

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
15.09.2016 № 972

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ, ВТОРИННОЇ
(СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) ТА ТРЕТИННОЇ (ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ)
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

ГЕНДЕРНА ДИСФОРІЯ

Фрагмент: ТРЕТИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

ВСТУП

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Гендерна дисфорія», розроблений з урахуванням сучасних вимог доказової медицини, розглядає особливості проведення діагностики та лікування гендерної дисфорії в Україні з позиції забезпечення наступності видів медичної допомоги. УКПМД розроблений на основі адаптованої клінічної настанови «Гендерна дисфорія», що ґрунтується на принципах доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій, відображених в клінічних настановах – третинних джерелах, а саме:

1. Good practice guidelines for the assessment and treatment of adults with gender dysphoria, Royal College of Psychiatrists, 2013;

2. Gender dysphoria services: a guide for General Practitioners and other healthcare staff, NHS England, 2012;

3. Standards of Care (SOC) for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, WPATH – World Professional Association for Transgender Health, 2013.

4. Practice parameter on gay, lesbian or bisexual sexual orientation, gender-nonconformity, and gender discordance in children and adolescents - Am Acad Child Adolesc Psychiatry (AACAP), 2012 (J Am Acad Child Adolesc Psychiatry Volume 51, Issue 9, September 2012, Pages 957–97)

Ознайомитися з адаптованою клінічною настановою можна за посиланням <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>.

За формою, структурою та методичними підходами щодо використання вимог доказової медицини УКПМД відповідає вимогам Методики розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини, затвердженої наказом МОЗ України № 751 від 28.09.2012 р., зареєстрованої в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 р. за № 2001/22313.

УКПМД розроблений мультидисциплінарною робочою групою, до якої увійшли представники різних медичних спеціальностей: лікарі загальної практики-сімейні лікарі, лікарі-психіатри, лікарі-психіатри дитячі, лікарі-психологи, лікарі-сексопатологи, лікарі-акушери-гінекологи, лікарі-ендокринологи, лікарі-хірурги, лікарі-урологи та фахівці інших спеціальностей.

Відповідно до ліцензійних вимог та стандартів акредитації у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) має бути наявний Локальний протокол медичної допомоги (ЛПМД), що визначає взаємодію структурних підрозділів ЗОЗ, медичного персоналу тощо (локальний рівень) з метою дотримання вимог УКПМД.

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ГнРГ	Гонадотропін-релізінг-гормон
ІПОіЛ	Індивідуальний план обстеження і лікування
ЕКГ	Електрокардіографія
ЗГТ	Замісна гормональна терапія
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
КМП	Клінічний маршрут пацієнта
КТ	Комп'ютерна томографія
ЛПМД	Локальний протокол медичної допомоги
МКХ-10	Міжнародна статистична класифікація захворювань та пов'язаних порушень стану здоров'я, 10-е видання
МОЗ України	Міністерство охорони здоров'я України
МРТ	Магнітно-резонансна томографія
УКПМД	Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
DSM-V	Посібник з діагностики і статистики психічних розладів Американської асоціації психіатрів (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), 5-те видання
FtM	Транссексуальний чи трансгендерний чоловік (female-to-male)
MtF	Транссексуальна чи трансгендерна жінка (male-to-female)

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1. Діагноз: Діагнози, пов'язані з гендерною дисфорією.

2. Код МКХ-10: F64

3. Протокол призначений для: лікарів загальної практики – сімейних лікарів, лікарів-психіатрів, лікарів-психіатрів дитячих, лікарів-психологів, психологів, лікарів-психотерапевтів, лікарів-сексопатологів, лікарів-акушерів-гінекологів, лікарів-ендокринологів, лікарів-ендокринологів дитячих, лікарів-гінекологів дитячих, лікарів-хірургів, лікарів-хірургів дитячих, лікарів-отоларингологів, лікарів-отоларингологів дитячих, лікарів-урологів, лікарів-урологів дитячих, лікарів, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, середнього медичного персоналу, інших медичних працівників, які беруть участь у наданні медичної допомоги пацієнтам з гендерною дисфорією, керівників закладів охорони здоров'я різних форм власності та підпорядкування.

4. Мета протоколу: організація надання медичної допомоги пацієнтам з гендерною дисфорією, зменшення рівня дистресу, покращення якості життя пацієнтів.

5. Дата складання протоколу: серпень 2016 року.

6. Дата наступного перегляду: серпень 2019 року.

7. Розробники:

Гаврилюк Андрій Олександрович заступник директора Департаменту, начальник Управління надання медичної допомоги дорослим Медичного департаменту МОЗ України, голова робочої групи;

Пінчук Ірина Яківна директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, д.м.н., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Наркологія, Психіатрія», заступник голови з клінічних питань;

Марценковський Ігор Анатолійович керівник відділу психічних розладів дітей та підлітків Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, к.м.н., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Дитяча психіатрія», заступник голови з клінічних питань у дітей;

Ліщишина Олена Михайлівна директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», ст.н.с., к.м.н., заступник голови з методологічного супроводу;

Горова Елла Володимирівна	заступник начальника управління – начальник відділу контролю якості медичної допомоги управління ліцензування та якості медичної допомоги МОЗ України;
Зінченко Олена Миколаївна	головний спеціаліст відділу організації спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги Управління медичної допомоги дорослим Медичного департаменту МОЗ України;
Камінський В'ячеслав Володимирович	завідувач кафедри акушерства і гінекології та репродуктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, член-кореспондент НАМН України, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Акушерство і гінекологія»;
Левада Олег Анатолійович	керівник курсу психіатрії кафедри сімейної медицини Державного закладу «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», д.м.н., доцент;
Луцицький Євген Васильович	завідувач відділу клінічної андрології Державної установи «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В.П. Комісаренка НАМН України», д.м.н., професор;
Маньковський Борис Микитович	завідувач кафедри діабетології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, член-кореспондент НАМН України, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Ендокринологія»;
Матвієць Людмила Григорівна	асистент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, к.м.н.;
Матюха Лариса Федорівна	завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина»;
Пустовойт Михайло Михайлович	ректор Київського інституту сучасної психології і психотерапії, д.м.н., професор;

Стаховський Едуард Олександрович	заступник директора з наукової роботи Національний інститут раку МОЗ України, завідувач науково-дослідного відділення пластичної та реконструктивної онкоурології, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Урологія»;
Хаустова Олена Олександрівна	завідувач відділу психічних розладів похилого віку Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, д.м.н., професор;
Храпач Василь Васильович	професор кафедри хірургії № 4 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, д.м.н., професор;
Ціомік Олександр Вадимович	завідувач консультативно-поліклінічного відділення Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України
Шум Сергій Сергійович	заступник директора з наукової роботи і судової психіатрії та експертизи Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, к.м.н.

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

Горох Євгеній Леонідович	начальник Відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к.техн.н.;
Мельник Євгенія Олександрівна	начальник Відділу доказової медицини Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»;
Мігель Олександр Володимирович	завідувач сектору економічної оцінки медичних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»;
Шилкіна Олена Олександрівна	начальник Відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України».

Адреса для листування: Департамент стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», м. Київ. Електронна адреса: medstandards@dec.gov.ua.

Електронну версію документа можна завантажити на офіційному сайті МОЗ України: <http://www.moz.gov.ua> та в Реєстрі медико-технологічних документів: <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>

Рецензенти:

Аймедов Костянтин Володимирович завідувач кафедри психіатрії, наркології, психології та соціальної допомоги Одеського національного медичного університету, д.м.н., професор;

Бондаренко Володимир Олександрович завідувач відділення патології статевих залоз відділу клінічної ендокринології Державної установи «Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я. Данилевського НАМН України», д.м.н., професор.

8. Епідеміологія

Епідеміологічні дослідження захворюваності і поширення гендерної дисфорії, а також явищ транссексуалізму або трансгендерних і гендерно-неконформних ідентичностей в цілому не проводилися, а спроби отримати реалістичні оцінки пов'язані з величезними труднощами. Навіть якби епідеміологічні дослідження встановили, що по всьому світу пропорція транссексуалів, трансгендерів однакова, ймовірно, культурні відмінності між країнами змінили б як поведінковий вираз різних статевих ідентичностей, так і ступінь, до якого гендерна дисфорія відмінна від статевої ідентичності індивіда.

Гендерна варіативність не є рідкістю. Опитування 10 000 осіб, що здійснювалось у 2012 році Комісією з прав людини та рівності у Сполученому королівстві Великобританія, встановило, що 1% від населення самоідентифікує себе в деякій мірі в різних гендерних варіантах. Цю цифру не обов'язково вважати репрезентативною для всього населення.

В Україні аналогічні дослідження не проводились та офіційної статистики за даною патологією немає.

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Гендерна дисфорія означає дискомфорт або дистрес, що обумовлені розбіжністю між статевою ідентичністю індивіда і статтю, встановленою йому при народженні (і пов'язаною з цим гендерною роллю і/або первинними та вторинними статевими ознаками).

Слід відрізнити гендерну дисфорію від трансгендерності (гендерної неконформності) – ступеня, в якому статева ідентичність, роль або гендерне самовираження індивіда відрізняється від культурних норм, приписаних особам певної статі.

Тільки деякі гендерно-неконформні індивіди відчувають гендерну дисфорію в певний момент свого життя.

Характеристики статі, включаючи ідентичності, які в силу стереотипів асоціюються із встановленою при народженні статтю, є загальним та різноманітним в різних культурах людським феноменом, який не слід розглядати як по суті патологічний або негативний.

Невідповідність може бути пов'язана із забобонами, що існують у суспільстві, в результаті чого виникає психологічний дистрес. Цей дистрес не обов'язково притаманний транссексуалам, трансгендерам або гендерно-неконформним особам.

Тому під гендерною дисфорією слід розуміти душевні страждання, що пов'язані з досвідом власної гендерної ідентичності пацієнта, що не відповідають фенотипу або статевій соціальній ролі, як правило, пов'язаної з цим фенотипом.

Наявність цього дистресу може призвести до виникнення у людини потреби звернення за медичною допомогою.

Так, градації гендерного досвіду між бінарним статевим стандартом «чоловік» або «жінка» в деяких пацієнтів викликають дискомфорт, який буде

потребувати медичного втручання; в інших, можливо, буде достатньо мінімальних профілактичних заходів або зовсім без жодного. Існує зростаюче визнання того, що деякі пацієнти не відносять себе до бінарної гендерної системи і це матиме вплив на їх лікування. Самоописи пацієнтів включають у себе такі поняття, як: пангендер, полігендер, агендер, гендерквір та інші. Існує певна кількість пацієнтів, які заперечують поняття гендеру в цілому і бачать себе поза рамками будь-якого гендеру та вимагають медичних послуг з гендерної нейтралізації від відповідних ЗОЗ, якщо їхній стан не викликаний тяжкими психічними захворюваннями, наприклад шизофренією.

Окремі пацієнти можуть підпадати під формальні діагнози трансвестизм подвійної ролі або фетишистський трансвестизм, подекуди такі стани можуть бути викликані гендерною дисфорією. Відомі випадки, коли у певних пацієнтів із вказаних груп гендерна дисфорія досягла крайнього ступеня, перероджуючись у транссексуалізм.

Деякі люди відчують гендерну дисфорію в такій мірі, що дистрес підходить під критерії формального діагнозу психічного розладу. Такий діагноз не є індульгенцією для засудження або для позбавлення громадянських прав та прав людини.

Таким чином, транссексуали, трансгендери і гендерно-неконформні індивіди не є по суті своїй хворими. Скоріше, дистрес від гендерної дисфорії, коли присутній, є проблемою, яку можна діагностувати і для якої доступні безліч варіантів лікування.

Існує лікування, що допомагає людям з таким дистресом визначати свою гендерну ідентичність і знайти гендерну роль, яка найбільш для них зручна.

Найбільш серйозним ускладненням гендерної дисфорії є суїцид.

У дуже тяжких випадках та формах захворювання можуть бути ефективними методи лікування, які застосовуються на вторинній та третинній медичній допомозі.

В цьому протоколі терміни використовуються в такому значенні:

Агендер – людина, яка не відносить себе ні до якого гендеру. Фізіологічно може бути будь-якої статі і будь-якої зовнішності, хоча деякі агендери прагнуть виглядати андрогінно.

Андрогін – це особа з одним гендером, яка поєднує у собі жіночність і мужність. Її можна назвати «третьою статтю» – ані чоловіком, ані жінкою, яка об'єднує риси цих статей.

Бігендер – людина з «плаваючою», рухомою гендерною ідентичністю, яка виконує в суспільстві то традиційно «жіночу», то традиційно «чоловічу» роль, залежно від настрою, обстановки та оточення. Часто використовується для опису соціальної взаємодії людини.

Внутрішня трансфобія – дискомфорт з приводу власних трансгендерних почуттів або ідентичності як результат проєкції на себе нормативних гендерних очікувань суспільства.

Гендерна ідентичність – глибоке усвідомлення тією чи іншою особою внутрішніх та індивідуальних особливостей гендерної приналежності, яка може як збігатися, так і не збігатися зі статтю, встановленою при народженні,

включаючи індивідуальне відчуття свого тіла (за наявності свободи волі може супроводжуватися зміною зовнішності або фізіологічних функцій медичними, хірургічними або іншими засобами) та інші прояви, такі як одяг, мова та особливості поведінки.

Гендерна роль або самовираження – особливості індивіда, зовнішності та поведінки, які в даній культурі та історичному періоді вважаються чоловічими або жіночими (тобто більш типові для чоловічої чи жіночої соціальної ролі). Незважаючи на те, що більшість індивідів постають у соціумі в суто чоловічих або жіночих гендерних ролях, деякі постають в альтернативній гендерній ролі, такої як, наприклад, гендерноневизначена або визначена трансгендерна. Всі люди схильні об'єднувати і чоловічі, і жіночі риси у своєму гендерному самовираженні різними способами і до різного ступеня.

Особи з небінарною статевою ідентифікацією (син. гендерквір) – трансгендери, які не бажають вписуватися в рамки, встановлені традиційно існуючим у культурі та суспільстві поділом між «жіночою» і «чоловічою» статтю і гендером.

Трансвестизм (син. Кросдресінг) – носіння одягу та подача себе в гендерній ролі, які в даній культурі більш властиві протилежній статі. Трансгендери – термін, що описує різномірну групу індивідів, які перетинають або виходять за межі визначених культурою категорій статі. Статева ідентичність трансгендерів у різній мірі відрізняється від статі, зареєстрованої при народженні.

Трансгендерність (гендерна неконформність) – ступінь, в якому статева ідентичність, роль або гендерне самовираження індивіда відрізняється від культурних норм, приписаних особам певної статі у конкретному суспільстві.

Транссексуал – особа, яка прагне змінити або змінила свої первинні та/або вторинні статеві ознаки за допомогою фемінізуючих або маскулінізуючих медичних втручань (гормонів та/або операцій), що звичайно супроводжуються довготривалою зміною гендерної ролі. Як правило характеризується високим рівнем гендерної дисфорії.

Транссексуальність (транссексуалізм) – діагноз, що описує ознаки (діагностичні дані), притаманні транссексуалам, якщо відповідний діагноз встановлений особі.

MtF (male-to-female) (син. транс-жінка; транссексуальна чи трансгендерна жінка) – аббревіатура, що описує індивідів, зареєстрованих при народженні чоловічої статі, які змінюють своє тіло та/або гендерну роль на жіноче тіло та/або роль.

FtM (female-to-male) (син. транс-чоловік; транссексуальний чи трансгендерний чоловік) – аббревіатура, що описує індивідів, зареєстрованих при народженні жіночої статі, які змінюють своє тіло та/або гендерну роль на чоловіче тіло та/або роль.

Особливості процесу надання медичної допомоги

Для осіб, які потребують медичної допомоги у зв'язку із гендерною дисфорією, рекомендовані різні медичні втручання, що спираються на різні терапевтичні програмно-цільові підходи і мають на меті:

- зміни гендерного самовираження і ролі (що може включати епізодичне або постійне життя в іншій гендерній ролі, що збігається з гендерною ідентичністю людини);
- фемінізація або маскулінізація тіла шляхом гормональної терапії;
- зміна первинних та/або вторинних статевих ознак (наприклад, грудей, зовнішніх та/або внутрішніх геніталій) шляхом хірургічної корекції;
- дослідження гендерної ідентичності, ролі і самовираження; робота з негативним впливом гендерної дисфорії і стигми на психічне здоров'я; полегшення внутрішньої трансфобії; збільшення соціальної підтримки та взаємодопомоги; поліпшення образу тіла або розвитку стресостійкості шляхом психотерапії (індивідуальної, для пар, сімейної або групової).

Для ефективного впровадження УКПМД «Гендерна дисфорія» у практику надання медичної допомоги у ЗОЗ потрібна система заходів щодо підвищення поінформованості лікарів, які надають первинну медичну допомогу, з питань діагностики та лікування гендерної дисфорії. Програма підготовки має включати основні питання:

- засвоєння практичних методів розпізнавання гендерної дисфорії та діагностики станів, пов'язаних із нею;
- формування навичок адекватного спілкування з такими пацієнтами;
- ознайомлення із сучасними фармакологічними препаратами та особливостями їх використання лікарями, які надають первинну медичну допомогу.

Проведення таких занять доцільно організовувати в усіх ЗОЗ на етапі розробки і впровадження Локального протоколу медичної допомоги «Гендерна дисфорія».

Під медичним втручанням із корекції статевої належності при гендерній дисфорії слід розуміти заходи лікування в обсязі, які пацієнт вважає достатніми для зменшення негативного впливу гендерної дисфорії та формування ознак бажаної статі, роль якої особа спроможна виконувати у суспільстві.

Зміна статевої належності (зміна юридичної статі) також відноситься до заходів лікування гендерної дисфорії для пацієнтів, які живуть в обраній гендерній ролі певний час та планують подібне життя в подальшому. Воно здійснюється на підставі волевиявлення пацієнта, відповідності його медико-біологічним та соціально-психологічним показанням до зміни статевої належності та проходження медичного втручання, шляхом видачі Медичного свідоцтва про зміну (корекцію) статевої належності.

3. Третинна медична допомога

1). Лікар-психіатр ЗОЗ, що надає третинну медичну допомогу:

- переглядає діагноз, встановлений пацієнту на вторинній медичній допомозі, у разі незгоди з ним пацієнта.

2). Лікар-психотерапевт ЗОЗ, що надає третинну медичну допомогу:

- у випадках тяжкої гендерної дисфорії при неспроможності лікарів-психотерапевтів у ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу, стабілізувати стан пацієнта проводиться психотерапія за індивідуальною програмою.

3). Лікар-ендокринолог:

- Проводить поточне консультування та, за необхідності, коригування курсу гормонального лікування.

4). Лікар-хірург:

1. За наявності бажання пацієнта, критеріїв до подібного виду медичного втручання (див. п. 4.7 розділу IV), проводить наступні медичні втручання:

- для MtF пацієнтів: збільшення грудей шляхом встановлення силіконових імплантів (мамопластика); пенектомія; орхіектомія; вагінопластика; лабіопластика; кліторопластика; операції з фемінізації обличчя; в окремих випадках емаскуляція;

- для FtM пацієнтів: видалення молочних залоз (мастоектомія); гістеректомія; вагіноектомія; метоїдіопластика; фалопластика; уретропластика; створення неомошонки та ендопротезування яєчок, операції з маскулінізуючої пластики обличчя

- за бажанням пацієнта надає форму № 027/о.

5). Лікар-отоларинголог:

- за можливості, проводить оперативне хірургічне втручання на голосових зв'язках, за бажанням MtF пацієнта, з метою наближення голосу до жіночого.

- за бажанням пацієнта надає форму № 027/о.

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

3. ТРЕТИННА (ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНА) МЕДИЧНА ДОПОМОГА

1. Первинна профілактика

Обґрунтування

Відсутня доказова база щодо специфічних методів профілактики гендерної дисфорії.

Необхідні дії

1. Рекомендації щодо здорового способу життя, загальних засад самопомоги та самостійної корекції впливу соціальних і психологічних чинників, які можуть зумовити розвиток гендерної дисфорії.

2. Інформування пацієнтів про різноманітність статевих ідентичностей та гендерних самовиражень і про різні можливості, доступні для полегшення статевої дисфорії.

3. Рекомендації пацієнту щодо дослідження різних можливостей з метою знаходження комфортної гендерної ролі і самовираження, підготовки до прийняти повністю обґрунтованого рішення щодо доступних медичних втручань, якщо необхідно.

4. Спрямування до ресурсів взаємодопомоги трансгендерної спільноти.

5. У пацієнтів дитячого та підліткового віку профілактика спрямовується на пізнання пацієнтом його ідентичності, а також на вплив на мікро- і макро-оточення дитини чи підлітка шляхом інформування про трансгендерність як суцільно нормального явища в людській поведінці.

2. Діагностика Обґрунтування

Метою діагностики у ЗОЗ, що надають третинну медичну допомогу, є консультування для уточнення діагнозів.

Діагностика проводиться за зверненням пацієнта або його законного представника або за направленням лікаря.

1). Клініко-анамнестичні та психопатологічні методи Обґрунтування

До етіології виникнення проявів гендерної дисфорії не менш важливо віднести фактори, які підтримують або посилюють її, тому що вони є потенційними мішенями для втручання.

Необхідні дії

1. Збір та оцінка даних (демографічні дані пацієнта та його родини, оцінка скарг на здоров'я та особливості (можливості) психосоціальної самореалізації пацієнта).

2. Збір анамнезу хвороби з оцінкою її динамічних особливостей, особливостей життя пацієнта, світогляду, формування його як особистості. Враховуються психотравматичні моменти життя пацієнта, особливості його фізичного та психологічного розвитку, соматичні захворювання впродовж життя, звертаючи особливу увагу на ті, які безпосередньо чи опосередковано впливають на нервову систему (травми, інтоксикації та ін.). Звертають увагу на шкідливі звички; фактори соціуму, які можуть впливати на настрій; наявність соціальної підтримки; психологічні та соціальні амортизаційні фактори.

3. Клініко-психопатологічне дослідження психічного стану пацієнта за допомогою структурованого діагностичного інтерв'ю з описанням психічного статусу.

2). Методи інструментального обстеження

Обґрунтування

При рентгенографії головного мозку можуть виявлятися пухлини чи наслідки травми, що можливо стали передумовою розладів з фоновими ознаками гендерної дисфорії.

Однак ці дослідження самі по собі не мають діагностичного значення і можуть використовуватися для диференційної діагностики.

Необхідні дії

Бажані (за необхідності проведення диференційної діагностики з психопатологічними розладами):

- 1) електроенцефалографія;
- 2) КТ, МРТ;
- 3) ультразвукове дослідження.

3). Методи лабораторного обстеження

Обґрунтування

Гендерна дисфорія може бути обумовлена генетичними порушеннями.

Однак ці дослідження самі по собі не мають діагностичного значення і можуть використовуватися для диференційної діагностики.

Необхідні дії

Бажані (за необхідності проведення диференційної діагностики з генетичними розладами): каріотипування.

3. Стаціонарне лікування

Обґрунтування

Хірургічні втручання для зміни (корекції) статевої належності, зазвичай здійснюється в умовах стаціонару, є продовженням гормональної терапії з метою позбавлення пацієнта гендерної дисфорії, викликані наявністю первинних чи вторинних статевих ознак у пацієнта, шляхом їх видалення чи приведення зовнішнього вигляду до статевих ознак протилежної статі.

Вказаний вид лікування є бажаним, але не обов'язковим для осіб, які змінили/змінюють статево належність.

Хірурги, відповідальні за основні, необоротні операції не можуть покладатись на висновки попередніх спеціалістів, і мають переконатися в тому, що обрана процедура для пацієнта є доцільною.

Також до хірургічних втручань відносяться операції з косметичного виправлення недоліків або лікування тяжких ускладнень, що виникли внаслідок хірургічних втручань на вторинній медичній допомозі.

Необхідні дії

Бажані:

1. Передопераційна підготовка пацієнтів (загальні вимоги):

- поінформувати пацієнта про наслідки хірургічного втручання, в тому числі про ризики та можливі ускладнення; обговорити репродуктивні питання, особливо, якщо втручання безповоротно позбавляє репродуктивної функції; отримати інформовану згоду пацієнта на хірургічне втручання;

- за 1 місяць припинити приймання гормонів;

- загальні аналізи крові і сечі, біохімічний аналіз крові, ЕКГ, кров на маркери ВІЛ;

- усунути інфекційні осередки (каріозні зуби, запальні процеси в пазухах носа, вухах). Припинити прийом антикоагулянтів.

2. Проведення оперативних втручань:

Для MtF пацієнтів:

- фемінізуюча вагінопластика методами пенальної інверсії чи коловагінопластики;

- за необхідності – кліторопластика, лабіопластика;

- втручання з фемінізації голосу шляхом зменшення голосових складок та подовження передньої спайки.

Для FtM пацієнтів:

- вагінектомія;

- уретропластика;

- фаллопластика;

- метоїдіопластика;

- протезування яєчок та/або скротопластика.

3. Післяопераційний догляд та реабілітація пацієнта в залежності від виду хірургічного втручання. За необхідності, лікування ускладнень та виправлення косметичних недоліків.

IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1. Діагностика гендерної дисфорії у ЗОЗ, що надають вторинну та третинну медичну допомогу

Гендерна дисфорія характеризується тривалими стражданнями та дискомфортом від невідповідності власного тіла та/чи гендерної ролі, відчуттю власної гендерної належності.

Гендерна дисфорія має багато проявів, що різняться від пацієнта до пацієнта. Прояви мають враховуватись для оцінки пацієнта, але вони скоріш є фоном, на якому розвинулося захворювання, ніж симптомом гендерної дисфорії.

Трансгендерні особи можуть мати широкий спектр сексуальної орієнтації, тому аспект сексуальної орієнтації та сексуальних вподобань має бути врахованим для оцінки пацієнта із гендерною дисфорією, щоб розробити максимально ефективний план лікування. Але він не може бути підставою для відмови в наданні медичних послуг чи при вирішенні питання щодо зміни статевої належності.

Прояв гендерної дисфорії може викликати розвиток інших психопатологічних розладів, як правило депресивного характеру, так і сама гендерна дисфорія в окремих випадках може бути вторинною щодо якого-небудь захворювання. Тому лікарю, який проводить діагностику, потрібно максимально оцінити психічний стан пацієнта. У разі, якщо стан спровокований психопатологічним розладом чи захворюванням – вжити заходів щодо його стабілізації і керованості, після чого надавати медичні послуги з лікування гендерної дисфорії. У випадках, коли розлади спровоковані впливом гендерної дисфорії – вжити заходів щодо їх лікування в процесі надання медичної допомоги з лікування гендерної дисфорії.

Можливі проблеми включають тривогу, депресію, заподіяння собі шкоди, образи і зневагу, поведінкову персеверацію, зловживання алкоголем чи наркотиками, сексуальні проблеми, особистісні порушення, розлади харчової поведінки, психотичні розлади і розлади аутичного характеру. Лікарі-психіатри повинні виявляти ці та інші проблеми психічного здоров'я і включати виявлені проблеми в загальний план лікування. Ці проблеми можуть бути суттєвими джерелами дистресу і, залишені без лікування, вони можуть утруднити процес дослідження статевої ідентичності та усунення гендерної дисфорії. Вирішення цих проблем може значно полегшити усунення гендерної дисфорії, можливі зміни гендерної ролі, прийняття обґрунтованих рішень про медичні втручання і поліпшення якості життя.

Гендерна дисфорія може супроводжуватися іншими психологічними чи психопатологічними проблемами. Тому важлива диференційна діагностика гендерної дисфорії і станів, що мають схожі ознаки, наприклад дисморфофобії, що виявляється в захопленні людини ідеями про власну кастрацію, пенектомію або клітородектомію.

Оцінка проводиться в амбулаторних умовах шляхом відвідувань пацієнтом лікаря-психіатра не менше ніж 2 роки.

Можливо при потребі проводити оцінку пацієнта в умовах психіатричного стаціонару.

Первісна оцінка пацієнтів з можливою гендерною дисфорією включає соматичне і психопатологічне обстеження стану здоров'я, з приділенням особливої уваги психосексуальній історії та поточному існуванню. Досліджувати потрібно розумову діяльність протягом усього життя, включаючи будь-які історії розладів. Повинні бути виявлені та зафіксовані дитячі гендерні спогади, поведінка в дитинстві та підлітковому віці, зв'язок трансгендерності із можливим еротичним направленням. Описуються спроби пацієнта відповідати культурним гендерним очікуванням, що існують у суспільстві. Досліджується поточний сімейний чи інший статус відносин, обговорюється сімейна ситуація, які кроки гендерного переходу вже зроблені, чи вживає пацієнт психоактивні речовини.

Наявність гендерної дисфорії встановлюється за критеріями DSM-V (додаток 4) та ставить синдромальний діагноз з урахуванням особливостей клінічних проявів. Формулювання синдромального діагнозу:

- Транссексуалізм;
- Трансвестизм подвійної ролі;
- Розлад статевої ідентифікації у дитячому віці;
- Інший розлад статевої ідентифікації;
- Розлад статевої ідентифікації неуточнений;
- Фетишистський трансвестизм.

Не є рідкісними випадки, коли в пацієнта можна спостерігати критерії, притаманні кільком нозологічним одиницям, та пацієнт може відчувати дискомфорт гендерної дисфорії за критеріями, не пов'язаними із транссексуалізмом.

Власне сам діагноз не повинен розцінюватись ані лікарем, ані пацієнтом як психопатологія. Він тільки описує особливості індивіда, його гендерної варіації та має бути врахованим при спільній з пацієнтом розробці індивідуального плану медичної допомоги.

Для виявлення пацієнтів, які мають високий ризик суїциду, всім пацієнтам необхідно ставити питання: «Чи часто упродовж останнього місяця Вас турбували думки про здійснення самогубства?»

Якщо жоден із вищевказаних діагнозів не підтвердився, необхідно розглянути вірогідність психопатологічного розладу, при якому трансгендерна поведінка є фоновою.

2. Показання до направлення на консультацію до лікаря-психіатра (лікаря-психолога/лікаря-психотерапевта)

- прояви гендерної дисфорії відповідно до одного із синдромальних діагнозів;
- тяжка депресія (виражена дезадаптація у зв'язку з гендерною дисфорією);
- погіршення соматичного стану внаслідок терапії, що проводиться;
- побажання пацієнта.

Пацієнти з гендерною дисфорією, яка ускладнена депресією, що супроводжується ризиком суїциду або загрозою насильства по відношенню до оточуючих, терміново направляються на вторинну медичну допомогу.

3. Вибір стратегії та алгоритму лікування

1. Всі пацієнти з гендерною дисфорією потребують індивідуалізованого підходу до лікування з урахуванням тяжкості гендерної дисфорії та психосоціальних особливостей.

2. Всім пацієнтам рекомендують дотримуватись режиму дня, гігієни сну, засад раціонального харчування, регулярної фізичної активності.

3. Важливим завданням лікаря-психіатра є інформування пацієнтів про різноманітність статевих ідентичностей та гендерних самовиражень і різні можливості, доступні для полегшення гендерної дисфорії. Лікар-психіатр може полегшити дослідження пацієнтом цих різних можливостей з метою знайти комфортну гендерну роль і самовираження і підготуватися прийняти повністю обґрунтоване рішення щодо доступних медичних втручань, якщо необхідно. Цей процес може включати направлення на індивідуальну, сімейну або групову психотерапію та/або до ресурсів трансгендерної спільноти і засобів взаємодопомоги. Лікар-психіатр і пацієнт обговорюють наслідки, коротко- і довготривалі, будь-які зміни до гендерної ролі і користь медичних втручань. Ці наслідки можуть бути психологічними, соціальними, фізичними, сексуальними, професійними, фінансовими та юридичними.

4. Лікар-психіатр розробляє та узгоджує із пацієнтом Індивідуальний план обстеження і лікування (ІПОІЛ). Узгодження полягає в підписі пацієнтом своїх зобов'язань виконувати процедури, передбачені ІПОІЛ.

ІПОІЛ розробляється відповідно до результатів оцінки, враховуючи діагноз, пов'язаний із гендерною дисфорією, та побажання пацієнта щодо необхідних заходів та медичних втручань, рекомендованих чинним УКПМД.

ІПОІЛ повинен містити наступну інформацію: Вихідні дані про пацієнта; Передбачені лікувальні заходи та медичні втручання; Дати з зазначенням призначення заходу чи втручання; Дата проведеного заходу чи втручання; Результати заходів чи втручань.

Залежно від успішності лікувальних заходів та медичних втручань ІПОІЛ може корегуватися. Будь-які зміни в ІПОІЛ погоджуються і засвідчуються підписом пацієнта.

5. Лікар-психіатр обговорює з пацієнтом можливість почати гендерний перехід. Вони також оговорюють дату початку та фіксують його в ІПОІЛ, аналогічно обговорюється частота відвідувань лікаря-психіатра пацієнтом з метою проведення поточного контролю за процесом лікування.

При гендерному переході відбувається соціальна адаптація пацієнта в бажаній гендерній ролі.

Роль лікаря-психіатра при гендерному переході полягає в допомозі пацієнту спрямувати правильний напрямок переходу, щоб оточення пацієнта приймало його в гендерній ролі, що співпадає з його ідентичністю.

Не всі пацієнти можуть розпочати гендерний перехід відразу після затвердження ІПОіЛ. Частина з них має особливості приватного характеру чи побоюється втратити робоче місце, соціальний статус чи отримати конфлікт з оточенням чи сім'єю за місцем проживання. З такими пацієнтами обговорюється можливість зміни оточення на більш лояльне до змін у гендерній ролі, пропонується пройти психотерапію для розкриття власних потенціалів, потім визначитись з початком гендерного переходу.

Частина пацієнтів має недостатньо маскулітних чи фемінних ознак для сприйняття їх в бажаній гендерній ролі. Таким пацієнтам пропонується пройти гормональну терапію, курс психотерапії та інші медичні втручання, що будуть передувати гендерному переходу.

6. Всім пацієнтам незалежно від діагнозу призначають психотерапію, метою якої є порушення гендерної бінарності в уявленні пацієнта та при прагненні змінити статеву належність, згоді розпочати гендерний перехід – терапію вирішення проблем для більш вдалої адаптації в бажаній гендерній ролі.

7. Пацієнтам, які бажають змінити статеву належність, пропонується направлення на ЗГТ до лікаря-ендокринолога.

8. За бажанням пацієнта при проходженні медичних втручань з корекції статевої належності, а саме хірургічного втручання, може бути видане Медичне свідоцтво зі зміни (корекції) статевої належності.

9. За бажанням пацієнта лікар-психіатр оцінює ефективність психосоціальної адаптації після медичних втручань.

Мета та етапи лікування

Традиційно, етапи лікування поділяють на активне лікування, тривале (стабілізує) і підтримуюче (профілактичне) лікування.

Кінцевою метою лікування є досягнення ремісії, що означає не тільки відсутність симптомів (в значенні відсутності відповідно до критеріїв діагнозу захворювання, а також відсутності або наявності мінімальних залишкових симптомів), але також і явні поліпшення психосоціального функціонування та зайнятості. Проміжні цілі полягають у подальшій стабілізації і запобіганні рецидиву, виключенні субсиндромальних ознак і відновленні колишнього функціонального рівня. Довгострокова мета полягає в запобіганні подальшим епізодам, підтримці функціональних можливостей і задовільній якості життя.

Проте, найважливіша мета на всіх стадіях лікування захворювання полягає в тому, щоб запобігти самогубству як найбільш небезпечному результату депресії, зумовленої гендерною дисфорією.

Дуже важливим є регулярне відстеження і документування досягнення цілей лікування, оскільки від цього залежать рішення щодо подальшого лікування.

Критеріями (підставою) для початку будь-якого лікування є:

- наявність бажання пацієнта розпочати лікування;
- стійка і гендерна дисфорія;

- вік 14 років та старше (у разі лікування малолітньої особи необхідна письмова згода від офіційних представників (батьків, опікунів));
- здатність пацієнта приймати обґрунтовані рішення і давати згоду на лікування;
- підписана усвідомлена згода на лікування.

5. Психотерапія

Психотерапія не спрямована на зміну статевої ідентичності індивіда; скоріше, психотерапія може допомогти індивіду досліджувати гендерні проблеми і знайти способи полегшення статевої дисфорії за її наявності. Виходячи з загальної мети лікування допомогти пацієнту досягти довготривалого комфорту у вираженні своєї статевої ідентичності, з реалістичними шансами на успіх у відносинах, освіті та роботі, психотерапія проводиться на різних етапах самостійно або із ЗГТ, безпосередньо при спілкуванні з лікарем або з використанням дистанційних засобів спілкування.

Якщо гендерна дисфорія не тяжка або ж пацієнт віддає перевагу психотерапії, то вона може бути ефективною в якості монотерапії. При лікуванні тяжкої гендерної дисфорії поєднання психотерапії із ЗГТ зазвичай є більш ефективним, хоча потребує більших фінансових затрат.

Перша лінія психотерапії включає:

- 1) когнітивно-поведінкову терапію;
- 2) міжособистісну терапію;
- 3) сімейну терапію.

Когнітивно-поведінкова терапія при гендерній дисфорії – це короткострокова (зазвичай 12-16 сеансів по одному на тиждень) сфокусована на симптомах психотерапія, заснована на передумові, що дискомфорт підтримується спотвореними уявленнями про себе, навколишній світ та майбутнє. Після того, як пацієнти вже здатні розпізнавати такі автоматичні моделі мислення, їх навчають більш адаптивним шляхам реагування. Особливістю когнітивно-поведінкової терапії при гендерній дисфорії є те, що пацієнт повинен усвідомити, що трансгендерність цілком нормальне явище у людській поведінці. Це допоможе подолати внутрішню трансфобію та розкрити потенціал для подальшої соціалізації.

Завдання когнітивно-поведінкової терапії:

- 1) з'ясування і дослідження гендерної ідентичності і гендерної ролі;
- 2) зняття впливу стигми і стресу меншини на психічне здоров'я і розвиток людини;
- 3) полегшення процесу розкриття гендерної ролі, що для окремих пацієнтів може включати зміни у вираженні гендерної ролі і застосування фемінізуючих / маскулінізуючих медичних втручань.

Міжособистісна терапія – це короткострокова (зазвичай 12-16 сеансів по одному на тиждень) психотерапія, сфокусована на одній або декількох областях проблемного функціонування, включаючи рольові переходи, міжособистісні рольові конфлікти, нерозв'язане переживання скорботи або дефіцит

міжособистісних відносин. Міжособистісна терапія має сприяти вдалій соціалізації при гендерному переході.

6. Замісна гормональна терапія

ЗГТ вважається необхідним медичним втручанням при зміні (корекції) статевої належності, окрім випадків, коли пацієнту за медичними показниками ЗГТ протипоказана. Факт непридатності пацієнта для отримання ЗГТ встановлюється лікарем-ендокринологом на підставі даних лабораторних обстежень та клінічного моніторингу його стану.

6.1. Принципи проведення ЗГТ

Призначати ЗГТ слід в контексті відповідного загального клінічного підходу, включаючи:

- ретельне діагностичне обстеження з оцінкою ризиків ускладнень, з урахуванням супутніх захворювань, а також проведенням лабораторних досліджень за показаннями;
- надання пацієнтові необхідних відомостей і навчання необхідним навичкам;
- ретельний моніторинг лікування, особливо на початку проведення ЗГТ;
- моніторинг результатів лікування;
- періодична перевірка прихильності пацієнта до лікування.

6.2. Вплив гормональної терапії на організм пацієнта

Фемінізуюча / маскулінізуюча гормональна терапія буде викликати фізичні зміни, які найбільше відповідають статевій ідентичності пацієнта (додатки 2, 3).

Ступінь і швидкість фізичних змін частково залежать від дози, способу введення і препарату, що використовується, які вибираються у відповідності з конкретними медичними цілями пацієнта (наприклад, зміни у вираженні гендерної ролі, плани зі зміни статі) і побічними явищами. У даний момент не існує доказів того, що реакція на гормональну терапію – можливо, за винятком зниження голосу у FtM-пацієнтів – може бути достовірно передбаченою на підставі віку, статури, етнічної приналежності чи зовнішності родичів. При рівності інших факторів, немає ніяких підстав вважати, що схвалений лікарем тип або метод введення гормонів є ефективнішим, ніж будь-який інший у процесі досягнення бажаних фізичних змін.

Лікар-ендокринолог повинен інформувати пацієнта про фізичні зміни, що будуть викликані гормональною терапією, та зафіксувати факт інформування у медичній документації.

6.3. Обговорення питань щодо репродуктивної функції пацієнта

Лікар-ендокринолог повинен довести до пацієнта інформацію про можливу втрату репродуктивної функції та надати рекомендації щодо доступу до допоміжних репродуктивних технологій (див. п. 4.10 розділу IV).

6.4. Гормональне лікування

1). MtF-пацієнти

Нормальні ендокринні діапазони відрізняються між різними лабораторіями через різні методики аналізу, що не завжди відповідають одна одній. Лікарі-ендокринологи повинні використовувати дані своєї місцевої лабораторії при інтерпретації результатів, що повідомляються.

Перед початком лікування лікар-ендокринолог повинен довести пацієнту відомості про ризики захворювань, що можуть бути викликані гормональною терапією. Інформація щодо ризиків, пов'язаних з фемінізуючою / маскулінізуючою гормональною терапією для пацієнтів з гендерною дисфорією, наведені в Додатку 1. Крім того, пацієнти мають бути інформовані щодо необхідності дотримання здорового способу життя: відмова від тютюнопаління, від вживання алкоголю, достатня фізична активність, збалансоване харчування тощо. Факт надання інформації необхідно зафіксувати у медичній документації.

Дослідження, які необхідно виконати перед початком лікування:

Артеріальний тиск, загальний клінічний аналіз крові, сечі, біохімічне дослідження крові із визначенням, печінкових проб, рівня глюкози, електролітів, ліпідів, сироватки, вільної від тироксину Т4, рівня тиреотропного гормону, тестостерону, естрадіолу (менше 100 пмоль/л) і пролактину (50-400 мУ/л).

Схема лікування:

Естрадіол 10-60 мкг перорально, естрадіол гель (3-4 рази на добу) або естрадіол трансдермальний пластр (50-150 мкг, 2-4 рази на тиждень), або гексестрол (зокрема, для пацієнтів старше 40 років)

у поєднанні з:

- **аналогом ГнРГ** (ін'єкція підшкірно 3,6 мг один раз кожні 4 тижні або 10,8 мг підшкірно кожні 12 тижнів) або

- **антиандрогенами:** ципротерон (50-100 мг перорально) чи бікалутамід (12 мг перорально).

Дозування естрогенів залежить від результатів контролю рівнів циркулюючого естрадіолу, від застосованого препарату та особливостей організму та стану пацієнта.

За необхідності додатково можуть призначатись:

- **спіронолактон** (100-400 мг перорально) з метою блокади додаткових рецепторів андрогену;

- **медроксипрогестерон** (100 мг перорально двічі на день) або **дидрогестерон** (10 мг перорально двічі на день);

- **фінастерид** (5 мг перорально) – з метою блокування перетворення тестостерону до більш активного дигідротестостерону, що може перешкоджати втраті волосся на голові і тестостерон-залежному росту волосся на тілі.

Моніторинг стану MtF-пацієнтів:

Моніторинг здійснюється один раз на 6 місяців впродовж 3-х років і потім щорічно в залежності від клінічних оцінок та результатів.

Під час планового візиту виконуються наступні дослідження: вимірювання артеріального тиску, загальний клінічний аналіз крові, сечі, біохімічне дослідження крові із визначенням печінкових проб, рівня глюкози,

електролітів, ліпідів, тестостерону, естрадіолу протягом 24 годин після таблетки або 48 годин після трансдермального вживання (рівні повинні бути у верхній половині нормального фолікулярного діапазону, 300-400 пмоль/л) і пролактину (менше ніж 400 мУ/л).

Моніторинг ефективності та ризиків фемінізуючої гормональної терапії у MtF-пацієнтів

Найкращою оцінкою ефективності гормонального лікування є клінічна реакція: чи перетворюється тіло пацієнта в жіноче, в той час як чоловічі статеві ознаки мінімізуються? З метою визначення доз гормональних препаратів, які дозволять досягти клінічної реакції, можна виміряти рівні тестостерону і рівні естрадіолу.

Моніторинг небажаних явищ повинен включати клінічну оцінку стану пацієнта і лабораторні дослідження. Подальше спостереження включає ретельну оцінку наявності ознак серцево-судинних порушень і венозної тромбоемболії шляхом вимірювання артеріального тиску, маси тіла і пульсу, обстежень серця і легенів, огляду кінцівок щодо наявності периферичних набряків, локалізованого здуття або болю. Перелік лабораторних досліджень визначається ризиками гормональної терапії, наявністю індивідуальних захворювань, факторів ризику пацієнта, складом схеми гормональної терапії.

Особливості гормональної терапії після хірургічного втручання, що передбачає гонадоектомію:

- Припинення прийому гормонів за 4 тижні до операції і призначення однієї дози аналогу ГнРГ (3,6 мг підшкірно). Відростання волосся може статися, якщо ефекти дії аналогу ГнРГ припиняться після приблизно 4 тижнів.

- Прийом гормонів не повинен бути відновлений протягом 4 тижнів після операції, якщо немає ускладнень, а саме таблетки естрадіолу або трансдермальні пластири для пацієнтів старше 40 років.

- Продовження вживання антиандрогенів після гонадоектомії, як правило, не потрібне, але андрогени все ще можуть надмірно вироблятися наднирковими залозами – в такому разі може бути призначений фінастерид приблизно через 6 місяців, якщо андрогенні ефекти і раніше викликали стурбованість.

- Необхідне спостереження стосовно остеопорозу, раку молочної та передміхурової залози.

- Ендокринологічні лабораторні дослідження проводяться один раз на 6 місяців протягом 3-х років, потім щорічно, якщо немає ускладнень.

2). FtM-пацієнти

Необхідні аналізи перед початком лікування:

Артеріальний тиск, клінічний аналіз крові, сечі біохімічне дослідження крові із визначенням, печінкових проб, рівня глюкози, електролітів, ліпідів, вільного Т4 сироватки, тиреотропного гормону, пролактину (рівень нижче 400 мУ/л), естрадіолу у сироватці крові та рівень тестостерону.

Схема лікування:

Для пацієнтів 18 років і старше:

- **аналог ГнРГ** (ін'єкція 3,6 мг підшкірно один раз кожні 4 тижні або 10,8 мг підшкірно кожні 12 тижнів) у поєднанні із **тестостероном**.

Для пацієнтів до 18 років:

- зворотна ЗГТ – **аналог ГнРГ** (3,6 мг підшкірно один раз кожні 4 тижні або 10,8 мг підшкірно кожні 12 тижнів);
- частково зворотна ЗГТ (при схваленні законним представником гендерного переходу щодо наміру змінити статеву належність при досягненні 18 років) – **аналог ГнРГ** (3,6 мг підшкірно один раз кожні 4 тижні або 10,8 мг підшкірно кожні 12 тижнів) у поєднанні із препаратами **естрогенів** чи **андрогенів**.

Доза андрогенів залежить від застосованого препарату тестостерону та особливостей організму та стану пацієнта

Моніторинг стану FtM -пацієнтів

Моніторинг здійснюється один раз на 6 місяців протягом 3 років і потім щорічно в залежності від клінічних оцінок та результатів.

Під час планового візиту проводяться наступні дослідження: вимірювання артеріального тиску, загальний клінічний аналіз крові, сечі біохімічне дослідження крові із визначенням печінкових проб, рівня глюкози, електролітів, ліпідів, тестостерону (рівень <10 нмоль/л), естрадіолу (рівень нижче 70 Пмоль/л) та пролактину (рівень нижче 400 мУ/ л). Якщо тестостерон приймається перорально, потрібно виміряти рівень дигідротестостерону протягом 3-4 годин після приймання препарату.

Оцінка і зміни ризиків маскулінізуючої гормональної терапії у FtM-пацієнтів

Абсолютні протипоказання до терапії тестостероном включають вагітність, нестабільну ішемічну хворобу серця та нелікованих поліцитемію з гематокритом 55% або вище. Оскільки трансформація тестостерону в естроген може підвищити ризик у пацієнтів з анамнезом раку молочної залози або інших естрогенозалежних видів раку, до початку гормональної терапії необхідні консультації з лікарем-онкологом. Супутні захворювання, які можуть загострити прийом тестостерону, необхідно оцінити і лікувати, в ідеалі, до початку гормональної терапії. Консультація лікаря-кардіолога може бути доцільна для пацієнтів, які мають серцево-судинні або цереброваскулярні захворювання.

Підвищена поширеність синдрому полікістозних яєчників була відзначена у FtM-пацієнтів навіть за відсутності прийому тестостерону. Хоча немає доказів зв'язку синдрому полікістозних яєчників із формуванням трансгендерної ідентичності, синдром полікістозних яєчників пов'язаний з підвищеним ризиком діабету, захворювань серця, високого артеріального тиску і раку яєчників та ендометрія. Ознаки і симптоми синдрому полікістозних яєчників необхідно оцінити до початку терапії тестостероном, тому що тестостерон може викликати багато з цих захворювань. Тестостерон може вплинути на плід, що розвивається, і пацієнтам із ризиком настання вагітності необхідне високоефективне попередження вагітності.

Базові лабораторні величини важливі для оцінки як початкового ризику, так і можливих майбутніх небажаних явищ. Початкові лабораторні дані повинні бути засновані на ризиках фемінізуючої гормональної терапії, описані в

Додатку 1, а також на індивідуальних факторах ризику пацієнта, включаючи сімейний анамнез.

Моніторинг ефективності та ризиків при маскулізуючій гормональній терапії у FtM-пацієнтів

Найкращою оцінкою ефективності гормонів є клінічна реакція: Чи перетворюється тіло пацієнта в чоловіче, у той час як жіночі ознаки мінімізуються? Лікарі-ендокринологи можуть досягти хорошого клінічного ефекту з найменшою вірогідністю небажаних явищ за допомогою підтримки рівнів тестостерону в межах нормального чоловічого діапазону, уникаючи супрафізіологічних рівнів. У пацієнтів, які застосовують тестостерон внутрішньом'язово, деякі лікарі перевіряють нижні рівні тестостерону, у той час як інші воліють перевіряти рівні в проміжку циклу.

Моніторинг небажаних явищ повинен включати клінічну оцінку стану пацієнта і лабораторні дослідження. Подальше спостереження включає ретельну оцінку наявності ознак серцево-судинних порушень і венозної тромбоемболії шляхом вимірювання артеріального тиску, маси тіла і пульсу, обстежень серця і легень, огляду кінцівок щодо наявності периферичних набряків, локалізованого здуття або болю. Перелік лабораторних досліджень визначається ризиками гормональної терапії, наявністю індивідуальних захворювань, факторів ризику пацієнта, складом схеми гормональної терапії.

7. Хірургічні втручання

7.1. Призначення хірургічних втручань

Призначати хірургічні втручання слід в контексті відповідного загального клінічного підходу, включаючи:

- ретельне діагностичне обстеження з оцінкою ризиків ускладнень, з урахуванням супутніх захворювань, а також проведенням лабораторних досліджень за показаннями;
- надання пацієнтові необхідних відомостей і навчання необхідним навичкам;
- ретельний моніторинг лікування та його результатів.

7.2. Підстава хірургічного втручання:

- бажання пацієнта;
- форма № 027/о.

7.3. Обговорення питань щодо репродуктивної функції пацієнта

Лікар-хірург має усвідомлювати, що хірургічні втручання для пацієнтів вкрай важливі, повинні розцінюватись як бажане позбавлення аномалій, що покращить рівень життя пацієнта.

Лікар-хірург повинен інформувати пацієнта про повну втрату репродуктивної функції внаслідок деяких втручань зі статевореконструктивної хірургії та надати рекомендації щодо доступу до допоміжних репродуктивних технологій (див. п. 4.10 розділу IV).

7.4. Критерії придатності для певних видів хірургічного втручання

Для FtM-пацієнтів:

- Реконструкція грудей (мастоектомія). Для гістеректомії та/або видалення придатків матки потрібна наявність в пацієнта Виписки із медичної карти амбулаторного, (стаціонарного) хворого за формою 027/о, яким підтверджується наявність діагнозу, пов'язаного із гендерною дисфорією. Встановлюється додатковий критерій придатності до цього виду хірургічного втручання, окрім загальних, визначених в п. 4.7 розділу IV – 12 місяців безперервної ЗГТ за необхідності (якщо пацієнт не має медичних протипоказань або з інших причин не приймає гормони).

- Вагіноектомія, уретропластика, фаллопластика, метоїдопластика, протезування яєчок та/або скротопластика – 12 місяців безперервної ЗГТ за необхідності (якщо пацієнт не має медичних протипоказань або з інших причин не приймає гормони) та, принаймні, 12 місяців безперервного життя в гендерній ролі, яка збігається з гендерною ідентичністю.

Для MtF-пацієнтів:

- Маммопластика – 18 місяців гормональної терапії до операції зі збільшення грудей, щоб максимізувати ріст грудей та отримати кращі естетичні результати.

- Пенектомія, орхіектомія, емаскуляція, вагінопластика, кліторпластика та/або лабіопластика – 12 місяців безперервної ЗГТ за необхідності (якщо пацієнт не має медичних протипоказань або з інших причин не приймає гормони) та принаймні 12 місяців життя безперервно в гендерній ролі, яка збігається з гендерною ідентичністю.

- Інші хірургічні втручання, вказані у цьому розділі, здійснюються за основними критеріями придатності для хірургічного втручання.

7.5. Передопераційна підготовка – загальна для всіх видів хірургічних втручань:

- за 1 місяць до хірургічного втручання припинити прийом гормонів;
- вилікувати гострі захворювання та хронічні захворювання в стадії загострення;
- лабораторні обстеження: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові, ЕКГ, обстеження на ВІЛ;
- усунути інфекційні осередки (каріозні зуби, запальні процеси в пазухах носа, вухах). Припинити прийом антикоагулянтів.

8. Подальші заходи та загальна медична допомога

Обстеження молочної залози призначаються згідно з відповідними медико-технологічними документами.

MtF-пацієнтам повинні бути запропоновані рекомендації в залежності від захворювань передміхурової залози, оскільки простатектомія не є частиною статевої реконструктивної хірургії.

FtM-пацієнтам повинно бути запропоноване постійне обстеження захворювань шийки матки та аналізи на цитологію шийки матки згідно з відповідними медико-технологічними документами.

У зв'язку з підвищеним ризиком зменшення кісткової маси внаслідок лікування, повинна бути запропонована кісткова денситометрія, в разі необхідності, згідно з відповідними медико-технологічними документами.

9. Особливості надання медичної допомоги дітям із гендерною дисфорією (проявами дискомфорту, зумовленого невідповідністю статі, встановленої їм при народженні і пов'язаною з цим гендерною роллю зі статевим самовідчуттям та статевою поведінкою)

9.1. Клінічна картина гендерної дисфорії у дітей та підлітків.

Деякі малолітні особи, починаючи з 2-х років, можуть проявляти окремі риси, які можуть розглядатися, як прояви дискомфорту, зумовленого невідповідністю статі, встановленої їм при народженні та гендерною роллю зі статевим самовідчуттям та статевою поведінкою. Вони можуть віддавати перевагу одягу, іграм та іграшкам, які зазвичай у суспільстві пов'язані з іншою статтю. У більшості дітей прояви трансгендерної поведінки та гендерна дисфорія зникає до пубертатного періоду. Частина дітей позбавляється проявів дискомфорту в рамках культурально прийнятних форм поведінки, наприклад шляхом модифікації гендерного самовираження і ролі, що може включати в себе епізодичне або постійне життя в змінній гендерній ролі, фемінізації або маскулінізації тіла без застосування медичних засобів, модифікації стилю поведінки та одягу в межах субкультури унісексу. Проте у деяких підлітків ці почуття посиляться, і відразу до тіла та до статево-соціальних функцій зросте у міру розвитку вторинних статевих ознак.

Багато пацієнтів, які звертаються з приводу гендерної дисфорії, не повідомляють про прояви трансгендерної поведінки в дитинстві або навмисно акцентують на ній увагу для отримання бажаного діагнозу, що дозволить їм змінити статево належність.

4.9.2. Первинна медична допомога

Комплексне діагностичне обстеження кожної дитини сімейним лікарем має включати в себе оцінювання відповідності її психосексуального розвитку віку дитини зі скеруванням у разі потреби до лікарів спеціалістів, зокрема лікаря-ендокринолога, лікаря-медичного генетика, лікаря-гінеколога, лікаря-хірурга.

Підлітки, які належать до сексуальних та гендерних меншин дуже часто стикаються зі специфічними проблемами розвитку. Якщо початковий скринінг свідчить про те, що питання сексуальної орієнтації, гендерної невідповідності або гендерної ідентичності мають клінічне значення, ці проблеми мають бути вивчені більш ретельно. Питання про сексуальні почуття, переживання статевої ідентичності або про поведінку гендерних ролей та гендерної ідентичності можуть допомогти прояснити будь-які проблемні області, пов'язані зі статтю. Інформація має бути зібрана по ходу загального інтерв'ю у дитини та її батьків, без осуду, без передчасних припущень про яку-небудь конкретну її сексуальну орієнтацію. Це не може бути забезпечене, наприклад за допомогою використання гендерно-нейтральної мови поки підліток не задекларує чи продемонструє певну сексуальну орієнтацію. Сімейний лікар

проводить скринінг дітей з проявами дискомфорту, зумовленого невідповідністю статі, встановленої їм при народженні і пов'язаною з цим гендерною роллю зі статевим самовідчуттям та статевою поведінкою.

Діагностика гендерної дисфорії у дітей у віці до 17 років є виключною компетенцією лікаря-психіатра дитячого. Для надання спеціалізованої психіатричної допомоги за рекомендацією дитячого психіатра дитина та її батьки можуть бути скеровані сімейним лікарем до лікаря медичного психолога, лікаря-психотерапевта.

При дослідженні психосексуального розвитку, сексуальної орієнтації, гендерної невідповідності або гендерної ідентичності особлива увага має надаватися конфіденційності відносин лікаря та підлітків. Питання конфіденційності важливі з усіма пацієнтами; особливо з неповнолітніми, що належать до сексуальної та гендерної меншин. Потрібно враховувати їх попередній досвід для того, щоб визначити, чи можуть вони безпечно розкрити свою сексуальну орієнтацію іншим, не побоюючись упередженості або осудження. Будь яка стигматизація при оцінюванні їх психічного здоров'я може викликати сором і підірвати союз із лікарем.

Враховуючи те, що розвиток статевої ідентичності є змінною величиною, бажано, щоб підліток самостійно задавав темп самопізнання при обстеженні та терапії. Підліток у віці старше 14 років може самостійно звернутися до лікаря загальної практики-сімейного лікаря. Корисно окреслити розумні очікування недоторканності приватного життя підлітка, механізми забезпечення контролю над прийнятним темпом розкриття. Сімейний лікар повинен мати на увазі потенційні ризики для підлітків передчасного розголошення їх сексуальної орієнтації, зокрема такі, як відмова від них сім'ї, відчуження від систем підтримки, що може спровокувати кризу.

Сімейні лікарі повинні бути знайомі зі стандартною практикою конфіденційності щодо неповнолітніх, а також повинні захищати конфіденційність, коли це можливо, щоб зберегти клінічний альянс. Це особливо актуально при використанні засобів масової інформації, фіксації медичної інформації з використанням електронних медичних записів, при використанні яких конфіденційна інформація може легко розповсюджуватись.

9.3. Надання вторинної (спеціалізованої) психіатричної допомоги

Оцінка та діагностування гендерної дисфорії у дітей є виключно компетенцією лікаря-психіатра дитячого. Дітям, за наявності у них гендерної дисфорії встановлюється діагноз «розлад статевої ідентифікації у дитячому віці», який після досягнення повноліття може бути переглянутий відповідно до діагностичних категорій у дорослих. Важливо забезпечити диференційну діагностику тих підлітків, хто проявляє лише відмінності в статево-рольовій поведінці (гендерне інакодумство, яке не є розладом відповідно до критеріїв DSM-IV) від тих підлітків, відображення гендерної ідентичності яких дисонує з їх біологічною статтю (розлад гендерної ідентичності, що супроводжується вираженим гендерним нонконформізмом).

При наданні спеціалізованої психіатричної допомоги дітям з розладами статевої ідентифікації лікар психіатр-дитячий має досліджувати сімейну

динаміку, що має відношення до сексуальної орієнтації, гендерного дискомфорту і гендерної ідентичності в контексті культурних цінностей молоді, сім'ї та громади.

Завданням лікаря-психіатра дитячого при роботі з родиною зміна її уявлень про дитину, надання їм підтримки. Більшість батьків відчують дистрес, когнітивний дисонанс, відчують тривогу чи гнів, відчуття втрати, сорому і провини. З часом більшість батьків сприймають особливості своїх дітей і поводяться з ними толерантніше, здатні надати їм необхідну підтримку, хоча для цього може знадобитися час. Клініцисти повинні оцінювати уявлення батьків про те, що являє собою нормальна, прийнятна поведінка, їх культурні особливості, а також будь-які хибні уявлення або спотворені очікування з приводу гомосексуалізму. Хибні уявлення батьків можуть включати в себе побоювання, що їх дитина буде мати невпорядковані випадкові статеві відносини, приречена на інфікування вірусом імунодефіциту людини, не зможе мати дітей, зганьбить себе в очах людей. В разі потреби лікар-психіатр дитячий має скерувати дитину, чи її родину до лікаря медичного психолога, лікаря-психотерапевта. Групи підтримки можуть бути корисні для сімей, які знаходяться в кризовому стані. У разі сімейної патології може бути рекомендована сімейна терапія.

Діти часто погано передбачають реакцію своїх батьків, що підсилює травматизацію процесу розкриття. Підлітки, яких зневажають їх батьки, можуть відчувати глибоку ізоляцію, що негативно позначається на формуванні їх ідентичності, почутті власної гідності, а також здатності до інтимності; стигматизовані підлітки часто схильні до відсіву зі школи, безпритульності (що може призвести до сексуальної експлуатації або ризикової сексуальної поведінки), наркотизації, алкоголізації, депресії та самогубства. Клініцисти повинні прагнути пом'якшити будь-які ірраціональні почуття сорому і провини, зберегти емпатійність підлітка, підтримати сімейні відносини, де це можливо. Діти з коморбідними розладами психіки повинні мати доступ до терапії.

Булінг трансгендерів має несприятливі наслідки для їх психічного здоров'я, зумовлює розвиток хронічної депресії, тривоги і думок про самогубство. Сімейна терапія може бути корисною, коли сексуальна та гендерна меншість молоді є переслідуванням в своїх сім'ях. Психотерапія може допомогти запобігти чи полегшити ненависть до самого себе, пов'язану з ідентифікацією з агресором. Лікарі-психіатри дитячі також мають проводити консультації та психоосвітню роботу зі школами, поліцією чи іншими органами і установами, що пропагують дотримання політики терпимості, щоб захистити молодих людей, які можуть стати жертвами переслідувань або залякування.

Хибні погляди стосовно трансгендерів, як таких, що беруть участь в численних, безладних сексуальних контактах, не підтверджується емпіричними дослідженнями. Якщо така поведінка і має місце, вона не має бути пояснена, як частина нормального підліткового статевого потягу чи результат формування трансгендерної особистості. Випадки проміскуїтету у

підлітків, як відомо, можуть бути пов'язані з сексуальним розбещенням у дитинстві, випадками сексуального насильства з боку членів групи первинної підтримки дитини, сімейною дисфункцією. Потрібно також розглянути можливість подвійної діагностики коморбідних розладів психіки (гіпоманіакального чи маніакального станів при біполярному розладі, депресивного розладу).

Лікар-психіатр дитячий має:

1) інформувати і виступати на захист дітей та підлітків з гендерною дисфорією та їх сімей у їх громадах. Це особливо важливо, зважаючи на той факт, що малолітні та неповнолітні пацієнти, які не відповідають запропонованим суспільством гендерним нормам, можуть відчувати в подібних закладах нападки та тиск, піддаватися ризику соціальної ізоляції, депресії та іншим негативним наслідкам.

2) надавати малолітнім та неповнолітнім пацієнтам та їх сім'ям інформацію і направлення до мереж взаємодопомоги (відповідні громадські формування та їх інформаційні ресурси), таких як групи підтримки для батьків дітей-трансгендерів.

9.4. Медичні втручання

Психотерапевтичне лікування. Запропоновані методи лікування включають втручання спрямовані на зниження бажання бути особою іншої статі, зниження соціального відчуження, зменшення гендерного дисонансу, встановлення обмежень на вираз гендерно-дисонуючої поведінки, а також лікування коморбідних психічних розладів.

Не існує ніяких доказів того, що сексуальна орієнтація може бути змінена за допомогою терапії, і що спроби зробити це можуть бути шкідливими.

Оперантне обумовлення змінює сексуальні фетиші, воно не змінює гомосексуалізм. Психічні зусилля зі зміни сексуальної орієнтації за допомогою "репаративної терапії" у дорослих виявили мало чи взагалі ніяких змін у сексуальній орієнтації, в той час як продемонстрували ризик заподіяння значної шкоди для самооцінки. Дослідження зусиль, щоб застосувати ці терапевтичні техніки, у дорослих була піддана критиці за нездатність адекватно враховувати ризики, такі як збільшення туги, відрази до себе, ризику розвитку депресивних та тривожних розладів, токсикоманій, зростання суїцидального ризику.

Відсутні вагомні з медичної точки зору підстави для профілактичних заходів, відсутні докази того, що розвиток гомосексуалізму у дорослих можна запобігти шляхом відповідного виховання. Навпаки, такі заходи можуть заохочувати до відмови родин від дітей, підривати самооцінку трансгендерів, зв'язаність і турботу в сім'ях, які є важливими захисними факторами проти суїцидальних намірів і спроб. З огляду на те, що немає ніяких доказів того, що зусилля по зміні сексуальної орієнтації є ефективними, корисними, або необхідними, і ймовірність того, що вони несуть ризик значної шкоди, такі втручання не рекомендовані.

Рекомендована нова стратегія лікування, спрямована на заохочення позитивних відносин з батьком і однолітками чоловічої статі, формування

типових гендерних навичок, а також підвищеної материнської підтримки чоловічої ролі спирається на техніки психоосвітньої роботи з батьками, тренінги соціальної компетентності (формуванні навичок соціальної взаємодії з однолітками) та шкільні консультації щодо усунення гендерного дисонансу у хлопчиків.

Рекомендована стратегія лікування, що заохочує терпимість до гендерної неузгодженості, встановлюючи обмеження на прояви гендерно-дисонуючої поведінки, яка може спровокувати нетолерантність та ворожість однолітків. З огляду на відсутність однозначних даних рандомізованих контрольованих випробувань ефективності лікування, спрямованого на усунення гендерного дисонансу зазначені методи потребують подальшого дослідження.

Лікарі-психіатри дитячі повинні бути інформовані щодо інформаційних ресурсів, що мають відношення до підтримки підлітків та молоді, що належить до гендерних меншин та членів їх сімей.

Особливості проведення замісної гормональної терапії неповнолітнім пацієнтам із гендерною дисфорією

Перш ніж розглядати варіанти медичного втручання для неповнолітніх пацієнтів, як зазначено вище, необхідно провести всебічне вивчення психологічних, сімейних і соціальних аспектів. Тривалість цього вивчення може значно відрізнятись, залежно від складності ситуації. Фізичні втручання повинні розглядатися в контексті підліткового розвитку. Деякі висловлювання пацієнта щодо переконань з приводу ідентичності можуть твердо дотримуватися і чітко висловлюватися, створюючи хибне враження незворотності. Зрушення пацієнта в сторону трансгендерності може статися, в основному, в угоду батькам і може не зберегтися надовго чи провокувати розвиток гендерної дисфорії.

Гормональні втручання для неповнолітніх пацієнтів підрозділяються на дві категорії або стадії:

1. Повністю оборотні втручання. Включають застосування аналогів ГнРГ для придушення секреції естрогену або тестостерону і, таким чином, затримання фізичних змін, що викликані статевим дозріванням. Альтернативні варіанти лікування включають прогестини (найчастіше медроксипрогестерон) або інші препарати (такі як спіронолактон), які зменшують вплив андрогенів, що виділяються яєчками підлітків, які не отримують аналогів ГнРГ. Тривалий прийом пероральних контрацептивів (або депо медроксипрогестерону) може використовуватися для придушення менструацій.

2. Частково оборотні втручання. Включають гормональну терапію для маскулінізації або фемінізації тіла. Деякі зміни, викликані гормонами, можуть вимагати відновних операцій для звернення їх впливу (наприклад, гінекомастія, викликана естрогенами), у той час, як інші зміни – незворотні (наприклад, зниження голосу, викликане тестостероном).

Повністю незворотні втручання неповнолітнім пацієнтам у ЗОЗ України не проводяться.

Поетапний процес рекомендується для того, щоб варіанти лікування залишалися доступними протягом перших двох стадій. Перехід від однієї стадії

до іншої не повинен відбуватися, поки не пройде достатньо часу для того, щоб підліток і його батьки повністю звикли до результатів попередніх втручань.

10. Доступ до допоміжних репродуктивних технологій та реалізація прав на батьківство/материнство, а також на усиновлення в пацієнтів із гендерною дисфорією

Багато пацієнтів із гендерною дисфорією хотіли б мати дітей. Оскільки певні медичні втручання (ЗГТ та статевореконструктивна хірургія) обмежують чи припиняють фертильність, пацієнтам бажано прийняти рішення щодо фертильності до початку лікування. Відомі випадки, коли люди, які проходили гормональну терапію і статевореконструктивну хірургію, згодом шкодували про свою нездатність стати батьками генетично рідних дітей.

Медичні фахівці повинні обговорити репродуктивні можливості з пацієнтами до початку лікування гендерної дисфорії. Це обговорення має мати місце, навіть якщо пацієнти не зацікавлені в даних питаннях на момент лікування, що може бути більш характерно для більш молодих пацієнтів. Раннє обговорення бажано, але не завжди можливо. Якщо індивід не здійснив хірургічного втручання з гонадоектомією, може бути наявна можливість зупинити приймання гормонів на час, досить довгий для того, щоб вроджені гормони відновилися, дозволяючи продукуватися зрілим гаметам.

Доступ до допоміжних репродуктивних технологій відбувається на вторинній та третинній медичній допомозі (див. п. 6 розділу VII).

MtF-пацієнтів, особливо тих, хто ще не має дітей, необхідно проінформувати про можливості зберігання сперми і порадити їм подумати про розміщення сперми в банк до гормональної терапії. Сперму необхідно брати до гормональної терапії або після припинення терапії до тих пір, поки кількість сперматозоїдів не зросте знову. Кріоконсервування повинно обговорюватися, навіть якщо якість сперми низька. У дорослих з азооспермією можлива біопсія яєчок з подальшим кріоконсервуванням матеріалу для збереження сперми, проте процедура може бути безуспішною.

Можливості репродукції для FtM-пацієнтів можуть включати заморозку ооцитів (яйцеклітин) або ембріона. Заморожені гамети та ембріон можуть пізніше бути використані для виношування сурогатною матір'ю. Дослідження жінок із хворобою полікістозу яєчників показують, що яєчники можуть частково відновлюватися від впливів високих рівнів тестостерону. Короткочасне припинення прийому тестостерону може дозволити яєчникам відновитися для продукування яйцеклітин; успіх, ймовірно, залежить від віку пацієнта і тривалості лікування тестостероном.

Пацієнтів слід інформувати, що дані технології доступні не скрізь і можуть бути досить дорогі.

Особливою групою пацієнтів є препубертатні або пубертатні підлітки, у яких ніколи не розвинесться репродуктивна функція відповідно до їх біологічної статі у зв'язку із вживанням блокаторів або гормонів протилежної статі.

Пацієнтам із гендерною дисфорією не повинні відмовляти в можливостях репродукції. А якщо репродукція вже неможлива внаслідок медичного втручання – то й в усиновленні дитини.

V. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) (ЛПМД (КМП)) необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, які включаються до ЛПМД (КМП), та відповідність призначення лікарських засобів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій Міністерством охорони здоров'я України. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за електронною адресою <http://www.drlz.kiev.ua/>.

2. Вторинна (спеціалізована) та (високоспеціалізована) третинна медична допомога

2.1 Кадрові ресурси

Лікарі-психіатри, лікарі-психологи, лікарі-психотерапевти, лікарі-сексопатологи, лікарі-акушери-гінекологи, лікарі-ендокринологи, лікарі-гінекологи, лікарі-хірурги, лікарі-урологи, лікарі-отоларингологи (у тому числі дитячі).

2.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення. Відповідно до таблиця оснащення.

Лікарські засоби

Аналог гонадотропіну-релізінг-гормону (ГнРГ): трипторелін; антиандрогени: біклутамід, ципротерон; дидрогестерон; естрадіол; медроксипрогестерон; прогестерон; спіронолактон; тестостерон; фінастерид.

VI. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Форма 025/о – Медична карта амбулаторного хворого (Форма 025/о), затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

Форма 112/о – Історія розвитку дитини (Форма 112/о), затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 липня 2014 року № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736.

Форма 030/о – Контрольна карта диспансерного нагляду (Форма 030/о), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

1.1. Наявність у лікуючого лікаря, який надає первинну медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнта з гендерною дисфорією.

1.2. Наявність у лікуючого лікаря, який надає вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнта з гендерною дисфорією.

1.3. Відсоток пацієнтів, для яких лікарем загальної практики – сімейним лікарем отримано інформацію про медичний стан впродовж звітного періоду.

2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

2.1. А) Наявність у лікуючого лікаря, який надає первинну медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнта з гендерною дисфорією

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гендерна дисфорія».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором

висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2016 рік – 90%

2017 рік та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікуючими лікарями, які надають первинну медичну допомогу, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу ведення пацієнта з гендерною дисфорією (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікуючим лікарем, який надає первинну медичну допомогу.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

2.2. А) Наявність у лікуючого лікаря, який надає вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнта з гендерною дисфорією

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гендерна дисфорія».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором

висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2016 рік – 90%

2017 рік та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ; структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікуючими лікарями-психіатрами, що надають вторинну/третинну медичну допомогу, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікуючих лікарів-психіатрів, що надають вторинну/третинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів-психіатрів, що надають вторинну/третинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікуючих лікарів-психіатрів, що надають вторинну/третинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів-психіатрів, що надають вторинну/третинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу ведення пацієнта з гендерною дисфорією (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікуючими лікарями-психіатрами, що надають вторинну/третинну медичну допомогу.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.3.А) Відсоток пацієнтів, для яких лікарем загальної практики – сімейним лікарем отримано інформацію про медичний стан впродовж звітного періоду

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гендерна дисфорія».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

При аналізі індикатора слід враховувати неприпустимість формального та необґрунтованого віднесення до чисельника індикатора тих хворих, для яких не проводилося медичного огляду лікарем загальної практики – сімейним лікарем, лікарем-терапевтом дільничним, лікарем-педіатром дільничним (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медичної (медико-санітарної) допомоги) протягом звітного періоду. В первинній медичній документації мають бути задокументовані факти медичного огляду хворого, а також наявність або відсутність прогресування захворювання. Пацієнти, для яких такі записи в медичній документації відсутні, не включаються до чисельника індикатора, навіть у випадку, якщо лікар має достовірну інформацію про те, що пацієнт живий та перебуває в районі обслуговування (за відсутності даних медичного огляду).

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: лікар загальної практики – сімейний лікар, лікар-терапевт дільничний, лікар-педіатр дільничний (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги). Структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями загальної практики – сімейними лікарями, лікарями-терапевтами дільничними, лікарями-педіатрами дільничними (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медичної (медико-санітарної) допомоги), розташованими в районі обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології закладу охорони здоров'я, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті амбулаторного хворого (форма 025/0), Історії розвитку дитини (форма 112/о) або Контрольній карті диспансерного нагляду (форма 030/о) – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється лікарем загальної практики – сімейним лікарем, лікарем-терапевтом дільничним, лікарем-педіатром дільничним (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медичної (медико-санітарної) допомоги), шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Медичних карт амбулаторного хворого (форма 025/0), Історії розвитку дитини (форма 112/о) або Контрольних карт диспансерного нагляду (форма 030/о).

Індикатор обчислюється регіональним управлінням охорони здоров'я після надходження від всіх лікарів загальної практики – сімейних лікарів, лікарів-терапевтів дільничних, лікарів-педіатрів дільничних (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги),

zareestrovanih v rayonі obsluговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів, які складають чисельник та знаменник індикатора.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з гендерною дисфорією, які перебувають під диспансерним наглядом у лікаря загальної практики – сімейного лікаря, лікаря-терапевта дільничного, лікаря-педіатра дільничного (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги).

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о);

Історія розвитку дитини (форма 112/о);

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о).

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з гендерною дисфорією, які перебувають під диспансерним наглядом у лікаря загальної практики – сімейного лікаря, лікаря-терапевта дільничного, лікаря-педіатра дільничного (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги), для яких наведена інформація про медичний стан пацієнта із зазначенням відсутності або наявності його прогресування.

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о);

Історія розвитку дитини (форма 112/о);

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

Директор Медичного департаменту

В. Кравченко

VII. ПЕРЕЛІК ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ, ВИКОРИСТАНИХ ПРИ РОЗРОБЦІ УНІФІКОВАНОГО КЛІНІЧНОГО ПРОТОКОЛУ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1. Електронний документ «Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. Гендерна дисфорія», 2016.
2. Закон України «Про психіатричну допомогу».
3. Наказ МОЗ України від 14.03.2016 № 183 «Про затвердження восьмого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».
4. Наказ МОЗ України від 28.07.2014 № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13.08.2014 за № 959/25736.
5. Наказ МОЗ України від 27.12.2013 № 1150 «Про затвердження Примірної таблиці матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів».
6. Наказ МОЗ України від 09.09.2013 № 787 «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні».
7. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 за № 2001/22313.
8. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28.04.2012 за № 661/20974.
9. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 734 «Про затвердження таблиць оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування».
10. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 735 «Про затвердження таблиць оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування».
11. Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 739 «Про затвердження таблиць оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів консультативно-діагностичного центру».
12. Наказ МОЗ України від 02.03.2011 № 127 «Про затвердження примірних таблиць оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення центральної районної (районної) та центральної міської (міської) лікарень».
13. Наказ МОЗ України від 05.07.2005 № 330 «Про запровадження ведення електронного варіанту облікових статистичних форм в лікувально-профілактичних закладах».

14. Наказ МОЗ України від 28.10.2002 № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 12.11.2002 за № 892/7180.

15. Наказ МОЗ України від 23.02.2000 № 33 «Про примірні штатні нормативи закладів охорони здоров'я» (із змінами).

VIII. ДОДАТКИ ДО УНІФІКОВАНОГО КЛІНІЧНОГО ПРОТОКОЛУ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Додаток 1
до уніфікованого клінічного протоколу
первинної, вторинної (спеціалізованої) та
третинної (високоспеціалізованої) медичної
допомоги «Гендерна дисфорія»

Ризики, пов'язані з гормональною терапією

Рівень ризику	Фемінізуючі гормони	Маскулінізуючі гормони
Ймовірний підвищений ризик	Венозна тромбоемболічна хвороба ^A Жовчні камені Підвищений рівень ферментів печінки Набір ваги Гіпертригліцеридемія	Поліцитемія Набір ваги Акне Андрогенна плішивість (облісіння) Синдром апное
Ймовірний підвищений ризик з наявністю додаткових факторів ризику	Серцево-судинна хвороба	
Можливий підвищений ризик	Гіпертонія Гіперпролактинемія або пролактінома ^A	Підвищений рівень ферментів печінки Гіперліпідемія
Можливий підвищений ризик з наявністю додаткових факторів ризику	Діабет 2 типу ^A	Дестабілізація певних психопатологічних розладів Серцево-судинна хвороба Гіпертонія Діабет 2 типу
Немає підвищеного ризику або ризик невизначений	Рак молочної залози	Втрата щільності кісток Рак молочної залози Рак шийки матки Рак яєчників Рак матки

^A Ризик при прийомі оральних естрогенів вищий, ніж при прийомі трансдермальних.

Додаток 2
до уніфікованого клінічного протоколу
первинної, вторинної (спеціалізованої) та
третинної (високоспеціалізованої) медичної
допомоги «Гендерна дисфорія»

**Вплив та очікуваний період дії
фемінізуючих гормонів**

Вплив	Очікуваний початок дії фемінізуючих гормонів на організм пацієнта	Очікуваний термін максимального впливу фемінізуючих гормонів на організм пацієнта
Перерозподіл жиру за жіночим типом	3-6 місяців	2-5 років
Зниження м'язової маси / сили	3-6 місяців	1-2 роки
Розм'якшення шкіри / знижена маслянистість	3-6 місяців	невідомо
Зниження лібідо	1-3 місяців	1-2 років
Зниження спонтанних ерекцій	1-3 місяців	3-6 місяців
Чоловіча сексуальна дисфункція	індивідуально	індивідуально
Збільшення грудей / збільшення молочних залоз	3-6 місяців	2-3 роки
Зменшення розміру яєчок	3-6 місяців	2-3 років
Пригнічення спермогенезу	індивідуально	індивідуально
Витончення та уповільнений ріст волосся на тілі та обличчі	6-12 місяців	більше 3 років
Припинення чоловічого облісіння	Припинення росту волосся припиняється через 1-3 місяці	12 років

Додаток 3
до уніфікованого клінічного протоколу
первинної, вторинної (спеціалізованої) та
третинної (високоспеціалізованої) медичної
допомоги «Гендерна дисфорія»

Вплив та очікуваний період дії маскулінізуючих гормонів

Вплив	Очікуваний початок дії фемінізуючих гормонів на організм пацієнта	Очікуваний термін максимального впливу фемінізуючих гормонів на організм пацієнта
Маслянистість шкіри / акне	1-6 місяців	1-2 роки
Ріст волосся на обличчі / тілі	3-6 місяців	3-5 років
Втрата волосся на голові (облисіння за чоловічим типом)	> 12 місяців	індивідуально
Збільшення м'язової маси / сили	6-12 місяців	2-5 років
Перерозподіл жиру за чоловічим типом	3-6 місяців	2-5 років
Припинення менструацій	2-6 місяців	індивідуально
Збільшення клітора	3-6 місяців	1-2 роки
Атрофія піхви	3-6 місяців	1-2 роки
Зниження голосу	3-12 місяців	1-2 роки

Додаток 4

до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гендерна дисфорія»

Співставлення класифікації та критеріїв гендерної дисфорії за DSM-V, Американської психіатричної асоціації, 2013 і діагнозів, які можуть бути пов'язані із гендерною дисфорією за МКХ-10

Гендерна дисфорія, що вимагає специфічного медичного втручання, класифікується відповідно до діагностичних критеріїв діючих діагностичних систем, таких як DSM-V або МКХ-10.

Існують два основних критерії для діагностики гендерної дисфорії згідно з критеріями DSM-V і окремі критерії на кожен нозологічну одиницю, відповідно до критеріїв МКХ-10.

DSM-V	МКХ-10
<p>Гендерна дисфорія (у підлітків або дорослих)</p> <p>А. Відзначена розбіжність між своєю вираженою гендерною та встановленою статтю тривалістю не менш ніж 6 місяців, має прояви 2 або більше з наступних показників:</p> <p>1) помітна невідповідність між своєю вираженою гендерною ідентичністю та первинними та/або вторинними статевими ознаками (або в підлітків – очікуваними вторинними статевими ознаками);</p> <p>2) сильне бажання позбутися своїх первинних та/або вторинних статевих ознак через наявність зазначеної несумісності зі своєю вираженою гендерною ідентичністю (або в підлітків існує наявне бажання запобігти розвитку очікуваних вторинних статевих ознак);</p> <p>3) сильне бажання мати первинні та/або вторинні статеві ознаки іншої статі;</p> <p>4) сильне бажання належати до іншої статі (або до</p>	<p>Діагнози, пов'язані із гендерною дисфорією:</p> <p>Розлади статевої ідентифікації (F64)</p> <p>Транссексуалізм (F64.0)</p> <p>Бажання жити і сприйматися оточуючими як особа протилежної статі, зазвичай супроводжуване відчуттям дискомфорту від своєї анатомічної статі або почуттям недоречності своєї статевої приналежності. Бажання піддатися хірургічному втручання або отримати гормональне лікування з тим, щоб досягти, наскільки це можливо, відповідності бажаній статі.</p> <p>Трансвестизм подвійної ролі (F64.1)</p> <p>Періодичне носіння одягу протилежної статі для того, щоб насолодитися тимчасовою участю в житті протилежної статі, але без будь-якого бажання змінити свою стать, в тому числі і хірургічним шляхом, і без статевого збудження, яке супроводжує переодягання.</p> <p>Розлад статевої ідентифікації в юності або зрілому віці не транссексуального типу Виключений: фетишистський трансвестизм (F65.1)</p> <p>F64.2 Розлад статевої ідентифікації в дитячому віці</p> <p>Розлад, який спочатку, зазвичай, виявляється в ранньому дитинстві (і завжди задовго до пубертатного періоду) і характеризується стійким і сильним стражданням з приводу своєї статі одночасно з сильним бажанням бути</p>

<p>альтернативної статі, що відрізняється від встановленої при народженні статі);</p> <p>5) сильне бажання розглядатися як особа іншої статі (або якої-небудь альтернативної статі, що відрізняється від встановленої при народженні статі);</p> <p>б) тверде переконання, що пацієнт має типові почуття і реакції іншої статі (або якої-небудь альтернативної статі, що відрізняється від встановленої при народженні статі).</p> <p>В. Стан, пов'язаний із клінічно значущим дистресом або пошкодженням у соціальній, професійній або іншій важливій області функціонування, або зі значно підвищеним ризиком страждання, таким як розлади або інвалідність.</p>	<p>особою іншої статі або наполегливою вимогою визнати його таким. Існує постійна заклопотаність одягом і заняттями осіб іншої статі і відмова від особливостей своєї статі. Цей діагноз повинен ставитися лише при глибокому порушенні статевої ідентифікації; наявності рис шибеника у дівчинки або дівочих рис у хлопчика недостатньо для його постановки.</p> <p>Розлади статевої ідентифікації, неуточнені (F64.9)</p> <p>Ця рубрика передбачає кодування розладів статевої рольової поведінки, що характеризуються транзиторним прагненням особи імітувати звички, притаманні протилежній статі. Рубрика використовується у випадках, коли розлад не відповідає діагностичним критеріям F64.1 та F64.2.</p> <p>Фетишистський трансвестизм (F65.1)</p> <p>Відчуття приналежності іншій статі досягається контактом з одягом іншої статі в результаті переодягання. Переодягання сприяє або є єдино можливим засобом досягнення оргазму. Якщо для порушення необхідна присутність декількох представників іншої статі, які спостерігають за пацієнтом, переодягненим у фетиші протилежної статі, то це призводить до конфлікту між поведінкою і мораллю, а також до порушення соціальних контактів. Серед бажаних фетишів переважає нижня білизна, панчохи, взуття протилежної статі, косметика.</p>
--	--