

Отдаленные результаты применения усовершенствованного способа увеличения полового члена

Т.Х. Назаров, И.В. Рычков

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Обоснование. Неудовлетворенность размерами полового члена является актуальной медицинской и психосоциальной проблемой, существенно влияющей на качество жизни части мужчин. Несмотря на широкое распространение лигаментотомии, единый оптимальный способ хирургического увеличения длины полового члена до настоящего времени не определен, а существующие методики характеризуются различной эффективностью и риском послеоперационной ретракции полового члена. В связи с этим актуальными задачами остаются совершенствование хирургической техники и оценка ее отдаленных результатов.

Цель исследования – оценить эффективность и безопасность усовершенствованного метода хирургического увеличения ПЧ.

Методы. Проведено хирургическое увеличение ПЧ 49 пациентам. Предложенным усовершенствованным способом прооперированы 20 пациентов (основная группа), 29 пациентам выполнена традиционная лигаментотомия (контрольная группа).

Результаты. Отмечено, что предложенный способ увеличения ПЧ продемонстрировал более выраженный прирост длины и минимальную травматизацию связочного аппарата при фиксации ПЧ в новом положении.

Заключение. Усовершенствованный метод увеличения ПЧ обеспечивает статистически значимый и более устойчивый прирост его длины по сравнению с традиционной техникой при сопоставимой частоте осложнений и сохранении эректильной функции.

Ключевые слова: удлинение полового члена; лигаментотомия; рассечение подвешивающей связки; косметическая фаллопластика; пенильная дисморфобия; Международный индекс эректильной функции.

Как цитировать: Назаров Т.Х., Рычков И.В. Отдаленные результаты применения усовершенствованного способа увеличения полового члена // Андрология и генитальная хирургия 2026;27(2):26–33. DOI: <https://doi.org/10.63769/2070-9781-2026-27-2-26-33>

Long-term outcomes of an improved technique for penile enlargement

Toirkhon Kh. Nazarov, Ivan V. Rychkov

North-West State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia

Abstract

BACKGROUND: Dissatisfaction with penile size is a relevant medical and psychosocial problem that may substantially affect quality of life in some men. Although ligamentotomy is the most commonly performed surgical procedure for penile lengthening, no optimal surgical technique has yet been established, and existing methods vary in their efficacy and are associated with the risk of postoperative tissue retraction. Therefore, further refinement of surgical techniques and evaluation of their long-term outcomes remain clinically important.

AIM: To evaluate the efficacy and safety of the improved surgical technique for penile enlargement.

METHODS: A total of 49 patients underwent surgical penile enlargement. Twenty patients (study group) underwent the proposed improved technique, while 29 patients (control group) underwent conventional ligamentotomy.

RESULTS: The proposed technique demonstrated greater efficacy, resulting in significantly greater increase in penile length while preserving the ligamentous apparatus during fixation of the penis in its new position.

CONCLUSION: The improved technique provides a statistically significant and more durable increase in penile length compared with the conventional approach while maintaining a comparable complication rate and preserving erectile function.

Keywords: penile lengthening; ligamentotomy; suspensory ligament release; cosmetic phalloplasty; penile dysmorphism; International Index of Erectile Function.

To cite this article: Nazarov T.Kh., Rychkov I.V. Long-term outcomes of an improved technique for penile enlargement. *Andrology and Genital Surgery* 2026;27(2):26–33. DOI: <https://doi.org/10.63769/2070-9781-2026-27-2-26-33>

Обоснование

Самооценка и сексуальная уверенность некоторых мужчин тесно связаны с субъективным восприятием размеров полового члена (ПЧ). Беспокойство по поводу «малого размера» нередко становится причиной обращения к урологу даже при отсутствии объективных отклонений от нормативных показателей [1, 2]. В связи с этим измерение длины ПЧ имеет клиническое значение как для объективизации жалоб пациентов, так и для коррекции необоснованных ожиданий. Этот тип беспокойства широко известен как «беспокойство о маленьком пенисе», или «синдром маленького пениса» [3, 4]. У некоторых мужчин, которые озабочены и сильно обеспокоены размером своего пениса, также может быть диагностировано дисморфическое расстройство тела (дисморфофобия), при котором озабоченность, чрезмерное самосознание и беспокойство сосредоточены на размере или форме их пениса. По данным К.А. Phillips и соавт., распространенность дисморфического расстройства тела в популяционных исследованиях составляет от 0,7 до 1,1 %, однако в выборках студентов и клинических популяциях эти показатели выше (до 13 %) [5].

В 2015 г. опубликован систематический обзор, который включил 15 521 мужчину, по результатам кото-

рого созданы номограммы размера ПЧ. Так, были построены номограммы для ПЧ в состоянии детумесценции ($n = 10\,704$, среднее значение – 9,16 см) и при растяжении ($n = 14\,160$, среднее значение – 13,24 см), длина ПЧ в состоянии эрекции ($n = 692$, среднее значение – 13,12 см) [6].

В настоящее время лигаментотомия является одним из наиболее распространенных методов хирургического увеличения длины ПЧ во всем мире (рис. 1). Принцип заключается в пересечении подвешивающей связки ПЧ, освобождении кавернозных тел до глубоких артерий с фиксацией кавернозных тел на уровне отсеченной подвешивающей связки. В пластической хирургии способ удлинения ПЧ разработал китайский хирург Long Daoshao в 1990 г. – рассечение подвешивающей связки ПЧ. Позже, в 1994 г., Н. Roos модернизировал доступ для этой операции в инвертный V–Y доступ, необходимый для лучшей мобилизации кожного лоскута [7].

В литературе известен способ хирургического увеличения длины ПЧ, описанный Ю.М. Молоковым, включающий разрез кожи в области основания ПЧ, рассечение пращевидной и подвешивающей связок, мобилизацию кавернозных тел от симфиза и ушивание раны (патент РФ № 2257167 С1) [8]. При этом разрез кожи в области основания ПЧ выполняют циркулярно,

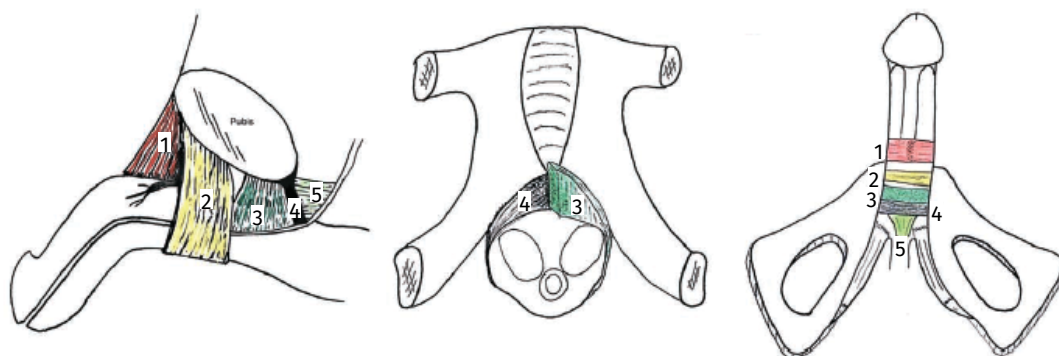


Рис. 1. Схематичное изображение расположения связок полового члена в 3 проекциях: 1 – пращевидная связка; 2 – поддерживающая связка; 3 – вертикальная фиброзная связка; 4 – дугообразная связка; 5 – уретральная связка

Fig. 1. Diagram of the ligaments of the penis in 3 projections: 1 – fundiform ligament; 2 – suspensory ligament; 3 – vertical fibrous ligament; 4 – arcuate ligament; 5 – urethral ligament

идущим по пенабдоминальной и пеноскротальной складкам с переходом на мошонку, кожу пенабдоминальной складки после мобилизации кавернозных тел фиксируют к лонному сочленению, а кавернозные тела ПЧ за остатки подвешивающей связки фиксируют в натяжении внутрикожно к промежности. К недостаткам данного способа можно отнести следующее: необходимость выкраивания лоскута для укрывания дефекта кожи в пенопубикальной области, развитие постоперационного некроза или воспалительного процесса, длительный восстановительный период, изменение пенабдоминального угла во время эрекции, провисание ПЧ.

Все вышеперечисленное говорит о том, что требуется усовершенствование методики лигаментотомии. На основании собственного опыта на базе Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова разработан усовершенствованный способ хирургического увеличения ПЧ. Мы предположили, что данный метод позволит получить более устойчивый прирост его длины при сопоставимой частоте осложнений. В статье проанализированы результаты усовершенствованного способа и проведено их сравнение с результатами классического метода лигаментотомии.

Цель исследования — оценить эффективность и безопасность усовершенствованного метода хирургического увеличения ПЧ.

Методы

Проведено проспективное сравнительное исследование, рандомизированное методом случайных цифр. В 2021–2025 гг. выполнено хирургическое увеличение длины ПЧ 49 пациентам, обратившимся по поводу неудовлетворенности размером при отсутствии врожденных/приобретенных аномалий наружных половых органов при наблюдении до 12 мес. Больные разделены на 2 группы: основную ($n = 20$) — операция по предложенной методике и контрольную ($n = 29$) — традиционная лигаментотомия. Группы были сопоставимы по исходным клинико-демографическим и антропометрическим характеристикам.

Собран анамнез пациентов, проведено медицинское обследование, включающее клиническое интервью для исключения выраженных психических расстройств, объективное обследование наружных половых органов и предстательной железы, рутинные анализы крови, базальное ультразвуковое исследование ПЧ для проверки наличия узелков, бляшек или поражений во внутренних тканях и измерение длины ПЧ в покое и растянутом состоянии. Длина растянутого ПЧ (SPL) считается достоверным приближением его длины к длине во время эрекции. Международный индекс эректильной функции (МИЭФ-5) — это

утвержденный диагностический тест, который мы проводили всем пациентам, включенным в это исследование. Все пациенты подписали информированное согласие на проведение процедуры, публикацию фото, видео и использование обезличенных данных в научной публикации. Измерение всегда выполнялось в одной и той же комнате, одним и тем же оператором после краткого вводного интервью, проведенного, чтобы успокоить пациента. Измерение было выполнено перед ультразвуковым сканированием, чтобы избежать колебаний, вызванных изменениями температуры. Длина ПЧ определяется как линейное расстояние вдоль его дорсальной стороны между пубопенильным соединением и верхушкой головки, как в покое, так и в растянутом состоянии. Во всех случаях мы обнаружили, что измерения соответствовали референтным морфометрическим значениям взрослых мужчин, и эта информация была передана пациентам.

После измерения роста и массы тела методами, рутинно применяемыми в клинических условиях, общий медицинский осмотр продолжился углубленным интервью с целью изучения мотивации и ожиданий пациентов, обсуждения предполагаемого метода и результатов.

Критерии исключения: микропенис (длина $< 2,5$ процентиля по популяционным номограммам), выраженные психические расстройства и/или нереалистичные ожидания результата, активная инфекция, коагулопатии, тяжелая соматическая патология, онкологические заболевания в активной фазе лечения, ранее перенесенные вмешательства на ПЧ по поводу косметической фаллопластики. Операции выполнялись под общим комбинированным обезболиванием.

Наиболее распространенными ожиданиями от операции, согласно предварительному опросу ($n = 38$), которые совпали с полученными результатами, были: незаметность операции, сохранение качества эрекции и местной чувствительности, достижение среднего математического значения заявленных результатов с точки зрения длины ПЧ и/или окружности и эстетически безупречный результат.

Анестезия. Выбор анестезии для косметической фаллопластики должен соответствовать клиническим критериям: адекватность, минимальная инвазивность и быстрая выписка. Мы выбрали следующий протокол анестезии: седация и премедикация — мидазолам 0,04–0,05 мг/кг. Индукция: фентанил 0,7–0,8 мкг/кг + пропофол 0,8–1,6 мг/кг. Поддержание анестезии: пропофол 0,3–0,5 мг/кг/ч. Только в редких случаях ($n = 6$) приходилось использовать дополнительное количество пропофола (0,5–0,8 мг/кг) и/или фентанила (0,4–0,8 мкг/кг) для обеспечения адекватного седативного эффекта. Анестезия в области лобка и ПЧ выполнялась хирургом методом глубокой инфильтрации

в зоне поддерживающей связки ПЧ 20 мл 2 % лидокаина. Протокол обеспечивал адекватную седацию и не сопровождался клинически значимыми осложнениями.

Хирургическое вмешательство. Перед операцией пациентов фотографировали стоя. В контрольной группе проводили традиционную лигаментотомию: выполняли доступ в надлобковой области с кожной пластикой по типу инвертированной V–Y. Надлобковую область разрезали в виде перевернутой буквы V. Пластика по типу V–Y предпочтительнее Z-пластики или других, так как гарантирует лучший эстетический результат и широко применяется в пластической хирургии. Затем выполняли полный разрез поддерживающей связки ПЧ с обеспечением адекватного рассечения боковых связок, чтобы получить наилучшие результаты. Поддерживающая связка ПЧ представляет собой глубокую структуру, которая соединяет пещеристые тела ПЧ с лобковым симфизом; ее разделение влечет за собой прямой перевод внутренней части ПЧ с последующим увеличением длины видимого объема ПЧ. С целью профилактики послеоперационной рубцовой ретракции связочного аппарата накладывали обратные надкостнично-фасциальные швы. Данная техника предусматривала фиксацию рассеченных поверхностных отделов связок шовным материалом 3-0 к наиболее глубокой части надкостницы лонного симфиза. По сути, связка была сначала рассечена горизонтально, а затем сшита продольно, тем самым получался задне-передний прирост длины, который поддерживал прирост, полученный за счет разреза глубоких связок.

Мы использовали технику, подобную той, которую применяли P. Brisson и соавт. [9]. Она позволила им добиться значимого увеличения длины внешней части ПЧ и в то же время избежать рубцово-ретракционных явлений, которые в прошлом сводили на нет результаты, полученные через несколько недель. Более того, эта простая техника позволила избежать использования чуже-

родных для организма материалов, таких как спейсеры различных видов. Швы накладывали всегда продольно рассасывающимися швами 3-0. Закрытие кожного разреза выполняли рассасывающимися внутрикожными швами 4-0 (пластика V–Y).

В основной группе выполнена операция по увеличению ПЧ с использованием нового метода, защищенного патентом РФ № 2783110 от 31.03.2022 (патент РФ 2783110 С1 № 2022108609). Суть метода заключается в следующем: после выполнения разреза кожи в пено-абдоминальной области или пеноскротальной складки производится рассечение пращевидной и подвешивающей связок. Затем кавернозные тела мобилизуются от лобкового симфиза. После этого, при растяжении ПЧ, пращевидная связка фиксируется к боковым поверхностям кавернозных тел с использованием нерассасывающегося шовного материала толщиной 3/0. Фиксация осуществляется в проксимальном направлении за фасцию Бака. На завершающем этапе рана послойно ушивается (рис. 2, 3).

Всем пациентам рекомендовано использовать экстендер ПЧ после операции по 4–6 ч ежедневно в течение 4–6 мес в качестве профилактики повторного прикрепления. Средняя продолжительность оперативного вмешательства в основной группе составила 47 (37–58) мин, в контрольной группе – 45 (33–52) мин. Пациенты выписаны через 1 сут после операции. Осложнения в виде отека подкожно-жировой клетчатки и гематом (I степени по Clavien–Dindo) выявлены в 4 (8,2 %) случаях и купированы консервативно к 10-м суткам после операции.

Результаты

В послеоперационном периоде оценивали прирост длины ПЧ в покое и при растяжении, динамику МИЭФ-5, а также частоту осложнений через 2, 6 и 12 мес соответственно. Основной конечной точкой был резуль-

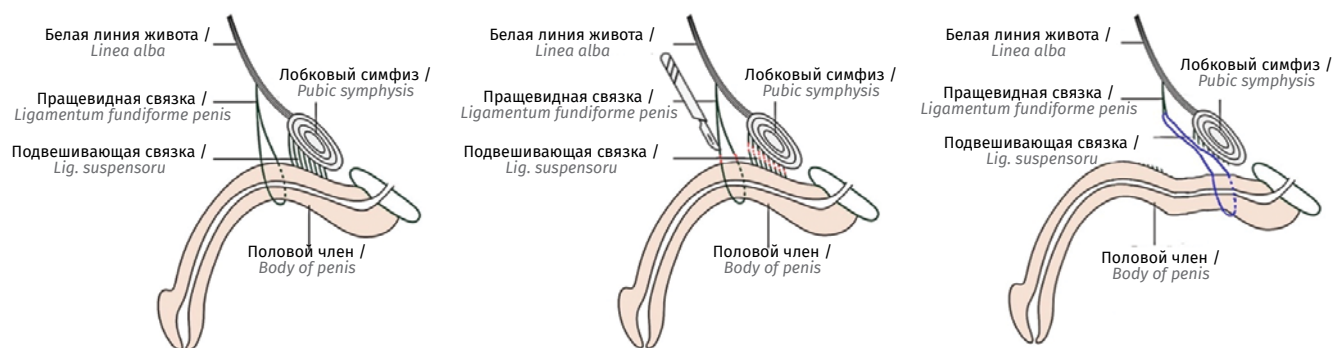


Рис. 2. Схематическое изображение этапов выполнения лигаментотомии по разработанному способу
Fig. 2. Diagram of the stages of ligamentotomy per the developed technique

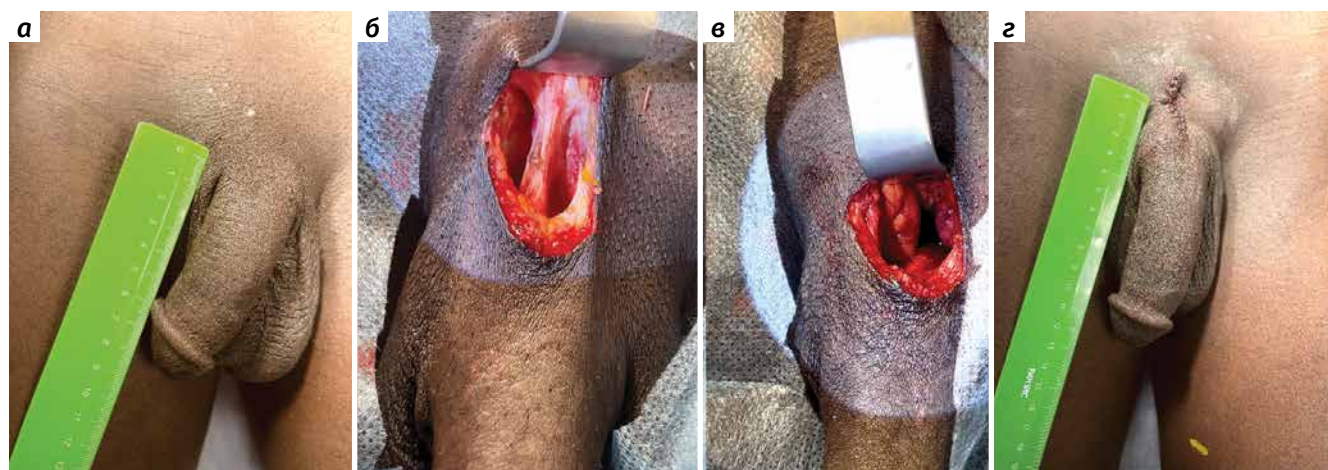


Рис. 3. Этапы лигаментотомии: а – до операции; б – поддерживающая связка до рассечения; в – связки после рассечения и фиксации; г – после операции

Fig. 3. Stages of ligamentotomy: а – prior to surgery; б – suspensory ligament prior to transection; в – ligaments after transection and fixation; г – after surgery

тат через 12 мес. Для сравнения групп использовали *t*-критерий Стьюдента для независимых выборок. Для анализа динамики показателей внутри группы применяли *t*-критерий Стьюдента для зависимых выборок. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Нормальность распределения оценивали с помощью критерия Шапиро–Уилка.

Исходные характеристики всей когорты представлены в табл. 1. Согласно данным первичного анализа,

статистически значимых различий между основной и контрольной группами по возрасту, антропометрическим показателям, длине ПЧ в покое и при растяжении, а также по показателю МИЭФ-5 не выявлено ($p > 0,05$ для всех сравнений).

После хирургического вмешательства в основной группе длина ПЧ в покое значительно увеличилась через 2 мес ($11,6 \pm 0,8$), 6 мес ($11,5 \pm 0,9$) и 12 мес ($11,4 \pm 0,8$) по сравнению с исходным уровнем ($8,8 \pm 0,7$) ($p < 0,05$)

Таблица 1. Характеристика пациентов до операции

Table 1. Baseline characteristics of the patients

Показатель Parameter	Возраст, лет Age, years	Масса тела, кг Body weight, kg	Рост, см Height, cm	МИЭФ-5 IIEF-5	Длина полового члена в покое, см Flaccid penile length, cm	Длина полового члена при растяжении, см Stretched penile length, cm
Минимум Minimum	19	56	167	14	5,4	8,9
25-й перцентиль 25 th percentile	29	68	173	20	7,9	11,7
Медиана Median	36	74	178	22	8,9	12,5
75-й перцентиль 75 th percentile	46	81	181	23	9,8	13,4
Максимум Maximum	63	99	192	25	12,4	16,3
Среднее Mean	38,1	75,1	177,4	21,5	8,9	12,5
Стандартное отклонение Standard deviation	10,8	8,97	5,13	2,41	1,36	1,31

Примечание. МИЭФ-5 – Международный индекс эректильной функции.

Note. IIEF-5 – International Index of Erectile Function.

(рис. 4, а). Длина ПЧ при растяжении значительно увеличилась через 2 мес ($14,02 \pm 0,7$), 6 мес ($13,7 \pm 0,8$) и 12 мес ($13,5 \pm 0,9$) мес по сравнению с исходным уровнем ($12,4 \pm 0,6$) ($p < 0,05$) (см. рис. 4, б). МИЭФ-5 увеличился через 12 мес ($23 \pm 0,8$) по сравнению с исходным уровнем ($21,5 \pm 0,8$) ($p < 0,05$; улучшение на 7,0 %) (см. рис. 4, в).

В контрольной группе через 12 мес после операции также отмечено статистически значимое увеличение длины ПЧ по сравнению с исходными значениями, однако прирост был менее выраженным по сравнению с основной группой.

Длина ПЧ в покое увеличилась в среднем до $10,1 \pm 0,8$ см, что соответствовало приросту около +1,2 см от исходного уровня. Длина при растяжении достигла $12,9 \pm 0,7$ см (+0,6 см от исходного уровня). Показатель МИЭФ-5 увеличился до $22,2 \pm 1,0$ балла, что свидетельствует об отсутствии отрицательного влияния вмешательства на эректильную функцию, однако клинически значимого улучшения не выявлено.

При межгрупповом сравнении через 12 мес установлено, что длина ПЧ в покое была достоверно выше в основной группе и составила $11,4 \pm 0,8$ см по срав-

нению с $10,1 \pm 0,8$ см в контрольной группе (разница средних значений 1,3 см; $p < 0,001$). Длина при растяжении также была статистически значимо выше в основной группе – $13,5 \pm 0,9$ см против $12,9 \pm 0,7$ см в контрольной группе (разница 0,6 см; $p = 0,001$).

Показатель МИЭФ-5 через 12 мес составил $23,0 \pm 1,0$ балла в основной группе и $22,2 \pm 1,0$ балла в контрольной группе (разница 0,8 балла; $p = 0,014$). Несмотря на статистическую значимость, различие носило ограниченный клинический характер, при этом в обеих группах значения МИЭФ-5 оставались в пределах нормальных функциональных показателей.

Таким образом, усовершенствованный метод лигаментотомии продемонстрировал более выраженный и стабильный прирост длины ПЧ через 12 мес по сравнению с традиционной техникой при сохранении функциональной безопасности.

Обсуждение

Лигаментотомия в сочетании с кожной пластикой по типу V–Y является одним из наиболее распространенных методов хирургического удлинения ПЧ. Отказ от кожной пластики нивелирует эффект высвобожде-

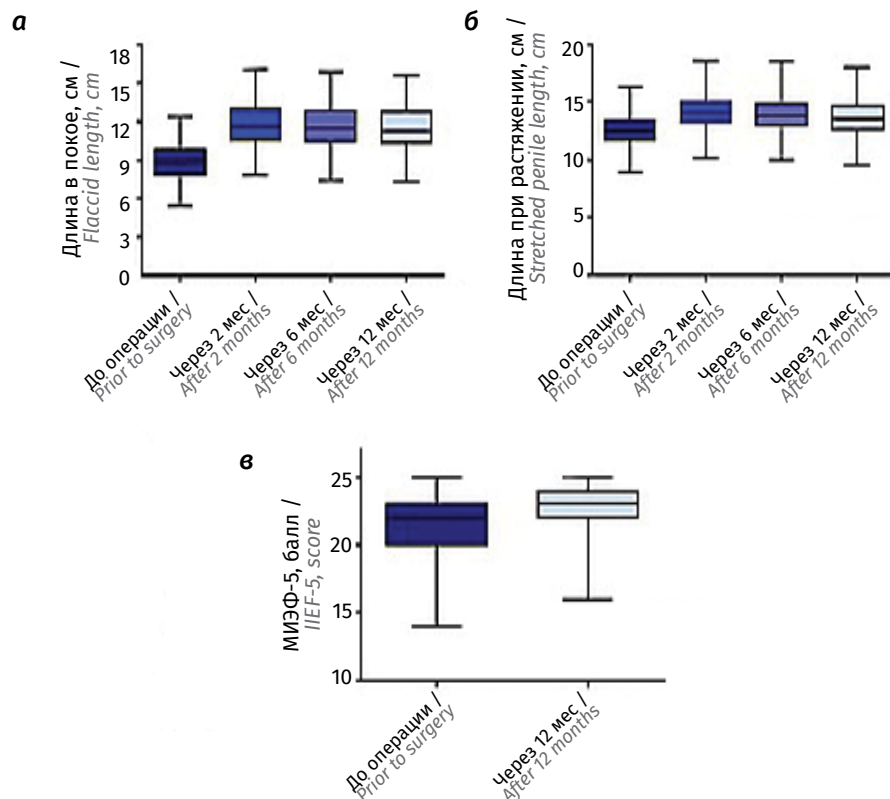


Рис. 4. Результаты основной группы: а – длина полового члена (ПЧ) в покое, см; б – длина ПЧ при растяжении, см; в – оценка по Международному индексу эректильной функции (МИЭФ-5)

Fig. 4. Results in the study group: а – flaccid penile length, cm; б – stretched penile length, cm; в – International Index of Erectile Function (IIEF-5) score

ния связки, ограничивая тракцию и экстракорпоральную проекцию ПЧ. Отсечение поддерживающей связки от лобкового симфиза приводит к смещению кавернозных тел кпереди и обеспечивает максимальное выведение ПЧ. Получаемый прирост относится к «кажущемуся удлинению», поскольку анатомическая длина не изменяется; эффект преимущественно выражен в покое и менее заметен при эрекции.

Несмотря на это, вмешательство обеспечивает клинически значимое и визуально воспринимаемое увеличение длины, соответствующее ожиданиям пациента. Для профилактики ретракции рассеченной связки предложен ряд дополнительных технических модификаций. Неоднородность хирургических техник и критерии отбора пациентов затрудняют сравнение результатов, полученных в нашей клинике, с данными, найденными в литературе, и сообщениями из других клиник. Косметическая фаллопластика со временем развивалась в направлении повышения безопасности. В настоящее время мы используем хирургическую технику, которая сводит осложнения к минимуму и приводит к благоприятным исходам. В России нет валидированного теста для измерения удовлетворенности пациентов в косметической пенильной пластике, отсутствие которого также является ограничением нашего исследования. Как и другие авторы, мы считаем, что даже при своей относительной простоте косметическая фаллопластика требует глубоких знаний анатомии и хирургической техники. Отбор кандидатов является фундаментальным элементом вместе со скрупулезным сбором информации о выполненной работе и полученных результатах. Необходимо помнить и доносить до пациента, что его послеоперационное поведение с момента возобновления половой жизни до 30

дней после операции может поставить под угрозу результаты. Также мы подтверждаем, что ожидаемый прирост от косметической фаллопластики, как правило, ограничен и что существует объективная необходимость в улучшении техники лигаментотомии. Полученные результаты свидетельствуют о безопасности и воспроизводимости разработанного метода. Необходимо отметить, что лигаментотомия может рассматриваться как хирургическая опция у тщательно отобранных пациентов для облегчения их психологического дискомфорта, она может улучшить самооценку пациента, качество его сексуальной жизни и, в свою очередь, его отношений.

Ограничениями исследования являются одноценный характер и относительно небольшой объем выборки.

Заключение

Данные литературы по косметической фаллопластике характеризуются значительной методологической неоднородностью, что затрудняет сопоставление результатов различных исследований. В настоящей работе представлено проспективное сравнительное исследование с четко определенными критериями включения и исключения, а также стандартизированной техникой выполнения вмешательства и оценкой исходов при наблюдении до 12 мес.

Усовершенствованный метод лигаментотомии продемонстрировал статистически значимый и более устойчивый прирост длины ПЧ по сравнению с традиционной техникой при сопоставимой частоте осложнений и сохранении эректильной функции. Полученные результаты подтверждают воспроизводимость и клиническую целесообразность предложенного способа у тщательно отобранных пациентов.

Дополнительная информация / Additional information

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при подготовке публикации.

Funding source. The authors declare that there was no external funding for the preparation of this publication.

Раскрытие интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure of interests. The authors declare that they have no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией). Т.Х. Назаров – разработка дизайна исследования, получение данных для анализа, обзор публикаций по теме статьи, написание текста статьи; И.В. Рычков – обзор публикаций по теме статьи, написание текста статьи.

Authors' contribution. All authors confirm that they meet the international ICMJE criteria for authorship (all authors have made a significant contribution to the development of the concept, preparation of the article, and have read and approved the final version before publication). T.Kh. Nazarov – development of research design, obtaining data for analysis, review of publications on the topic of the article, article writing; I.V. Rychkov – review of publications on the topic of the article, writing the text of the article.

Информированное согласие. Пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Informed consent. Patients provided written informed consent to participate in the study.

Список литературы / References

1. Назаров Т.Х., Афоничев К.А., Ясюченя В.В. и др. Олеогранулема полового члена у подростка (клиническое наблюдение). Андрология и генитальная хирургия 2021;22(1):90–7. DOI: 10.17650/1726-9784-2021-22-1-90-97
Nazarov T.Kh., Afonichev K.A., Yasyuchenya V.V. et al. Oleogranuloma of the penis in an adolescent (clinical case). Andrologiya i genital'naya khirurgiya = Andrology and Genital Surgery 2021;22(1):90–7. (In Russ.). DOI: 10.17650/1726-9784-2021-22-1-90-97
2. Назаров Т.Х., Степик О.В., Кравцов Д.В. и др. Одномоментное использование свободного перфорированного кожного аутоотрансплантата при хирургическом лечении олеогранулемы полового члена (клиническое наблюдение). Андрология и генитальная хирургия 2018;19(4):90–95. DOI: 10.17650/2070-9781-2018-19-4-90-95
Nazarov T.Kh., Stetsik O.V., Kravtsov D.V. et al. One-time use of a free perforated cutaneous autograft during the surgical treatment of the oleogranuloma of the penis (clinical case). Andrologiya i genital'naya khirurgiya = Andrology and Genital Surgery 2018;19(4):90–5. (In Russ.). DOI: 10.17650/2070-9781-2018-19-4-90-95
3. Wylie K.R., Eardley I. Penile size and the 'small penis syndrome'. BJU Int 2007;99(6):1449–55. DOI: 10.1111/j.1464-410X.2007.06806.x
4. Veale D., Miles S., Read J. et al Phenomenology of men with body dysmorphic disorder concerning penis size compared to men anxious about their penis size and to men without concerns: a cohort study. Body Image 2015;13:53–61. DOI: 10.1016/j.bodyim.2014.09.008
5. Phillips K.A., Menard W., Fay C., Weisberg R.B. Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. Psychosomatics 2005;46(4):317–25. DOI: 10.1176/appi.psy.46.4.317
6. Hardardottir H., Hauksdottir A., Bjornsson A.S. Body dysmorphic disorder: symptoms, prevalence, assessment and treatment. Laeknabladid 2019;105(3):125–31. DOI: 10.17992/lbl.2019.03.222
7. Veale D., Miles S., Bramley S. et al. 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 2015;115(6):978–86. DOI: 10.1111/bju.13010
8. Щеплёв П.А., Курбатов Д.Г. Малый половой член. Методы коррекции. М.: РОСМЭН-ПРЕСС, 2003. С. 107–114. Shcheplev P. A., Kurbatov D.G. Small penis. Correction methods. Moscow: ROSMEN PRESS, 2003. Pp. 107–114. (In Russ.).
9. Brisson P., Patel H., Chan M., Feins N. Penoplasty for buried penis in children: report of 50 cases. J Pediatr Surg 2001;36(3):421–5. DOI: 10.1053/jpsu.2001.21605

Об авторах / Authors' info

Назаров Тоирхон Хакназарович, д-р мед. наук, профессор;
Toirkhon Kh. Nazarov, MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor;
 ORCID: 0000-0001-9644-720X; e-mail: tair-nazarov@yandex.ru

Рычков Иван Вячеславович, канд. мед. наук;
Ivan V. Rychkov, MD, Cand. Sci. (Medicine);
 ORCID: 0000-0001-9120-6896

Рукопись получена: 01.06.2026. Рукопись одобрена: 19.07.2026. Опубликовано онлайн: 31.08.2026.
 Submitted: 01.06.2026. Accepted: 19.07.2026. Published online: 31.08.2026.

*Автор, ответственный за переписку
 *Corresponding author