

ПЕРИМЕНОПАУЗА

ИНСТРУКЦИЯ ПО ПЕРЕСБОРКЕ



Янина Чижевская

Перименопауза.
Инструкция по пересборке

«Автор»

2026

Чижевская Я.

Перименопауза. Инструкция по пересборке / Я. Чижевская —
«Автор», 2026

Перименопауза — не внезапный «конец молодости», а важный этап, к которому можно подготовиться. Эта книга помогает понять, что происходит с гормонами, мозгом, телом, кожей, сном, настроением и сексуальным здоровьем. Научные объяснения соединены с историями женщин, практическими рекомендациями и понятными алгоритмами действий. Вы научитесь замечать сигналы организма, вести дневник симптомов, готовиться к разговору с врачом и выбирать поддержку без паники, мифов и хаотичного самолечения. Администрация сайта Литрес не несет ответственности за представленную информацию. Могут иметься медицинские противопоказания, необходима консультация специалиста

© Чижевская Я., 2026

© Автор, 2026

Содержание

Глава	6
Введение	7
Письмо от Яны: почему эта книга вообще появилась	7
Раздел 1. Вход в тему и нейроэндокринология	9
Глава 1. Конец мифа: «Зона хаоса» и нейроэндокринология	10
прогестерона	
Кейс: «Ну а что вы хотите, возраст»	11
Что происходит: где на самом деле начинается перименопауза	12
Первым сдаёт не эстроген, а прогестерон	13
Концепция «Трёх Р»: почему это не первый гормональный шторм в вашей жизни	14
Почему это не «просто ПМС, только сильнее»	15
Антикейс: чего делать нельзя	16
Ошибка №1: разовая сдача ФСГ и эстрадиола «для успокоения»	17
Ошибка №2: хаотичный приём БАДов «на всякий случай»	18
Ошибка №3: игнорирование симптомов при «нормальных» анализах	19
Ошибка №4: попытка «перетерпеть», не фиксируя динамику	20
Доказательный протокол: что делать вместо этого	21
Шаг 1. Начните вести дневник симптомов и цикла — минимум 2–3 месяца	22
Шаг 2. Идите к врачу не с жалобой, а с данными	23
Шаг 3. Если врач отказывается воспринимать симптомы всерьёз — используйте точный язык	24
Шаг 4. Знайте, какие анализы действительно информативны, а какие — нет	25
Шаг 5. Не пытайтесь лечить симптомы наугад — начните с наблюдения	26
Шаг 6. Составьте короткий список вопросов заранее	27
Вывод	28
Глава 2. «Мозговой туман» и нейробиология эстрогенов	29
Кейс: Анна, 42 года — «Простите, как вас зовут?»	30
Что происходит: почему мозг не «ломается», а буквально голодает	31
Почему это маскируется именно под СДВГ	33
Гиппокамп, амигдала и BDNF: садовник, который ушёл в отпуск	34
Антикейс: чего делать нельзя	35
Ошибка №1: заедать симптом ноотропами и стимуляторами без проверки эндокринного статуса	35
Ошибка №2: самостоятельно диагностировать у себя СДВГ и требовать стимулирующую терапию, минуя эндокринолога	36
Ошибка №3: получить антидепрессант вместо гормонального обследования	37
Ошибка №4: бесконтрольный приём БАД с омега-3 «для мозга»	38
Ошибка №5: жертвовать сном ради дел, полагая, что мозг «доспит потом»	39
Доказательный протокол: как поддержать мозг доказательно	40
Шаг 1. Начните с диагностики, а не с добавок	40

Шаг 2. Аэробная нагрузка — не для фигуры, а буквально для BDNF	41
Шаг 3. Гигиена сна — ради лимфатической уборки, а не только ради бодрости	42
Шаг 4. Точечная нутрицевтическая поддержка (обсуждайте дозировки с врачом)	43
Шаг 5. Если картина указывает на перекрёст с СДВГ — не бойтесь комбинированного подхода	44
Шаг 6. Готовьтесь к приёму врача так же, как готовитесь к важной встрече	45
Вывод	46
Раздел 2. Метаболизм, кожа и физический ресурс	47
Глава 3. Метаболический сдвиг и ось «Кишечник — Мозг — Гормоны»	48
Кейс: Ирина, 49 лет — «Я ем гречку с курицей, откуда это вообще?»	49
Что происходит: почему жир переезжает именно на талию	50
Конец ознакомительного фрагмента.	51

Янина Чижевская

Перименопауза. Инструкция по пересборке

Глава

Оглавление

Введение 3

Раздел 1. Вход в тему и нейроэндокринология 6

Глава 1. Конец мифа: «Зона хаоса» и нейроэндокринология прогестерона 7

Глава 2. «Мозговой туман» и нейробиология эстрогенов 20

Раздел 2. Метаболизм, кожа и физический ресурс 34

Глава 3. Метаболический сдвиг и ось «Кишечник — Мозг — Гормоны» 35

Глава 4. Дерматология: гормональное старение кожи и липидный барьер 49

Глава 5. Мышечно-скелетный синдром и силовые нагрузки 57

Раздел 3. Терапия, питание и эмоциональное здоровье 64

Глава 6. МГТ без страха: гормональная терапия 65

Глава 7. Питание и смарт-нутриенты: конец эры БАД-рулетки 75

Глава 8. Психоэмоциональный баланс: тень депрессии 87

Раздел 4. Сексуальное здоровье, сон и практический self-management 99

Глава 9. Секс и слизистые: разрушая табу (ГУМС) 100

Глава 10. Сон и циркадные ритмы: кортизоловая ловушка 110

Глава 11. Грамотный чекап и коммуникация с врачом 123

Глава 12. Культуральный self-management, феномен «Конэнки» и Долголетие 2.0 137

Юридический дисклеймер 150

Введение

Письмо от Яны: почему эта книга вообще появилась

Здравствуйте. Меня зовут Яна Чижевская, мне 40 лет, и я хочу начать эту книгу не с научных фактов — они будут дальше, на каждой странице, — а с честного разговора. Потому что если вы держите её в руках, скорее всего, с вами сейчас происходит что-то похожее на то, что происходило со мной год назад.

Ранняя весна. Межсезонье. Я третий раз за месяц лежу с температурой, хотя обычно почти не болею. Ребёнок в начальной школе, и мне откровенно стыдно, что у меня нет сил встать и собрать его в школу так, как я привыкла — легко, с запасом энергии. Я только что перенесла операцию по удалению полипов, и врач сказал стандартное «всё прошло хорошо, восстанавливайтесь». Но восстановления не происходило. Тело будто перестало быть моим — оно не слушалось, не откликалось на привычные вещи. А ещё появилась эта странная, почти навязчивая тяга к сладкому, которой раньше не было никогда, — как будто организм требовал топлива, которого ему не хватало.

Я — продуктуонер. Много лет я профессионально создаю приложения в сфере здоровья, работаю с ИИ-системами, привыкла раскладывать любую проблему на данные, паттерны, гипотезы. И вот эта же привычка — искать систему там, где, казалось бы, просто «не повезло», — привела меня к вопросу: а что, если это не случайный сбой, а часть закономерного процесса, у которого есть название?

Так я, читая одно исследование за другим, наткнулась на слово, которое знала раньше только понаслышке, — **перименопауза**. И, честно говоря, растерялась. Мне 40. Я не готовилась, никто меня не предупредил, ни один врач ни разу не задал наводящий вопрос. А симптомы, которые я списывала на усталость, стресс, «просто такой период», один за другим складывались в понятную и хорошо изученную в мировой науке картину.

Дальше было то, что, наверное, свойственно именно моей профессии: я не смогла просто прочитать и успокоиться — мне нужно было разобраться до конца. Я начала собирать всё, что есть в мире доказательной медицины по этой теме: российские клинические рекомендации, работы международных экспертов, исследования по нейроэндокринологии, метаболизму, костно-мышечной системе, коже, сну, сексуальному здоровью. Я обнаружила огромный разрыв — между тем, сколько об этом переходе знают и говорят вслух, скажем, в США, и тем, какая тишина стоит вокруг этой темы у нас. Я узнала про феномен «Конэнки» — японский взгляд на этот период как на сезон обновления, а не угасания, — и поняла, что дело не в биологии, а в культуре разговора.

Из этой личной истории родился журнал «Перия» — я захотела собрать мировой опыт в одном месте, на понятном русском языке, без сюсюканья и без пугающих формулировок. Потом, опираясь на профессиональный опыт создания цифровых продуктов для здоровья, я собрала команду и сделала приложение с несколькими слоями ИИ-помощников — чтобы женщина могла не гадать, а буквально фиксировать своё состояние, находить свои личные триггеры и приходить к врачу подготовленной, а не растерянной. А потом стало ясно, что нужна ещё и книга — та, которую я сама искала год назад и не нашла: подробная, системная, честная, без «потерпите, это возраст».

Эта книга — не только про гормоны. Это про то, как вернуть себе ощущение, что **ваше тело — по-прежнему ваше**. Что усталость, тяга к сладкому, необъяснимые перепады настроения, странные реакции организма после любого стресса или операции — это не характер

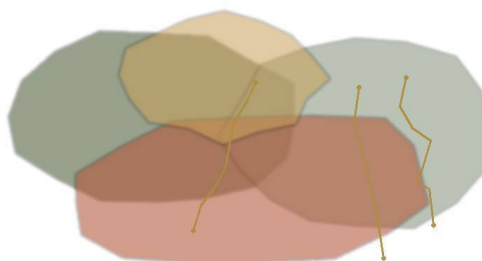
испортился и не «просто возраст». Это конкретные, изученные, объяснимые процессы, с которыми можно и нужно работать.

Я не врач. Я — человек, который проходит этот переход прямо сейчас, вместе с вами, и который умеет собирать разрозненные данные в понятную систему. Каждая глава этой книги построена по одному и тому же принципу: реальная история женщины, в которой вы, возможно, узнаете себя; научное объяснение того, что происходит на уровне биохимии; разбор типичных ошибок, которые чаще всего совершают в этой ситуации; и чёткий, пошаговый протокол — что делать. Без воды и без обещаний волшебной таблетки.

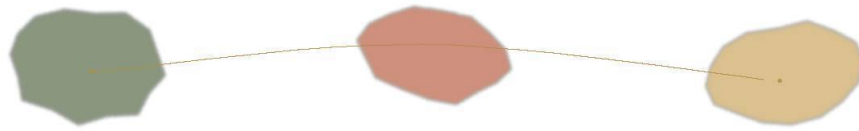
Перименопауза — это не финал. Это переход, у которого есть карта. Я хочу, чтобы у вас эта карта была — та, которой не хватило мне. Идём дальше вместе.

Ваша Яна

Раздел 1. Вход в тему и нейроэндокринология



Глава 1. Конец мифа: «Зона хаоса» и нейроэндокринология прогестерона



Кейс: «Ну а что вы хотите, возраст»

Ольге 38 лет. Она сидит в коридоре женской консультации в четверг, в свой единственный за месяц свободный вечер, и в третий раз перечитывает список, который составила накануне ночью, — потому что боится забыть хотя бы один пункт, когда наконец окажется перед врачом.

Список выглядит так:

— Цикл сократился с привычных 28 дней до 23. Сначала на два дня, потом ещё на три. Она сверилась со старыми записями в телефоне — да, точно, ещё в прошлом году всё было стабильно, как часы.

— За неделю до месячных она не узнаёт себя. Раздражение поднимается из ниоткуда: муж моет посуду «не так», ребёнок разговаривает «слишком громко», коллега в общем чате написал безобидное сообщение — а внутри будто щёлкает тумблер, и Ольга срывается на крик, а потом весь вечер казнит себя за это.

— Отёчность. К вечеру кольцо не снимается с пальца, а по утрам лицо выглядит так, будто она не спала — хотя спала, просто беспокойно.

— Тревога, которая приходит без повода. Не «я переживаю за проект», а физическое чувство сжатого горла и колотящегося сердца на ровном месте, посреди обычного рабочего дня.

Она заходит в кабинет. Врач — женщина лет пятидесяти, уставшая, с восьмым пациентом за это утро, — слушает, не отрываясь от карты, кивает.

— Сколько вам лет, вы говорите?

— Тридцать восемь.

— Ну, тридцать восемь — это уже не двадцать пять, — врач наконец поднимает глаза. — Гормоны начинают шалить, это нормально. Хотите, направлю на успокоительное? И вообще, высыпайтесь больше, меньше нервничайте, всё придёт в норму.

Ольга выходит из кабинета с ощущением, будто её отчитали за то, что она вообще пришла. «Гормоны шалют» — и что, с этим просто нужно смириться? Ей 38. Дочь только пошла в школу. У неё через месяц важный проект на работе. И она не понимает, где заканчивается «просто устала» и начинается что-то, что требует внимания.

Дома, вечером, она открывает поисковик и вбивает: «резкие перепады настроения, сокращение цикла, отёки, тревога, 38 лет». И среди тысяч форумов и статей впервые в своей жизни встречает слово, которое раньше слышала разве что мельком, — «перименопауза». «Мне же не пятьдесят, — думает она. — Разве это может начинаться так рано?»

Знакомо? Если вы взяли эту книгу в руки, я почти уверена: у вас в жизни был свой вариант этого разговора. Своя версия фразы «ну а что вы хотите, возраст» — сказанной с той интонацией, которая одновременно и отмахивается от вас, и заставляет чувствовать себя немного смешной за то, что вы вообще спросили.

Так вот: это не норма, которую нужно перетерпеть. Это конкретный, изученный, предсказуемый биологический процесс — просто про него редко говорят вслух, а ещё реже — с его настоящего начала.

И чтобы понять, что происходит с Ольгой, да и с очень многими из нас, нужно для начала избавиться от главного мифа, который мешает женщинам получить своевременную помощь.

Что происходит: где на самом деле начинается перименопауза

Миф звучит примерно так: «Менопауза начинается в яичниках. Пока месячные регулярные — беспокоиться не о чем». Это глубокое заблуждение, и именно оно заставляет врачей отмахиваться от женщин 35–42 лет с фразой «вы ещё слишком молоды».

На самом деле процесс стартует не в яичниках. Он стартует в мозге.

Представьте себе диспетчерскую вышку в аэропорту. Это ваш гипоталамус и гипофиз — небольшие структуры головного мозга, которые круглосуточно посылают яичникам чёткие радиосигналы: сколько гормонов производить, в какой день цикла, в какой последовательности. Яичники — это «пилоты», которые выполняют команды. Вся эта система связи называется **гипоталамо-гипофизарно-яичниковой осью**, и долгие годы она работает как хорошо отлаженный часовой механизм.

Перименопауза — это не поломка пилотов. Это момент, когда «парк самолётов» (запас яйцеклеток, овариальный резерв) начинает физически истощаться, и диспетчерская вышка вынуждена перестраивать всю систему связи, чтобы получить хоть какой-то ответ от уменьшающегося числа «бортов». Сигналы становятся хаотичными не потому, что мозг сломался, а потому что он отчаянно пытается адаптироваться к новой реальности, компенсировать нехватку ответа усилением сигнала. Отсюда и колебания — не плавное угасание, а настоящие американские горки.

Важно понимать: этот переходный процесс — вовсе не мгновенное событие. Это самостоятельная биологическая фаза, которая у большинства женщин **длится от семи до десяти лет** до наступления самой менопаузы (то есть до полного прекращения месячных). А начинается она — вот здесь садитесь поудобнее — иногда за **10–15 лет** до финальной точки. То есть если менопауза в среднем наступает в 50–51 год, то первые сдвиги в системе могут происходить уже в 35–38 лет. Именно поэтому вопрос Ольги — «мне же не 50, разве это может начинаться так рано» — на самом деле звучит из глубокого информационного вакуума, в котором держат почти всех нас.

Первым сдаёт не эстроген, а прогестерон

Здесь второй миф, который надо разрушить: люди привыкли думать, что перименопауза — это в первую очередь история про эстроген. Про приливы, сухость, потливость. Но всё начинается не с него.

Первый и главный дефицит перименопаузы — это дефицит прогестерона. И это принципиально важно, потому что именно нехватка прогестерона объясняет практически весь тот набор симптомов, с которыми Ольга пришла в кабинет: раздражительность, тревожность на ровном месте, отёчность, сокращение цикла.

Чтобы это понять, нужно вспомнить, что вообще делает прогестерон в организме здоровой женщины репродуктивного возраста. У него в теле минимум две ключевые роли:

Природный антидепрессант. Прогестерон в мозге превращается в вещество под названием аллопрегнанолон, которое напрямую воздействует на ГАМК-рецепторы центральной нервной системы — те самые рецепторы, на которые действуют классические успокоительные и снотворные препараты. Проще говоря, прогестерон — это ваш встроенный, естественный транквилизатор, который весь цикл поддерживал в вас спокойствие, устойчивость к стрессу и способность засыпать без борьбы с собственными мыслями.

Природный диуретик. Прогестерон помогает организму не задерживать лишнюю жидкость и натрий, балансируя эффект эстрогена, который, наоборот, склонен «удерживать воду».

А теперь смотрите, что происходит в перименопаузе. В цикле женщины прогестерон вырабатывается только после овуляции — жёлтым телом, которое формируется на месте лопнувшего фолликула. Но в переходный период овуляции начинают происходить нерегулярно: часть циклов — ановуляторные, то есть проходят вовсе без выхода яйцеклетки. А значит — без формирования жёлтого тела. А значит — без выработки прогестерона в этом цикле вообще.

Что при этом происходит с эстрогеном? Он никуда резко не девается — более того, на ранних этапах перименопаузы его уровень может даже скакать вверх, потому что мозг, пытаясь «докричаться» до истощающихся яичников, увеличивает интенсивность стимулирующих сигналов. В результате женщина оказывается в состоянии, которое врачи называют относительным избытком эстрогена на фоне абсолютного дефицита прогестерона.

Именно эта диспропорция — а не «падение гормонов вообще» — и создаёт ту самую «зону хаоса», в которой оказалась Ольга. Без прогестерона-транквилизатора нервная система теряет привычный тормоз — отсюда вспыльчивость и тревога из ниоткуда. Без прогестерона-диуретика организм начинает удерживать воду — отсюда отёчность. А хаотичные скачки эстрогена без сдерживающего прогестерона нарушают точность и регулярность сигналов к яичникам — отсюда укорочение цикла с 28 до 23 дней.

Раздражительность Ольги — это не «характер испортился». Это конкретный, измеримый биохимический процесс: падает седативный гормон, растормаживается нервная система.

Концепция «Трёх Р»: почему это не первый гормональный шторм в вашей жизни

Есть удобная рамка, которая помогает многим женщинам сразу понять логику происходящего, — концепция «Трёх Р»: Puberty (пубертат), Pregnancy (беременность), Perimenopause (перименопауза).

Это три момента в жизни женщины, когда гормональная система проходит через масштабную, нелинейную перестройку — а не плавно едет по накатанной колее. Вспомните пубертат: хаотичные циклы в первые годы после начала месячных, эмоциональные качели, непредсказуемость. Вспомните беременность и особенно послеродовой период: резкие гормональные обвалы, слёзы на ровном месте, тревожность. Перименопауза — третий и последний такой шторм. Мозг снова перестраивает целую операционную систему — просто на этот раз в обратном направлении, сворачивая репродуктивную функцию, а не запуская её.

Если вы вспомните, что подростковый и послеродовой периоды вы всё-таки пережили — значит, у вас уже есть внутренний опыт адаптации к таким перестройкам. Это не утешение ради утешения, это факт: ваша нервная система уже проходила через нечто подобное и справлялась.

Почему это не «просто ПМС, только сильнее»

Здесь стоит остановиться отдельно, потому что именно эту подмену чаще всего совершают и сами женщины, и — что хуже — врачи. «У всех бывает ПМС, просто у вас, видимо, тяжёлая форма» — фраза, которую слышала едва ли не каждая вторая женщина в перименопаузе. Но между классическим предменструальным синдромом и тем, что происходит в переходном периоде, есть принципиальная разница.

Обычный ПМС — это предсказуемый, циклический эпизод: он приходит в одни и те же дни цикла, длится несколько суток и заканчивается с началом месячных. У женщины уже выработана внутренняя карта — она примерно знает, когда «накроет», и может подготовиться.

Перименопаузальная нестабильность — принципиально другая по своей природе, потому что она непредсказуема. Один цикл может пройти почти незаметно, а следующий — превратиться в трёхнедельный марафон тревоги, потому что именно в этом цикле не случилось овуляции, а значит, не образовалось жёлтое тело, не был синтезирован прогестерон, и мозг остался без привычного тормоза на неопределённо долгий срок. Женщина теряет ту самую внутреннюю карту предсказуемости, которая раньше помогала ей справляться, — и это само по себе становится источником дополнительной тревоги: «Я не понимаю, что со мной и когда это закончится».

Более того, дефицит прогестерона запускает не только эмоциональную нестабильность. Прогестерон — важный стабилизатор мембран тучных клеток, тех самых иммунных клеток, которые в норме сдержанно реагируют на раздражители. Когда его защитный эффект пропадает на фоне скачущего эстрогена (который, напротив, стимулирует выброс гистамина), у части женщин добавляются симптомы, которые на первый взгляд кажутся вообще не связанными с циклом: необъяснимый зуд кожи, внезапные головные боли по типу мигрени, эпизоды вздутия живота, будто «пищевая непереносимость появилась из ниоткуда». Это не совпадение и не отдельное заболевание — это та же самая гормональная нестабильность, просто проявляющаяся через иммунную систему. Именно поэтому так важно вести дневник не только настроения, но и физических симптомов: связь часто становится видна только на графике за несколько недель, а не в моменте.

Антикейс: чего делать нельзя

А теперь — о том, что чаще всего идёт не так, когда женщина в состоянии Ольги пытается разобраться самостоятельно или получает не совсем корректную помощь от специалиста.

Ошибка №1: разовая сдача ФСГ и эстрадиола «для успокоения»

Это, пожалуй, самая частая и самая обидная диагностическая ловушка. Женщина, которую отправили «просто сдать гормоны», приходит в лабораторию в случайный день цикла, сдаёт фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) и эстрадиол — и получает бланк, на котором всё «в пределах нормы».

Проблема в том, что в перименопаузе гормональный фон не статичен — он колеблется буквально изо дня в день, а иногда и в течение одного дня. Сегодня ФСГ может быть повышен, а через неделю — вернуться к показателям, характерным для двадцатипятилетней женщины, потому что в этом цикле неожиданно случилась полноценная овуляция. Один анализ, сданный в один произвольный день, — это фотография несущегося на полной скорости автомобиля, сделанная с закрытым затвором. По ней невозможно понять, куда и с какой скоростью едет машина.

В результате женщина, у которой объективно уже 8–10 симптомов перименопаузы, получает бланк «норма» — и слышит от врача: «Видите, всё в порядке, это не гормоны, у вас, наверное, просто стресс». Это одна из главных причин, по которой женщины годами остаются без диагноза и без помощи.

Ошибка №2: хаотичный приём БАДов «на всякий случай»

Столкнувшись с непонятными симптомами, многие женщины идут не к эндокринологу, а в раздел «женское здоровье» на маркетплейсе — и начинают скупать всё подряд: витекс, мака перуанская, «травяные комплексы для баланса гормонов», мелатонин, случайный магний неизвестной формы. Проблема тройная: во-первых, без понимания, что именно происходит в организме (недостаток прогестерона? избыточный эстроген? проблема со щитовидной железой?), такой приём — это стрельба вслепую. Во-вторых, разные формы одного и того же нутриента работают принципиально по-разному — например, цитрат магния, принятый вечером «для сна», может, наоборот, взбодрить и вызвать бессонницу, потому что эта форма обладает тонизирующим эффектом, а не седативным. В-третьих, бесконтрольный приём нескольких активных добавок одновременно создаёт риск лекарственных и биохимических взаимодействий, о которых женщина даже не подозревает.

Ошибка №3: игнорирование симптомов при «нормальных» анализах

Это логичное продолжение первой ошибки. Раз бланк анализа «в норме» — значит, дело не в гормонах, а «просто нервы» или «просто такой характер». Женщине предлагают либо успокоительное, либо совет «больше отдыхать». В реальности же, согласно современному клиническому подходу, **диагноз перименопаузы в 35–45 лет ставится преимущественно клинически — по совокупности и динамике симптомов, а не по единичному лабораторному показателю.** Ориентироваться нужно не на цифры в одном бланке, а на то, как меняется картина симптомов во времени.

Ошибка №4: попытка «перетерпеть», не фиксируя динамику

Многие женщины, столкнувшись с раздражительностью и тревогой, начинают винить себя, пытаются «взять себя в руки» усилием воли, скрывают происходящее даже от близких — и в итоге приходят к врачу спустя годы, не имея никакой объективной картины: когда началось, как менялось, с чем совпадало. А ведь именно эта динамика — самый ценный диагностический материал, который есть в распоряжении женщины.

Доказательный протокол: что делать вместо этого

Хорошая новость в том, что первый и самый важный шаг в этой ситуации не требует ни рецепта, ни похода к врачу — вы можете сделать его уже сегодня вечером.

Шаг 1. Начните вести дневник симптомов и цикла — минимум 2–3 месяца

Это не формальность, а единственный инструмент, который превращает разрозненные, пугающие ощущения в чёткую, объективную картину, понятную и вам, и врачу. Отмечайте:

дату начала и окончания менструации (чтобы видеть реальную длину цикла и её изменения);

интенсивность и характер настроения — раздражительность, тревожность, плаксивость (по шкале хотя бы от 1 до 5);

качество сна: легко ли засыпали, были ли ночные пробуждения;

физические симптомы: отёчность, головные боли, боль в груди, вздутие живота;

любые «пиковые» дни — когда было особенно тяжело — и что им предшествовало.

Когда я в своей продуктовой команде «Перии» вместе с врачами-гинекологами и нейрогериатрами проектировала логику отслеживания симптомов для нашего ИИ-компаньона, мы отталкивались именно от этой проблемы: женщина приходит на приём с ворохом разрозненных, эмоционально окрашенных жалоб, а врачу за 12 минут приёма физически негде эту динамику увидеть. Поэтому в приложении «Перия» есть фиксация 41 признака переходного периода — от классических приливов до менее очевидных вещей вроде «замороженного плеча» или зуда кожи, — и система за несколько недель сама выстраивает график, который можно просто показать врачу вместо пересказа по памяти. Но если вы предпочитаете бумагу — подойдёт и обычный блокнот, и вырезной трекер симптомов, который есть в конце этой книги. Важен не носитель, важна регулярность.

Шаг 2. Идите к врачу не с жалобой, а с данными

Через 2–3 месяца ведения дневника у вас на руках окажется куда более весомый аргумент, чем фраза «мне кажется, что-то не так». Вы сможете показать: «Вот динамика за три месяца. Цикл сократился с 28 до 23 дней. Раздражительность стабильно нарастает за 7–10 дней до месячных. Отёчность появляется в те же дни». Это уже не эмоциональное ощущение — это клиническая картина.

Шаг 3. Если врач отказывается воспринимать симптомы всерьёз — используйте точный язык

Если вы столкнётесь с фразой в духе «вы слишком молоды для климакса», не нужно спорить эмоционально — достаточно назвать вещи своими именами на языке, который сложно проигнорировать:

«Доктор, я понимаю, что регулярные месячные не исключают переходный период — ранняя перименопауза начинается в мозге, с хаотичных колебаний эстрогена на фоне дефицита прогестерона. Мои симптомы существенно снижают качество жизни, и я прошу провести полноценное обследование: ферритин, ТТГ, липидограмма, УЗИ органов малого таза».

Такая формулировка сразу переводит разговор в клиническую плоскость и часто меняет тон всей консультации.

Шаг 4. Знайте, какие анализы действительно информативны, а какие — нет

Разовая сдача ФСГ и эстрадиола в перименопаузе малоинформативна — не настаивайте на ней как на единственном критерии диагноза.

Гораздо больше говорят о состоянии организма базовые, стабильные показатели: уровень ферритина (оптимально **60–100 нг/мл**, так как латентный дефицит железа маскируется под усталость и «мозговой туман»), уровень ТТГ (оптимальный референс **1,0–4,0 мкМЕ/мл** — гипотиреоз в 90% случаев маскируется под симптомы климакса), липидный профиль.

Если вы хотите отслеживать именно гормональную динамику — обсудите с врачом возможность нескольких измерений в разные дни цикла, а не одно.

Шаг 5. Не пытайтесь лечить симптомы наугад — начните с наблюдения

На этом этапе (если только симптомы не мешают вам критически) правильная стратегия — не хаотичный приём добавок, а именно наблюдение и сбор данных. Коррекцию — будь то поддержка прогестероном, магнием в нужной форме или другими средствами — должен подбирать врач, опираясь на вашу конкретную картину, а не на усреднённые советы из интернета.

Шаг 6. Составьте короткий список вопросов заранее

У среднего приёма гинеколога в государственной или даже в частной клинике — 12–15 минут. Этого катастрофически мало, чтобы с нуля объяснить трёхмесячную историю симптомов и получить внятный план. Поэтому подготовьте заранее три-четыре чётких вопроса, например:

«Может ли то, что я описываю, быть ранней перименопаузой, учитывая мой возраст?»

«Какие анализы, помимо ФСГ и эстрадиола, имеет смысл сдать в моей ситуации — ферритин, ТТГ, липидный профиль?»

«Если это подтвердится — какие есть варианты поддержки: от образа жизни до медикаментозной коррекции?»

«Через какой срок мне стоит повторно прийти на приём, чтобы оценить динамику?»

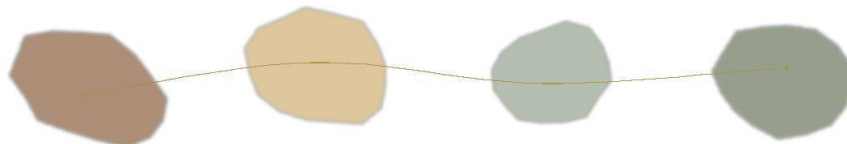
Список вопросов на бумаге — простой, но недооценённый инструмент: он не даёт разговору соскользнуть в общие фразы и удерживает фокус именно на вашей ситуации.

Вернёмся к Ольге. Она завела заметку в телефоне в тот же вечер, когда впервые прочитала слово «перименопауза». Три месяца она честно отмечала дни цикла, настроение по шкале от 1 до 5, качество сна. К концу третьего месяца картина стала пугающе очевидной даже для неё самой: пик раздражительности и тревоги приходился ровно на дни, когда цикл укорачивался, — то есть, вероятнее всего, на ановуляторные циклы без выработки прогестерона. На повторный приём она пришла с этим графиком и коротким списком вопросов на телефоне. Разговор в этот раз занял не пять минут отмашки, а пятнадцать — с направлением на ферритин, ТТГ и развёрнутый разговор о том, что происходит с её нервной системой и почему.

Вывод

Перименопауза стартует не в яичниках, а в мозге — с хаотичной перестройки гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси, — и её первая, а не последняя жертва — это прогестерон, ваш естественный антидепрессант и диуретик. Диагноз в 35–45 лет ставится по динамике симптомов, а не по единичному «нормальному» анализу гормонов, сданному в случайный день. Начните с малого: заведите дневник симптомов и цикла на 2–3 месяца — это самый доказательный инструмент, который есть в вашем распоряжении уже сегодня.

Глава 2. «Мозговой туман» и нейробиология эстрогенов



Кейс: Анна, 42 года — «Простите, как вас зовут?»

Анна стоит перед пятнадцатью людьми в переговорной. Слайд на экране — про то самое, что она делала последние два года и знает лучше, чем расписание собственного ребёнка. И вдруг — пустота. Слово «конверсия», которое она произносила сотни раз, просто исчезает. Не «вылетело из головы» в привычном смысле, а буквально: как будто кто-то посреди предложения выдернул шнур из розетки.

— Ну то есть у нас... эта самая метрика... как её... — Анна щёлкает пальцами, будто это поможет.

Кто-то из зала доброжелательно подсказывает: «Конверсия?» Анна благодарно кивает, смеётся вместе со всеми — ха-ха, у всех бывает, — и продолжает презентацию с ощущением, будто из-под неё выдернули стул. Раньше с ней такого не случалось никогда. Она гордилась своей памятью: помнила дни рождения коллег, цифры из отчётов месячной давности, чужие детские клички питомцев.

Домой она приходит вымотанная не физически, а как-то по-другому — будто весь день из неё что-то откачивали. В два часа ночи она просыпается с колотящимся сердцем и абсолютно ясной, разрушительной мыслью: «Меня скоро уволят. Я не справляюсь». Это не тревожная мысль в духе «надо бы доделать отчёт» — это паническая атака на пустом месте, в темноте, без всякого повода. К утру, конечно, всё немного отпускает, но осадок остаётся на весь день.

На работе она начинает записывать вообще всё — не потому что забывчива по природе, а потому что перестала себе доверять. Коллега, увидев её ежедневник, испещрённый стикерами, шутит: «Ты как будто квест проходишь, у тебя тут инструкция по эксплуатации самой себя». Анна смеётся, но внутри — не до смеха. Она гуглит «как улучшить память после 40» и «симптомы СДВГ у взрослых» — потому что где-то в комментариях под очередной статьёй прочитала, что взрослый недиагностированный СДВГ выглядит примерно так же: забывчивость, прокрастинация, ощущение, что мозг работает в другом часовом поясе относительно тела.

На приёме у терапевта она честно перечисляет всё: забывчивость, панику по ночам, ощущение, что голова набита ватой. Врач слушает, кивает, что-то печатает.

— Похоже на тревожное расстройство, возможно, начинающуюся депрессию. Давайте попробуем антидепрессант, посмотрим на динамику через месяц.

Анна выходит из кабинета с рецептом и ощущением, что её только что аккуратно, вежливо не услышали.

Если вы сейчас читаете это и внутренне киваете — вы не одна и, что важно, вы не «просто устали» и не «сходите с ума». С вашим мозгом не произошло ничего катастрофического. Он не сломался. Он, метафорически говоря, **остался без электричества в разгар ремонта** — и при этом продолжает пытаться работать в обычном режиме. Давайте разберёмся, что там на самом деле происходит, потому что картина куда интереснее и, честно говоря, куда менее пугающая, чем «у меня, наверное, начинается деменция» — а именно это, я знаю, проносится в голове у половины женщин с симптомами Анны.

Что происходит: почему мозг не «ломается», а буквально голодает

Начнём с того, что эстроген — это далеко не только «женский гормон» в узком смысле, отвечающий за цикл и репродукцию. У эстрогена — и, если точнее, у эстрадиола — есть отдельная, огромная должность в головном мозге: он напрямую участвует в энергетическом обмене нейронов, регулируя, как клетки мозга захватывают и используют глюкозу для производства АТФ — универсального клеточного «топлива».

Представьте мозг как большой офис, где эстроген годами выполнял роль главного завхоза: следил, чтобы во всех кабинетах горел свет, работали розетки и вовремя подвозили расходники. Всё было настроено, все привыкли, никто об этом даже не задумывался. И вот завхоз резко и хаотично начинает сокращать смены — то выходит, то нет, непредсказуемо. Розетки те же самые. Провода те же самые. Но электричество подаётся с перебоями. Именно так выглядит то, что происходит с мозгом в перименопаузе: не поломка «железа», а сбой в энергоснабжении.

Нейробиолог Лиза Москони, изучившая мозг сотен женщин в переходном периоде с помощью ПЭТ- и МРТ-визуализации, показала это буквально в цифрах: при снижении уровня эстрогена **захват глюкозы и выработка АТФ в мозге падают в среднем на 30 %**. Не на 3%, не на «немного» — на треть. Клинически это выражается ровно в том наборе, который перечисляла Анна: приливы, бессонница, тревожность, тот самый «мозговой туман».

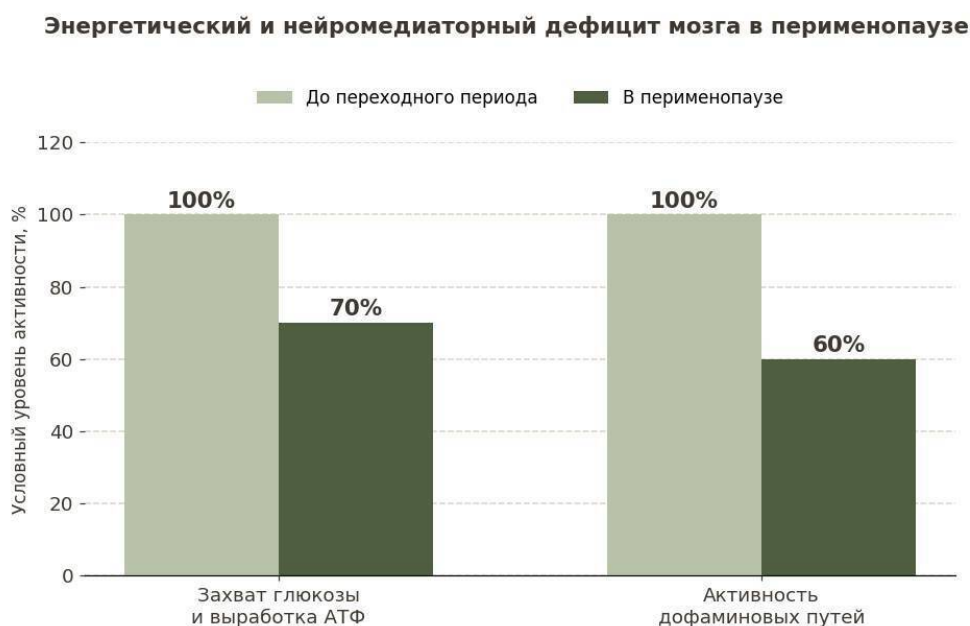


Рис. 1. Падение энергоснабжения и дофаминовой активности мозга в перименопаузе

Дальше происходит нечто, что лично мне кажется одной из самых красивых иллюстраций того, насколько мозг — не пассивная жертва обстоятельств, а активный, изобретательный орган. Столкнувшись с энергетическим дефицитом, мозг не сдаётся — он компенсаторно **увеличивает плотность эстрогеновых рецепторов** именно в тех зонах, которые отвечают за эмоции, память и высшие когнитивные функции: в гипоталамусе, миндалевидном теле (амигдале) и гиппокампе. Это как если бы офис, оставшись с перебоями электричества, начал в

отчаянии докупать удлинители и тройники — чтобы выжать максимум из той энергии, что всё же поступает. Умно? Безусловно. Хватает ли этого для полной компенсации? Не всегда — и именно поэтому симптомы всё равно чувствуются.

Если компенсации сигналами и рецепторами оказывается недостаточно, мозг идёт на третий, самый драматичный шаг: начинает искать альтернативные источники топлива. Помимо глюкозы, он переходит на расщепление аминокислот, а затем — на бета-окисление жиров. Проблема в том, что один из «резервуаров» жира, который при этом расходуется, — это миелин, жировая оболочка нервных волокон, которая обеспечивает быструю и чёткую передачу сигналов между нейронами (это как изоляция на проводах — без неё сигнал «фонит» и теряется по пути). Мозг в буквальном смысле начинает подъедать собственную изоляцию проводки, чтобы выработать энергию. Согласитесь, звучит как крайняя мера — и это она и есть.

Хорошая новость (действительно хорошая, не «утешительная») заключается в следующем: этот процесс ремоделирования не бесконечен. После того как гормональная перестройка завершается и организм адаптируется к новому, стабильно низкому уровню эстрогена в постменопаузе, когнитивные функции у большинства женщин выходят на плато и стабилизируются. Москони описывает это как **U-образную кривую**: спад в разгар перестройки, а затем восстановление до нового стабильного уровня.



Рис. 2. U-образная кривая когнитивной адаптации мозга

То есть если сейчас вы находитесь в самой нижней точке этой буквы U и ощущаете, что четверть слов вашего родного языка временно эмигрировала в неизвестном направлении — это, статистически, не постоянное состояние, а фаза. Неприятная, требующая поддержки, но фаза.

Почему это маскируется именно под СДВГ

А теперь — та часть, из-за которой Анна гуглила симптомы синдрома дефицита внимания и гиперактивности, а не сразу задумалась о гормонах. И это, кстати, крайне частый и очень логичный путь мысли, а вовсе не «она себе накрутила».

Дело в том, что эстроген выступает в мозге ещё и нейромодулятором дофаминовой системы — той самой, что отвечает за концентрацию, мотивацию, планирование и удержание фокуса. Простыми словами: эстроген усиливает чувствительность дофаминовых рецепторов, то есть буквально помогает мозгу «слышать» сигналы дофамина громче и чётче.

Если в сорок два года ты вдруг обнаружила, что стоишь посреди кухни с ключами от машины в руке и отчаянно пытаешься вспомнить, куда собиралась ехать — ты не глупеешь и не сходишь с ума. Твой мозг не сломался. Просто эстроген, который всю жизнь работал невидимым продюсером твоей внимательности и дофаминовой системы, временно ушёл в неоплачиваемый отпуск. Без его поддержки твои рецепторы дофамина просто хуже слышат сигналы. То, что раньше ты удерживала в голове играючи, теперь требует записи. Это не СДВГ и не ранняя деменция — это временный энергодефицит мозга, и мы научим его работать в новых условиях.

Добавим сюда ещё один элемент паззла — состояние, которое специалисты называют **Rejection Sensitive Dysphoria**, или дисфорией чувствительности к отвержению: острая, несоизмеримая эмоциональная боль от реальной или даже воображаемой критики. «Коллега странно на меня посмотрел на созвоне» превращается в вечер, испорченный мыслями «наверное, я всех подвела». Это частый спутник СДВГ, и он тоже обостряется при падении эстрогенового контроля над дофаминовой системой — отсюда та самая ночная паника Анны «меня скоро уволят», возникающая совершенно на пустом месте.

Вот и получается забавный (ну, не очень забавный, если это происходит с вами, но всё же по-своему остроумный) парадокс: женщина, которая никогда не подозревала у себя ничего подобного, в 42 года вдруг узнаёт в себе классические признаки СДВГ — просто потому, что гормональная «подсветка», которая всю жизнь помогала ей держать всё под контролем, начала мерцать.

Гиппокамп, амигдала и BDNF: садовник, который ушёл в отпуск

Ещё один важный игрок в этой истории — вещество под названием BDNF (нейротрофический фактор мозга), которое можно смело назвать удобрением для нейронов. BDNF стимулирует рост новых нейронных связей, поддерживает пластичность мозга и напрямую влияет на то, насколько легко формируются и извлекаются воспоминания. А эстрогеновые рецепторы в гиппокампе (структуре, отвечающей за память) и амигдале (эмоциональном центре) напрямую регулируют выработку этого самого BDNF.

Проще говоря: пока эстрогена достаточно, в вашем «мозговом саду» исправно работает садовник, который поливает, подкармливает и подрезает лишнее — новые связи формируются легко, воспоминания извлекаются быстро, эмоции регулируются без драмы. Когда эстроген начинает хаотично колебаться, садовник, скажем так, уходит в неоплачиваемый отпуск без предупреждения. Сад не погибает — но зарастает, и найти нужную тропинку (то есть вспомнить нужное слово или факт) становится ощутимо сложнее.

Если сложить всё вместе — энергетический дефицит на 30%, просадку дофаминовой системы на 40% и временное отсутствие садовника BDNF — «мозговой туман» перестаёт быть какой-то абстрактной жалобой из женских форумов и превращается в предсказуемый, объяснимый, измеримый набор биохимических процессов. Ваш мозг не разваливается. Он держит оборону в очень некомфортных условиях — и, будем честны, справляется с этим лучше, чем справился бы, например, обычный ноутбук, у которого просто вылетело бы синим экраном без каких-либо попыток компенсации.

Антикейс: чего делать нельзя

Ошибка №1: заедать симптом ноотропами и стимуляторами без проверки эндокринного статуса

Логика, которая приводит сюда большинство женщин, вполне понятна: «Раз мозг не справляется — надо его взбодрить». В ход идут кофеин в промышленных количествах, разрекламированные ноотропы из инстаграма, а иногда — стимулирующие препараты, купленные без назначения врача, «просто чтобы продержаться до вечера». Проблема в том, что это попытка залить бензин в машину, у которой на самом деле забит топливный фильтр: пока не устранена первопричина — гормональный энергетический дефицит, — стимуляторы будут давать лишь кратковременный, всё более слабый эффект, а вдобавок могут усугубить тревожность и нарушения сна, которые и так уже есть в клинической картине.

Ошибка №2: самостоятельно диагностировать у себя СДВГ и требовать стимулирующую терапию, минуя Эндокринолога

Мы только что разобрали, насколько убедительно перименопауза может «косить» под СДВГ. Это отличная новость для понимания механизма — и плохая новость для самодиагностики. Если женщина приходит к психиатру с запросом «мне нужен риталин, у меня точно СДВГ, я всё прочитала», а специалист назначает стимулирующую терапию, не оценив предварительно гормональный статус, — велик риск, что реальная первопричина (гормональные качели) останется неучтённой, а стимуляторы на фоне и без того нестабильной нервной системы дадут непредсказуемый, иногда неприятный эффект.

Ошибка №3: получить антидепрессант вместо гормонального обследования

Это, увы, самая частая история — та самая, что случилась с Анной. Симптомы тревоги, панические атаки, эмоциональная лабильность в 40–45 лет чрезвычайно легко и быстро маркируются как «тревожно-депрессивное расстройство», и женщине назначают антидепрессант, ни разу не поинтересовавшись состоянием щитовидной железы, уровнем ферритина или тем, что происходит с циклом. Антидепрессанты — важный и рабочий инструмент, но они лечат симптом, а не причину, если причина — гормональная. Здесь работает простой и вежливый, но твёрдый скрипт, которым вы имеете полное право воспользоваться:

«Доктор, я понимаю важность ментального здоровья, но эстроген является ключевым регулятором операционной системы моего мозга, контролирующим чувствительность дофаминовых и серотониновых рецепторов. Прежде чем садиться на антидепрессанты, я прошу исключить органический гормональный дефицит, оценить мой овариальный резерв и уровень ТТГ для исключения гипотиреоза».

Это не значит, что антидепрессанты никогда не нужны — иногда нужны, и это тоже нормально. Это значит, что базовое гормональное и метаболическое обследование должно предшествовать назначению, а не игнорироваться.

Ошибка №4: бесконтрольный приём БАД с омега-3 «для мозга»

Звучит парадоксально — омега-3 же полезны для мозга, все это знают? В целом да, но не в режиме «чем больше, тем лучше» и не без показаний. Пятилетнее проспективное исследование с ПЭТ-визуализацией показало, что бесконтрольный, избыточный приём БАД с омега-3 ассоциирован со снижением метаболизма глюкозы именно в коре головного мозга — то есть с усугублением того самого энергетического дефицита, который и так есть в перименопаузе. Омега-3 должна приниматься по показаниям, в очищенных лекарственных формах, а не «на всякий случай четырьмя капсулами за завтраком».

Ошибка №5: жертвовать сном ради дел, полагая, что мозг «доспит потом»

В условиях ночных пробуждений и тревожности возникает соблазн компенсировать нехватку сна кофеином днём и «доработать вечером, когда дети лягут» — а по факту ещё больше сокращать и без того нарушенный сон. Это одна из самых опасных долгосрочных ошибок, потому что именно во время глубокой фазы сна работает лимфатическая система мозга — своего рода ночная бригада уборщиков, которая промывает ткани мозга от токсичных белковых отложений, включая бета-амилоид. Хронический недосып в этот период — это не просто «будете уставшей», это упущенное окно для естественной защиты мозга в долгосрочной перспективе.

Доказательный протокол: как поддержать мозг доказательно

Шаг 1. Начните с диагностики, а не с добавок

Прежде чем принимать что-либо «для памяти» или «для энергии», нужно понять реальную картину. Минимальный список для обсуждения с врачом:

ферритин (оптимальный уровень **60–100 нг/мл** — латентный дефицит железа при показателях ниже 30 нг/мл напрямую имитирует и усугубляет «мозговой туман» и депрессивные симптомы, и об этом почему-то вспоминают реже, чем стоило бы);

ТТГ (референс **1,0–4,0 мкМЕ/мл** — субклинический гипотиреоз маскируется под климатерические симптомы в подавляющем большинстве случаев);

витамин D (дефицит напрямую связан со снижением нейропластичности и настроения);

при подозрении на перекрёст с СДВГ — обсуждение с врачом полной клинической картины до, а не вместо, гормонального обследования.

Шаг 2. Аэробная нагрузка — не для фигуры, а буквально для BDNF

Регулярная аэробная активность — один из немногих немедикаментозных инструментов, для которых доказано прямое повышение уровня BDNF, то есть возвращение того самого «садовника» на рабочее место. Речь не про изнуряющие часовые кардиотренировки на голодный желудок (это, забегая вперёд, отдельная плохая идея, о которой мы подробно поговорим в главе про метаболизм) — а про регулярность:

3–4 раза в неделю аэробной нагрузки умеренной интенсивности (быстрая ходьба, плавание, велосипед) продолжительностью 30–40 минут;

нагрузку стоит подбирать так, чтобы во время неё можно было разговаривать, но с лёгкой одышкой — это ориентир умеренной интенсивности;

эффект накопительный: не ждите разгона тумана после одной пробежки, оценивайте динамику через 4–6 недель регулярных занятий.

Шаг 3. Гигиена сна — ради лимфатической уборки, а не только ради бодрости

ложитесь и вставайте в одно и то же время, даже в выходные — варибельность режима сна для мозга важнее его общей продолжительности;

уберите экраны за 45–60 минут до сна — синий свет подавляет выработку мелатонина, а мозгу и так тяжело с регуляцией;

держите спальню прохладной — избыточная температура тела провоцирует ночные пробуждения, которые и без того учащаются на фоне гормональных колебаний;

если просыпаетесь среди ночи — не хватайтесь за телефон: это резко тормозит возвращение в глубокую фазу сна.

Шаг 4. Точечная нутрицевтическая поддержка (обсуждайте дозировки с врачом)

Креатин моногидрат, 3–5 г в день — быстро регенерирует АТФ в клетках мозга и мышц в обход анаболической резистентности, дополнительно поддерживая митохондрии в условиях энергетического дефицита;

Магний в форме L-треоната — единственная форма магния, способная проникать через гематоэнцефалический барьер; направлена именно на поддержку кратковременной памяти и снижение выраженности мозгового тумана (конкретную дозировку и целесообразность приёма нужно обсудить с врачом с учётом остальной вашей схемы);

Витамин D3 в сочетании с K2 — при подтверждённом дефиците, дозировка подбирается индивидуально по результатам анализа;

омега-3 — только по показаниям и в очищенной лекарственной форме, а не в произвольной дозировке «для профилактики».

Шаг 5. Если картина указывает на перекрёст с СДВГ — не бойтесь комбинированного подхода

Если после гормонального обследования картина подтверждает и дефицит эстрогена, и клинически значимые симптомы СДВГ, современный подход — не выбирать что-то одно, а работать с обеими причинами параллельно. Клинический опыт психиатров, специализирующихся на этом стыке, показывает, что стабилизация уровня эстрогена (например, трансдермальным путём, чтобы избежать нагрузки на печень) в сочетании с нестимулирующими препаратами для коррекции внимания даёт более устойчивый и предсказуемый результат, чем попытка «починить» только одну из двух систем. Это решение принимается только врачом и только после полноценного обследования — но важно знать, что такой путь вообще существует, и не соглашаться на «выберите что-то одно».

Шаг 6. Готовьтесь к приёму врача так же, как готовитесь к важной встрече

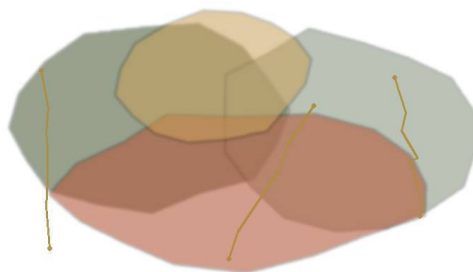
Учитывая, что сам «мозговой туман» может мешать вам последовательно и полно изложить жалобы устно (замкнутый круг, я знаю), имеет смысл заранее и письменно зафиксировать: когда начались симптомы, что именно происходит (забывчивость, паника, бессонница), как часто, что усугубляет. Опросник, структурированный заранее, — на бумаге или в специализированном приложении вроде «Перии», где можно спокойно, без спешки отметить нужные пункты в любой момент, когда вспомнили, — экономит те самые драгоценные 12 минут приёма для содержательного разговора, а не для попытки восстановить хронологию на ходу.

Вернёмся к Анне. Через две недели после визита к терапевту она, так и не начав пить выписанный антидепрессант, записалась на приём к эндокринологу — и пришла уже с распечаткой симптомов по датам. Анализы показали ферритин на нижней границе, субклинически повышенный ТТГ и всё ту же нестабильную картину цикла. Антидепрессант в итоге не понадобился: коррекция дефицита железа, поддержка щитовидной железы и регулярные вечерние прогулки быстрым шагом за полтора месяца заметно снизили и ночную панику, и дневную забывчивость. Слово «конверсия» больше от неё не пряталось.

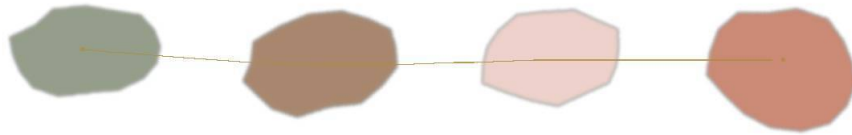
Вывод

Ваш мозг не ломается в перименопаузе — он проходит через масштабное, буквально энергетическое переформатирование: захват глюкозы падает на 30 %, активность дофаминовых путей — на 40 %, и именно поэтому симптомы могут маскироваться под тревожное расстройство, депрессию или взрослый СДВГ. Прежде чем принимать ноотропы, антидепрессанты или стимуляторы, начните с проверки ферритина, ТТГ и витамина D — а поддержку мозгу стройте вокруг аэробной нагрузки, качественного сна и точечных, а не хаотичных нутрицевтиков.

Раздел 2. Метаболизм, кожа и физический ресурс



Глава 3. Метаболический сдвиг и ось «Кишечник — Мозг — Гормоны»



Кейс: Ирина, 49 лет — «Я ем гречку с курицей, откуда это вообще?»

Ирина всегда была тем самым человеком, на которого подруги смотрели с легкой завистью: ест почти всё, не считает калории, весы дома вообще не держит — «а зачем, я и так в форме». Так было лет до сорока семи. А потом, без всякого видимого повода, за полтора года на весах прибавилось семь килограммов — и все они, что особенно обидно, разместились в одном-единственном месте: на животе. Руки, ноги, лицо остались прежними. А в районе талии как будто поселился отдельный, самостоятельный организм.

Первая реакция — предсказуемая: «Значит, я стала больше есть, сама не замечая». Ирина честно садится и неделю записывает буквально каждый кусок. Итог недели: греча, куриная грудка, овощи на пару, немного орехов, творог на ужин. Калорийность даже ниже, чем она себе думала. Она увеличивает кардио — начинает бегать по утрам, добавляет вечерние прогулки. Через два месяца результат пугающий: живот не просто не уменьшился — он стал ещё более выраженным, а вот силы куда-то делись, и вечером она засыпает раньше ребёнка.

На приёме у диетолога общей практики она раскладывает свой пищевой дневник как вещдок в суде.

— Вот, смотрите, я всё делаю правильно. Белок, овощи, минимум сахара. Бегаю четыре раза в неделю. А живот растёт. Как?!

Диетолог смотрит на дневник, потом на Ирину, и произносит фразу, которая войдёт в личный топ самых бесполезных советов, услышанных за последний год:

— Ну, значит, ешьте ещё меньше. И бегайте побольше. Организм ленился, надо его подстегнуть.

Ирина выходит из кабинета с четким ощущением, что дело не в лени организма — потому что организм, кажется, работает как раз изо всех сил, просто в какую-то совершенно другую сторону.

Вечером она пишет в чат подругам, с которыми обычно делится смешными видео с котами: «Девочки, а у вас после 45 живот как будто живёт своей жизнью? Я нормально ем, бегаю — а он всё равно растёт. Я что, единственная?» Ответы прилетают моментально — оказывается, из шести человек в чате у четырёх ровно та же история, просто никто раньше не проговаривал это вслух, списывая на «возраст» и молча покупая джинсы на размер больше.

Если ваш живот в последние год-два начал жить какой-то отдельной, не согласованной с вами жизнью — притом что рацион и активность объективно не изменились или даже стали строже, — спешу вас успокоить: с силой воли всё в порядке. А вот с гормональной регуляцией жирового обмена — нет, и сейчас разберёмся, почему.

Что происходит: почему жир переезжает именно на талию

Начать стоит с того, что тело женщины в репродуктивном возрасте по умолчанию запрограммировано откладывать жир по так называемому гиноидному типу — в области бёдер и ягодиц. Эта локализация исторически была стратегически выгодна: подкожный жир на бёдрах — метаболически более «спокойный», менее воспалительный, служил энергетическим резервом на случай беременности и лактации. Заведовал этим распределением во многом эстроген: он буквально давал клеткам-адипоцитам в области бёдер команду «копите здесь», а в области живота — команду «не увлекайтесь».

Когда уровень и, что важнее, стабильность эстрогена в перименопаузе начинают падать, эта команда «не увлекайтесь» перестаёт исправно поступать. Организм начинает переходить на альтернативный, эволюционно куда более древний андроидный тип распределения жира — тот самый, что типичен для мужчин: жир начинает откладываться преимущественно висцерально, то есть вокруг внутренних органов, в области талии. Это тот самый «переезд», который так возмутил Ирину. Причём важно понимать: **это не эстетическая случайность, а метаболически значимое явление**

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.