

ПРАКТИЧНА КЛІНІЧНА НАСТАНОВА ЕНДОКРИННОГО ТОВАРИСТВА*: ЕНДОКРИННЕ ЛІКУВАННЯ ОСІБ З ГЕНДЕРНОЮ ДИСФОРІЄЮ (ГЕНДЕРНОЮ НЕВІДПОВІДНІСТЮ) (ЧАСТИНА 3)[‡]

Wylie C. Hembree¹, Peggy T. Cohen-Kettenis², Louis Gooren³, Sabine E. Hannema⁴, Walter J. Meyer⁵, M. Hassan Murad⁶, Stephen M. Rosenthal⁷, Joshua D. Safer⁸, Vin Tangpricha⁹, and Guy G. T'Sjoen¹⁰

¹New York Presbyterian Hospital, Columbia University Medical Center, New York;

^{2,3}VU University Medical Center, Amsterdam, Netherlands;

⁴Leiden University Medical Center, Netherlands;

⁵University of Texas Medical Branch, Galveston, Texas;

⁶Mayo Clinic Evidence-Based Practice Center, Rochester, Minnesota;

⁷University of California San Francisco, Benioff Children's Hospital, San Francisco, California;

⁸Boston University School of Medicine, Boston, Massachusetts;

⁹Emory University School of Medicine and the Atlanta VA Medical Center, Atlanta, Georgia;

¹⁰Ghent University Hospital, Ghent, Belgium.

*Асоціації, які брали участь у створенні настанови: Американська асоціація клінічних ендокринологів, Американське товариство андрології, Європейське товариство педіатричної ендокринології, Європейське товариство ендокринології, Педіатричне ендокринологічне товариство та Всесвітня професійна асоціація зі здоров'я трансгендерів.

3.0 Гормональна терапія для дорослих трансгендерів

Проведення гормональної терапії має дві основні цілі: (1) зменшити рівні ендогенних статевих гормонів, і таким чином зменшити вторинні статеві ознаки приписаного гендеру, і (2) замінити ендогенний рівень статевих гормонів відповідно до гендерної ідентичності особи з використанням принципів замісної гормональної терапії для пацієнтів з гіпогонадізмом. Вибір часу для здійснення цих двох пунктів та вік, у якому необхідно починати лікування статевими гормонами, визначається спільним рішенням особи, що бажає здійснити перехід, і медичних фахівців. До команди, що проводить лікування, мають входити: медичний фахівець, обізнаний у проведенні гормональної терапії для трансгендерних осіб, фахівець із психічного здоров'я, обізнаний із гендерною дисфорією (гендерною невідповідністю) та з проблемами психічного здоров'я під час переходу, а також фахівці з надання первинної медичної допомоги, що здатні забезпечити відповідний догляд за трансгендерними особами. Фізичні зміни, викликані цим гормональним переходом, зазвичай пов'язані з поліпшенням психічного благополуччя (129, 130).

3.1. Ми рекомендуємо лікарям-клініцистам перед початком лікування підтверджувати відповідність діагностичним критеріям ГД (ГН) та критеріям для ендокринної стадії гендерного переходу (1|⊕⊕⊕⊕).

3.2. Ми рекомендуємо лікарям-клініцистам перед початком лікування оцінювати та враховувати стан здоров'я пацієнта та можливі загострення внаслідок зниження рівня гормонів та проходження гормональної терапії з узгодження гендеру (табл. 10) (1|⊕⊕⊕⊕).

3.3. Ми пропонуємо лікарям-клініцистам вимірювати рівні гормонів під час лікування, щоб забезпечувати пригнічення ендогенних статевих стероїдів та підтримку призначених статевих стероїдів в нормальному фізіологічному діапазоні відповідно до узгодженого гендеру (2|⊕⊕⊕⊕).

Докази

Лікуючий лікар зобов'язаний підтвердити, що особа відповідає критеріям лікування. Лікуючий лікар має ознайомитися з умовами та критеріями, що наведені в таблицях 1–5, та отримати повну історію хвороби пацієнта в співпраці з іншими членами лікуючої команди. Лікуючий лікар повинен переконатися, що особа має відповідне прагнення до здійснення переходу, має розуміння

[‡] Початок в журналах №2(62) і 3(63) 2018.

Таблиця 10

Медичні ризики, пов'язані з проведенням терапії статевими гормонами

Трансгендерні жінки: естрогени	Трансгендерні чоловіки: тестостерон
Дуже високий ризик несприятливих наслідків: • Тромбоемболічна хвороба Помірний ризик несприятливих наслідків: • Макропролактинома • Рак молочної залози • Ішемічна хвороба серця • Цереброваскулярні захворювання • Жовчнокам'яна хвороба • Гіпертригліцеридемія	Дуже високий ризик несприятливих наслідків: • Поліцитемія (гематокрит >50%) Помірний ризик несприятливих наслідків: • Виразна дисфункція печінки (трансамінази > триразової верхньої межі норми) • Ішемічна хвороба серця • Цереброваскулярні захворювання • Гіпертонія • Рак молочної залози або рак матки

Таблиця 11

Схеми гормонального лікування трансгендерних осіб

Трансгендерні жінки^a
Естрогени Оральні Естрадіол 2,0-6,0 мг на добу Трансдермальні Естрадіол пластр трансдермальний 0,025-0,2 мг на добу (Новий пластр кожні 3-5 днів) Парентеральні Естрадіолу валерат або ципіонат 5-30 мг внутрішньом'язово кожні 2 тижні або 2-10 мг внутрішньом'язово щотижня Антиандрогени Спіронолактон 100-300 мг на добу Ципротерону ацетат^b 25-50 мг на добу Агоніст ГрПГ 3,75 мг послідовно (підшкірно) щомісяця або 11,25 мг послідовно (підшкірно) кожні 3 місяця
Трансгендерні чоловіки
Тестостерон Парентеральний тестостерон Тестостерона енантат або ципіонат 100-200 мг послідовно (внутрішньом'язово) кожні 2 тижня або послідовно (підшкірно) 50% на тиждень Тестостерона ундеканат^c 1000 мг кожні 12 тижнів Трансдермальний тестостерон Тестостерон гель 1,6%^d 50-100 мг на добу Тестостероновий трансдермальний пластр 2,5-7,5 мг на добу

^a естрогени разом з антиандрогенами чи ГнРГ агоністом або без них.

^b не доступний у Сполучених Штатах.

^c одна тисяча міліграмів спочатку, потім – ін'єкції кожні 6 тижнів, потім з інтервалом у 12 тижнів.

^d Уникайте передачі через шкіру іншим особам

наслідків, ризиків та переваг лікування, і бажання здійснити перехід є стійким. Також вони повинні обговорити варіанти збереження фертильності (див. рекомендацію 1.3) (67, 68).

Трансгендерні чоловіки

Клінічні дослідження продемонстрували ефективність кількох різних андрогенних препаратів для індукції маскулінізації у трансгендерних чолові-

ків (Додаток А) (113, 114, 131–134). Схеми лікування для зміни вторинних статевих характеристик наслідують загальному принципу гормонального лікування чоловічого гіпогонадізму (135). Лікарі-клініцисти можуть використовувати парентеральні або трансдермальні препарати для досягнення нормального рівня тестостерону для чоловіків (це залежить від конкретного методу аналізів, але зазвичай 320–1000 нг/дл) (табл. 11) (136). Тривалі надфізіологічні рівні тестостерону підвищують ризик розвитку несприятливих реакцій (див. розділ 4.0 "Профілактика несприятливих наслідків та довготривалий догляд"), тому їх необхідно уникати.

Подібно до андрогенної терапії в гіпогонадальних чоловіків, лікування тестостероном трансгендерних чоловіків призводить до збільшення м'язової маси та зниження жирової маси, збільшення кількості волосся на обличчі та акне, облісіння у тих, хто мають до нього генетичну схильність, та підвищення сексуального бажання (137).

У трансгендерних чоловіків тестостерон призводить до виникнення кліторомегалії, тимчасового або постійного зниження фертильності, зниження тембру голосу, припинення менструацій (як правило) та значного збільшення кількості волосся на тілі, особливо на обличчі, грудях та животі. Припинення менструацій може відбутися протягом кількох місяців самого лише лікування тестостероном, хоча для того можуть знадобитися високі дози тестостерону. Якщо маткова кровотеча продовжується, лікарі-клініцисти можуть розглянути можливість додавання прогестерону або абляцію ендометрію (138). Також лікарі можуть призначати аналоги ГнРГ або депо медроксипрогестерону для припинення менструацій перед початком лікування тестостероном.

Трансгендерні жінки

Схема гормонального лікування трансгендерних жінок є більш складною, ніж для трансгендерних чоловіків (Додаток Б). Лікування з застосуванням фізіологічних доз самих лише естрогенів недостатньо для пригнічення рівня тестостерону до меж норми для жінок (139). Більшість опублікованих клінічних досліджень вказують на необхідність додаткової терапії для досягнення рівнів тестостерону в жіночому діапазоні (21, 113, 114, 132–134, 139, 140).

На сьогоднішній час є багато додаткових лікувальних засобів, таких як прогестини з антиандрогенною активністю та агоністи ГнРГ (141). Спіронолактон діє шляхом прямого

блокування андрогенів під час їх взаємодії з рецептором андрогенів (114, 133, 142). Він також може мати естрогенну активність (143). В Європі широко використовується ципротерона ацетат, прогестагенна сполука з антиандрогенними властивостями (113, 132, 144). Інгібітори 5 α -редуктази не знижують рівень тестостерону та мають побічні ефекти (145).

Відповідно до Діттрих та співавт. (141) повідомляється, що щомісячні дози агоніста ГнРГ гозереліна ацетату в комбінації з естрогеном були ефективними у зниженні рівня тестостерону з низькою частотою несприятливих реакцій в 60 трансгендерних жінок. У порівняльному ретроспективному дослідженні лейпролід та трансдермальний естроген були такими ж ефективними, як ципротерон та трансдермальний естроген (146).

Пацієнти можуть приймати естроген у вигляді оральних кон'югованих естрогенів, орального 17 β -естрадіолу або трансдермального 17 β -естрадіолу. Підвищений ризик розвитку випадків тромбоемболії, пов'язаний з естрогенами взагалі, викликає з-поміж варіантів естрогенів особливе занепокоєння при використанні етинілестріадіолу (134, 140, 141), тому ми окремо пропонуємо не застосовувати його у будь-якому плані лікування трансгендерів. Дані щодо інших варіантів естрогенів різняться і є менш доведеними, хоча існують думки, що оральні шляхи введення є більш тромбогенними завдяки «ефекту першого проходження», ніж трансдермальні та парентеральні, і що ризик виникнення випадків тромбоемболії залежить від дозування. Ін'єкційні естрогени та сублінгвальні естрогени можуть давати перевагу уникнення ефекту першого проходження, але вони можуть призводити до більш швидких піків з більшою загальною періодичністю і, отже, ускладнювати моніторинг (147, 148). Проте даних, які б демонстрували, що підвищена періодичність так чи інакше шкідлива, немає.

Лікарі-клініцисти можуть використовувати рівень естрадіолу в сироватці для контролю орального, трансдермального та внутрішньом'язового естрадіолу. Аналізи крові не дають можливості спостерігати за кон'югованими естрогенами або засвоєнням синтетичних естрогенів. Лікарям-клініцистам слід вимірювати рівні естрадіолу і тестостерону в сироватці крові та підтримувати їх на рівні для жінок в пременопаузі (100–200 пг/мл та

<50 нг/дл відповідно). Трансдермальні препарати та ін'єкційні препарати естрадіолу ципіонату або валерату можуть давати переваги для літніх трансгендерних жінок з підвищеним ризиком розвитку тромбоемболічного захворювання (149).

Значення

Наша рекомендація підтримувати рівень гормонів для узгодження гендеру в нормальному діапазоні для дорослих надає великого значення уникненню довготривалих ускладнень від фармакологічного дозування. Пацієнти, що проходять гормональну терапію та мають відносні протипоказання до гормонів, повинні поглиблено обговорювати з лікарем можливості збалансувати ризики та переваги від терапії.

Зауваження

Лікарі-клініцисти мають інформувати всіх осіб, що проходять ендокринне лікування, про всі ризики та переваги лікування гормонами для узгодження гендеру до початку терапії. Трансгендерним жінкам лікарі мають наполегливо рекомендувати припинення вживання тютюну для уникнення підвищеного ризику розвитку венозного тромбоемболізму та серцево-судинних ускладнень. Ми наполегливо виступаємо проти неконтрольованого використання гормональної терапії (150).

Не всі особи з ГД (ГН) потребують описаного лікування (наприклад, чоловіки-євнухи та особи, що бажають часткового переходу). Адаптацію поточних протоколів до окремої особи може бути зроблено в контексті прийнятих правил безпеки з використанням багатодисциплінарного підходу, включно з психічним здоров'ям. Для цих груп немає протоколів, заснованих на доказах (151). Необхідно проводити подальші дослідження, щоб краще зрозуміти можливості лікування для таких осіб.

3.4. Ми пропонуємо лікарям-ендокринологам інформувати трансгендерних осіб, що проходять лікування, про початок і часовий перебіг фізичних змін, викликаних проходженням лікування статевими гормонами (2|⊕⊕⊕○).

Докази

Трансгендерні чоловіки

Фізичні зміни, які, як очікується, відбудуться протягом перших 1-6 місяців терапії тестостероном, включають припинення менструації, збільшення сексуального бажання, збільшення кількості волосся на обличчі та тілі, збільшення жирності шкіри, збільшення м'язів та перерозподіл жирової

маси. Зміни, що відбуваються протягом першого року терапії тестостероном, включають зниження тембру голосу (152, 153), виникнення кліторомегалії та випадіння волосся чоловічого типу (в деяких випадках) (114, 144, 154, 155) (табл. 12).

Трансгендерні жінки

Фізичні зміни, які можуть відбуватися у трансгендерних жінок протягом перших 3-12 місяців естрогенної та антиандрогенної терапії, включають зниження сексуального бажання, зменшення спонтанних ерекцій, зменшення кількості волосся на обличчі та тілі (зазвичай помірно), зменшення жирності шкіри, збільшення росту тканин молочної залози та перерозподіл жирової маси (114, 139, 149, 154, 155, 161) (табл. 13). Розвиток грудей, як правило, досягає свого максимального рівня через 2 роки після початку прийому гормонів (114, 139, 149, 155). Передміхурова залоза та яєчка атрофуються протягом досить тривалого часу.

Хоча строки розвитку грудей у трансгендерних жінок вже вивчалися (150), точної інформації про інші зміни, викликані статевими гормонами, бракує (141). Серед окремих осіб є велика варіативність, що підтверджується в ході пубертатного розвитку. Відомо, що серйозним приводом для стурбованості у трансгендерних жінок є розвиток грудей. Результат вживання естрогенів у трансгендерних жінок часто не відповідає їх очікуванням. З іншого боку, за неперевіреними фактами, в деяких трансгендерних жінок при вживанні прогестагенів відбувається покращення розвитку грудей, настрою чи сексуального бажання. Проте добре розроблених досліджень щодо ролі прогестагенів у схемах лікування гормонами для фемінізації не було, тому питання залишається відкритим.

Наші знання з питань природної історії та впливу різних типів замісної гормональної терапії на розвиток грудей у трансгендерних жінок надто фрагментарні і ґрунтуються на доказах низької якості. Наявні фактичні дані не свідчать про те, що прогестагени збільшують розвиток грудей у трансгендерних жінок, як немає і доказів про відсутність такого впливу. Це не дозволяє нам зробити які-небудь тверді висновки на цей час і свідчить про необхідність проведення подальших досліджень для з'ясування цих важливих клінічних питань (162).

Значення та переваги

Трансгендерні люди мають дуже високі очікування стосовно фізичних змін в результаті гормональної

Ефекти маскулінізації у трансгендерних чоловіків

Ефект	Початок	Максимум
Жирність шкіри/акне	1-6 міс.	1-2 роки
Ріст волосся на обличчі/тілі	6-12 міс.	4-5 роки
Облисіння	6-12 міс.	— ^a
Збільшення м'язової маси/сили	6-12 міс.	2-5 років
Перерозподіл жирової маси	1-6 міс.	2-5 років
Припинення менструацій	1-6 міс.	— ^b
Збільшення клітора	1-6 міс.	1-2 роки
Вагінальна атрофія	1-6 міс.	1-2 роки
Зниження тембру голосу	6-12 міс.	1-2 роки

Оцінки засновані на клінічних спостереженнях: Toorians et al. (149), Asscheman et al. (156), Gooren et al. (157), Wierckx et al. (158).

^a Профілактика і лікування, які рекомендовані для біологічних чоловіків.

^b Меноррагія вимагає діагностики та лікування у гінеколога.

терапії та усвідомлюють, що тілесні зміни можуть бути посилені хірургічними процедурами (наприклад, груди, обличчя та статура). Чіткі очікування щодо обсягів та термінів змін, викликаних статевими гормонами, мають попереджати потенційну шкоду та витрати на непотрібні процедури.

4.0 Профілактика несприятливих наслідків і довготривалий догляд

Гормональна терапія для трансгендерних чоловіків та жінок обумовлює багато таких самих ризиків, які пов'язані із замісною гормональною терапією для нетрансгендерних осіб. Ризики виникають внаслідок ненавмисного або навмисного використання надфізіологічних доз статевих гормонів, а також використання неадекватних доз статевих гормонів для підтримки нормальної фізіології (131, 139).

4.1. Ми пропонуємо проводити регулярне клінічне обстеження фізичних змін та потенційних небажаних змін у відповідь на дію статевих

стероїдних гормонів та лабораторний моніторинг рівня статевих стероїдних гормонів кожні 3 місяці протягом першого року гормональної терапії для трансгендерних чоловіків і жінок, а потім один-два рази на рік (2|⊕⊕○○).

Докази

Для трансгендерних чоловіків і жінок рекомендується проведення попереднього обстеження та відповідного регулярного медичного спостереження під час ендокринного переходу та періодично після нього (26, 155). Лікарі-клініцисти повинні контролювати вагу та артеріальний тиск, проводити медогляди і оцінювати аспекти повсякденного здоров'я: вживання тютюну, симптоми депресії, ризик побічних ефектів, таких як тромбоз глибоких вен / тромбоемболія легеневої артерії та інших несприятливих ефектів статевих стероїдів.

Трансгендерні чоловіки

Таблиця 14 містить стандартний план моніторингу трансгендерних чоловіків, що проходять терапію

Таблиця 13

Ефекти впливу фемінізації на трансгендерних жінок

Ефект	Початок	Максимум
Перерозподіл підшкірного жиру	3-6 міс.	2-3 роки
Зниження м'язової маси та сили	3-6 міс.	1-2 роки
Пом'якшення, зниження жирності шкіри	3-6 міс.	невідомо
Зниження сексуального бажання	1-3 міс.	3-6 міс.
Зменшення спонтанних ерекцій	1-3 міс.	3-6 міс.
Чоловіча сексуальна дисфункція	варіюється	варіюється
Ріст грудей	3-6 міс.	2-3 роки
Зменшення об'єму яєчок	3-6 міс.	2-3 роки
Зменшення сперматогенезу	невідомо	>3 років
Зниження темпів росту волосся	6-12 міс.	>3 роки ^a
Волосяний покрив шкіри голови	варіюється	— ^b
Зміна голосу	немає	— ^b

Оцінки засновані на клінічних спостереженнях: Toorians et al. (149), Asscheman et al. (156), Gooren et al. (157).

^a Повне видалення чоловічого статевого волосся вимагає електролізу чи лазерної епіляції, або того й іншого.

^b У разі припинення прийому естрогенів може статися успадкована втрата волосся шкіри голови.

^c Тренування голосу найбільш ефективне, якщо залучається лікар-логопед.

тестостероном (154, 159). Ключовими питаннями є підтримання рівня тестостерону в нормальному діапазоні фізіологічних показників для чоловіків та уникнення несприятливих наслідків через надлишок терапії тестостероном, зокрема еритроцитозу, апное уві сні, гіпертонії, зайвого набору ваги, затримки солі, ліпідних змін та надмірного або кистозного акне (135).

Оскільки лікарям не рекомендується використовувати оральний 17-алкілований тестостерон, при застосуванні парентерального або трансдермального тестостерону не передбачається виникнення серйозної печінкової токсичності (163, 164). Попередні побоювання щодо токсикації

тестостероном печінки були усунуті подальшими повідомленнями, які вказують, що ризик серйозного захворювання печінки є мінімальним (144, 165, 166).

Трансгендерні жінки

Таблиця 15 містить стандартний план моніторингу трансгендерних жінок, що лікуються естрогенами, пригніченням гонадотропіну або антиандрогенами (160). Ключовими питаннями є уникнення супрафізіологічних доз або такого рівня естрогену в крові, що може призводити до підвищеного ризику тромбоемболічного захворювання, дисфункції печінки та гіпертонії. Лікарям-клініцистам слід контролювати рівень естрадіолу в сироватці за допомогою лабораторій, які беруть участь у

**Моніторинг трансгендерних осіб, що проходять гормональну терапію з узгодження гендеру:
трансгендерні чоловіки**

1. Проведення обстеження пацієнта кожні 3 місяці в перший рік, а потім один-два рази на рік, щоб спостерігати за належними ознаками вірилізації та розвитком несприятливих реакцій.
2. Вимірювання рівня тестостерону в сироватці кожні 3 місяці, доки рівень не перебуватиме в нормальному діапазоні фізіологічних показників для чоловіків а: а) При введенні тестостерону енантату/ципіонату рівень тестостерону слід вимірювати на середині проміжку між ін'єкціями. Цільовий рівень – 400-700 нг/дл. Або іншим чином: вимірювати піковий та нижній рівень, щоб пересвідчитися в тому, що рівень залишається в нормі чоловічого діапазону. б) Для парентерального тестостерону ундеканату необхідно вимірювати рівень тестостерону перед наступною ін'єкцією. Якщо рівень є меншим за 400 нг/дл, відрегулюйте інтервал дозування. в) Для трансдермального тестостерону рівень тестостерону можна вимірювати не раніше ніж через 1 тиждень від початку щоденного застосування (принаймні за 2 години після застосування).
3. Вимірювання гематокриту або гемоглобіну на початку та кожні 3 місяці протягом першого року, а потім один або два рази на рік. Контролюйте вагу, артеріальний тиск та рівень ліпідів у регулярні проміжки часу.
4. Обстеження на остеопороз слід проводити у тих пацієнтів, що припиняють лікування тестостероном, не є придатними для проведення гормональної терапії або мають ризик втрати кісткової тканини.
5. Якщо присутні тканини шийки матки, необхідно провести моніторинг згідно з рекомендаціями Американської колегії акушерів і гінекологів.
6. Після завершення гормонального переходу може бути розглянута можливість проведення оваріоектомії.
7. Після мастектомії необхідно проведення суб- та періареоларних щорічних оглядів грудей. Якщо мастектомія не виконувалася, можна розглянути можливість маммографії, як рекомендує Американське онкологічне товариство.

^a Адаптовано за Lapauw et al. (154) і Ott et al. (159).

зовнішньому контролю якості, оскільки вимірювання естрадіолу в крові може бути дуже складним (167).

Венозний тромбоемболізм (ВТЕ) може бути серйозним ускладненням. Дослідження у Нідерландах показало 20-кратне збільшення випадків ВТЕ серед великої групи трансгендерних людей (161). Це збільшення може бути пов'язано з використанням синтетичних естрогенів, етинілестрадіолу (149). Частота захворюваності знизилася, коли лікарі-клініцисти припинили призначати етинілестрадіол (161). Таким чином, використання синтетичних естрогенів та кон'югованих естрогенів є небажаним через неможливість регулювати дози шляхом вимірювання їх рівнів у сироватці крові та ризику тромбоемболії. В німецькій гендерній клініці тромбоз глибоких вен виникав у 1 з 60 трансгендерних жінок, які отримували аналог ГнРГ та оральний естрадіол (141). У пацієнта з розвинутим тромбозом глибоких вен було виявлено гомозиготну мутацію С677Т у гені метилентетрагідрофолатредуктази. В австрійській гендерній клініці призначення гормонів 162 трансгендерній жінці та 89 трансгендерному

чоловіку не було пов'язане з ВТЕ, незважаючи на 8,0% та 5,6% випадків тромбофілії (159). У нещодавньому проведеному міжнародному дослідженні повідомляється лише про 10 випадків ВТЕ з загальної кількості 1073 досліджуваних (168). Обстеження на тромбофілію трансгендерів, що розпочинають лікування гормонами, повинно здійснюватися лише для пацієнтів з особистою або сімейною історією ВТЕ (159). Моніторинг рівня D-димеру під час лікування не рекомендується (169).

4.2. Ми пропонуємо періодично проводити моніторинг рівня пролактину у трансгендерних жінок, що приймають естрогени (2|⊕⊕○○).

Докази

Естрогенна терапія може підвищувати зростання лактотрофних клітин гіпофізу. Кілька разів повідомлялося про випадки пролактиноми, що виникає після довготривалої естрогенної терапії високими дозами (170–173). До 20% трансгендерних жінок, що отримують естрогени, можуть мати підвищені рівні пролактину, пов'язаного зі збільшенням гіпофіза (156). У більшості випадків рівень пролактину в сироватці крові повертається

Моніторинг трансгендерних осіб, що проходять гормональну терапію з узгодження гендеру: трансгендерні жінки

1. Проведення обстеження пацієнта кожні 3 місяці в перший рік, а потім один-два рази на рік, щоб спостерігати за належними ознаками фемінізації та розвитком несприятливих реакцій.
2. Вимірювання тестостерону і естрадіолу в сироватці кожні 3 місяці. а) Рівень тестостерону в сироватці крові повинен становити <50 нг/дл. б) Естрадіол в сироватці не повинен перевищувати максимальний фізіологічний діапазон: 100-200 пг/мл.
3. Для осіб, що проходять лікування спіронолактоном, слід проводити моніторинг сироваткових електролітів, зокрема калію, кожні 3 місяці протягом першого року, а потім щорічно.
4. Рекомендується також проводити звичайний скринінг на ракові захворювання, як і для нетрансгендерних осіб (всі тканини присутні).
5. Розглянути можливість дослідження МЩКТ на початку (160). Серед осіб з низьким ризиком обстеження на остеопороз слід проводити у віці 60 років та у тих, хто не є придатними для проведення гормональної терапії.

У даній таблиці представлено сильні рекомендації та не включено рекомендації нижчого рівня.

до нормального діапазону при зниженні або припиненні терапії естрогеном або припиненні вживання ципротерону ацетату (157, 174, 175).

Початок та тривалість гіперпролактинемії під час лікування естрогенами невідомі. Лікарі-клініцисти мають вимірювати рівень пролактину на початку лікування, а потім щонайменше щорічно протягом періоду переходу і кожні 2 роки після нього. З огляду на те, що випадки пролактиноми було зафіксовано лише в деяких цільових дослідженнях, а серед великих груп людей, що лікуються естрогенами, про такі випадки не повідомлялося, ризик, ймовірно, є дуже низьким. Оскільки основні виявлені мікропролактиноми (гіпогонадізм, а іноді і гінекомастія) очевидно не є наявними у трансгендерних жінок, лікарі-клініцисти можуть проводити рентгенологічні дослідження гіпофізу в тих пацієнтів, чиї рівні пролактину постійно підвищуються, незважаючи на стабільні або знижені рівні естрогену. Деякі трансгендерні особи отримують психотропні препарати, які можуть збільшувати рівень пролактину (174).

4.3. Ми пропонуємо лікарям-клініцистам проводити обстеження трансгендерних осіб, що лікуються гормонами, на фактори ризику серцево-судинних захворювань з використанням ліпідного профілю, перевірки на діабет та/або інших засобів діагностики (2|⊕⊕○○).

Докази

Трансгендерні чоловіки

У трансгендерних чоловіків введення тестостерону призводить до зростання атерогенності ліпідного профілю зі зниженим

рівнем холестерину ліпопротеїдів високої щільності та підвищеним рівнем тригліцеридів і холестерину ліпопротеїдів низької щільності (176–179). Дослідження впливу тестостерону на чутливість тканин до інсуліну мають змішані результати (178, 180). Рандомізоване відкрите неконтрольоване дослідження безпеки трансгендерних чоловіків, що лікувалися тестостерону ундеканоатом, не виявило резистентності до інсуліну за 1 рік (181, 182). Численні дослідження показали наявність впливу лікування статевими гормонами на серцево-судинну систему (160, 179, 183, 184). Багаторічні дослідження в Нідерландах не виявили підвищення ризику смертності від серцево-судинних захворювань (161). Аналогічно, мета-аналіз 19 рандомізованих досліджень у нетрансгендерних чоловіків, що отримували заміну тестостерону, не показав збільшення частоти випадків серцево-судинних ускладнень (185). Систематичний огляд літератури показав, що наявні дані були недостатніми (через дуже низькоякісні докази), щоб провести серед трансгендерних чоловіків обґрунтовану оцінку таких критичних для пацієнта наслідків, як смерть, інсульт, інфаркт міокарда або ВТЕ (176). Необхідні подальші дослідження, щоб встановити потенційну шкоду від гормональної терапії (176). Лікарі-клініцисти мають проводити корекцію факторів ризику серцево-судинних захворювань, коли вони з'являються, відповідно до встановлених керівних принципів (186).

Трансгендерні жінки

Проспективне дослідження трансгендерних жінок виявило сприятливі зміни в параметрах

ліпідів зі збільшеною концентрацією ліпопротеїдів високої щільності та зменшеною концентрацією ліпопротеїдів низької щільності (178). Проте збільшення маси тіла, артеріального тиску та маркери резистентності до інсуліну послаблюють ці сприятливі зміни щодо ліпідів. В мета-аналізі тільки тригліцериди сироватки були вищими протягом ≥ 24 місяців без зміни інших параметрів (187). У найбільшій групі трансгендерних жінок (середній вік – 41 рік, середня тривалість дослідження – 10 років) не було виявлено збільшення смертності від серцево-судинних захворювань, незважаючи на поширеність вживання тютюну 32% (161).

Отже, докази надто обмежені, щоб визначити, чи естроген додає захист, чи шкідливо впливає на обмін ліпідів та глюкози у трансгендерних жінок (176). З віком, як правило, збільшується маса тіла. Тому, як і у випадку з нетрансгендерними особами, лікарям-клініцистам слід постійно контролювати та регулювати рівень глюкози, ліпідного обміну та артеріального тиску відповідно до встановлених керівних принципів (186).

4.4. Ми рекомендуємо лікарям-клініцистам проводити вимірювання МЩКТ, коли наявні фактори ризику остеопорозу, особливо у тих, хто припиняють терапію статевими гормонами після гонадектомії (1|⊕⊕○○).

Докази

Трансгендерні чоловіки

Початкові виміри кісткової тканини в трансгендерних чоловіків, як правило, знаходяться в очікуваному діапазоні для статі до лікування (188). Однак для підтримки кісткової маси в трансгендерних чоловіків є важливим адекватне дозування тестостерону (189, 190). В одному дослідженні (190) рівень ЛГ в сироватці крові був обернено пропорційно пов'язаний з МЩКТ, що свідчить про те, що низький рівень статевих гормонів пов'язаний з втратою кісткової маси. Таким чином, рівень ЛГ в межах норми може служити індикатором адекватного для збереження кісткової маси призначення статевих стероїдів. Захисна дія тестостерону може бути опосередкована шляхом периферичної конверсії в естрадіол, як системно, так і локально в кістках.

Трансгендерні жінки

У базовому дослідженні МЩКТ повідомлялося, що Т-показник становить менше ніж -2,5 у 16% трансгендерних жінок (191). У літніх чоловіків дослідження показують, що рівень естрадіолу в

сироватці більш позитивно корелює з МЩКТ, ніж тестостерон (192, 193) і є більш важливим для піку кісткової маси (194). Естроген зберігає МЩКТ у трансгендерних жінок, що продовжують естрогенну та антиандрогенну терапію (188, 190, 191, 195, 196).

Відомості щодо переломів кісток у трансгендерних чоловіків і жінок відсутні. Трансгендерні особи, що пройшли гонадектомію, можуть обирати не продовжувати безперервне лікування статевими стероїдами після гормональної та хірургічної корекції статі, тим самим підвищуючи ризик втрати кісткової маси. Не було жодних досліджень, щоб визначити, чи слід лікарям-клініцистам використовувати для оцінки остеопорозу стать, приписану при народженні, чи узгоджений гендер (наприклад, при використанні інструменту FRAX). Хоча деякі дослідники використовують стать, приписану при народженні (за припущення, що у трансгендерів, які починають гормональну терапію на початку дорослого життя, кісткова маса зазвичай знаходиться на піку), має бути індивідуальний підхід до оцінки, доки не з'явиться більше даних. Це припущення буде ще більш ускладнюватися зі зростанням кількості трансгендерних людей, що проходять гормональний перехід в пубертатному періоді або незабаром після статевого дозрівання. Стать для порівняння в рамках інструментів оцінки ризику може пов'язуватися з віком, у якому було розпочато вживання гормонів, і тривалістю дії гормонів. У деяких випадках може бути цілком обґрунтованим оцінювати ризик з використанням обчислювальних даних для чоловіків та жінок і проміжного значення між ними. Оскільки всі випробовувані пройшли нормальний розвиток пубертату з відомими ефектами впливу на розміри кісток, для всіх учасників використовувались контрольні значення для статі з народження (154).

4.5. Ми пропонуємо, щоб трансгендерні жінки, які не мають підвищеного ризику виникнення раку молочної залози, проходили процедури з обстеження грудей, що рекомендуються для людей з приписаною при народженні жіночою статтю (2|⊕⊕○○).

4.6. Ми пропонуємо, щоб трансгендерні жінки, що лікуються естрогенами, проходили індивідуальні обстеження відповідно до особистого ризику виникнення хвороби простати та раку простати (2|⊕○○○).

Докази

Дослідження виявили у трансгендерних жінок

кілька випадків раку молочної залози (197–200). У голландському дослідженні 1800 трансгендерних жінок протягом 15 років (діапазон 1–30 років) було виявлено один випадок раку молочної залози. У дослідженні «Ініціативи з жіночого здоров'я» повідомлялося, що жінки, які приймали кон'югований кінський естроген без прогестерону протягом 7 років, не мали підвищеного ризику раку молочної залози у порівнянні з жінками, що приймали плацебо (137).

Велике ретроспективне дослідження, проведене в Медичній системі охорони здоров'я ветеранів США, виявило 7 випадків раку молочної залози у трансгендерних чоловіків (194). Автори повідомляли, що він не перевищує очікуваний рівень раку молочної залози в цисгендерних жінок у цій групі. Крім того, вони повідомили про один випадок захворювання на рак молочної залози, що розвинувся у трансгендерного чоловіка після мастектомії, підтвердивши, що рак молочної залози може розвинути навіть після мастектомії. Дійсно, були повідомлення про випадки захворювання на рак молочної залози, що розвивався в субареолярних тканинах у трансгендерних чоловіків після мастектомії (201, 202).

Жінки з первинним гіпогонадізмом (синдром Тернера), що отримували лікування естрогенами, демонстрували значно меншу частоту захворюваності на рак молочної залози у порівнянні з національними стандартизованими показниками захворюваності (203, 204). Ці дослідження показують, що терапія естрогенами не збільшує ризик раку молочної залози в короткостроковій перспективі (<20 та до 30 років). Для визначення фактичного ризику, а також ролі скринінгових мамограм, потрібні довгострокові дослідження. Обстеження на рак молочної залози має визначатися за регулярними обстеженнями та оглядами лікаря-гінеколога.

Рак простати дуже рідко зустрічається у віці до 40 років, особливо за проведення терапії позбавлення андрогенів (205). Кастрація у дитинстві або пубертаті призводить до регресу простати, кастрація в дорослих пацієнтів призводить до оборотного розвитку захворювання на доброякісну гіпертрофію простати (206). Хоча у дослідженні Ван Кестерен і співавт. (207) повідомляється, що терапія естрогенами не викликає гіпертрофії або передракових змін простати у трансгендерних жінок, у інших дослідженнях повідомлялося про

випадки доброякісної гіперплазії простати у трансгендерних жінок, що лікувалися естрогенами протягом 20–25 років (208, 209). У дослідженнях також повідомлялося про кілька випадків карциноми простати у трансгендерних жінок (210–214).

При проведенні регулярних обстежень простати трансгендерні жінки можуть почуватися некомфортно. Гінекологи не підготовлені проводити обстеження на рак простати або контролювати ріст простати. Таким чином, для трансгендерних жінок, що здійснили перехід після досягнення 20 років, може мати сенс після досягнення 50-річного віку щороку проходити цифрові ректальні дослідження та аналізи стану простатичного специфічного антигену відповідно до рекомендацій Спеціальної групи США з профілактичних послуг (215).

4.7. Ми радимо лікарям-клініцистам визначати медичну необхідність включення загальної гістеректомії та оофоректомії до хірургічного втручання з узгодження гендеру (Твердження належної практики без оцінки).

Докази

Хоча було запропоновано визначати ароматизацію тестостерону в естрадіол у трансгендерних чоловіків як фактор ризику виникнення захворювання на рак ендометрію (216), жодного такого випадку не було зафіксовано. Коли трансгендерні чоловіки проходять гістеректомію, матка має невеликий розмір та наявна атрофія ендометрію (217, 218). У дослідженнях повідомлялося про випадки раку яєчників (219, 220). Хоча переконливих доказів підвищеного ризику виникнення онкологічних захворювань репродуктивного тракту у трансгендерних чоловіків немає, постачальники медичних послуг повинні визначати медичну необхідність проведення лапароскопічної тотальної гістеректомії як частини хірургії з узгодження гендеру, щоб запобігти виникненню захворювання на рак репродуктивних органів (221).

Значення

З огляду на те, що при зверненні за гінекологічною допомогою трансгендерні чоловіки переживають значний дискомфорт, ми надаємо великого значення рекомендації щодо медичної необхідності загальної гістеректомії та оофоректомії для усунення ризиків захворювання жіночої репродуктивної системи та раку, а уникнення ризиків від проведення таких хірургічних процедур (пов'язаних з операцією та потенційними небажаними наслідками оофоректомії для здоров'я) та пов'язаних з ними

витрат надається менше значення.

Зауваження

Сексуальна орієнтація та сексуальні практики пацієнта будуть визначати необхідність та види гінекологічної допомоги, необхідної після переходу. Крім того, в деяких країнах отримання дозволу на зміну статі в свідоцтві про народження для трансгендерних чоловіків може залежати від проходження повної гістеректомії. Лікарі-клініцисти повинні допомагати пацієнтам дізнаватися про адміністративні критерії немедичного характеру та надавати необхідні консультації. Якщо пацієнти вирішують не проходити гістеректомію, скринінг на рак шийки матки має проводитись так само, як і для інших жінок.

5.0. Хірургічні втручання з корекції статі та підтвердження гендеру

Для багатьох трансгендерних дорослих генітальна хірургія з узгодження гендеру може бути необхідним кроком на шляху до досягнення їх кінцевої мети – успішного життя в бажаній гендерній ролі. Операції поділяються на дві основні категорії: (1) ті, що безпосередньо впливають на фертильність і (2) ті, що на неї не впливають. Ті, що впливають на фертильність (які раніше називалися операціями з корекції статі) включають генітальну хірургію з видалення пеніса та яєчок у осіб чоловічої статі і видалення матки та гонад у осіб жіночої статі. Операції, що впливають на фертильність, часто регулюються правовою системою території або країни, в якій вони проводяться. Інші операції з узгодження статі, що безпосередньо не впливають на фертильність, регулюються не так жорстко.

За останні десять років хірургічні методи узгодження гендеру помітно поліпшилися. Реконструктивна генітальна хірургія, що зберігає неврологічну чутливість, тепер є стандартом. Показники задоволеності від хірургічної корекції статі зараз дуже високі (187). Крім того, психічний стан особистості, як можна бачити, покращується від участі в програмі, яка визначає шлях лікування з узгодження гендеру, що включає гормони та хірургічне втручання (130, 144) (табл. 16).

Операції, що впливають на фертильність, є необоротними. У Стандартах медичної допомоги Всесвітньої професійної асоціації зі здоров'я трансгендерів (222) підкреслено, що "поріг досягнення 18 років не слід розглядати як саме по собі показання для активного втручання". Якщо соціальний перехід не є задовільним, якщо результат

лікування статевими гормонами не влаштовує людину чи викликає в неї двоякі почуття, або вона має двоякі почуття щодо хірургічного втручання, таку особу не слід рекомендувати до операції (223, 224).

Генітальні хірургічні операції з узгодження гендеру для трансгендерних жінок, що впливають на фертильність, включають гонадектомію, пенектомію та створення неовагіни (225, 226). Хірурги часто інвертують шкіру статевого члена, утворюючи стінку піхви, і у кількох публікаціях повідомляється про результати таких операцій (227). Іноді тканини для формування повної неовагіни недостатньо, тому лікарі переглянули можливість використання кишечника і виявили цей досвід успішним (87, 228, 229). Деякі нові методи вагінопластики можуть включати використання власних епітеліальних клітин ротової порожнини (230, 231).

Мошонка використовується для створення великих статевих губ. Хірурги використовують реконструктивну хірургію для моделювання клітору та кліторального капюшона, зберігаючи нервово-судинний пучок на кінчику статевого члена як нейросенсорний шлях до клітора. Деякі хірурги також створюють чутливе місце форми стебельця, додаючи точку G на неовагіні для збільшення чутливості (232). Зовсім недавно пластичні хірурги розвинули методи моделювання малих статевих губ. Для подальшого завершення фемінізації було запропоновано проведення трансплантації матки та навіть були спроби його проведення (233).

Іноді мають місце неовагінальний пролапс, ректовагінальна фістула, затримка загоєння, вагінальний стеноз та інші ускладнення (234, 235). Лікарі повинні наполегливо нагадувати трансгендерній людині про використання розширювачів для підтримки глибини та ширини піхви протягом всього післяопераційного періоду. Після генітальної хірургії з узгодження гендеру, як правило, зберігаються генітальна сексуальна чутливість та інші аспекти сексуальної функції (236, 237).

Допоміжні операції для досягнення більш жіночого або чоловічого вигляду не входять до сфери розгляду цієї настанови. Для приведення мовлення у відповідність до узгодженого гендеру необхідно проводити голосову терапію за допомогою логопеда-дефектолога (148). У трансгендерних чоловіків під час лікування тестостероном відбувається невимуслене зниження

Критерії для застосування хірургії з узгодження гендеру, що впливає на фертильність

1. Сійка, добре задокументована гендерна дисфорія.
2. Вік повноліття згідно законодавству даної країни.
3. Безперервне та відповідальне використання гормонів для узгодження гендеру протягом 12 місяців (якщо немає медичних протипоказань до такої терапії).
4. Успішне безперервне життя на постійній основі в новій гендерній ролі протягом 12 місяців.
5. Якщо є серйозні медичні чи психічні ускладнення, вони мають контролюватися належним чином.
6. Знання всіх практичних аспектів операції (таких як вартість, вимоги до тривалості госпіталізації, можливі ускладнення, післяопераційна реабілітація).

тембру голосу (152, 238). У жодних дослідженнях не порівнювалися ефективність логопедії, операцій на гортані та комбінованого лікування.

Операція на грудях є хорошим прикладом операції з узгодження гендеру, що не впливає на фертильність. Серед усіх жінок розмір грудей має дуже широкий діапазон. Для трансгендерних жінок, щоб прийняти найкраще обґрунтоване рішення, лікарям-клініцистам слід відкладати проведення хірургічної пластики грудей до того часу, поки пацієнт не завершить принаймні 2 роки естрогенної терапії, адже груди продовжують зростати протягом цього часу (141, 155).

Іншою важливою процедурою є видалення волосся на обличчі та волосся маскулінного типу на тілі з використанням електролізу або лазерних процедур. Інші операції з фемінізації, такі як фемінізація обличчя, наразі стають все більш популярними (239–241).

У трансгендерних чоловіків лікарі зазвичай відкладають проведення генітальної хірургії з узгодження гендеру, доки пацієнт не пройде кілька років андрогенної терапії. Хірургічні втручання, що впливають на фертильність у цій групі, включають оофоректомію, вагінектомію та повну гістеректомію. Хірурги можуть безпечно виконувати їх вагінально з використанням лапароскопії. Це іноді робиться в поєднанні зі створенням неопенісу. Косметичний вигляд неопенісу на цей час може бути дуже хорошим, але хірургічне втручання для того є багатоетапним і дуже дорогим (242, 243). Найбільш задовільною процедурою є хірургія фалопластики з використанням радіального клаптя з передпліччя

(228, 244). Також можливе використання інших клаптів (245). Хірурги здатні зробити можливою неопенільну ерекцію шляхом реінервації клаптя та подальшого скорочення м'язів, що призводить до напруження неопенісу (246, 247), але результати є неоднозначними (248). Хірурги також можуть зміцнювати пеніс шляхом вкладки деякого механічного пристрою (наприклад, стрижня або якогось надувного пристрою) (249, 250). Через такі обмеження результати створення неопенісу часто бувають менш ніж задовільними. Нещодавно було запропоновано здійснення трансплантації пенісу (233).

Насправді більшість трансгендерних чоловіків не вдаються до зовнішньої генітальної хірургії через відсутність доступу, високу вартість та значні потенційні ускладнення. Деякі вибирають метоїдіопластику, що виносить клітор вперед, тим самим уможлиблюючи сечовипускання стоячи, не змочуючи себе (251, 252). Хірурги можуть створювати зі статевих губ мошонку з хорошим косметичним ефектом та імплантувати протези яєчок (253).

Найважливішим хірургічним втручанням з маскулінізації для трансгендерних чоловіків є мастектомія, і вона не впливає на фертильність. Розмір грудей лише частково зменшується за андрогенної терапії (155). У дорослих обговорення проведення мастектомії зазвичай відбувається після початку андрогенної терапії. Оскільки деякі трансгендерні хлопці підліткового віку звертаються до лікаря тоді, коли в них вже відбувся значний розвиток молочних залоз, вони також можуть розглядати проведення

мастектомії за 2 роки після початку андрогенної терапії та раніше досягнення 18 років. Лікарям слід використовувати індивідуальний підхід на основі фізичного і психічного стану здоров'я особи. Зараз є нові підходи до проведення мастектомії, що дають кращі результати (254, 255). Вони часто включають контурну пластику грудей (256). Мастектомія часто необхідна для комфортного життя в новому гендері (256).

5.1. Ми рекомендуємо пацієнту звертатися за генітальною хірургією з підтвердження гендеру лише після того, як фахівець з психічного здоров'я та лікар-клініцист, відповідальні за ендокринну терапію, погодяться, що операція є необхідним медичним втручанням, і вона буде корисною для загального здоров'я та/або добробуту пацієнта (1|⊕⊕○○).

5.2. Ми рекомендуємо лікарям затверджувати хірургічне втручання з узгодження гендеру лише після завершення щонайменше одного року послідовного і відповідного до призначень лікування гормонами, за винятком випадків, коли гормональна терапія не є бажаною або медично протипоказана (Твердження належної практики без оцінки).

5.3. Ми радимо, щоб лікар-клініцист, відповідальний за ендокринне лікування, та лікар первинної медичної допомоги забезпечували належне медичне обстеження трансгендерних осіб для проведення операції з узгодження гендеру та співпрацювали з хірургом у питанні вживання гормонів під час та після операції (Твердження належної практики без оцінки).

5.4. Ми рекомендуємо лікарям-клініцистам направляти трансгендерних осіб, що пройшли лікування гормонами, на генітальну хірургію, коли особа: (1) задоволена зміною соціальної ролі, (2) задоволена ефектом гормональної терапії, та (3) бажає остаточних хірургічних змін (1|⊕○○○).

5.5. Ми пропонуємо лікарям відкладати проведення хірургічного втручання з узгодження гендеру, що передбачає гонадектомію та/або гістеректомію, доки пацієнт не досягне 18 років або встановленого законом віку повноліття в своїй країні (2|⊕⊕○○).

5.6. Ми пропонуємо, щоб лікарі-клініцисти визначали час проведення хірургії грудей для трансгендерних чоловіків на основі стану фізичного та психічного здоров'я особи. Доказів, щоб рекомендувати конкретні вікові обмеження, наразі недостатньо (2|⊕○○○).

Докази

Через нестачу контрольованих досліджень, неповні подальші спостереження і нестачу обґрунтованих оціночних заходів, оцінити різні хірургічні підходи і методи складно. Проте один систематичний огляд, що включає велику кількість досліджень, показав задовільні косметичні та функціональні результати з проведення вагінопластики / створення неовагіни (257). Для трансгендерних чоловіків наслідки є менш певними. Однак проблеми тепер зрозумілі краще (258). У кількох післяопераційних дослідженнях повідомляється про випадки значної довгострокової психологічної та психіатричної патології (259–261). Одне дослідження показало помітне зростання задоволеності щодо грудей, статевих органів та жіночності та продемонструвало важливість хірургічного втручання як ключового варіанту лікування для трансгендерних жінок (262). Інший аналіз показав, що, незважаючи на молодий середній вік смерті пацієнтів після операції і відносно більшу кількість осіб з соматичними захворюваннями, дослідження не дозволяє встановити причинно-наслідкові зв'язки між, наприклад, певними типами отриманого пацієнтами гормонального або хірургічного лікування і соматичними захворюваннями та смертністю (263). Зворотна операція для транссексуалів, що здійснили перехід з чоловічої до жіночої статі та незадоволені результатами хірургічного втручання, є складною, багатоступеневою процедурою із задовільними результатами. Подальше розуміння характеристик осіб, які після операції шкодують про своє рішення, сприятиме в майбутньому кращому відбору претендентів, до яких може бути застосоване хірургічне втручання з корекції статі. Для визначення довгострокових переваг хірургічного лікування потрібно більше належно контрольованих досліджень, що вивчали б довгострокову якість життя, психосоціальні наслідки та психіатричні наслідки.

Коли трансгендерна людина вирішує пройти операцію з узгодження гендеру, лікар, що прописує гормони, та фахівець з психічного здоров'я повинні підтвердити, що пацієнт відповідає критеріям для проведення хірургії з узгодження гендеру (табл. 16).

Існують побоювання, що естрогенна терапія може викликати збільшення ризику венозних тромбозів під час або після операції (176). Зважаючи на це, хірург та лікар, відповідальний за призначення гормонів, мають співпрацювати в прийнятті рішення щодо вживання гормонів до та відразу

після операції. Одне дослідження показало, що передопераційні фактори (наприклад, дотримання умов) менш важливі для задоволення пацієнтів, ніж фізичні післяопераційні результати (56). Однак інші дослідження і клінічний досвід вказують, що люди, які не дотримуються медичних інструкцій і не працюють з лікарями для досягнення спільної мети, не досягають цілей лікування (264) і мають більш високі показники післяопераційних інфекцій та інших ускладнень (265, 266). Важливо також, щоб особа, яка бажає хірургічного втручання, почувалася комфортно від анатомічних змін, що відбулися під час гормональної терапії. Невдоволеність соціальними та фізичними наслідками при гормональному переході може бути протипоказанням до операції (223).

Ендокринолог або досвідчений постачальник медичних послуг повинен спостерігати трансгендерних осіб після хірургічного втручання. Особи, що пройшли гонадектомію, потребують замісної гормональної терапії, спостереження або того й іншого для запобігання несприятливому впливу хронічного дефіциту гормонів.

Уточнення щодо відповідальності: Практична клінічна настанова від Ендокринного товариства розроблена для допомоги ендокринологам шляхом надання керівних вказівок та рекомендацій у конкретних сферах діяльності. Ці рекомендації не повинні розглядатися як такі, що містять усі належні підходи чи методи або виключають будь-які інші. Ці рекомендації не можуть гарантувати жодного конкретного результату, а також не встановлюють стандартів медичної допомоги. Рекомендації не призначені вказувати, як лікувати певних пацієнтів. Рішення про лікування повинні прийматися на підставі незалежного оцінювання медичними фахівцями з урахуванням індивідуальних обставин кожного пацієнта.

Ендокринне товариство не надає стосовно цієї настанови жодних гарантій, явних чи непрямих, та зокрема виключає будь-які гарантії товарної придатності та придатності для певного використання або призначення. Товариство не несе відповідальності за прямі, непрямі, умисні, випадкові або наслідкові збитки, пов'язані з використанням інформації, що міститься у цьому документі.

Літературні посилання знаходяться в редакції журналу та за посиланням на сайті Endocrine society: <https://academic.oup.com/jcem/article/102/11/3869/4157558>

Переклад здійснено за егідою Громадського об'єднання «Інсайт», перекладач – Інна Ірискіна

Дата надходження до редакції 14.05.2018 р.