

Проблемы Организации Оказания Медицинской Помощи Лицам с Транссексуализмом

<http://trans-tema.com/makehelp.htm>

Целью настоящего исследования явилось выяснение фактических особенностей организации медицинской помощи лицам с синдромом половой дисфории в России и сравнение ее со стандартами таковой за рубежом. Проанализированы 83 заключения на лиц обоих полов, обратившихся по своей инициативе в медицинские учреждения РФ в связи с сомнениями в своей половой принадлежности и желанием гормональной и/или хирургической коррекции пола. Обоснована необходимость закрепления в нормативных документах Минздрава РФ определенных стандартов по этапам оказания медицинской помощи лицам с транссексуализмом.

Основные принципы оказания медицинской помощи лицам с транссексуализмом (ТС), изложенные в методических рекомендациях СССР, получили свое дальнейшее развитие в Клиническом Руководстве по Моделям Диагностики и Лечения Психических и Поведенческих Расстройств, утвержденном приказом Минздрава РФ № 311 от 06.08.1999. Однако указанные документы скорее констатировали определенные теоретические концепции, нежели отражали собственно практику оказания медицинской помощи таким лицам и особенно ее организационный аспект. Между тем за рубежом именно последнему уделяется огромное внимание. Пожалуй, там нет другой психиатрической проблемы, организация решения которой была бы столь детально регламентирована.

Согласно американским Standarts of Care (SOC), медицинская помощь лицам с нарушениями половой идентичности включает в себя пять этапов:

1. Диагностика,
2. Психотерапия,
3. Опыт реальной жизни в другой половой роли,
4. Гормональная коррекция пола,
5. Хирургическая коррекция пола.

(А.С.: Т.е. транссексуал должен прожить в желаемой половой роли, не получая гормонального лечения.)

Клиническое руководство по моделям диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств в разделе "Транссексуализм" также предусматривает комплекс медико-социальных мероприятий, в который входят три основных этапа:

1. Подготовительный - диагностическое наблюдение психиатра в течении двух и более лет (А.С.: Как правило диагностическое обследование укладывается в 1-2 года наблюдения), всестороннее психиатрическое, психологическое, соматическое, инструментальное обследование, дифференциальная диагностика со сходной патологией, установление и подтверждение диагноза ТС, необходимые психокоррекционные мероприятия.
2. Половая переориентация - заместительная гормональная терапия (HRT), пластическая хирургия, перемена паспортного пола (медико-юридический акт, позволяющий лицу исполнять в обществе желаемую половую роль).
3. Восстановительно-реабилитационный - постхирургическое диспансерное наблюдение, соматическое обследование, поддерживающая психотерапия и социально-психологическая помощь при трудностях адаптации.

Материал и методы

Объектом исследования явились выписки из историй 83 пациентов обоих полов, обратившиеся по своей инициативе в медицинские учреждения РФ в связи с сомнениями в своей половой принадлежности и желанием гормональной и/или хирургической коррекции пола. В процессе исследования пациенты в зависимости от биологического пола были разделены на 2 группы. В первую вошли 27 пациентов с мужским биологическим полом (MtF). Во вторую были отобраны 56 пациентов женского биологического пола (FtM).

Результаты и обсуждение

Организация комплексного обследования и наблюдения

В SOC подчеркивается необходимость комплексного подхода к обследованию и лечению подобных пациентов - с обязательным участием не только психиатров и психологов, но и специалистов других медицинских дисциплин (эндокринологов, хирургов).

Анализ обследованного контингента показал, что наиболее часто в 1 и 2 группах обследование было однократным (72% и 75% соответственно), реже многократным (24% и 14.29%), еще реже - двукратным (4% и 10.71%). См. таблицу 1.

Основным методом обследования является клинико-психологический, наряду с которым так же использовались другие (см. таблицу 2). Наиболее часто (однако далеко не во всех случаях) применялся психологический метод обследования (62.96% и 71.43%). Почти половина лиц 1 и 2 групп была обследована сексологическим методом (48.15% и 50%). Гормональный профиль был изучен только у некоторых больных (7.41% и 16.07%), у одного пациента 1 группы была исследована спермограмма. Примерно в трети случаев лицам женского биологического пола проводились гинекологический (28.57%) и лишь одному пациенту мужского биологического пола - урологический осмотры. Около одной пятой пациентов 1 и 2 групп подверглись обследованию эндокринолога (18.52% и 21.43%._ В одном случае в 1 группе и в 10.71% во второй проводилось определение хромосомного набора. Такие параклинические методы обследования, как электроэнцефалографическое (ЭЭГ), проводились менее чем половине лиц 1 группы (44.44%) и менее чем трети лиц 2 группы (28.57%), реоэнцефалографическое (РЭГ) -

значительно реже (14.81% и 5.36%), компьютерная томография (МРТ) - в единичных случаях. Треть лиц 1 группы и примерно пятая часть лиц 2 группы были осмотрены терапевтом (33.33% и 21.43%). Общий и биохимический анализы крови были проведены менее чем в половине случаев лицам 1 и менее чем в трети случаев лицам 2 групп (44.44% и 28.57%).

Таблица 1: Кратность обследования

Кратность обследования	Биологический пол				Всего	
	Мужской (1 группа)		Женский (2 группа)			
	abs	%	abs	%	abs	%
Однократно	18	72.0	42	75.0	60	74.07
Обращался ранее	7	28.0	14	25.0	21	25.93
-- Единожды	1	4.0	6	10.71	7	8.64
-- Неоднократно	6	24.0	8	14.29	14	17.28
Всего	25	100	56	100	81*	100

* В двух случаях в заключениях информация отсутствовала

Таблица 2: Методы обследования

Метод обследования	Биологический пол				Всего	
	Мужской (1 группа)		Женский (2 группа)			
	abs	%	abs	%	abs	%
Психологический	17	62.96	40	71.43	57	68.67
Сексологический	13	48.15	28	50.0	41	49.40
Эндокринологический	5	18.52	12	21.43	17	20.48
Уролого-гинекологический	1	3.70	16	28.57	17	20.48
Терапевтический	9	33.33	12	21.43	21	25.30
Цитогенетический	1	3.70	6	10.71	7	8.43
Гормональный профиль	2	7.41	9	16.07	11	12.25
Спермограмма	1	3.70	-	-	1	1.20
ЭЭГ	12	44.44	16	28.57	28	33.73
РЭГ	4	14.81	3	5.36	7	8.43
КТ, МРТ	1	3.70	2	3.57	3	3.61
Общие анализы	12	44.44	16	28.57	28	33.73
Всего	27	100	56	100	83	100

Таким образом, ни в качественном, ни в количественном аспекте применяемые методы обследования не обеспечивают надлежащего качества диагностики. Это положение усугубляется и отсутствием конкретного перечня обязательных методов обследования, их кратности и длительности в действующих нормативных документах. Не содержится в них и указаний о разграничении функций и компетенции специалистов, участвующих в процессе оказания медицинской помощи лицу с синдромом половой дисфории, что исключает возможность контроля за ее качеством. Данная ситуация характерна не только для России. В Новой Зеландии, например, изучение 70 историй болезни пациентов с мужским ТС также показало, что их обследование неполно.

Разделяя мнение J.S. Nunes, который считает, что главным специалистом и координатором в диагностике ТС должен выступать врач-сексолог, необходимо в нормативных документах предусмотреть его ведущую роли и ответственность за полноту и качество обследования пациента. В то же время следует четко регламентировать **минимум диагностического обследования**, необходимый для обеспечения качественной диагностики транссексуализма. В него должны войти сексологический, психиатрический, психологический, эндокринологический, терапевтический, урологический или гинекологические методы. Из лабораторных методов обследования в минимуме целесообразно рекомендовать изучение гормонального профиля и хромосомного набора. **Кратность обследования** с учетом предусматриваемого SOC обязательного двухлетнего опыта реальной жизни в другой половой роли **должна быть не менее 3 раз** - при первичном обращении, примерно в середине срока (т.е. через год) и перед решением вопроса о смене паспортного пола.

Психотерапия и фармакотерапия

SOC рекомендует проводить **психотерапию** со всеми пациентами с ТС, хотя не считает обязательным компонентом медицинской помощи таким больным. Цель психотерапии - помочь больным достичь реалистичности своих представлений и оценок личностных взаимоотношений и положения на работе для дезактуализации конфликтов и обеспечения стабильного образа жизни в роли, соответствующей биологическому полу. Психотерапия также часто обеспечивает расширение области выбора поведения пациентов, прежде не доступное им. Польза от психотерапии может быть достигнута и после хирургической коррекции, когда анатомические препятствия удалены, но пациент продолжает чувствовать себя достаточно ущербным в новой половой роли.

Минимальное количество сеансов психотерапии, проводимой до начала опыта реальной жизни в выбранной половой роли, не может быть определено или назначено по следующим соображениям:

1. Пациенты отличаются друг от друга по их способностям достигать аналогичных целей за одно и то же время
2. Минимальное количество сеансов имеет тенденцию восприниматься пациентом как определенный барьер.
3. Психотерапия может быть использована как важная поддержка пациенту на всех этапах медицинской помощи. Врачи должны определить ее цели, индивидуальную программу, частоту и длительность сеансов.

Психотерапевт обязан разъяснить пациенту право выбора методов и длительности терапии. При этом он не должен давать рекомендацию подавлять стремления к противоположной половой роли ввиду ее нереалистичности. Хотя определенный уровень психосоциальной адаптации может достигаться как спонтанно, так и в процессе психотерапии, это не означает, что пациент не может в будущем предпочесть перейти к опыту реальной жизни в желаемой половой роли, а затем и осуществить гормональную и хирургическую коррекцию. Однако психотерапия всегда должна производиться без учета обязательности этих последующих этапов.

В процессе психотерапии рекомендуется следовать некоторым принципам:

1. Признавать персональные гомо- и бисексуальные фантазии и поведение (ориентацию) вариантом нормы в отличие от стремлений, обусловленных транссексуализмом, как неисправимых нарушений.
2. Признавать необходимость обеспечения полноценного социального функционирования (работа, семья, дети) и его приоритет над персональными стремлением постоянно выражать в поведении предпочитаемую половую роль.
3. Стремиться к интеграции мужских и женских проявлений в индивиде в обычном ежедневном поведении.
4. Идентифицировать триггеры усиления стремлений к осуществлению половой роли, противоречащей биологическому полу, выработать противодействующие приемы.
5. Вести поиск психического комфорта

Психиатр, устанавливающий первичный диагноз ТС, не должен быть психотерапевтом у данного больного. В случае отказа пациента от психотерапии врач-психотерапевт обязан сообщить об этом письменно психиатру, ведущего больного, и так же письменно дать разрешение на прохождение дальнейшей программы лечения и реабилитации.

В Клиническом руководстве выделены следующие виды психотерапии больных ТС: психокоррекционные мероприятия половой реконсалиации (попытка примирения с врожденным полом), рациональная, когнитивная, психодинамическая терапия, психотерапия в подготовительный период перед половой переориентацией, включающая информационно-разъяснительную, рациональную методики, а также семейную терапию с родственниками и партнерами индивидуально в виде групповых бесед; поддерживающая психотерапевтическая помощь в процессе перемены пола, в том числе перед этапом гормональной и хирургической коррекции пола.

Анализ исследованных выписок из историй болезни показал, что в них практически отсутствует информация о проводимой больным психотерапии, лишь в 13 случаях проведение психотерапии упоминалось в истории болезни, а в 11 случаях содержится запись о том, что больной отказывается от психотерапии, без раскрытия мотивов. Ни один пациент не получал психотерапию в достаточном объеме, в лучшем случае проводились сеансы аутотренинга, элементы поведенческой терапии (10 пациентов).

При имеющихся психогенных расстройствах у больных ТС показана фармакотерапия с использованием транквилизаторов, антидепрессантов, анксиолитиков, ноотропов, седативных средств. Описаны также случаи успешного лечения половой дисфории пимозидом. В анализируемых выписках из истории болезни отмечено, что 36 пациентов получали периодическую фармакотерапию, однако обоснование ее назначения у 27 из них отсутствовало, не содержалось оценки ее эффективности.

Таким образом, психотерапевтическая и лекарственная помощь больным с ТС, как показал анализ, не соответствует современным требованиям. Большинство больных не могут получить ее ввиду отсутствия специально подготовленных кадров. Не разработаны и формальные критерии организации психотерапии, не определен круг специалистов, имеющих право заниматься такой деятельностью (в частности, при проведении психологической коррекции ролевых тренингов).

Опыт реальной жизни в предпочитаемой половой роли

СОС предусматривает такой этап реабилитации транссексуалов, как период реальной жизни в избранной половой роли, до принятия решения о гормональной и хирургической коррекции. Пациент должен быть не только осведомлен о последствиях смены роли в семейной, профессиональной, межличностной, образовательной, экономической и юридической сферах жизни, но и сделать попытку приложить эти знания в реальной жизни. При принятии решения о начале этого этапа реабилитации, врач должен оценить способности пациента обеспечить:

1. Полную или частичную трудовую занятость
2. Учебу
3. Участие в общественно полезной деятельности
4. Комбинацию пп. 1-3
5. Юридическое приобретение нового имени.

Рекомендуемая длительность этого периода - до 2 лет.

Рекомендации по проведению данного этапа дает врач-психиатр или сексолог, однако, когда и как его начинать, решает сам пациент. Известны случаи, когда в процессе его прохождения больные отказывались от дальнейших этапов коррекции (**А.С.: Ну еще бы! Опыт реальной жизни до гормонотерапии!**). Не следует такой отказ трактовать как аргумент против диагноза ТС. Некоторые сексологи считают в этот период следует проводить и гормональную коррекцию половых признаков.

Не касаясь вопросов смены паспортного пола, которые будут освещены ниже, необходимо заметить, что анализ исследуемых выписок из историй болезни показал, что в большинстве случаев рекомендуемая длительность периода реальной жизни (2 года) не выдерживается, в лучшем случае он длится не больше года. Только в 2 случаях имелись данные о том, что больные

наблюдались у врача в течении этого периода, однако не было никакой информации о проблемах и трудностях, переживаемых пациентами в это время, и даже если отмечались ухудшения психического состояния, то не раскрывались их причины (А.С.: Причина заключается в издевательствах над собственными пациентами. Попробуйте сами юридически и социально адаптироваться без лица и документов). Психокоррекционные мероприятия с участием психологов проводились лишь у 2 пациентов-москвичей. Причинами такого положения являлась как недоступность подобной помощи даже в городах - областных центрах (из-за отсутствия подготовленных специалистов), так и недостаточная работа с больным по разъяснению необходимости такого периода. В ряде случаев больные, уклоняясь от прохождения этого этапа как "ненужного барьера", добивались смены паспортного пола для дальнейшей безотлагательной хирургической коррекции в учреждения коммерческой медицины. Некоторые больные обращаются к врачу, уже самостоятельно начав принимать гормоны.

Таким образом, представляется необходимым закрепить разработанные СОС положения об этом этапе оказания медицинской помощи лицам с ТС в нормативных документах Минздрава РФ; регламентировать его срок; определить перечень проводимых мероприятий, список лиц, ответственных за их проведение, необходимую медицинскую документацию, отражающую работу с пациентом в этот период, с рекомендациями по поводу последующих этапов реабилитации для обеспечения преемственности оказания медицинской помощи. Начало гормональной терапии в этот период должно рассматриваться как исключение, так как возможно появление выраженных внешних изменений, иногда трудно обратимых.

Показания и противопоказания к смене паспортного пола

В Клиническом руководстве содержится ряд положений о порядке смены паспортного пола, показаниях и противопоказаниях к этому этапу реабилитации. Так, согласно этому руководству, решение о целесообразности изменения пола пациенту принимает комиссия, состоящая из трех врачей-специалистов. Комиссия выносит одно из следующих решений:

1. Изменить паспортный пол.
2. Отказать в смене паспортного пола.
3. Отложить решение до получения дополнительных сведений о пациенте.
4. Провести хирургическую коррекцию пола (А.С.: Т.е. прямое указание в Разрешении порядка смены пола: сначала операция, потом - документы)

Показаниями для перемены пола служат:

1. Невозможность психосоциальной адаптации пациента при сохранении пола врожденного.
2. Высокая суицидоопасность.
3. Отсутствие эндогенного психического заболевания.
4. Отсутствие гомосексуализма, как ведущего мотива для перемены пола.
5. Отсутствие делинквентного поведения.
6. Формирование противоположного полового самосознания с 5-7 лет.
7. Окончание полового развития.
8. Достаточная социальная зрелость.

Противопоказаниями к смене пола являются:

1. Эндогенное заболевание.
2. Гомосексуализм.
3. Трансвестизм.
4. Алкоголизм.
5. Наркомания.
6. Антисоциальное поведение.
7. Тяжелое соматическое заболевание.
8. Средняя или тяжелая степень слабоумия.

Приведенные положения вызывают ряд принципиальных замечаний:

1. В пределах компетенции врачебной комиссии смена паспортного пола уравнивается с хирургической коррекцией, хотя с юридической точки зрения это разные ситуации.
2. Отсутствие каких-либо нарушений или поведенческих проявлений не может быть показанием к медицинским мероприятиям.
3. Не соблюдается принцип преемственности этапов медицинской помощи, так как решение комиссии формально никак не связано с предыдущими этапами.
4. Не конкретизируется критерия окончания полового развития и тем более социальной зрелости.

Анализ имеющихся в выписках из историй болезни заключений врачебных комиссий показывает, что практически во всех случаях в них указывается только диагноз без его основания, упоминается отсутствие признаков интерсексуальных состояний, констатируется наличие признаков дезадаптации без выявления ее связи именно с психосексуальным конфликтом, не упоминается наличие сопутствующих психических расстройств, даже когда они диагностированы.

Юридический аспект проблемы смены паспортного пола нуждается в отдельном рассмотрении, поэтому мы останавливаемся на различии медицинских показаний к смене паспортного пола, гормональной и хирургической коррекции. Соглашаясь с К. Имелинским и рекомендациями СОС о смене паспортного пола как одном из мероприятий в период опыта реальной жизни в другой половой роли, подчеркнем обратимый ее характер, что делает возможным определенное расширение медицинских показаний к ней. В целом же список противопоказаний и показаний нуждается в пересмотре специально созданной комиссией врачей (сексологов и психиатров).

Показания и противопоказания к гормональной коррекции пола

В SOC установлено различие между критериями приемлемости и готовности для гормональной или хирургической коррекции пола. К критериям приемлемости для гормональной коррекции отнесены:

1. Возраст старше 18 лет
2. Оценка показаний и противопоказаний к применению конкретных препаратов (антиандрогены, гормоны).
3. Документированный опыт реальной жизни в желаемой половой роли в течении по крайней мере трех месяцев.

Определены и критерии готовности:

1. Констатация врачом дальнейшей консолидации половой идентичности пациента в течении опыта реальной жизни в другой половой роли или психотерапии.
2. Некоторое развитие пациента в решении определенных проблем, которое привело к улучшению или стабильности его психического состояния (отсутствие таких проблем, как, например, социопатия, психоз, суицидальная настроенность).
3. Осведомленность больного о характере действия и возможных побочных эффектах и осложнениях гормонотерапии.

Вопрос о назначении гормональной терапии тем пациентам, кто не желает проходить опыт реальной жизни в другой половой роли или хирургическую коррекцию, может решаться только после верификации (А.С.: это означает - "после проверки") диагноза и психотерапии по минимальным стандартам, хотя эти случаи представляются очень спорными.

Как правило, у таких больных гормоны повышают качество жизни и ограничивают возможность психических нарушений (прежде всего психогенных), а изменение внешнего облика может улучшить отношение со стороны окружающих. Однако следует учитывать и возможность ухудшения отношений с близкими людьми или коллегами на работе, а также способности к сексуальным контактам и т.п.

Пациентов необходимо информировать о критериях приемлемости и готовности. Сотрудничество психиатра и эндокринолога желательно на протяжении всего периода лечения. История болезни должна содержать письменные согласие больного на гормональную коррекцию и отражать его информированность о возможных побочных эффектах и осложнениях, что включает ограничение или невозможность фертильности (А.С.: Т.е. способности иметь детей).

Врач не может брать на себя ответственность в случае, если больной сам, без рекомендации стал принимать гормоны в недопустимых дозах, однако должен приложить усилия к прекращению этого. Давление пациента не может быть основанием для назначения гормонотерапии. В медицинском заключении о рекомендации гормональной коррекции должны быть отражены этапы предыдущей работы с больным, выполнение им рекомендаций врача с подписью психиатра, длительное время наблюдавшего больного.

По данным Л.М. Василенко (А.С. :-)) Да, знаем такого человека), гормональная терапия назначалась лицам с ТС пожизненно после перемены паспортного пола и эндокринологического обследования в целях подавления вторичных половых признаков, развития и усиления половых признаков желаемого пола. Гормонотерапия имела выраженный психотерапевтический эффект и в сочетании с психокоррекционными мерами приводила к смягчению невротической симптоматики и дисморфофобических (А.С.: Неприятие тела) нарушений. В результате 20 из 83 пациентов с ТС воздержались от операции, ограничившись консервативными методами помощи.

Подчеркнем, что показания для гормональной коррекции пола являются чисто медицинской проблемой и должны устанавливаться только после смены паспортного пола. Представляется вовсе не обязательным, чтобы гормональная коррекция следовала за сменой паспортного пола.

Анализ изученных выписок из историй болезни показал, что в большинстве случаев по записям не возможно определить обоснованность назначения гормональной коррекции, а ее эффективность практически не фиксируется в медицинской документации.

Таким образом, отражение в медицинской документации показаний и противопоказаний к гормональной коррекции пола, а также ее эффективности должно быть также формально регламентировано нормативными актами Минздрава РФ.

Показания и противопоказания к хирургической коррекции пола

Во многих исследованиях отмечено, что установка на смену пола может наблюдаться при различных состояниях, в том числе и при парафилиях (например, на определенных этапах фетишистского трансвестизма (А.С.: F65.1)). Вместе с тем в зарубежных исследованиях прослеживается тенденция не ограничивать показания к хирургической смене пола только установленным диагнозом ТС. Так, К. Имелинский считает, что она может применяться у лиц с гомосексуализмом и трансвестизмом. В России же эти состояния являются противопоказаниями к хирургической коррекции.

Показания к хирургической коррекции пола, как и гормонотерапия, являются чисто медицинской проблемой и должны устанавливаться у лиц только после смены паспортного пола. Представляется вовсе необязательным, чтобы хирургическая коррекция пола следовала за сменой паспортного пола.

SOC предусматривает наличие не менее двух медицинских заключений от сексолога и психиатра или клинического психолога с рекомендациями хирургической коррекции. Одно из них может быть подписано врачом, ведущим пациента, другое - консультантом, не имеющим отношения к диагностике ТС у данного больного.

Гетеросексуальная направленность либидо (А.С.: Имеется ввиду относительно биологического пола пациента) не является абсолютным противопоказанием для хирургической коррекции пола, однако следует более осторожно подходить к этому вопросу. По данным R. Blanchard, из 111 прооперированных транссексуалов ни один из 61 пациентов с женским вариантом ТС с гомосексуальной ориентацией (А.С.: Т.е. имеются ввиду FtM, любящие женщин) и никто из 36 пациентов с мужским вариантом ТС с гомосексуальной ориентацией (А.С.: Т.е. имеются ввиду MtF, любящие мужчин) сознательно не сожалели о хирургии, в отличие от 4 из 14 гетеросексуальных лиц с мужским вариантом ТС (А.С.: Т.е. MtF, которые любят женщин).

В SOC сформулированы критерии приемлемости для хирургической коррекции пола:

1. Достижение юридического возраста зрелости (А.С.: Очевидно имеется ввиду западный стандарт - 21 год)
2. 12 месяцев непрерывной гормональной терапии по медицинским показаниям.
3. 12 месяцев успешного непрерывного полного времени опыта реальной жизни в другой половой роли (А.С.: Т.е. год на Full-Time).
4. Психотерапия на протяжении всего периода реальной жизни в другой роли, если это признано необходимым ведущим врачом-психиатром.
5. Осведомленность больного о необходимости длительной госпитализации, возможных осложнениях и последствиях, а также о необходимых оперативных методах и последствиях.
6. Наличие компетентных хирургов.

Критерии готовности включают:

1. Консолидацию половой идентичности.
2. Очевидные положительные сдвиги в социальной и межличностной сфере (отсутствие таких проблем, как, например, социопатия, психоз, суицидальная настроенность)

В SOC рекомендуется сотрудничество хирурга с психиатром, ведущим больного, независимо от длительности требуемого наблюдения и места расположения центра, где оперировался больной. Признается недопустимым проведение только хирургической коррекции без предыдущих этапов медицинской помощи по желанию пациента. Подчеркивается целесообразность создания групп специалистов (психиатра, эндокринолога и хирурга) для работы с больными после хирургической коррекции пола, а также необходимость проверять подлинность заключений с рекомендациями из-за возможности их фальсификации.

В отличие от SOC в Клиническом руководстве содержатся лишь общие рекомендации по постхирургическому диспансерному наблюдению, соматическому обследованию, поддерживающей психотерапии и социально-психологической помощи при трудностях адаптации послеоперационных больных.

Изучение выписок из историй болезни выявило только один явный случай неправильного решения о хирургического коррекции в связи с нераспознаванием шизофренического процесса. В то же время заключения врачебных комиссий с рекомендациями хирургической коррекции, как правило, мало информативны, не содержат данных об особенностях этапах реабилитации. Кроме того, не было организовано и последующего наблюдения за прооперированным больным.

В целом для оптимальной организации медицинской помощи больным с ТС следует воспользоваться накопленным в мировой медицине опытом, представленным, в частности, в SOC. Все этапы оказания медицинской помощи таким образом должны быть подробно регламентированы на уровне нормативных актов Минздрава РФ, что позволит осуществлять строгий контроль за ее качеством. Необходимо также подготовка соответствующих специалистов и обеспечение доступности медицинской помощи всем лицам с транссексуализмом.