

Гормональное лечение транссексуалов. Часть вторая

http://trans-tema.com/gormon_lehenie2.htm

КРОССГЕНДЕРНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ТРАНССЕКСУАЛОВ ЖЕНЩИНА-МУЖЧИНА

Подавление женских признаков



Влияние эстрогенов на физические характеристики нельзя убрать с помощью антигормонов. Антиэстрогены, прописываемые евгонадным женщинам, стимулируют гонадотропин и последующую секрецию гормонов яичника. Теоретически можно использовать антагонистов LHRH. Но это имеет ряд противопоказаний (см. [первую часть](#)).

Транссексуалы обычно очень рады тому, что у них прекращается менструации. Окончательно этого можно добиться с помощью прогестагенов, которые имеют антигонадотропные характеристики: медроксипрогестерон ацетат (ProveraR, FarlutaiR), линестерол (OrgametrjiR) или норэтистерон (Primolut NR). Андрогены, которые будут обсуждаться в следующем разделе, также при высоких дозировках имеют антигонадотропное действие. Комбинация двух гормонов имеет ярко выраженное преимущество в том случае, если одни андрогены не подавляют менструальное кровотечение достаточно эффективно.

СТИМУЛЯЦИЯ МУЖСКИХ ПРИЗНАКОВ

Андрогены оказывают сильное воздействие на процесс маскулинизации, но окончательно он может завершиться через 24 месяца, а может и еще позже. В каждом случае все зависит от генетических факторов, как наследственных, так и расовых. Даже степень развития волосяного покрова у единокровных братьев и сестер мало помогает для предсказания продолжительности процесса маскулинизации.

Используются сложные аналоги тестостерона. Названия препаратов могут быть различными (SustanonR, TestovironR). В качестве орального андрогена можно упомянуть тестостерон ундеканат (AndriolR). При его употреблении менструальное кровотечение подавляется недостаточно – только у 50% пациентов, и кроме него требуется принимать какой-либо прогестаген. Применение оральных андрогенов с группой алкила, находящейся в молекуле в положении 17а, является устаревшим из-за ее токсического действия на печень. Оральные андрогены, такие как местеролон и флуоксиместерон, слишком слабы для процесса маскулинизации.

Приблизительно у 50-60% транссексуалов женщина-мужчина появляется угревая сыпь. В 10-15% случаев приходится прибегать к дерматологическому лечению. Сейчас уже можно сказать, что андрогенная терапия оказывает неблагоприятное воздействие на липидный профиль. Из-за этого транссексуалы женщина-мужчина оказываются в группе риска. Поэтому им обязательно надо посоветовать воздержаться от курения, умеренно увлекаться физическими нагрузками, не допускать ожирения и высокого кровяного давления.

ВЛИЯНИЕ КРОССГЕНДЕРНЫХ ГОРМОНОВ НА ТРАНССЕКСУАЛОВ МУЖЧИНА-ЖЕНЩИНА

Уничтожение мужских характеристик возможно для целого ряда вторичных половых признаков, но до определенной степени. Сокращение роста волос, который зависит от действия андрогенов, с помощью дигидротестостерона ацетата и этинилэстрадиола довольно эффективно для туловища и конечностей, но дает небольшой эффект на лице. Волосы на теле не исчезают, но из-за подавления действия андрогенов они становятся менее густыми и менее видимыми, напоминая пушок на некоторых частях тела женщин. Если же требуется совершенно безволосое тело, то необходимо прибегнуть к электролизу. Удаление волос с помощью воска или бритвы дадут их временное отсутствие, которое может быть продлено из-за сокращения роста волос, связанного с лечением антиандрогенами. Волосы на подбородке также становятся тоньше и мягче после нескольких лет употребления гормонов. К сожалению, как только борода окончательно выросла и человеку требуется регулярное бритье, результат действия одних антиандрогенов является недостаточным с косметической точки зрения. Устранить эти волосы можно только с помощью электролиза. Некоторым пациентам, которые начали лечение до того, как у них выросли волосы, электролиз может не понадобиться. После начала гормональной терапии потеря волос на голове (мужское облысение) прекращается. Отрастание волос на голове в местах облысения часто бывает неполным, и волосы напоминают пушок. Прически, имплантация волос или искусственные волосы ("переплетение", частичные парики) успешно маскируют мужское облысение, но гормоны вносят здесь весьма небольшой вклад.

Длина пениса не сокращается под воздействием гормонов, но так как пенис находится почти постоянно в вялом состоянии, а количество брюшного жира увеличивается, он может казаться меньше. Спонтанные эрекции пропадают через три месяца, но сексуальные эрекции эротического характера все-таки остаются у большинства пациентов, что свидетельствует об относительной независимости этого вида эрекции от андрогенов. Объем яичек уменьшается на 25% в течение первого года применения гормонов. Такое уменьшение рассматривается как знак прогресса и также способствует тому, что прятать мужские гениталии становится легче.

Вызов женских признаков весьма изменчив. В начальной стадии эстрогенной терапии часто встречаются субареолярные узелки, которые могут причинять боль (Futterweit, 1980 г.). Объем груди можно определить с помощью измерения максимума через соски гибкой линейкой (лежа или сидя, как делаем мы). Увеличение объема груди происходит постепенно, причем часто за периодами роста наступает период явного затишья. Средний объем железы через 1 год достигает 10 см в лежачем положении и 14 см сидя (у наших пациентов последняя цифра была от 4 до 22 см) и достигает максимальной величины через 18-24 месяцев. У наших пациентов средний объем составил 18 см, но он может колебаться в пределах от 4 до 28 см. Для сравнения: у биологических женщин он в пределах от 12 до 36 см со средним значением 22 см (наше собственное неопубликованное наблюдение небольшого количества женщин). Объем груди у транссексуалов мужчина-женщина на несколько сантиметров меньше, чем среднестатистический у биологических женщин. Более того, грудная клетка у мужчин шире, чем у женщин. Соответственно, пропорциональный эффект рассматривается как неудовлетворительный почти 50% пациентами-транссексуалами мужчина-женщина. Большинство из тех, кого не удовлетворял объем их груди, поставили имплантаты. Более 50% транссексуалов мужчина-женщина объем груди, вызванный эстрогенами, считают удовлетворительным и не прибегают к хирургии. Небольшое количество пациентов подверглись односторонней или двусторонней мастэктомии из-за пубертатной гинекомастии. Гормональный эффект на прооперированную грудь равен нулю. В последних случаях показаны грудные имплантаты, но мы советуем подождать, по крайней мере, один год, прежде чем обращаться к хирургу.

У транссексуалов мужчина-женщина эстрогены не влияют на тембр голоса, поэтому низкий голос может стать дефектом. Для получения голосового диапазона, более похожего на женский, необходимо логопедическое лечение. Почти во всех случаях требуется операция на голосовых связках и логопедическое лечение. В результате получается более высокий женский тембр, что облегчает пациенту задачу предстать в обществе как женщина.

Распределение подкожного и внутрибрюшного жира зависит от половых стероидов. У мужчин жир, в основном, собирается в верхнем отделе брюшной полости ("яблоки"), а у женщин – в области бедер ("груши"). Лечение эстрогенами обычно приводит к тому, что количество жира в области бедер увеличивается, но это не обязательно, и у каждого пациента это проявляется индивидуально. Структуры скелета, такие как челюсти, размер рук и форма таза, не изменяются при эстрогенной и/или антиандрогенной терапии.

Часто транссексуалы мужчина-женщина жалуются на сухость кожи и ломкие ногти. Это является следствием сокращения активности сальных желез в результате антиандрогенной терапии. В таком случае рекомендуется избегать контакта с моющими средствами и пользоваться кремами.

Наши пациенты и их родители часто говорят о влиянии антиандрогенов и их сочетания с эстрогенами на настроение и эмоциональное состояние. Точных научных доказательств того, что это напрямую зависит от гормонов, нет, но такая связь весьма вероятна. Принимая во внимание, что с такими жалобами обращаются постоянно и что были проведены некоторые исследования гипогонадных пациентов после того, как им при лечении заменили соответствующие гормоны, влияние гормонов на мозг и мозговую деятельность, например настроение, весьма правдоподобно.

ДЕЙСТВИЕ КРОССГЕНДЕРНЫХ ГОРМОНОВ НА ТРАНССЕКСУАЛОВ ЖЕНЩИНА-МУЖЧИНА

Обычно процесс маскулинизации протекает удовлетворительно, как с объективной, так и с субъективной точки зрения, и пациенты остаются довольны. На размер их груди это влияние не оказывает. Проблемой могут стать жирная кожа и угревая сыпь. По сравнению с другими мужчинами транссексуалы женщина-мужчина невысокого роста, но невысокие мужчины вызывают меньше подозрений, чем высокие женщины. Клитор увеличивается у всех, но до разной степени. Иногда его бывает достаточно для вагинальной связи с партнером-женщиной, но не всегда. Большинство пациентов говорят об увеличении либидо после андрогенной терапии. Подобно транссексуалам мужчина-женщина, транссексуалы женщина-мужчина должны продолжать андрогенную терапию и после удаления яичников, чтобы избежать приливов, потери мужских признаков и, более всего, остеопороза.

ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ КРОССГЕНДЕРНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Было опубликовано не так много систематических исследований побочных действий кроссгендерной гормональной терапии на транссексуалов. Meyer и др. (1986 г.) нашли только у 90 транссексуалов расстройства энзимов печени и небольшое увеличение холестерина и триглицеридов в сыворотке. У транссексуалов мужчина-женщина, лечившихся эстрогенами, отмечались отдельные случаи эмболии легких, тромбоза сосудов головного мозга, инфаркта миокарда, метаплазии простаты и рака груди, а у транссексуалов женщина-мужчина, лечившихся андрогенами, отмечались случаи рецидивов инфаркта миокарда.

В 1989 г. мы опубликовали ретроспективное исследование об уровне смертности и заболеваемости среди 303 транссексуалов мужчина-женщина и 122 женщина-мужчина, которые лечились и наблюдались в нашей клинике от 6 месяцев до 13 лет (Asscheman, Gooren & Eklund, 1989 г.). Уровень смертности среди транссексуалов мужчина-женщина в 6 раз выше по сравнению с населением в целом. Частично это вызвано самоубийствами и смертью по неустановленным причинам. В группе транссексуалов женщина-мужчина не умер никто, но средний возрастной показатель был гораздо ниже. Побочные действия были весьма распространенными в группе транссексуалов мужчина-женщина. У них были отмечены многочисленные случаи венозного тромбоза, эмболии легких, депрессивных состояний, гиперпролактинемии и увеличения энзимов печени. В группе женщина-мужчина основными побочными действиями были угревая сыпь (12.3%) и увеличение веса >10% (17.2%). Многие побочные действия можно было устранить с помощью соответствующей терапии или временного прекращения приема

гормонов.

Возникновение серьезных побочных действий (например, большая частота тромбозов у 2.1% пациентов до 40 лет и у 12% пациентов старше 40 лет), однако, не было редкостью. В свете потребностей транссексуалов эти побочные действия представляют собой сложную дилемму при гормональном лечении перемены пола. В настоящее время невозможно дать каких-либо строгих рекомендаций. Основным в принятии решения о назначении кроссгендерных гормонов остается объяснение пациенту возможных побочных действий и тщательное клиническое исследование.

Попытки сократить риск возникновения тромбозов с помощью подкожного приема эстрогенов весьма обнадеживают, но не являются в данное время полностью убедительными. Необходимо дальнейшее наблюдение за этим относительно молодым слоем населения, чтобы обнаружить долгосрочные побочные воздействия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Гормоны являются обязательным инструментом для создания и поддержания признаков того пола, с каким себя ассоциирует пациент. После хирургической операции по перемене пола они становятся гипогонадными и должны, в принципе, пожизненно получать гормональную замену, как это происходит с другими гипогонадными пациентами. Основная цель при этом – предотвратить остеопороз, который возможен после 50 лет.

Хенк Асшеман (Henk Asscheman), доктор медицины, и Луис Дж. Г. Гурен (Louis J.G. Gooren), доктор медицины

Хенк Асшеман и Луис Дж. Г. Гурен работают в Отделении андрологии и эндокринологии больницы Свободного университета в Амстердаме. Письма направлять по адресу: Professor Louis J.G. Gooren, Free University Hospital, P.O. Box 7057, 1007 MB Amsterdam, the Netherlands.

1992 г., The Haworth Press, Inc.

1992 г., The Haworth Press, Inc.

Перевод Олега Томилина,

17 февраля 2006 года

СМОТРИТЕ ТАКЖЕ

- [Гормональное лечение транссексуалов. Часть первая](#)»