

Ендокринне лікування транссексуальних осіб

РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ

У 1923 році термін «транссексуал» уперше було використано для опису осіб, які відчували глибокий дискомфорт через власну біологічну стать. Сьогодні медичне лікування, іноді разом із хірургічним втручанням, дає транссексуалам змогу робити перехід від чоловіків до жінки (Ч—Ж) або від жінки до чоловіка (Ж—Ч) та жити належним чином за новообраною статтю. Зміна статі відбувається за рішенням команди лікарів, у якій ендокринолог відіграє важливу роль, разом із фахівцями в галузі психічного здоров'я та хірургами. Транссексуалізм, або розлад гендерної ідентичності (РГІ), діагностує фахівець із психічного здоров'я, але потребує в подальшому ендокринної (гормональної) терапії, яка здійснюється за обов'язковою участю ендокринолога.

Цей пацієнтський довідник базується на клінічних рекомендаціях, написаних групою експертів з ендокринології, щоб допомогти практичним лікарям призначати відповідну гормональну терапію для транссексуалів, які хочуть розвивати фізичні характеристики бажаної статі.

Загальні цілі такої терапії:

- пригнічення продукції гормонів, які визначаються генетичним/біологічним станом людини;
- підтримка в межах норми «крос-сексуальних» рівнів гормонів відповідно до бажаної для людини протилежної статі.

КОЛИ СЛІД ПОЧИНАТИ ЕНДОКРИННЕ ЛІКУВАННЯ ТРАНССЕКСУАЛІВ?

Особи, які бажають отримати ендокринне лікування для зміни статі, спочатку мають отримати підтвердження наявності РГІ від спеціаліста з психічного здоров'я та пройти психотерапію або консультування, а також отримати «реальний досвід». Це поняття передбачає отримання досвіду в реальному житті — проживання протягом року повного робочого дня в бажаній статі перед початком незворотних фізичних перетворень. Досвід у реальному житті особливо рекомендований для підлітків та заохочується, коли це можливо, у дорослих. Іноді реальний життєвий досвід набувається паралельно з медичним лікуванням, а не передує йому. Однак ні зміна повної соціальної ролі, ні лікування гормонами не рекомендовані до початку статевого дозрівання, оскільки РГІ у дітей часто не подовжуються до підліткового віку.

ЯК ГОРМОНИ ВПЛИВАЮТЬ НА СТАТЕВІ ОЗНАКИ?

До статевого дозрівання основні помітні відмінності між тілом хлопчика і дівчинки — це їхні зовнішні статеві органи — чоловічий статевий член і жіноча вульва. Пубертат зумовлює підвищення рівня естрогенів і андрогенів, двох основних класів «жіночих» і «чоловічих» статевих гормонів. У межах цих двох класів естрадіол і тестостерон є статевими гормонами, відповідальними за розвиток вторинних статевих ознак — фізичних особливостей чоловічого і жіночого організму, які не належать безпосередньо до репродуктивної системи. У дівчат це означає зростання грудей, появу волосся під пахвами та на лобку; розширені стегна і жирові відкладення навколо стегон і сідниць. У хлопчиків статево дозрівання зумовлює зростання яєчок і статевого члена, появу волосся на обличчі й тілі, збільшення кісткової та м'язової маси, поглиблення голосу, ріст адамового яблука.

ЯК ГОРМОНАЛЬНУ ТЕРАПІЮ ВИКОРИСТОВУЮТЬ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ТРАНССЕКСУАЛЬНИХ ПІДЛІТКІВ?

Запобігання розвитку небажаних статевих ознак

Юні особи з РГІ часто вважають свої фізичні зміни під час статевого дозрівання нестерпними. Лікування таких підлітків препаратом, який пригнічує пубертатні перетворення, може запобігти цій психологічній шкоді. Лікарський засіб — аналог гормона, що вивільняє гонадотропін (гонадотропін-релізінг гормона — ГТрг), зупиняє вивільнення лютеїнізувального (ЛГ) та фолікулостимулювального (ФСГ) гормонів. Ці два гормони, які виробляє гіпофіз, розташований у головному мозку, стимулюють розвиток гонад (чоловічих яєчок або жіночих яєчників), котрі безпосередньо виробляють чоловічі (або жіночі) статеві гормони, що контролюють статевий розвиток і досягнення зрілості.

Якщо лікування ГТрг починається досить рано, у період статевого дозрівання, слабко розвинені статеві ознаки підлітка зникнуть, тому, щоб запобігти незворотному розвитку статевих ознак небажаної статі, сучасні клінічні настанови рекомендують починати лікування ГТрг до того, як відбудеться значне зростання яєчок або грудей. За умови своєчасного лікування в дівчат, як правило, зникає незначне збільшення грудей і зупиняється менструація. У хлопчиків зупиняється формування зовнішньої маскулітності тіла і зменшуються яєчка. Перевага використання аналогів ГТрг полягає в тому, що їхній ефект зворотний. Якщо таке

лікування буде припинено, статеве дозрівання негайно відновиться.

Пубертат може бути зупинений також у підлітків, які перебувають на пізніших стадіях статевого дозрівання. Проте окремі фізичні особливості статі, такі як розвиток грудей у дівчаток, зниження голосу та зміни форми щелепи й лоба у хлопчиків, не можуть мати зворотного розвитку. Гормональне лікування, розпочате в пізньому підлітковому віці, може пригальмувати повний розвиток статевих органів, але лише хірургічне втручання може змінити зовнішній вигляд статевих органів до бажаної статі.

Розвиток бажаних статевих ознак

Сучасні клінічні настанови рекомендують починати ендокринне лікування для розвитку вторинних статевих ознак бажаної протилежної статі у віці 16 років. Пропонують використовувати поступове збільшення дози (кожних 6 місяців) крос-статевих гормонів до досягнення необхідного дозування для забезпечення дорослого рівня гормонального забезпечення. Щоб запустити фемінізацію, естрогени слід приймати щодня, зазвичай у вигляді таблеток. Щоб викликати маскулінізацію, тестостерон вводять безпосередньо в м'язи один раз кожних один-два тижні. Під час такого лікування для досягнення бажаних вторинних статевих ознак клінічні настанови дають змогу продовжувати лікування аналогами ГТрг, щоб запобігти розвитку небажаних статевих ознак. Час початку лікування крос-статевим гормоном довільний, але здійснювати його можна лише тоді, коли підліток може приймати обізнані, зрілі рішення та брати участь у лікуванні. Також краще, щоб транссексуальний підліток розвивався разом зі своїми однолітками.

ЯК ГОРМОНАЛЬНУ ТЕРАПІЮ ВИКОРИСТОВУЮТЬ У ДОРОСЛИХ ТРАНССЕКСУАЛІВ?

Транссексуальні жінки-чоловіки (Ж—Ч)

Деякі різні препарати андрогену можуть бути використані для розвитку чоловічих характеристик у дорослих транссексуалів Ж—Ч. Ін'єкції, шкірні гелі або пластирі можуть бути використані для зведення рівня тестостерону в організмі до норми дорослого чоловічого організму. Застосування тестостерону зумовлює збільшення м'язової маси, зниження жирової маси, збільшення волосся на обличчі та появу вугрів, а також збільшення лібідо (статевого потягу). Лікування тестостероном також може спричинити розширення клітора, поглиблення голосу, а також припинення менструацій та зниження фертильності (здатності до зачаття). Менструація може припинитися протягом кількох місяців тільки при застосуванні тестостерону, хоча можуть знадобитися його високі дози. Якщо менструальна кровотеча триває, для її зупинки

може бути додано інший гормон (прогестерон) або абляція ендометрію (амбулаторна хірургічна процедура, яка руйнує оболонку матки). Аналоги ГТрг або прогестерон також можуть бути використані для зупинки менструації до лікування тестостероном і зменшення вмісту естрогенів до рівня, встановленого в біологічних чоловіків.

Транссексуальні чоловіки-жінки (Ч—Ж)

Крос-сексуальна гормональна терапія для транссексуальних дорослих у Ч—Ж вимагає застосування антиандрогенів разом з естрогеном. Для того, щоб естрогенна терапія у транссексуальної людини Ч—Ж мала повний ефект, рівень тестостерону повинен бути знижений до рівня, встановленого в біологічних жінок. Як антиандрогенний спіронолактон, так і агоністи ГТрг ефективні у зниженні рівня тестостерону. Естроген доступний у вигляді таблетки, шкірного гелю, пластиру або ін'єкції. Рівень естрогену в крові транссексуальної людини Ч—Ж слід підтримувати на середньому рівні для жінок із пременопаузою, а рівень тестостерону має бути в жіночому діапазоні.

ЯКІ РИЗИКИ ГОРМОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЯК ЇХ МОЖНА УНИКНУТИ?

Крос-статева гормональна терапія має такі ж ризики, як і замісна терапія статевим гормоном у біологічних чоловіків і жінок. Скринінг попередньої терапії та регулярний медичний моніторинг рекомендовані для транссексуалів як Ж—Ч, так і Ч—Ж. Клінічні настанови рекомендують проводити моніторинг кожних 3 місяці протягом першого року гормональної терапії, а потім один-два рази на рік.

Транссексуальні Ж—Ч

Серед проблем, які можуть виникнути при триваломому застосуванні терапії тестостероном, — дуже виразні поширені або ускладнені кістозні вугрі, надмірне збільшення маси тіла, затримка солі, збільшення кількості червоних кров'яних тілець (що призводить до згущення крові) та негативні психологічні зміни. У клінічних настановах указано на доцільність хірургічного видалення матки, шийки матки та яєчників у транссексуалів Ж—Ч, щоб зменшити ризик виникнення раку репродуктивних органів.

Транссексуальні Ч—Ж

Для осіб, які отримують лікування естрогеном, визначальне питання — уникнення дуже високих доз препарату або високого рівня естрогену в крові, що може збільшити ризик тромбів, проблем з печінкою та високого кров'яного тиску. Клінічні настанови вказують, що транссексуальні особи Ч—Ж потребують моніторингу стану молочної залози, рекомендованого для біологічних жінок, а

також дотримання рекомендацій щодо скринінгу раку простати, рекомендованого для біологічних чоловіків.

ЩО ВИ МОЖЕТЕ ЗРОБИТИ, ЩОБ ДОПОМОГТИ ПРОЦЕСУ ЕНДОКРИННОЇ ТЕРАПІЇ?

Вам, вашому ендокринологу та вашому фахівцю із психічного здоров'я слід стати партнерами у вашому медичному супроводі. Запитайте про можливість та обмеження щодо зміни статі, щоб ви

могли приймати обґрунтовані рішення. Перед тим як почати ендокринну терапію, будьте впевнені, що ви розумієте наслідки пригнічення продукції власних гормонів та лікування препаратами крос-статевого гормону. Зокрема, запитайте про його вплив на фертильність та про наявні варіанти підвищення шансів на майбутню здатність до продовження роду, якщо це вас непокоїть. Дотримуйтесь рекомендацій лікаря щодо лікування та регулярно відвідуйте його для тестування й моніторингу вашого стану. Важливо вносити необхідні зміни в лікування до розвитку серйозних ускладнень.