



В.Г. Мішалов, В.В. Храпач, О.В. Балабан,
О.І. Охоцька, Л.Ю. Маркулан, Р.В. Гонза

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ТРАНССЕКСУАЛІВ-ЧОЛОВІКІВ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ СТАТІ (ДВОРІЧНЕ ПРОСПЕКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Мета роботи — визначити якість життя (ЯЖ) транссексуалів-чоловіків та дослідити її динаміку після хірургічної корекції статі у проспективному дворічному дослідженні.

Матеріали і методи. До дослідження залучили 68 транссексуалів-чоловіків, яких спостерігали та оперували у відділенні пластичної і реконструктивної хірургії на базі кафедри хірургії № 4 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця у період з 1998 до 2010 р. Пацієнтів розподілено на три групи. Основну групу склали 68 транссексуалів-чоловіків (група Т), першу контрольну групу — 80 чоловіків (група Ч), другу контрольну групу — 80 жінок (група Ж). Пацієнтам групи Т виконували оперативне втручання з приводу корекції статі: екстирпацію матки з додатками та маскулінізувальну мамопластику (в один етап усім пацієнтам), неофалопластику (другим етапом у 11 пацієнтів). Якість життя визначали за опитувальником SF-36.

Результати та обговорення. Після проведеної операції ЯЖ транссексуалів поліпшилася порівняно з вихідним рівнем за такими категоріями SF-36, як соціальне функціонування, рольове функціонування, зумовлене емоційним станом, психічне здоров'я. Значення показників ЯЖ у цій групі в післяопераційний період наблизилися до таких у чоловіків контрольної групи. При аналізі ЯЖ залежно від часу, який минув після оперативного втручання, статистично значущої різниці не виявлено.

Висновки. Якість життя транссексуалів поступається такій у чоловіків та жінок за психічним компонентом опитувальника SF-36 (30,9 проти 53,3 та 50,4 відповідно у чоловіків та жінок) та фізичним компонентом щодо чоловіків (47,5 проти 49,2). Найуразливішими є такі показники, як рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (38,9 проти 85,6 та 78,8), соціальне функціонування (44,2 проти 86,0 та 81,9), психічне здоров'я (42,4 проти 79,3 та 73,7) (усі $p < 0,05$). Оперативне втручання зі зміни статі за нашою методикою забезпечує стійкий позитивний ефект щодо якості життя транссексуалів-чоловіків. Більшість показників опитувальника SF-36 у них статистично не відрізняються від таких у чоловіків, а такі показники, як соціальне і рольове функціонування, зумовлене емоційним станом, а також фізичне та рольове функціонування, зумовлене фізичним станом, — вірогідно кращі, ніж у жінок (85,5 проти 81,8; 82,9 проти 78,8; 85,9 проти 80,2; 83,2 проти 73,2; усі $p < 0,05$).

Ключові слова: якість життя, транссексуали, хірургія зі зміни статі, віддалені результати.

Термін «транссексуалізм» запропонував Н. Венґамп у 1953 р. Він описав цей стан з наукової точки зору та визначив його як «патологічний стан особистості, що полягає у полярному розходженні біологічної та громадянської статі». Згідно із сучасни-

ми поглядами, транссексуалізм — це стан порушення статевої самоідентифікації особистості, який полягає в стійкому усвідомленні своєї приналежності до протилежної статі за відсутності психопатичної симптоматики; при цьому транссексуал

відчуває ненависть і відразу до власних природних статевих ознак, прагне асимілюватися в суспільстві серед осіб протилежної статі і висуває стійку вимогу щодо трансформації тілесної статі [2].

Транссексуалізм трапляється майже в усіх етнічних групах, що може бути непрямим доказом його біологічної основи. Поширеність транссексуалізму у світі варіює від 1 : 40 000 до 1 : 100 000 населення [2]. Транссексуалізм є найекстремальнішою формою інверсії статевої самоідентифікації. Ж/ч-транссексуали при народженні мають жіночий фенотип, але позиціонують себе чоловіками незалежно від того, чи отримували вони лікування з приводу корекції статі.

Лікування передбачає застосування терапії з використанням гормонів протилежної статі та хірургічну корекцію статі згідно зі Стандартами лікування Всесвітньої асоціації здоров'я транссексуалів (World Professional Association of Transgender Health). Асоціацію гендерної дисфорії Г. Бенджаміна (The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA)) створено для надання медичної допомоги транссексуалам. Ця організація розробила протоколи та стандарти ведення і лікування хворих на транссексуалізм (HBIGDA Standards of Care), метою яких є «тривале відчуття персонального комфорту транссексуалом з поліпшенням психологічного самопочуття та самореалізації», або, інакше кажучи, поліпшення якості життя [1]. Під поняттям «якість життя (ЯЖ)» розуміють рівень функціонування та сприйняття благополуччя в популяції пацієнтів.

Ми вирішили вивчити ЯЖ транссексуалів з декількох причин. По-перше, у літературі бракує відомостей щодо ефективності лікування транссексуалів, насамперед щодо віддалених результатів гормональної терапії і хірургічного лікування. По-друге, активна дискримінація з боку закладів охорони здоров'я перешкоджає своєчасному лікуванню [4, 5, 7]. Крім того, транссексуали зазвичай ізольовані від суспільства, що само по собі є ризиком для їх здоров'я. Деякі очікують зниження рівня ЯЖ у ж/ч-транссексуалів порівняно з основною популяцією через соціальну дискримінацію та стигматизацію [19]. Ми не відносимо стан при ж/ч-транссексуалізмі до психопатології або хворобливого стану. Це підтверджують дані європейських досліджень популяції ж/ч-транссексуалів щодо відсутності статистично значущої різниці у показниках смертності та захворюваності з жіночою популяцією в цілому. Ми очікували, що ж/ч-транссексуали протягом перших двох років від початку лікування з приводу зміни статі мають значно нижчі показники ЯЖ, ніж особи з тривалішим періодом після початку лікування. Ми припустили це, урахувавши, що корекція статі є складним процесом, який іноді призводить до виникнення ускладнень після виснажливих етапів операцій, а транссексуали не знаходять підтримки з боку сім'ї та соціуму [9].

Хірургічна корекція статі є важливим аспектом лікування транссексуалів і поліпшення ЯЖ після проведеного лікування [3, 13, 14, 18]. У цих роботах наведено результати дослідження якості життя як у транссексуалів-чоловіків, так і у транссексуалів-жінок. Під поліпшенням ЯЖ розуміли поліпшення сексуальних стосунків та розширення можливостей праці, обмежену кількість медичних ускладнень та побічних явищ, поліпшення психічного функціонування. Сподівання транссексуалів щодо змін у післяопераційний період, насамперед, стосуються соціальної адаптації та емоційного стану, а не сексуальних відносин [8].

У США надання медичної допомоги таким пацієнтам відрізняється від європейських країн. У Голландії, Швеції, Бельгії до лікування транссексуалізму застосовують стандартизований підхід: пацієнта спрямовують у спеціалізовану клініку з державним фінансуванням медичної допомоги транссексуалам, де протягом тривалого часу він перебуває під наглядом кваліфікованих лікарів та спеціалістів-консультантів [12]. У США існує несистематична модель медичної допомоги транссексуалам. Це спонукає пацієнтів до тривалих пошуків лікарів, які не мають упереджень щодо транссексуалів, знайомі з протоколами ведення цієї групи хворих та мають певний досвід їх лікування. Американська страховка зазвичай не покриває витрати на гормональну терапію та хірургічне лікування, тому що під корекцією статі у США розуміють «косметичне лікування», яке вважають необов'язковим. Деякі медичні програми з державним фінансуванням, такі як Californias Medical Insurance Program, покривають витрати на гормональну терапію та хірургічну корекцію статі, але лише після тривалого розгляду індивідуальних прохань про допомогу. Часто пацієнтам відмовляють у їх проханні [6, 11, 18].

Поширеність транссексуалізму в Україні становить 1 випадок на 20 тис. населення. На відміну від розвинених країн в Україні та країнах СНД співвідношення між трансформаціями із жінки в чоловіка та із чоловіка в жінку становить 10:1 відповідно [1]. В Україні створено постійно діючу комісію з питань зміни статі при Міністерстві охорони здоров'я. Всі операції з корекції статі виконували після одержання відповідного дозволу комісії згідно з наказом МОЗ України № 57 від 15.03.1996 р. «Про надання медичної допомоги особам, що потребують зміни (корекції) статевої належності», який втратив чинність з 03.02.2011 р., пізніше з дозволу комісії згідно з наказом МОЗ України № 239/18977 від 03.02.2011 р. «Про удосконалення надання медичної допомоги особам, що потребують зміни (корекції) статевої належності». Транссексуал відповідає за наявність і достовірність поданих документів. Згідно з наказом медико-біологічними і соціально-психологічними показаннями для корекції статевої належності

є неможливість соціальної та психологічної адаптації пацієнта у суспільстві за умови збереження статі, зафіксованої при народженні, і сприятливий прогноз щодо адаптації після зміни (корекції) статевої належності.

Тактика реабілітаційних і коригувальних заходів для транссексуалів передбачає такі етапи:

1. *Психіатрична експертиза* є першим етапом у лікуванні транссексуалізму. Проводять у стаціонарних умовах. Відповідно до її висновків установлюють діагноз, проводять зміну статі згідно з паспортом і видають дозвіл на незворотне хірургічне лікування. Діагноз транссексуалізму встановлюють після виключення психічних відхилень дорослим, які досягли статевого дозрівання, бажають змінити свої статеві органи і жити як представники іншої статі.

А.О. Бухановський визначив основні симптоми транссексуалізму: інверсія статевої ідентичності; інверсія статевої соціалізації особистості; інверсія психосоціальної орієнтації [2].

2. *Зміна цивільної статі* зі зміною всіх документів.

3. *Проведення гормональної терапії.*

Гормони впливають на фізичну структуру тіла, зумовлюють вияв таких вторинних статевих ознак, як ріст волосся на обличчі, колір шкіри, тембр голосу. Особи, які потребують ч/ж-трансформації, приймають естроген. Крім того, вони можуть використовувати прогестерон і/або антиандроген (хімічну сполуку, яка блокує вироблення тестостерону). Особи, які потребують ж/ч-трансформації, приймають тестостерон, що збільшує м'язову масу, сприяє росту волосся, змінює голосові зв'язки (голос стає нижчим).

4. *Хірургічна корекція анатомічної статі.*

У відділенні пластичної та реконструктивної хірургії на базі кафедри хірургії № 4 НМУ ім. О.О. Богомольця виконувати окремі етапи з корекції статі почали у 1997 р. [1]. Нами проведено ж/ч-трансформації 68 пацієнтам.

У нашій клініці схема виконання першого етапу хірургічної корекції статі при ж/ч-транссексуалізмі є такою: маскулінізувальна мамопластика, екстирпація матки з додатками. Другий етап передбачає неофалопластику та імплантацію ендопротезів яєчок [15]. Хірургічні методики мають переваги та недоліки і по-різному впливають на сексуальну функцію. Досвід виконання неофалопластики свідчить, що більшість транссексуалів віддають перевагу неофалопластичці, зрідка — метаїдіопластичці (створення мікронеофалоса шляхом хірургічної корекції андроген-залежної гіпертрофії клітора). Фалопластика дає змогу створити статевий член потрібного розміру та форми, який має здатність до penetрації під час статевого акту. На відміну від неї, метаїдіопластика дає змогу уникнути рубців на донорському місці, але мікрофалос завжди є занадто маленьким для статевого акту та сечовипускання в положенні стоячи [10, 16]. З досвіду відо-

мо, що більшість транссексуалів, які початковим етапом створення неофалоса обрали метаїдіопластику, в подальшому воліють повноцінної неофалопластики [10]. Обидві методики комбінують із скротопластикою. Накопичення досвіду сприяє поліпшенню естетичних результатів.

Мета роботи — визначити якість життя транссексуалів-чоловіків та дослідити її динаміку після хірургічної корекції статі у проспективному дворічному дослідженні.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

До проспективного дворічного дослідження залучено 68 транссексуалів-чоловіків, яких спостерігали та оперували у відділенні пластичної та реконструктивної хірургії на базі кафедри хірургії № 4 НМУ ім. О.О. Богомольця у період з 1998 до 2010 р.

Робота складалася з трьох етапів.

Перший етап передбачав отримання референтних даних щодо ЯЖ чоловіків і жінок традиційної статевої орієнтації.

На другому етапі визначали ЯЖ транссексуалів-чоловіків порівняно з чоловіками і жінками традиційної статевої орієнтації.

На третьому етапі проводили дослідження динаміки ЯЖ транссексуалів-чоловіків після хірургічної корекції статі у проспективному дворічному дослідженні.

Досліджуваних розподілено на три групи. Основну групу становили 68 транссексуалів-чоловіків (група Т), першу контрольну групу — 80 чоловіків (група Ч), другу контрольну групу — 80 жінок (група Ж).

Порівняльну характеристику пацієнтів досліджуваних груп наведено в табл. 1.

Пацієнти групи Т достовірно не відрізнялися від пацієнтів інших груп за більшістю аналізованих показників. Водночас частота паління серед транссексуалів була вищою, ніж у жінок, а середні значення зросту і маси росту були меншими, ніж у чоловіків, хоча за індексом маси тіла групи статистично не відрізнялися.

Пацієнтам групи Т виконували оперативне втручання з корекції статі: екстирпацію матки з додатками та маскулінізувальну мамопластику (в один етап усім пацієнтам), неофалопластику (другим етапом в 11 пацієнтів) (патент на корисну модель № 39906 «Спосіб хірургічної корекції статі при транссексуалізмі ж/ч»).

Якість життя визначали за опитувальником SF-36 [17]. Фізичний компонент здоров'я (Physical health, PH) оцінювали за шкалами: фізичне функціонування (PF), рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (RF), інтенсивність болю (BP), загальний стан здоров'я (GH), психічний компонент здоров'я (Mental Health, MH) — за шкалами психічного здоров'я (MH), рольового функціонування, зумовленого емоційним станом (RE), соціального функціонування (SF), життєвої активності (V).

Таблиця 1
Порівняльна характеристика пацієнтів досліджуваних груп

Показник	Чоловіки (n = 80)	Жінки (n = 80)	Транссексуали (n = 68)	p
Вік, роки	28,8 ± 1,1 (17–52)	29,1 ± 0,9 (17–51)	29,5 ± 0,8 (18–48)	< 0,05
Маса тіла, кг	76,4 ± 0,8* (71–92)	65,1 ± 0,9 (52–72)	64,3 ± 0,9 (55–76)	< 0,05
Зріст, см	179,0 ± 0,7* (173–186)	166,0 ± 0,7 (160–177)	164,0 ± 0,8 (161–179)	< 0,05
Індекс маси тіла, кг/м ²	23,8 (19,4–28,1)	23,7 (19,9–28,3)	23,9 (19,3–27,8)	< 0,05
Куріння	23 (28 %)	11 (13 %)*	17 (25 %)	< 0,05
Зловживання алкоголем	3 (3,7 %)	1 (1,2 %)	1 (1,4 %)	> 0,05
Розумова праця	62 (77,5 %)	71 (88,7 %)	54 (79,4 %)	> 0,05
Фізична праця	18 (22,5 %)	9 (11,3 %)	14 (20,6 %)	> 0,05
Вища освіта	51 (63,8 %)	53 (66,3 %)	40 (58,8 %)	> 0,05
Середня освіта	29 (36,3 %)	27 (33,7 %)	28 (41,2 %)	> 0,05
Житель мегаполіса	42 (52,5 %)	37 (46,3 %)	33 (48,5 %)	> 0,05
Інше проживання	38 (47,5 %)	43 (53,7 %)	35 (51,5 %)	> 0,05

* Різниця вірогідна щодо транссексуалів.

У групі Т анкетування проводили до операції, через 1 і 2 роки після неї.

Аналіз отриманих даних виконували з використанням описової статистики, параметричних та непараметричних методів обробки даних, зокрема оцінки достовірності відмінностей середніх арифметичних величин вибірок з використанням t-критерію Стюдента, U-критерію Манна—Уїтні; порівняння частин з використанням χ^2 -тесту. Кореляційний аналіз проведено за методикою Спірмена та Пірсона. Відмінності між групами вважали достовірними, якщо $p < 0,05$. Усі розрахунки проводили за допомогою програми SPSS.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Порівняльна оцінка ЯЖ транссексуалів з особами чоловічої та жіночої статі виявила певні відмінності, насамперед у показниках психологічного компонента здоров'я (рис. 1).

З чотирьох показників психологічного компонента здоров'я у транссексуалів три (рольове функціонування, зумовлене емоційним станом, психічне здоров'я, соціальне функціонування) були достовірно нижчими порівняно як з чоловіками, так і з жінками (всі $p < 0,01$). Такий показник, як життєва активність, хоча і був нижчим, але достовірно відрізнявся лише від такого у жінок ($p < 0,05$). Показово, що всіх пацієнтів групи Т турбувала ненависть і відраза до власних природних статевих ознак та небажання оточуючих бачити в них представників іншої статі. Це негативно позначалося на їхньому психоемоційному статусі. Більшість хворих указували на те, що останнім часом емоційний стан не давав їм змоги виконувати повсякденну роботу в повному обсязі. При цьому страж-

дали не лише їхню працездатність, а й взаємовідносини з іншими людьми в колективі. Також вони відзначали підвищену дратівливість та знервованість, що негативно позначалося на оточуючих та на них самих. Головною причиною такого стану вони вважали відчуття себе «чоловіком, ув'язненим у тілі жінки». Окрім того, всі вони вказували на підвищену втомлюваність та виснаженість, що, на їх думку, було пов'язано з психосоціальною дезадаптацією. Дійсно, транссексуали відчували дискомфорт при появі в людних місцях. Більша частина з них (42 (61,7 %)) зводили до мінімуму або уникали контактів з іншими людьми.

На відміну від показників психологічного компонента здоров'я ЯЖ, показники фізичного компонента транссексуалів не відрізнялися вірогідно від таких у чоловіків та жінок (рис. 2).

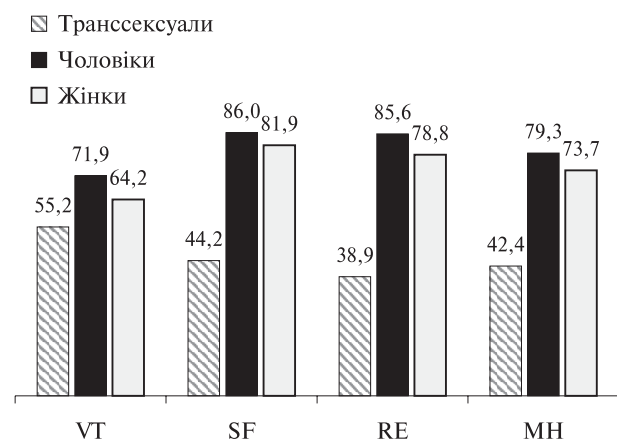


Рис. 1. Показники психологічного компонента здоров'я в групах

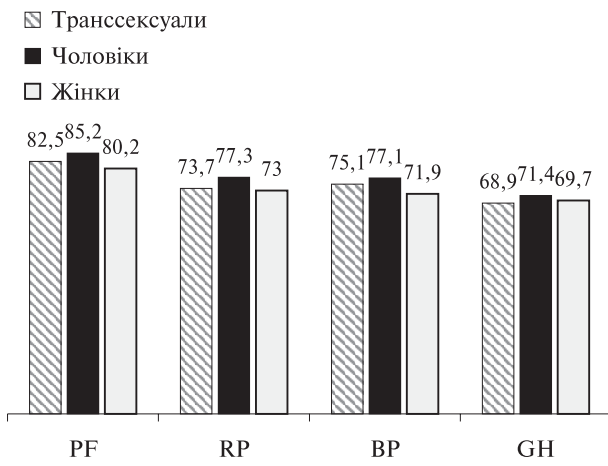


Рис. 2. Показники фізичного компонента здоров'я в групах

Привертає увагу, що всі показники фізичного компонента здоров'я ЯЖ у транссексуалів були дещо нижчими, ніж у чоловіків, але більшими, ніж у жінок, окрім показника загального стану здоров'я, але достовірних відмінностей не виявлено. Транссексуали-чоловіки набрали вищі бали за шкалою фізичного функціонування, ніж жінки, що може бути пов'язано з ефектом тестостерону.

Хірургічна зміна статі суттєво вплинула на ЯЖ пацієнтів (рис. 3, 4). Переважно це стосувалося психологічного компонента здоров'я. Через рік після операції всі компоненти психологічного компонента здоров'я достовірно поліпшилися. Пацієнти більше не відчували дискомфорту при спілкуванні з представниками чоловічої та жіночої статі та при появі в людних місцях. Багато з них влаштувалися на бажану роботу (28 (41,2 %) пацієнтів, котрі раніше тривалий час не працювали), зник емоційний дискомфорт, який заважав

виконувати повсякденні справи в повному обсязі. Транссексуали перестали скаржитися на підвищену виснаженість та втому. Це сприяло зростанню працездатності та поліпшенню взаємовідносин у колективі. Пацієнти почали відчувати себе спокійнішими, підвищена дратівливість та знервованість турбували їх менше. Це зумовило збільшення середнього значення показника шкали рольового функціонування, зумовленого емоційним станом, порівняно з доопераційним значенням у 2,13 разу (з 38,8 до 82,9), соціального функціонування — в 1,9 разу (з 44,3 до 85,5), психічного здоров'я — в 1,7 разу (з 42,4 до 72,4), життєвої активності — в 1,13 разу (з 55,2 до 62,2). Досягнуте поліпшення показників ЯЖ, що відображає психічний компонент здоров'я, було стійким і зберігалося на цьому рівні через два роки після оперативного втручання ($p > 0,05$) порівняно зі значеннями через рік після операції.

Виявлено також поліпшення фізичного компонента здоров'я (див. рис. 4).

Достовірні відмінності за середніми показниками отримано лише для шкали рольового функціонування (в 1,12 разу — з 73,7 до 83,2; $p < 0,05$).

Згідно з результатами опитування, через 2 роки ЯЖ хворих за всіма шкалами достовірно не змінилася порівняно з такою рік тому та доопераційним рівнем.

У післяопераційний період ЯЖ транссексуалів не лише поліпшилася порівняно з доопераційним рівнем, а й зрівнялася за багатьма показниками з такою чоловіків традиційної сексуальної орієнтації (рис. 5). Лише показники психічного здоров'я і життєвої активності у транссексуалів були достовірно нижчими порівняно з чоловіками ($p < 0,05$). Натомість середнє значення показника рольового функціонування було навіть вищим за таке у чоловіків ($p < 0,05$).

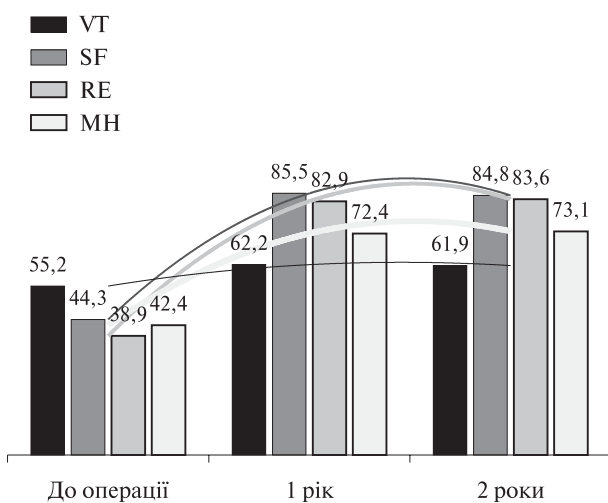


Рис. 3. Показники психологічного компонента здоров'я в динаміці віддаленого післяопераційного періоду в групі Т (з лініями тренда)

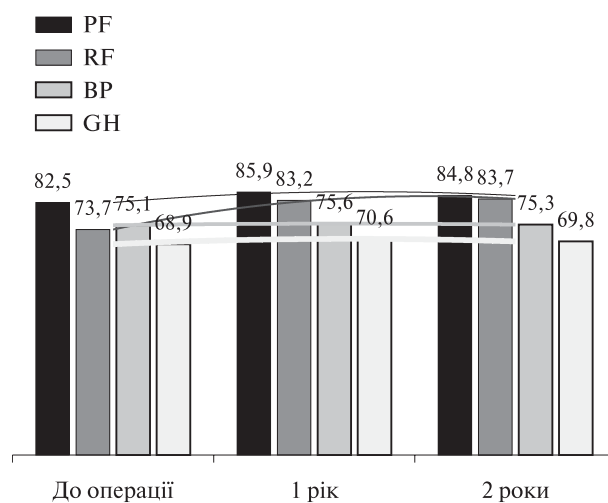


Рис. 4. Показники фізичного компонента здоров'я в групі Т з лініями тренда

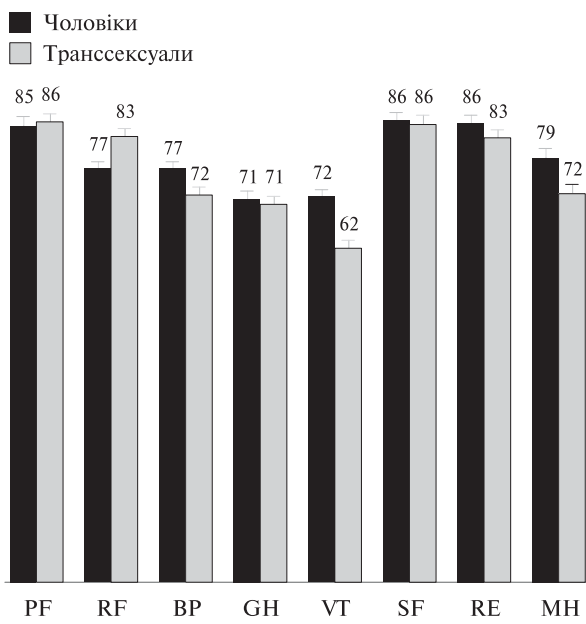


Рис. 5. Показники ЯЖ транссексуалів через рік після операції порівняно з чоловіками

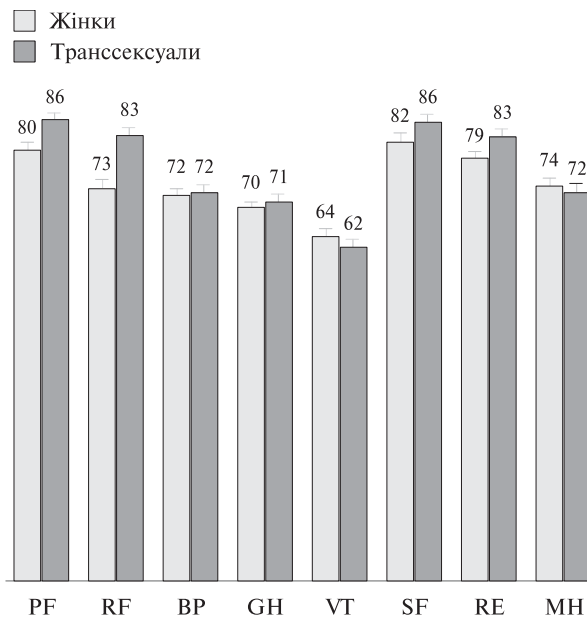


Рис. 6. Показники ЯЖ транссексуалів через рік після операції порівняно з жінками

Психологічне ототожнення себе з чоловіками після операції зі зміни статі та регулярне вживання препаратів тестостерону пацієнтами групи Т сприяло суттєвому поліпшенню ЯЖ порівняно з жінками. Згідно з результатами опитування (рис. 6), середні значення деяких показників психічного компонента здоров'я (SF і RE) та фізичного компонента здоров'я (PF і RF) були достовірно вищими у транссексуалів, ніж у жінок ($p < 0,05$). Інші показники ЯЖ транссексуалів статистично не відрізнялися від таких у жінок.

Сумарні показники фізичного та психічного компонентів ЯЖ у групах наведено в табл. 2.

Кореляційний аналіз не виявив значущих кореляційних зв'язків між показниками ЯЖ та віком, масою тіла, рівнем освіти, місцем проживання. Коефіцієнти кореляції (r) для всіх шкал ЯЖ з такими показниками, як вік, маса тіла, зріст, індекс маси тіла, паління, зловживання алкоголем, розумова праця, фізична праця, освіта, становили від 0,08 до 0,27 (усі $p > 0,05$).

Не виявлено статистично значущого зв'язку між зазначеними параметрами пацієнтів групи Т і показниками ЯЖ після операції (коефіцієнт кореляції — від 0,09 до 0,28, усі $p > 0,05$).

Після проведеної операції ЯЖ транссексуалів поліпшилася порівняно з вихідним рівнем за такими показниками, як соціальне функціонування, рольове функціонування, зумовлене емоційним станом, психічне здоров'я. Якщо до хірургічної корекції статі показники ЯЖ транссексуалів-чоловіків були достовірно гіршими або відповідали показникам жінок, то у післяопераційний період вони наблизилися до показників чоловіків. При аналізі ЯЖ залежно від часу, який минув після оперативного втручання, статистично значущої різниці не виявлено.

Аналіз свідчить, що антропометричні показники транссексуалів, наявність шкідливих звичок, рівень освіти та місце проживання не пов'язані з поліпшенням показників ЯЖ. За нашими даними, лише операція зі зміни статі чинить позитивний і тривалий ефект на показники ЯЖ транссексуалів.

ВИСНОВКИ

Якість життя транссексуалів поступається такій чоловіків та жінок за психічним компонентом опитувальника SF-36 (30,9 проти 53,3 та 50,4 від-

Т а б л и ц я 2
Сумарні показники фізичного та психічного компонентів ЯЖ у групах (M ± m)

Компонент ЯЖ	Чоловіки	Жінки	Транссексуали	
			До операції	Після операції
Фізичний	49,20 ± 0,46*	47,90 ± 0,44#	47,50 ± 0,52	50,20 ± 0,51
Психічний	53,30 ± 0,52*#	50,40 ± 0,51*	30,93 ± 0,38	49,70 ± 0,54

Різниця достовірна щодо групи транссексуалів ($p < 0,05$): * до операції; # після операції.

повідно) та фізичним компонентом щодо чоловіків (47,5 проти 49,2). Найуразливішими є такі показники, як рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (38,9 проти 85,6 та 78,8 відповідно у чоловіків та жінок), соціальне функціонування (44,2 проти 86,0 та 81,9), психічне здоров'я (42,4 проти 79,3 та 73,7) (усі $p < 0,05$).

Оперативне втручання зі зміни статі за нашою методикою забезпечує стійкий позитивний ефект

на якість життя у транссексуалів-чоловіків. Більшість показників шкали SF-36 у них статистично не відрізняються від таких у чоловіків, а такі показники, як соціальне і рольове функціонування, зумовлене емоційним станом, а також фізичне та рольове функціонування, зумовлене фізичним станом, — вірогідно кращі, ніж у жінок (85,5 проти 81,8; 82,9 проти 78,8; 85,9 проти 80,2; 83,2 проти 73,2; усі $p < 0,05$).

Література

1. Мишалов В.Г., Храпач В.В. Фіксація м'яких тканин.— К., 2008.— Т. 2.— С. 130—138.
2. Миланов Н.О., Адамян Р.Т., Козлов Г.И. Коррекция пола при транссексуализме.— М., 1999.— С. 5—15.
3. Bodlund O., Kullgren G. Transsexualism — general outcome and prognostic factors: A five-year follow-up study of nineteen transsexuals in the process of changing sex // Arch. Sex. Behav.— 1996.— Vol. 25 (3).— P. 303—316.
4. Braveman P., Gruskin S. Poverty, equity, human rights and health // Bull. World Health Organ.— 2003.— Vol. 81 (7).— P. 539—545.
5. Clark M., Landers S., Linde R., Sperber J. The GLBT Health Access Project: a state-funded effort to improve access to care // Am. J. Public Health.— 2001.— Vol. 91 (6).— P. 895—896.
6. Clements K., Wilkinson W., Kitano K., Marx R. HIV Prevention and Health Service Needs of the Transgender Community in San Francisco // Int. J. Transsexuality.— 1999.— P. 3.
7. De Cuypere G., Elaut E., Heylens G. et al. Long term follow up: Psychosocial outcome of Belgian transsexuals after sex reassignment surgery // J. Sex.— 2006.— Vol. 15.— P. 126—133.
8. De Cuypere G., T'Sjoen G., Beerten R. et al. Sexual and physical health after sex reassignment surgery // Arch. Sex. Behav.— 2005.— Vol. 34.— P. 679—690.
9. Fitzpatrick K., Euton S., Jones J., Schmidt N. Gender role, sexual orientation, and suicide risk // J. Affect. Disord.— 2005.— Vol. 87 (1).— P. 35—42.
10. Hage J.J., van Turnhout A. Long-term outcome of metoidioplasty in 70 female-to-male transsexuals // Ann. Plast. Surg.— 2006.— Vol. 57.— P. 312—316.
11. Kenagy G. Transgender health: findings from two needs assessment studies in Philadelphia // Health Soc. Work.— 2005.— Vol. 30 (1).— P. 19—26.
12. Newfield E., Hart S., Dibble S. Female-to-male transgender quality of life // Qual. Life Res.— 2006.— Vol. 15.— P. 1447—1457.
13. Rakic Z., Starcevic V., Maric J., Kelin K. The outcome of sex reassignment surgery in Belgrade: 32 patients of both sexes // Arch. Sex. Behav.— 1996.— Vol. 25 (5).— P. 515—525.
14. Schlatterer K., Yassouridis A., von Wërder K. et al. A follow-up study for estimating the effectiveness of a cross-gender hormone substitution therapy on transsexual patients // Arch. Sex. Behav.— 1998.— Vol. 27 (5).— P. 475—492.
15. Selvaggi G., Hoebeke P., Ceulemans P. et al. Scrotal reconstruction in female-to-male transsexuals: The novel scrotoplasty // Plast. Reconstr. Surg.— 2008.— Vol. 123.— P. 1710—1718.
16. Sutcliffe P.A., Dixon S., Akehurst R.L. Evaluation of surgical procedures for sex reassignment: A systematic review // J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.— 2008.— Vol. 25.— P. 1—13.
17. Ware J., Snow K., Kosinski M. SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide.— Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated, 1993, 2002.
18. Wierckx K., Caenegem E.V., Els Elaut MrSc. Quality of life and sexual health after sex reassignment surgery in transsexual men // J. Sex. Med.— 2011.— Vol. 8.— P. 3379—3388.
19. Williams D., Neighbors H., Jackson J. Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies // Am. J. Public Health.— 2003.— Vol. 93 (2).— P. 200—208.

В.Г. Мишалов, В.В. Храпач, О.В. Балабан, О.И. Охоцкая, Л.Ю. Маркулан, Р.В. Гонза

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ТРАНССЕКСУАЛОВ-МУЖЧИН ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОЛА (ДВУХЛЕТНЕЕ ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Цель работы — определить качество жизни (КЖ) транссексуалов-мужчин и проследить ее динамику после хирургической коррекции пола в проспективном двухлетнем исследовании.

Материалы и методы. В исследование вошло 68 транссексуалов-мужчин, которых наблюдали и оперировали в отделении пластической и реконструктивной хирургии на базе кафедры хирургии № 4 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца в период с 1998 по 2010 г. Исследуемые были распределены на 3 группы. Основную группу составили 68 транссексуалов-мужчин (группа Т), первую контрольную группу — 80 мужчин (группа М), вторую контрольную группу — 80 женщин (группа Ж). Пациентам группы Т выполняли оперативное вмешательство по коррекции пола: экстирпацию матки с придатками и маскулинизирующую маммопластику (в один этап всем пациентам), неофаллопластику (вторым этапом у 11 пациентов). Качество жизни определяли согласно опроснику SF-36.

Результаты и обсуждение. В результате проведенной операции КЖ транссексуалов улучшилась по сравнению с исходным показателем по таким категориям SF-36, как социальное функционирование, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, психическое здоровье. Значения показателей КЖ у них в послеоперационный период приблизились к показателям мужчин контрольной группы. При анализе КЖ в зависимости от времени, которое прошло с момента оперативного вмешательства, статистично значимых различий не выявлено.

Выводы. Качество жизни транссексуалов уступает таковому у мужчин и женщин по психическому компоненту опросника SF-36 (30,9 против 53,3 и 50,4 соответственно) и физическому компоненту относительно мужчин (47,5 против 49,2). Наиболее уязвимыми являются такие показатели, как ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (38,9 против 85,6 и 78,8 соответственно у мужчин и женщин), социальное функционирование (44,2 против 86 и 81,9), психическое здоровье (42,4 против 79,3 и 73,7), все $p < 0,05$. Оперативное вмешательство по смене пола по нашей методике обеспечивает стойкий позитивный эффект на КЖ транссексуалов-мужчин. Большинство показателей опросника SF-36 у них статистически не отличаются от таких у мужчин, а такие показатели, как социальное и ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, а также физическое и ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, достоверно лучше, чем у женщин (85,5 по сравнению с 81,8; 82,9 по сравнению с 78,8; 85,9 по сравнению с 80,2; 83,2 по сравнению с 73,2 соответственно; все $p < 0,05$).

Ключевые слова: качество жизни, транссексуалы, хирургия по смене пола, отдаленные результаты.

V.G. Mishalov, V.V. Khrapach, O.V. Balaban, O.I. Okhotska, L.Yu. Markulan, R.V. Gonza

QUALITY OF LIFE AFTER SEX REASSIGNMENT SURGERY IN TRANSEXUAL MEN (TWO-YEAR PROSPECTIVE STUDY)

The aim – to evaluate quality of life in female to male transsexual patients after sex reassignment surgery (SRS) compared with healthy controls in a two-year prospective study.

Materials and methods. Sixty-eight female to male transsexuals participated in this prospective study. Patients were observed and operated in the Plastic and reconstructive surgery department in a period of 1998–2010. Physical and mental health was estimated using the Short Form-36 Health Survey, which was distributed to the patients and to the control group. Tested people were organized into 3 groups. The main group included 68 transsexual men (group T). The first control group included 80 men (group M), the second – 80 women (group W). Patients of group T underwent SRS: hysterectomy and masculinization mammoplasty (in one step for all patients), neophalloplasty (the second stage in 11 patients). Patients after sex reassignment operation were compared with a similar group of healthy controls in respect to quality of life.

Results and discussion. Surgical satisfaction was high. Compared with the initial level, transsexual men scored better on such SF-36 categories as social functioning, role-emotional functioning, and mental health. The quality of life values in transsexual men approached to the similar in control group of men. Statistically significant difference in transsexuals' quality of life did not depend on the time since surgery.

Conclusions. Results of the current study indicate transsexual men generally have a good quality of life after SRS. The quality of life in transsexual men is inferior to that of both control groups on the SF-36 scale mental component (30.9 vs. 53.3 and 50.4 respectively) and the physical health component relative to men (47.5 vs. 49.2). The most vulnerable components were such as role-emotional functioning (38.9 vs. 85.6 and 78.8), social functioning (44.2 vs. 86.0 and 81.9), mental health (42.4 vs. 79.3 and 73.7), respectively, in men and women, $p < 0.05$. SRS by our method provides a persistent positive effect on the quality of life in transsexual men. The majority of SF-36 domains are not statistically different from those in men (PF, RF, BP, GH, SF, RE). Such mental health domains as SF and RE and physical health domains as PF, RF are significantly better than in women (85.5 vs. 81.8; 82.9 vs. 78.8; 85.9 vs. 80.2; 83.2 vs. 73.2, respectively), $p < 0.05$.

Key words: quality of life, transsexuals, sex reassignment surgery, long-term results.