

Клинический случай

УДК 616.4

<https://doi.org/10.21886/2219-8075-2022-13-2-162-167>

Современные подходы к ведению гендерной дисфории с позиции эндокринолога: клиническое наблюдение

Волкова Н. И., Давиденко И. Ю., Дегтярева Ю. С.

Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

Автор, ответственный за переписку: Давиденко Илья Юрьевич, Davidenko.iu@gmail.com

Аннотация. Оказание медицинской помощи по коррекции пола людям с гендерной дисфорией — сложная мультидисциплинарная задача, успех в решении которой определяется тесным сотрудничеством специалистов, квалифицированных в вопросах помощи таким пациентам, таких как психиатр, эндокринолог и хирург. Помимо диагностического обследования пациентам с гендерной дисфорией требуется психотерапия или психологическое консультирование, заместительная гормональная терапия и, при необходимости, хирургическая коррекция пола. Перед назначением гормональной терапии необходимо убедиться, что пациент соответствует критериям диагноза гендерной дисфории, быть уверенным, что желание пациента изменить пол оправдано, все последствия терапии, включая возможные физические изменения и сроки их возникновения, разъяснены. Хирургические вмешательства на гениталиях возможны только после как минимум одного года гормонотерапии и жизни в роли выбранного гендера. Разработанные на сегодняшний день алгоритмы медицинской помощи для лиц с гендерной дисфорией детально описывают механизм коррекции пола, вклад различных специалистов в данный процесс, а также возможные риски и методы их предотвращения. Только тщательное соблюдение этапов диагностики и лечения без нарушения их последовательности может привести к успешному достижению конечного результата. В то время как любые отступления от алгоритмов ввиду объективных и субъективных причин влекут за собой серьезные жизнеугрожающие последствия, что наглядно продемонстрировано в клинических случаях, представленных в данной статье.

Ключевые слова: гендерная дисфория, гормональная терапия, клинический случай

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Для цитирования: Ковалев А. И. Клинические особенности сочетания агорафобии и психических расстройств непереносимости уровня (литературный обзор). *Медицинский вестник Юга России*. 2022;13(2):162-167. DOI 10.21886/2219-8075-2022-13-2-162-167.

Modern approaches to the management of gender dysphoria from endocrinologist's viewpoint: clinical case

N. I. Volkova, I. Yu. Davidenko, Yu. S. Degtyareva

Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

Corresponding author: Ilya Yu. Davidenko, Davidenko.iu@gmail.com

Abstract. Providing medical care to people with gender dysphoria is a complex multidisciplinary task, the success of which is determined by the close cooperation of specialists qualified in helping such patients, such as a psychiatrist, endocrinologist, and surgeon. In addition to diagnostic testing, patients with gender dysphoria require psychotherapy or psychological counseling, hormone replacement therapy, and, if necessary, gender confirmation surgery. Before prescribing hormone therapy, it is necessary to make sure that the patient meets the criteria for the diagnosis of gender dysphoria, to be sure that the patient's desire to change gender is justified, all the consequences of therapy, including possible physical changes and the timing of their occurrence, are explained. Genital reconstruction procedures are possible only after at least one year of hormone therapy and life in the role of the chosen gender. The algorithms of medical care for persons with gender dysphoria developed to date describe in detail the mechanism of gender reassignment, the contribution of various specialists to this process, as well as possible risks and methods for their prevention. Only careful observance of the stages of diagnosis and treatment without violating their sequence can lead to the successful achievement of the result. While any deviations from the algorithms, due to objective and subjective reasons, entail serious life-threatening consequences, which is clearly demonstrated in the clinical cases presented in this article.

Keywords: gender dysphoria, transgender, hormone therapy, case report

Financing: The study did not have sponsorship.

For citation: Volkova N. I., Davidenko I. Yu., Degtyareva Yu. S. Modern approaches to the management of gender dysphoria from endocrinologist's viewpoint: clinical case. *Medical Herald of the South of Russia*. 2022;13(2):162-167. DOI 10.21886/2219-8075-2022-13-2-162-167.

Введение

В настоящее время мировое сообщество всё больше внимания уделяет проблеме дискомфорта и страданий мужчин и женщин в связи с принудительным соответствием половому диморфизму. Еще в 1979 г., когда была основана Всемирная профессиональная ассоциация трансгендерного здравоохранения (WPATH), опубликованы первые Стандарты медицинской помощи для лиц с гендерной дисфорией/гендерным несоответствием [1]. В последующие годы терминология и её применение регулярно менялись, и на сегодняшний день система классификации Американской психиатрической ассоциации закрепила термин «гендерная дисфория» в диагнозе лиц, неудовлетворённых назначенным им полом. Более того, в МКБ-11, которая вступила в силу в 2022 г., Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) предложила использовать термин «гендерное несоответствие» [2]. Таким образом, в современном медицинском сообществе при описании проблемы гендерной дисфории используются следующие термины:

- «трансгендер» – обобщающий термин для лиц, чьё поведение или самовыражение не соответствует их полу при рождении;
- «гендерная дисфория» (ГД) – дискомфорт, обусловленный расхождением между полом при рождении и половой идентичностью индивидуума;
- «трансгендерный мужчина» (FtM) – биологически человек женского пола, который идентифицирует себя с мужским полом и хочет быть мужчиной;
- «трансгендерная женщина» (MtF) – биологически человек мужского пола, который идентифицирует себя с женским полом и хочет быть женщиной;
- «коррекция пола» – медикаментозное и/или хирургическое лечение для адаптации своего тела к гендерной идентичности;
- «переход» – период времени, требуемый для изменения физического облика, социальной роли и документов на противоположные относительно биологического пола [3].

В Российской Федерации с 2018 г. действует регламент, согласно которому человек, желающий пройти процедуру коррекции пола, должен получить заключение комиссии, состоящей из психиатра, медицинского психолога и сексолога, подтверждающее диагноз «гендерная дисфория», в результате чего предоставляется возможность поменять документы и провести медицинскую коррекцию пола (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.10.2017 № 850н «Об утверждении формы и порядка выдачи медицинской организацией документа об изменении пола», зарегистрирован 19.01.2018 № 49695). Следует отметить, что все процедуры медицинской коррекции пола оплачиваются исключительно из собственных средств пациентов, что, на наш взгляд, не совсем справедливо.

К наиболее сложным задачам при помощи людям с гендерной дисфорией относится коррекция пола, которая, безусловно, является мультидисциплинарной, и успех её решения зависит от эффективного сотрудничества специалистов, квалифицированных в вопросах помощи данным пациентам, таких как врач-психиатр, врач-эндокринолог и врач-хирург. Так, помимо непосредственно диагностического обследования, пациентам потребуется психотерапия или психологическое консультирование, заместительная

гормональная терапия и в ряде случаев – хирургическая смена пола. Учитывая то, что под маской гендерной дисфории могут скрываться иные состояния, схожие с ней по симптоматике, большинство клинических рекомендаций профессиональных сообществ, включая WPATH и Эндокринологическое общество (ES), указывают на необходимость выставления диагноза только специалистом по психическому здоровью, обладающим высоким уровнем компетенции в использовании Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-5 и МКБ), и настаивают в проведении дифференциальной диагностики гендерной дисфории/гендерной неконформности с другими состояниями, имеющими схожие клинические проявления [1,3].

Если говорить об этапах коррекции пола, то первым и наиболее значимым является подтверждение диагноза гендерной дисфории врачом-психиатром. От корректности данного этапа во многом зависит успешность всего процесса коррекции пола. И только на втором этапе пациент может быть направлен к врачу-эндокринологу для проведения гормональной терапии, целью которой является снижение уровня эндогенных гормонов для ослабления клинических проявлений вторичных половых признаков текущего биологического пола, а также замещение экзогенными гормонами желаемого пола [3].

Схемы терапии FtM-трансгендеров для стимуляции маскулинизации основаны на принципах гормонального лечения мужчин с гипогонадизмом и могут включать в себя применение парентеральных и трансдермальных препаратов тестостерона [4]. При этом ожидаемые клинические изменения появляются спустя некоторое время. Так, в первые 6 месяцев терапии может отмечаться прекращение менструаций, усиление роста волос в андрогензависимых областях, увеличение либидо, появление акне и увеличение мышечной массы. В то время как изменение тембра голоса, клиторомегалия, а в некоторых случаях и облысение волосистой части головы могут появляться ближе к концу первого года терапии [4].

Режим лечения MtF-трансгендеров более сложен, поскольку для подавления уровня тестостерона наряду с физиологическими дозами эстрогенов, которые принимаются орально или трансдермально, может потребоваться применение прогестинов, агонистов GnRH и спиронолактона ввиду их выраженной антиандрогенной активности [5]. Клинические изменения, возникающие в первый год терапии, включают в себя уменьшение роста волос на теле и лице, снижение либидо, уменьшение числа спонтанных эрекций и перераспределение жировой массы [5]. В течение второго года после начала гормонотерапии начинается рост и развитие молочных желез, однако следует учитывать, что данные изменения носят индивидуальные характер [6,7].

Важно помнить, что в процессе гормональной терапии трансгендеры зачастую имеют завышенные ожидания относительно клинических изменений и скорости их развития, в результате чего стремятся усилить их посредством нарушения режима приёма гормональных препаратов. Такой подход может приводить к развитию серьёзных неблагоприятных последствий, предотвращение которых также является важной задачей врача-эндокринолога. Среди возможных рисков гормональной терапии следует выделить

тромбоэмболическую болезнь, макропролактинему, рак груди, ишемическую болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания и желчекаменную болезнь при терапии эстрогенами. В то же время при лечении тестостероном могут возникать эритроцитоз, тяжелая дисфункция печени, ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания, артериальная гипертензия, рак груди или матки.

С целью предотвращения неблагоприятных последствий необходимо проводить регулярный контроль веса и артериального давления, клинических изменений и потенциальных неблагоприятных последствий в ответ на лечение, а также лабораторный мониторинг уровня половых стероидных гормонов каждые 3 месяца в течение первого года терапии, а затем один или два раза в год [3].

Стандартный план мониторинга FtM-трансгендеров включает в себя наблюдение пациента каждые 3 месяца в первый год терапии и затем 1–2 раза в год для оценки вирилизации и предотвращения нежелательных явлений. К основным лабораторным показателям, подлежащим контролю, относятся общий тестостерон, который следует оценивать каждые 3 месяца до достижения мужской нормы (400–700 нг/дл), гематокрит и гемоглобин, которые определяют до начала терапии, а далее каждые 3 месяца в течение года. Также при каждом визите необходимо оценивать артериальное давление, вес и липидный профиль. Другими словами, основными вопросами мониторинга являются поддержание уровня общего тестостерона в физиологическом диапазоне для мужчин и предотвращение нежелательных явлений, таких как эритроцитоз, синдром апноэ во сне, чрезмерный набор веса, артериальная гипертензия, а также нарушения липидного обмена [3].

Наблюдение MtF-трансгендеров проводится каждые 3 месяца в течение первого года гормонотерапии, а затем 1–2 раза в год для оценки феминизации и предотвращения нежелательных явлений. Поскольку передозировка эстрогенами ввиду значительного их повышения в плазме крови может привести к резкому увеличению риска тромбоэмболии, дисфункции печени и развитию артериальной гипертензии, уровень эстрадиола не должен превышать значения, характерные для молодых женщин (100–200 пг/мл). Среди прочих показателей отдельное внимание следует уделить общему тестостерону, значения которого не должны превышать 50 нг/дл, и электролитам сыворотки крови, в частности калия при приеме спиронолактона, которые необходимо оценивать 1 раз в 3 месяца на протяжении первого года терапии [3]. Для своевременного выявления возможных осложнений проводится исследование минеральной плотности костей при высоком риске остеопоротических переломов, скрининг на онкологические заболевания и на тромбофилию у пациентов с отягощенным анамнезом или наследственностью [8].

Следует отметить, что до 20% случаев MtF-трансгендеров могут повышаться уровни пролактина, что, вероятно, связано с ростом лактотрофных клеток гипофиза и, как результат, увеличением передней доли [9]. В то же время часть пациентов может принимать психотропные препараты, которые в свою очередь также могут влиять на уровень пролактина [10].

Последним и наиболее важным этапом в лечении является хирургическое вмешательство. Следует сказать, что трансгендеры не всегда выбирают это лечение, и в ряде

случаев могут успешно жить в предпочитаемой им гендерной роли без хирургического вмешательства на половых органах. На сегодняшний день существует три категории операций по подтверждению пола для трансгендеров MtF: феминизация лица для придания более женственных черт, увеличение груди и реконструкция гениталий, которые включают двустороннюю орхиэктомию, пенэктомию и вагинопластику. Для FtM пациентов варианты хирургического лечения включают операцию по уменьшению груди, овариэктомию, гистерэктомию и/или вагинэктомию, фаллопластику и метоидиопластику. В связи с высокой инвазивностью и необратимостью генитальные операции должны проводиться только после гормонотерапии и жизни в предпочитаемой пациентом гендерной роли в течение как минимум одного года. Важно также убедиться, что гендерная дисфория имеет стойкий характер, что пациент способен принимать взвешенные решения и все сопутствующие медицинские и психические проблемы компенсированы [1]. Согласно данным литературы, случаи послеоперационного разочарования у пациентов наиболее часто спровоцированы наличием сопутствующей психиатрической патологии, а также отсутствием поддержки окружающих. Поэтому очень важно постараться избежать завышенных ожиданий у пациента и своевременно оценить потенциальные психологические и социальные риски от неудачного медицинского вмешательства путём предоставления полной информации о возможностях и ограничениях различных вариантов лечения [3].

Таким образом, разработанные на сегодняшний день алгоритмы медицинской помощи для лиц с гендерной дисфорией детально описывают механизм коррекции пола, вклад различных специалистов в данный процесс, а также возможные риски и методы их предотвращения. Только тщательное их соблюдение без нарушения этапности может привести к успешному достижению конечного результата. В то время как любые отступления от данных алгоритмов ввиду объективных и субъективных причин влекут за собой серьёзные жизнеугрожающие последствия.

Описание клинических случаев

Клинический случай 1. Пациент MtF П., 25 лет, обратился с целью проведения гормональной терапии для коррекции пола. Следует отметить, что на консультации присутствовала мама больного, которая активно его поддерживала и участвовала в обсуждении анамнеза, а также плана лечения.

Анамнез пациента. Психические заболевания в роду отрицает. Пациент MtF – единственный ребенок в семье, по характеру был необщительным, спокойным, послушным. После полового созревания либидо было снижено, к девушкам особого интереса не проявлял. В возрасте 15 лет появился дискомфорт от ношения мужской одежды. Половая жизнь появилась с 19 лет. Дискомфорт от неприятия своего пола стал нарастать. В 21 год начал искать информацию об этой теме в сети «Интернет». Появилось стойкое желание сменить свой пол на женский. В 23 года обратился к психиатру, который в течение года проводил дифференциальную диагностику гендерной дисфории с другими состояниями, имеющими схожие клинические проявления. В результате решением врачебной комиссии было вынесено заключение: «На основании анамнеза, динамического

наблюдения, объективного психического статуса выявляется нарушение половой идентификации в виде Транссексуализма (F64.0), данных за эндогенный процесс не обнаружено. Противопоказаний по психическому статусу к хирургической коррекции пола и паспортной смене пола нет». Также пациент MtF был направлен к эндокринологу для проведения гормональной терапии. В 24 года был назначен Андрукор 25 мг в сутки и Эстрожел 0,6 мг/г в сутки, которые пациент получал в течение 6 месяцев. На фоне проводимой терапии желаемого эффекта получено не было, а также сохранялись уровни общего тестостерона (33 нмоль/л) и эстрадиола (16,8 пг/мл), характерные для мужского пола, в связи с чем пациент начал искать в сети «Интернет» альтернативные методы коррекции пола. Ввиду отсутствия ожидаемых результатов больной вновь обратился к эндокринологу.

При объективном осмотре отмечались телосложение по мужскому типу, избыточная масса тела (рост – 172 см, вес – 84 кг, индекс массы тела – 28 кг/м²). В лёгких дыхании везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Артериальное давление – 120/75 мм рт. ст., частота сердечных сокращений – 74 уд./мин. Объём яичек составлял менее 10 мл. Также пациент сообщил о снижении либидо и уменьшении спонтанных эрекции. С учётом отсутствия выраженных специфических эффектов коррекции пола проводимая гормональная терапия была скорректирована. Так, доза Андрукура была увеличена до 50 мг в сутки, а Эстрожел заменён на Прогинову 4 мг в сутки. Следует отметить, что перед коррекцией гормональной терапии пациентки MtF впервые были оценены риски развития осложнений данного лечения. Были определены факторы риска тромбоэмболической болезни, среди которых выявлен только повышенный ИМТ. Кроме того, выявлен целевой уровень пролактина, а также нормальные показатели АЛТ и АСТ. Согласно алгоритмам медицинской помощи для лиц с гендерной дисфорией был разработан план наблюдения пациента MtF, который включал визиты каждые 3 месяца в течение 1 года для оценки эффективности и безопасности гормональной терапии.

Спустя 3 месяца на плановом осмотре отмечалось незначительное перераспределение жировой массы и рост груди. Остальные объективные данные оставались без изменений. Со слов пациента MtF, сохранялось снижение либидо и уменьшение спонтанных эрекции. По данным лабораторного обследования, было выявлено снижение уровня общего тестостерона (0,73 нмоль/л). Также отмечалось повышение уровня эстрадиола (87,4 пг/мл), однако значения не входили в целевой диапазон для трансгендерных женщин (100–200 пг/мл), в связи с чем доза Прогиновы была увеличена до 6 мг в сутки.

При следующем осмотре спустя ещё 3 месяца обращало на себя внимание выраженное перераспределение жировой массы, продолжился незначительный рост груди. Также отмечалось некоторое снижение мышечной массы и маслянистости кожи. Пациент MtF сообщил об отсутствии либидо и спонтанных эрекции. По данным лабораторного обследования, был выявлен такой же сниженный уровень общего тестостерона (0,86 нмоль/л). Также отмечалось достижение целевых значений эстрадиола (103,2 пг/мл). Однако пациент был недоволен имеющимся результатом, хотел более быстрого развития эффектов гормональной

терапии и настаивал на увеличении дозировки препаратов. Следует отметить, что больной уже получал Андрукор и Прогинову в максимально допустимых дозах. Пациенту MtF крайне подробно была описана данная информация, а также возможные риски увеличения дозировок гормональных препаратов.

На следующий осмотр спустя 3 месяца пациент не явился. Через полгода на приём обратилась мама пациента MtF с медицинской документацией сына. Выяснилось, что ввиду недовольства имеющимся результатом пациент MtF самостоятельно начал корректировать гормональную терапию, основываясь на данных, полученных в сети «Интернет». Так, был начат прием препаратов без контроля уровня гормонов. Спустя 2 месяца у пациента MtF случился тромбоз глубоких вен, в связи с чем он прекратил лечение. Со слов матери от дальнейшей терапии больной отказывается ввиду страха за свое состояние после перенесенного тромбоза глубоких вен, несмотря на сохраняющийся дискомфорт от непринятия своего пола.

Клинический случай 2. Пациентка FtM П., 23 года, обратилась с целью проведения гормональной терапии для коррекции пола.

Анамнез пациента. Психические заболевания в роду отрицает. Пациентка FtM была единственным ребенком в семье, по характеру – спокойная, послушная, умеренно общительная. С детства больше времени проводила в компании мальчиков. В момент полового созревания чувствовала себя крайне дискомфортно, отмечала непринятие начала менструального цикла. С 16 лет стала носить мужскую одежду, надевала корсет, чтобы спрятать грудь. Половой жизнью не живёт. Дискомфорт от непринятия своего пола стал нарастать, появилось стойкое желание сменить свой пол на мужской, и в 21 год она обратилась к психиатру. После проведения дифференциальной диагностики гендерной дисфории была проведена врачебная комиссия, которая вынесла заключение: «На основании анамнеза, динамического наблюдения, объективного психического статуса выявляется нарушение половой идентификации в виде Транссексуализма (F64.0), данных за эндогенный процесс не обнаружено. Противопоказаний по психическому статусу к хирургической коррекции пола и паспортной смене пола нет». Пациентка FtM самостоятельно начала гормональную терапию Небидо 1000 мг 1 раз в 3 месяца. Спустя 3 месяца в возрасте 22 лет без оценки эффективности проводимой терапии эндокринологом и психиатром была выполнена мастэктомия с формированием мужской груди. Ввиду особенностей фармакодинамического действия Небидо, в частности постепенного снижения клинического эффекта тестостерона после инъекции, пациентка FtM обратилась к эндокринологу для коррекции гормональной терапии.

При объективном осмотре отмечались телосложение по мужскому типу, избыточная масса тела (рост – 173 см, вес – 62 кг, индекс массы тела – 20,7 кг/м²). В лёгких дыхании везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Артериальное давление – 105/70 мм рт.ст., частота сердечных сокращений – 68 уд./мин. На лице отмечаются единичные акне и рост волос. На грудной клетке шрамы от проведённой мастэктомии. Со слов пациентки FtM, менструальный цикл отсутствует в течение 2-х лет. Для оценки рисков проводимой терапии были определены АЛТ,

АСТ и гематокрит, которые оказались в пределах нормы. Пациентке FtM назначен Андрогель 1% 5г в сутки. Кроме того, был разработан план наблюдения пациента, который включал визиты каждые 3 месяца в течение 1 года для оценки эффективности и безопасности гормональной терапии.

Спустя 3 месяца на плановом осмотре объективные данные оставались без изменений. По данным лабораторного обследования, был выявлен низкий для трансгендерных мужчин уровень общего тестостерона (0,73 нг/мл) и повышенный уровень эстрадиола (126 пг/мл). Несмотря на это, терапия в прежней дозе была продолжена. В то же время показатели липидного обмена, АЛТ, АСТ и гематокрит находились в пределах целевых значений.

При следующем осмотре спустя еще 3 месяца появилось огрубение голоса. В то же время, согласно результатам лабораторного обследования, отмечалось увеличение уровня общего тестостерона (4,13 нг/мл), тогда как уровень эстрадиола (42 пг/мл) вошёл в целевой диапазон для трансгендерных мужчин. Проводимая гормональная терапия была продолжена без изменений.

На следующем осмотре через 3 месяца пациентка FtM отмечал значительную динамику состояния. В частности, появились рост волос на теле и усиление мышечной массы, несмотря на схожие уровни общего тестостерона (4,43 нг/мл) и эстрадиола (47 пг/мл). Показатели липидного обмена, АЛТ, АСТ и гематокрит сохранялись в пределах целевых значений.

При следующем осмотре спустя 1 год после начала терапии Андрогелем к клиническим эффектам добавилось перераспределение жира. Пациентка FtM отмечала отличное самочувствие и сообщила, что поменяла пол в паспорте. По данным лабораторного обследования, отмечалось увеличение уровня общего тестостерона (6,77 нг/мл) и прежний уровень эстрадиола (43 пг/мл).

С учётом положительного эффекта от проводимой гормональной терапии, комфорта от пребывания в гендерной идентичности была рекомендована хирургическая коррекция пола. На фоне продолжающейся гормональной терапии была выполнена гистерэктомия и овариэктомия, также запланировано проведение реконструкции фиксированной части уретры совместно с фаллопластикой.

Обсуждение

На примере данных клинических случаев мы хотели продемонстрировать, какие различные результаты гормональной терапии могут быть достигнуты в зависимости от соблюдения или несоблюдения разработанных алгоритмов медицинской помощи для лиц с гендерной дисфорией. Так, в клиническом случае №1 пациент получал адекватную гормональную терапию в максимально допустимых дозах, на фоне чего отмечалась положительная динамика. Более того, перед началом лечения были оценены риски развития осложнений, а разработанный план наблюдения позволял контролировать как клинический эффект терапии, так и возможные побочные действия, что обсуждалось на каждом осмотре. Однако ввиду особенностей пациента, его сформированного мнения о возможных результатах лечения, полученных из сети «Интернет», больной принял решение о самостоятельной коррекции гормональной терапии. Как результат, у

пациента развился тромбоз глубоких вен, в связи с чем прием всех препаратов был прекращён, и, как следствие, достигнутые показатели были утрачены, несмотря на сохраняющийся дискомфорт от непринятия своего пола. Таким образом, отступление от алгоритмов медицинской помощи для лиц с гендерной дисфорией ввиду объективных и субъективных причин привело к серьёзным жизнеугрожающим последствиям.

В то же время, в клиническом случае №2, несмотря на несвоевременно выполненную мастэктомию ввиду отсутствия оценки эффективности проводимого лечения и короткий срок от начала введения препарата, в целом пациентке была назначена адекватная гормональная терапия и разработан план наблюдения, который полностью соблюдался. В результате чего были достигнуты клинические и лабораторные изменения пола на желаемый, комфорт от пребывания в своей гендерной идентичности, и, как следствие, была успешно выполнена гистерэктомия и овариэктомия, запланирована дальнейшая хирургическая коррекция пола. Таким образом, соблюдение алгоритмов медицинской помощи для лиц с гендерной дисфорией позволило пациентке получить желаемый результат лечения без значительных осложнений. Однако таким пациентам требуется обязательное динамическое наблюдение.

Заключение

Коррекция пола, безусловно, является сложной задачей, успех решения которой во многом зависит от мультидисциплинарной команды, состоящей исключительно из квалифицированных специалистов, компетентных в вопросах гендерной дисфории. Перед назначением гормональной терапии эндокринологу необходимо убедиться, что пациент соответствует критериям диагноза гендерной дисфории, быть уверенным, что желание пациента изменить пол оправдано, все последствия терапии, включая возможные физические изменения и сроки их возникновения, разъяснены.

Гормональная терапия FtM-трансгендеров основывается на принципах лечения мужчин с гипогонадизмом. В то время как эндокринная терапия MtF-трансгендеров включает в себя помимо эстрогенов ещё и препараты с антиандрогенным действием, такие как прогестины, агонисты GnRH, спиронолактон и ципротерона ацетат. Кроме того, необходимо проводить регулярный клинический контроль физических изменений и потенциальных неблагоприятных последствий в ответ на гормональную терапию. И только после достижения клинического и лабораторного эффекта, а также комфорта от пребывания в своей гендерной идентичности можно переходить к этапу хирургической коррекции пола.

Таким образом, разработанные на сегодняшний день алгоритмы медицинской помощи для лиц с гендерной дисфорией детально описывают механизм коррекции пола, вклад различных специалистов в данный процесс, а также возможные риски и методы их предотвращения. Только тщательное их соблюдение без нарушения последовательности этапов может привести к успешному достижению конечного результата. В то время как любые отступления от данных алгоритмов ввиду объективных и субъективных причин влекут за собой серьёзные жизнеугрожающие последствия.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. The World Professional Association for Transgender Health (WPATH). Standards of Care [Internet]. WPATH; 2017. Available from: <https://www.wpath.org/publications/soc/>. Accessed on 29 Apr 2022
2. World Health Organization (WHO). *New International Classification of Diseases* [Internet]. Available from: <https://icd.who.int/>. Accessed on 29 Apr 2022
3. Hembree W, Cohen-Kettenis P, Gooren L, Hannema S, Meyer W, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. *Endocrine Practice*. 2017;23(12):1437-1437. DOI: 10.4158/1934-2403-23.12.1437
4. Bhasin S, Cunningham G, Hayes F, Matsumoto A., Snyder P., et al. Testosterone Therapy in Adult Men with Androgen Deficiency Syndromes: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2006;91(6):1995-2010. DOI: 10.1210/jc.2005-2847.
5. T'Sjoen G, Arcelus J, Gooren L, Klink D, Tangpricha V. Endocrinology of Transgender Medicine. *Endocr Rev*. 2018;40(1):97-117. DOI:10.1210/er.2018-00011
6. Gooren L, Giltay E, Bunck M. Long-Term Treatment of Transsexuals with Cross-Sex Hormones: Extensive Personal Experience. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2008;93(1):19-25. DOI: 10.1210/jc.2007-1809
7. Lapauw B, Taes Y, Simoens S., Van Caenegem E., Weyers S., et al. Body composition, volumetric and areal bone parameters in male-to-female transsexual persons. *Bone*. 2008;43(6):1016-1021. DOI: 10.1016/j.bone.2008.09.001
8. Righini M, Perrier A, De Moerloose P, Bounameaux H. D-Dimer for venous thromboembolism diagnosis: 20 years later. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*. 2008;6(7):1059-1071. DOI: 10.1111/j.1538-7836.2008.02981.x
9. Cunha F, Domenice S, Câmara V, Sircili M., Gooren L., et al. Diagnosis of prolactinoma in two male-to-female transsexual subjects following high-dose cross-sex hormone therapy. *Andrologia*. 2014;47(6):680-684. doi: 10.1111/and.12317
10. Gooren L, Giltay E, Bunck M. Long-Term Treatment of Transsexuals with Cross-Sex Hormones: Extensive Personal Experience. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2008;93(1):19-25. DOI: 10.1210/jc.2007-1809

Информация об авторах

Наталья Ивановна Волкова, д. м. н., проф., заведующая кафедрой внутренних болезней №3, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-4874-7835>.

Илья Юрьевич Давиденко, к. м. н., доцент кафедры внутренних болезней №3, Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-8690-681X>.

Юлия Сергеевна Дегтярева, аспирант кафедры внутренних болезней №3, Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия, <https://orcid.org/0000-0001-5838-4383>

Вклад авторов

И. Ю. Давиденко — концепция и дизайн статьи, написание текста, редактирование;

Ю. С. Дегтярева — поиск и анализ литературы, написание текста;

Н. И. Волкова — концепция, редактирование и финальное утверждение рукописи.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Information about the authors

Natalya I. Volkova, Dr. Sci. (Med.), Professor, head of Department of internal diseases №3, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia, ORCID:0000-0003-4874-7835.

Ilya Y. Davidenko, Cand. Sci. (Med.), associate professor of Department of internal medicine, №3, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia, ORCID: 0000-0002-8690-681X.

Yuliya S. Degtyareva, postgraduate student of Department of internal diseases №3, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia, ORCID: 0000-0001-5838-4383.

Authors contribution:

Ilya Y. Davidenko — article concept and design, text writing, editing;

Yuliya S. Degtyareva — literature search and analysis, text writing;

Natalya I. Volkova — conception, editing and final approval of the manuscript.

Conflict of interest

Authors declares no conflict of interest.

Поступила в редакцию / Received: 04.04.2022

Доработана после рецензирования / Revised: 15.05.2022

Принята к публикации / Accepted: 19.05.2022