Medicine 1-149. Abstracts of the joint meeting of the European (ESSM) and International (ISSM) Societies for Sexual Medicine. Brussels, Belgium, 7–11 December 2008. – UP-226 – p.143.

Стаття надійшла до редакції 16.12.2020

ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ (один или несколько правильных ответов)

1. Коррекцией пенильной дисморфофобии в первую очередь должны заниматься:

- Хирург
- Андролог
- Психиатр
- Невролог
- Сексопатолог.

2. Дисморфоманию следует дифференцировать с:

- Шизофренией
- Биполярным расстройством
- Органическими расстройствами личности
- Соматоформными расстройствами.

3. Какая терапия при дисморфофобии назначается в первую очередь?

- Когнитивно-поведенческая терапия
- Медикаментозная терапия
- Групповая терапия
- Гипносуггестивная психотерапия.

4. Какие оперативные вмешательства рекомендованы гайдлайнамиEAU

и AUA при хирургической коррекции пенильной дисморфофобии?

- Лигаментотомия
- Пластика кожи полового члена
- Увеличивающая корпоропластика
- Ничего из вышеперечисленного.

5. В каких случаях противопоказано оперативное лечение дисморфофобии?

- Шизофрения у пациента
- Неоправданные ожидания пациента
- Тромбоз глубоких вен нижних конечностей в анамнезе
- Все вышеперечисленное.

6. Клиническая задача:

Пациент, возраст 25 лет, 4 года назад оперирован по поводу коитальной травмы (разрыв белочной оболочки кавернозных тел). Произведено ушивание разрыва. Спустя 4 года пациент обратился с жалобами на укорочение полового члена при эрекции, его искривление влево. Девиация полового члена при эрекции 40 градусов, пенильный кровоток сохранен. Диагностирована болезнь Пейрони. Какой методикой вы воспользуетесь при оперативном вмешательстве?

- Лигаментотомия
- Методика Нессбит
- Графтинг с использованием бычьего перикарда
- Фаллопротезирование.

7. Клиническая задача:

Пациент, возраст 21 год. Проблем с эрекцией не отмечает. Жалобы на «маленький» половой орган. Половой член при эрекции достигает размера 15 см. При сборе анамнеза выяснилось, что во время сексуального дебюта партнерша отметила в разговоре про половой член пациента, что он «небольшой». Ваша тактика?

- Предложить операцию по увеличению полового члена
- Посоветовать сменить сексуальную партнершу
- Посоветовать консультацию психиатра
- Провести разъяснительную беседу с элементами рациональной психотерапии, а в случае необходимости предложить консультацию психотерапевта