ПЕРИМЕНОПАУЗА

Гормоны, гормональная терапия,
силовые тренировки, метаболизм и сон:
научный путеводитель
для женщин 40+



Новая игра
начинается после паузы

ВИОЛЕТТА КЕССЛЕР

Виолетта Кесслер
Перименопауза

https://litres.ru/74768258
SelfPub; 2026

Аннотация

Сон стал непредсказуемым, цикл не подчиняется календарю, вес отвечает на привычную еду иначе, а на вопросы вы слышите: «Это возраст». Перименопауза начинается раньше, чем принято думать, и затрагивает далеко не только цикл.

Книга объясняет, что происходит с гормонами после сорока и почему прежние правила перестают работать. Как отличить перименопаузу от дефицита железа, болезней щитовидной железы и других состояний с похожими симптомами. Какие обследования помогают принимать решения, а какие только добавляют цифр. Что известно о пользе и рисках гормональной терапии. Почему мышцы, кости, сон и питание теперь требуют другого подхода.

Автор — химик, а не врач: она разбирает исследования и клинические рекомендации без запугивания и без обещаний чуда. Книга не заменяет консультацию специалиста, но помогает прийти к нему с точными вопросами и участвовать в решениях о собственном здоровье.

Содержание

Важная информация 8
От автора 11
Введение 18
Менопауза — не один день 19
Гораздо больше, чем прекращение цикла 20
Не всё после 40 — менопауза 22
Без страха и без религии 23
Новые правила для тела 25
От автоматического управления к ручному 26
Что даст вам эта книга 28
Пауза не означает конец игры 29
ЧАСТЬ I. ВЫ НЕ СХОДИТЕ С УМА. МЕНЯЮТСЯ ПРАВИЛА 30
Глава 1. Перименопауза начинается раньше, чем кажется 30
Менопауза — не период 31
Переход начинается до прекращения менструаций 32
Что происходит с яичниками 34
Почему цикл становится непредсказуемым 35
Симптомы могут появиться при регулярных месячных 36
Почему один анализ не даёт всей картины 38

АМГ не предсказывает точную дату менопаузы 40
Ранние признаки легко пропустить 41
Возраст менопаузы: что мы можем и чего не можем предсказать 42
Когда менопауза считается ранней 43
Менопауза — не только приливы 44
Переход затрагивает не только тело 45
Перейти с автопилота на ручное управление 47
Что важно запомнить 48
Глава 2. Гормональные американские горки 50
Кто управляет циклом 51
Что такое овуляция и почему она так важна 52
Эстрадиол: не просто «женский гормон» 53
Прогестерон: гормон, которому нужна овуляция 55
ФСГ: сигнал, который становится громче 56
ЛГ: гормон овуляционного сигнала 57
Тестостерон: женский гормон, но не универсальное объяснение 58
Почему проблема не сводится к низкому эстрогену 60
Почему один анализ может запутать 62
Один возраст — разные гормональные состояния 63

Гормоны действуют не поодиночке 64
Что важно запомнить 65
Глава 3. 15 способов, которыми перименопауза может заявить о себе 67
1. Приливы 68
2. Ночная потливость 69
3. Сон и усталость 70
4. Настроение и тревожность 71
5. Мозговой туман 72
6. Изменение веса и композиции тела 73
7. Мышцы и суставы 74
8. Кости 75
9. Либидо и сексуальность 76
10. Вагинальные и мочеполовые изменения 78
11. Кожа и волосы 79
12. Полость рта и изменение запаха тела 80
13. Сердечно-сосудистые изменения 81
14. Самооценка 82
15. Отношения и одиночество 83
Долгосрочные риски: то, что не всегда можно почувствовать 84
Ваша карта симптомов 85
ЧАСТЬ II. ПРЕЖДЕ ЧЕМ ВИНИТЬ ВО ВСЁМ МЕНОПАУЗУ 87
Глава 4. Симптом — ещё не диагноз 87
Один симптом — несколько возможных 88

причин
Когда перименопаузу можно распознать без гормональных анализов 89
Первый шаг — восстановить хронологию 90
Что может маскироваться под перименопаузу 91
Железодефицит и анемия 92
Нарушения функции щитовидной железы 93
Нарушения сна 95
Тревожные и депрессивные расстройства 96
Нарушения углеводного обмена 97
Сердечно-сосудистые заболевания и нарушения ритма 97
Побочные эффекты лекарств и добавок 98
Гинекологические заболевания 99
Гиперпролактинемия и другие эндокринные причины 101
Дефицит B12 и другие нутритивные проблемы 101
Инфекции, воспалительные и аутоиммунные заболевания 102
С чем женщина подошла к перименопаузе 103
Симптом может иметь несколько причин одновременно 104
Анализ — это не диагноз 105
Красные флаги 106

Как подготовиться к приёму 107
Что важно запомнить 108
Глава 5. Ваш базовый аудит здоровья 110
Не диагноз по одной цифре, а карта исходного состояния 111
С чего начинается аудит 113
Общий анализ крови: небольшой тест с большой информационной ценностью 114
Железо и ферритин: ищем не только анемию 116
Витамин B12 и фолат 118
Гомоцистеин: полезный, но неспецифичный показатель 120
Базовая метаболическая оценка 121
Печень, почки и белковый обмен 123
Конец ознакомительного фрагмента. 125

Виолетта Кесслер
Перименопауза

Важная информация

© Виолетта Кесслер, 2026. Все права защищены.
Содержание этой книги нельзя воспроизводить, копировать или передавать без прямого письменного разрешения автора или издателя.

Ни при каких обстоятельствах издатель или автор не несут юридической ответственности за какой-либо ущерб, возмещение или денежные потери, прямые или косвенные, связанные с информацией, содержащейся в этой книге. Вы сами отвечаете за свои решения, действия и результаты.

Правовая информация

Эта книга защищена авторским правом и предназначена только для личного использования. Никакую часть издания нельзя изменять, распространять, продавать, цитировать или воспроизводить в какой-либо форме без предварительного письменного согласия автора или издателя.

Книга носит исключительно информационный и образовательный характер. Она не содержит персональных медицинских рекомендаций и не заменяет диагностику, лечение и наблюдение у квалифицированного врача. Чтение этой

книги не создаёт отношений «врач — пациент».

Я не врач. Моя цель — понятным языком объяснить результаты исследований и помочь вам осознанно участвовать в решениях о своём здоровье.

Гормональная терапия и другие методы лечения — индивидуальные медицинские решения. Подходит ли вам то или иное лечение, в какой форме, дозе и как долго, зависит от симптомов, возраста, личного и семейного анамнеза и других факторов. Обсуждайте пользу и риски с врачом, который знает вашу историю. Не начинайте, не прекращайте и не меняйте назначенное лечение на основании этой книги.

Говорите с врачом о новых, стойких или меняющихся симптомах. Не считайте заранее, что любой симптом вызван перименопаузой. В перименопаузе беременность всё ещё возможна. Прежде чем принимать лекарства или добавки, сообщите врачу, если вы беременны, можете быть беременны, кормите грудью или у вас есть хроническое заболевание.

Некоторые методы лечения, о которых идёт речь, могут предполагать применение препарата вне зарегистрированных показаний (off-label). В США препараты, изготовленные в аптеке по индивидуальной прописи, не проходят одобрение FDA. Книга во многом опирается на зарубежные исследования и клинические рекомендации; зарегистрированные препараты, показания и порядок их назначения в вашей стране могут отличаться. Биологически активные добавки

могут вызывать побочные эффекты и взаимодействовать с лекарствами. Продукт, названный натуральным, не обязательно безопасен.

Любые примеры доз, лабораторных показателей и схем лечения приведены в образовательных целях и не являются персональными указаниями. Лабораторные методы и референсные интервалы различаются. Интерпретируйте результаты вместе с врачом и заранее обсуждайте с ним любые изменения в приёме лекарств и добавок.

Научные данные, клинические рекомендации и статус препаратов могут меняться. Эта книга не может учесть обстоятельства каждой читательницы и не обещает конкретного результата. Не пренебрегайте советами врача и не откладывайте обращение за помощью из-за того, что прочитали здесь.

При угрозе жизни или неотложном состоянии вызывайте скорую помощь по номеру, действующему в вашей стране (в России — 103 или 112). Если у вас появились мысли о самоубийстве или самоповреждении, немедленно обратитесь за экстренной помощью или на телефон доверия.

От автора

О первой менструации девочек обычно стараются предупредить заранее. Им объясняют, что будет происходить с телом, к каким изменениям нужно подготовиться и почему их не стоит бояться. Об этом написаны книги, созданы образовательные программы, сняты тысячи видео.

Но когда спустя десятилетия женский организм начинает готовиться к последней менструации, подробные инструкции словно заканчиваются.

Женщина продолжает работать, строить отношения, заботиться о детях и родителях, заниматься карьерой, строить планы. И однажды замечает, что её тело начинает вести себя иначе.

А в ответ на вопросы слишком часто слышит: «Это возраст. Нужно просто принять».

Меня всегда удивляла эта несправедливость.

Женское тело удивительно. На протяжении десятилетий оно приспосабливается к циклическим гормональным изменениям, беременности, материнству, физическим и эмоциональным нагрузкам. А затем наступает ещё один масштабный физиологический переход, к которому многие женщины оказываются совершенно не подготовлены.

Почему мы так много говорим о начале репродуктивной жизни и так мало о том, что происходит после её заверше-

ния?

И главное, почему этот переход до сих пор нередко воспринимается как начало неизбежного угасания?

Я убеждена, что менопауза не должна становиться точкой, после которой женщина постепенно отказывается от прежних возможностей, желаний и амбиций.

Но я также не хочу убеждать вас, что достаточно правильно питаться, заниматься спортом и позитивно мыслить, чтобы все неприятные изменения обошли вас стороной.

Это было бы неправдой.

Перименопауза может оказаться непростым периодом. Иногда она приносит симптомы, которые серьёзно влияют на сон, работоспособность, сексуальность, эмоциональное состояние и качество жизни. И далеко не всё можно решить усилием воли или изменением привычек.

Именно поэтому я считаю, что женщине нужны не утешения, а знания. Не призывы смириться и не обещания чудесного омоложения, а понимание того, что происходит с её организмом и какие возможности у современной медицины действительно существуют.

Мой подход к этой теме во многом сформирован профессиональным опытом.

За моими плечами семь лет химического образования и семнадцать лет работы в этой области. Химия научила меня видеть за сложными процессами закономерности, разби-

раться в механизмах и, главное, не принимать убедительно звучащую гипотезу за доказанный факт.

Когда речь заходит о женском здоровье, такой подход особенно важен.

Гормоны не являются ни волшебным эликсиром молодости, ни абсолютным злом. Популярность добавки не доказывает её эффективность. Нормальный результат анализа не всегда означает отсутствие проблемы. А естественность физиологического процесса вовсе не означает, что женщина обязана терпеть связанные с ним страдания.

Мне хотелось написать книгу, в которой научные знания превращаются в понятные и практически применимые решения.

Без запугивания. Без ложных обещаний. Без универсальных рецептов для миллионов совершенно разных женщин.

Но за всеми медицинскими вопросами для меня стоит ещё одна, гораздо более личная и важная идея.

Возможно, перименопауза — подходящий момент, чтобы впервые за долгое время поставить себя в центр собственной жизни.

Многие женщины годами привыкают откладывать свои потребности. Сначала нужно позаботиться о детях, помочь родителям, поддержать партнёра, выполнить рабочие обязательства. На собственный сон, здоровье, физическую форму и желания нередко остаётся то время, которого уже нет.

До определённого возраста мы часто живём так, словно

организм способен самостоятельно компенсировать последствия нашего образа жизни. Мы недосыпаем, откладываем заботу о здоровье, пренебрегаем восстановлением и надеемся, что тело продолжит справляться.

И какое-то время эта стратегия действительно может работать.

Но постепенно физиологические условия меняются. Колебания и снижение половых гормонов, возрастные изменения мышечной и костной ткани, обмена веществ и способности к восстановлению заставляют пересмотреть привычный подход.

То, что раньше давалось практически без усилий, теперь может требовать внимания и осознанных действий.

Наступает время переходить от автоматического управления к ручному.

Для меня это одна из главных идей этой книги.

Ручное управление не означает, что нужно круглосуточно следить за каждым показателем, подсчитывать каждую калорию или пытаться контролировать все процессы в организме.

Оно означает другое.

Перестать полагаться исключительно на то, что раньше работало само собой. Начать понимать сигналы собственного тела. Разобраться, что действительно влияет на здоровье, силу, энергию и качество жизни. Научиться отличать неизбежные физиологические изменения от проблем, с которы-

ми можно и нужно работать.

И главное, перестать откладывать заботу о себе на потом.

Ведь речь идёт не только о гормонах.

В определённый момент женщина получает возможность остановиться и посмотреть на свою жизнь со стороны. Переоценить привычки, отношения, обязанности и цели. Спросить себя, всё ли из того, чему она посвящала последние двадцать лет, заслуживает такого же места в следующих двадцати.

Как я хочу чувствовать себя через десять лет? А через двадцать?

Будет ли моё тело достаточно сильным, чтобы путешествовать, заниматься любимыми делами, двигаться свободно и сохранять независимость?

Хочу ли я по-прежнему быть сексуальной, энергичной, любознательной, профессионально востребованной?

И что я могу начать делать сегодня, чтобы увеличить свои шансы на такое будущее?

Для меня переход на ручное управление — это прежде всего переход от привычки реагировать на уже возникшие проблемы к способности осознанно формировать своё будущее.

Возможно, ответы заставят вас пересмотреть питание, тренировки, сон и отношение к собственному здоровью. Возможно, потребуется медицинская помощь. А может быть, вы впервые позволите себе отказаться от обязанно-

стей, которые давно перестали приносить смысл и удовольствие.

Не всё находится под нашим контролем. Генетика, заболевания, обстоятельства жизни и сами процессы старения устанавливают определённые ограничения. Но многое зависит от решений, которые мы принимаем задолго до того, как последствия становятся очевидными.

Именно сейчас можно начать создавать фундамент не просто для долгой жизни, а для долгой жизни, которой хочется наслаждаться.

Я предлагаю посмотреть на перименопаузу не только как на завершение репродуктивного этапа, но и как на возможность осознанно подготовиться к следующему.

Не обязательно называть этот период подарком. И уж точно не нужно требовать от себя пройти его идеально.

Но было бы обидно потратить следующие десятилетия на сожаления о том, каким ваше тело было раньше, вместо того чтобы разобраться, каким оно способно стать теперь.

В этой книге мы будем говорить о гормонах, обмене веществ, мышцах, костях, работе мозга, сексуальности, гормональной терапии и других вопросах, которые влияют на женское здоровье. Мы разберём, что подтверждено научными данными, где остаётся неопределённость, какие изменения требуют внимания врача и какие решения женщина может принимать осознанно.

Моя цель не в том, чтобы вы стали собственным врачом.

Я хочу, чтобы вы перестали быть сторонним наблюдателем изменений, происходящих с вашим телом, и стали полноценной участницей решений о своём здоровье.

Чтобы к последней странице этой книги вы чувствовали не страх перед возрастом, а уверенность, основанную на понимании.

Чтобы вы не пытались любой ценой вернуть себя прежнюю, а увидели возможности той женщины, которой ещё предстоит стать.

У вас уже есть то, чего не было в двадцать лет: опыт, знания, понимание собственных желаний и, возможно, гораздо больше свободы выбирать, как жить дальше.

И всё это слишком ценно, чтобы считать лучшую часть жизни безвозвратно оставшейся позади.

Вторая половина жизни не обязана быть продолжением первой по инерции. Она может стать результатом вашего осознанного выбора.

Перименопауза меняет правила, но не лишает вас возможности влиять на собственное будущее.

Возможно, именно сейчас пришло время взять управление в свои руки.

Именно ради этого я написала эту книгу.

Виолетта Кесслер

Введение

Не ставьте жизнь на паузу

Однажды женщина обнаруживает, что привычные правила перестали работать.

Она ложится спать уставшей, но просыпается среди ночи и часами не может снова уснуть. Её вес почти не изменился, однако одежда сидит иначе. Тренировки, которые раньше быстро возвращали форму, больше не дают прежнего результата. Настроение становится непредсказуемым, концентрация снижается, а нужные слова исчезают именно тогда, когда они особенно нужны.

Секс может перестать интересовать или начать ощущаться иначе. Появляются сухость, дискомфорт, сложности с возбуждением. Иногда женщина смотрит на себя в зеркало и понимает, что узнаёт своё лицо, но не вполне узнаёт себя.

И тогда возникает вопрос:

Что со мной происходит?

Возможных ответов обычно два — и оба не особенно помогают.

Первый: «Это возраст. Смиритесь».

Второй: «Это гормоны. Вам срочно нужно всё исправить».

Эта книга предлагает третий путь: разобраться.

Менопауза — не один день

В повседневной речи менопаузой часто называют весь период возрастных изменений. Но технически менопауза — это последняя менструация. Установить эту точку можно только ретроспективно — после 12 последовательных месяцев без менструаций, если их отсутствие не объясняется другой причиной.

Большая часть перемен начинается раньше — во время перименопаузы.

В этот период работа яичников становится менее предсказуемой. Овуляции происходят нерегулярно, уровни гормонов колеблются, цикл меняется. Женщина может продолжать менструировать и одновременно испытывать приливы, бессонницу, мигрень, тревожность, снижение либидо или изменения композиции тела.

Именно поэтому многие долго не связывают происходящее с менопаузальным переходом.

Им кажется, что для него ещё слишком рано.

Или что при наличии менструаций это вообще невозможно.

Перименопауза способна начаться задолго до последней менструации. Она не приходит с официальным уведомлением и не выдаёт список симптомов. У каждой женщины она развивается по-своему.

Гораздо больше, чем прекращение цикла

Менопауза не является болезнью. Это естественный физиологический переход.

Но слово «естественный» не означает, что его последствия всегда незначительны или не требуют лечения.

Снижение и колебания половых гормонов могут затрагивать:

- сон;
- терморегуляцию;
- настроение;
- память и концентрацию;
- сексуальное желание;
- ткани влагалища и мочевых путей;
- мышцы;
- кости;
- распределение жира;
- углеводный обмен;
- сердечно-сосудистый риск.

Одновременно меняется жизненный контекст. Дети становятся взрослыми. Родители начинают нуждаться в помощи. Отношения проходят проверку временем. Карьера требует высокой концентрации именно тогда, когда мозг словно открывает лишние вкладки и отказывается их закрывать.

Женщина может чувствовать, что теряет не только энергию, но и прежнюю идентичность.

Кто я теперь, если моё тело меняется? Если репродуктивная функция заканчивается? Если я больше не хочу жить исключительно ради потребностей других? Если у меня впервые появляется время спросить, чего хочу я сама?

Поэтому разговор о перименопаузе невозможно ограничить приливами и менструальным циклом. Он неизбежно затрагивает сексуальность, самооценку, отношения, одиночество, работу и представление о будущем.

Не всё после 40 — менопауза

У этой книги нет задачи убедить вас, что гормоны объясняют всё.

Усталость может быть связана с нарушением сна, железодефицитом, заболеванием щитовидной железы, депрессией или десятком других состояний.

Сердцебиение может сопровождать прилив, но может быть и симптомом аритмии.

Изменение веса может происходить на фоне гормональных колебаний, однако на него также влияют потеря мышечной массы, снижение активности, питание, сон и лекарства.

Отсутствие сексуального желания иногда имеет физиологическую основу. Но оно также может быть связано с болью, хроническим стрессом, качеством отношений или отсутствием условий, в которых женщина чувствует себя безопасно и желанно.

Возраст женщины не должен превращаться в универсальный диагноз.

Именно поэтому мы начнём не с гормональной терапии, а с понимания перехода, симптомов и исходного состояния здоровья. Сначала нужно выяснить, что происходит. Затем — выбрать подходящее решение.

Без страха и без религии

Разговор о гормональной терапии часто ведётся так, словно женщина обязана выбрать одну из двух команд.

В первой гормоны считают опасными и рекомендуют терпеть симптомы или лечить их исключительно «натуральными» средствами.

Во второй гормональную терапию представляют универсальным решением, способным вернуть молодость и защитить практически от всего.

Реальность сложнее — и полезнее.

Гормональная терапия может быть очень эффективной. Она способна уменьшать приливы и ночную потливость, предотвращать потерю костной массы и помогать при ряде других менопаузальных симптомов.

Но её польза и риски зависят от возраста, времени после последней менструации, состояния здоровья, выбранных препаратов, дозы и пути введения. Одной женщине она подойдёт, другой потребуется особая осторожность, а третья выберет негормональный вариант.

Эта книга не будет призывать вас самостоятельно назначать себе гормоны. Она поможет подготовиться к содержательному разговору с врачом.

Вы узнаете, какие вопросы задавать, какие различия имеют значение и почему решение нельзя принимать категори-

ями «гормоны хорошие» или «гормоны плохие».

Новые правила для тела

После 40 стратегия «просто меньше есть и больше двигаться» начинает демонстрировать свои ограничения.

Мышечная масса приобретает всё большее значение. Она влияет на силу, функциональность, здоровье костей и способность организма использовать глюкозу. Поэтому цель не должна сводиться к уменьшению цифры на весах.

Нужно бороться не просто с жиром.

Нужно бороться за мышцы без лишнего жира.

Силовые тренировки становятся не косметическим проектом, а стратегией сохранения возможностей. Белок — не очередным модным макронутриентом, а строительным материалом. Кардио, движение, баланс и мобильность — инвестициями в тело, которое должно служить вам ещё несколько десятилетий.

Вы тренируетесь не только для фотографии сегодня.

Вы тренируетесь, чтобы в 70 лет ваше тело всё ещё умело делать то, что вы от него хотите.

От автоматического управления к ручному

До определённого момента организм многое делает самостоятельно. Гормоны поддерживают кости, мышцы, сосуды, кожу и репродуктивную систему. Тело способно довольно долго компенсировать недосыпание, стресс, недостаточное питание и отсутствие разумной нагрузки.

Но ресурс компенсации не бесконечен.

Перименопауза — это момент, когда многие женщины впервые видят последствия прежней стратегии. Не потому, что они всё делали неправильно, а потому, что тело больше не может бесконечно исправлять всё автоматически.

Наступает время ручного управления.

Это не означает, что теперь нужно контролировать каждую калорию, молекулу и минуту сна. Ручное управление — не тревожный микроменеджмент тела.

Это способность:

- замечать изменения;
- понимать возможные причины;
- знать свои риски;
- проходить осмысленные обследования;
- выбирать приоритеты;
- обсуждать лечение с врачом;
- отслеживать результат;

• менять стратегию вместе с телом.

Вы не обязаны становиться врачом. Но вы можете стать информированной участницей решений о собственном здоровье.

Что даст вам эта книга

Мы последовательно разберём:

- как распознать перименопаузу;
- почему симптом ещё не является диагнозом;
- что имеет смысл знать о своём здоровье;
- как работают эстроген, прогестерон и тестостерон;
- что известно о гормональной терапии и её рисках;
- почему щитовидная железа может имитировать менопаузальные симптомы;
- как меняются мышцы, кости, обмен веществ и распределение жира;
- почему белок и силовые тренировки становятся особенно важными;
- как относиться к углеводам без страха;
- что делать с бессонницей, мозговым туманом, снижением либидо и вагинальными изменениями;
- как учитывать миому, эндометриоз и СПКЯ;
- как создать персональную стратегию на следующие десять лет.

Здесь не будет одного протокола для всех женщин.

Потому что у вас своя история, свои симптомы, свои риски и свои цели.

Пауза не означает конец игры

Перименопауза может ощущаться как пауза: прежние правила перестали работать, а новые ещё не понятны.

Но пауза не означает поражение.

Она даёт возможность остановиться, оценить ресурсы и изменить стратегию.

Эта книга не о том, как вернуть тело двадцатилетней женщины. И не о том, как достойно терпеть неизбежное.

Она о том, как понять своё нынешнее тело и помочь ему оставаться сильным, здоровым, сексуальным и способным.

Не ставьте жизнь на паузу.

Используйте паузу, чтобы изучить новые правила.

Потому что после неё начинается новая игра.

The New Game Comes After the Pause.

ЧАСТЬ I. ВЫ НЕ СХОДИТЕ С УМА. МЕНЯЮТСЯ ПРАВИЛА

Глава 1. Перименопауза начинается раньше, чем кажется

Изучая истории женщин, я снова и снова встречала один и тот же сюжет.

Сначала портится сон. Женщина начинает просыпаться среди ночи, хотя раньше могла спать до будильника. Затем появляется необъяснимая тревожность. Привычные нагрузки утомляют сильнее. Перед менструацией болит голова, раздражение возникает буквально из ничего, а концентрация подводит в самые неподходящие моменты.

Иногда меняется тело: талия становится менее выраженной, привычная одежда сидит иначе, восстановление после тренировок занимает больше времени. Иногда снижается сексуальное желание. Иногда менструации становятся обильнее или приходят раньше. Но цикл всё ещё существует — и поэтому мысль о перименопаузе даже не возникает.

Каждый симптом рассматривают отдельно. Для бессонницы ищут средство для сна. Тревожность объясняют стрессом. Усталость — работой. Изменение веса — недостатком

дисциплины. Снижение либидо — проблемами в отношениях. Нарушение концентрации — перегрузкой.

У каждого из этих симптомов действительно может быть множество причин. Не каждое недомогание после сорока связано с гормональным переходом. Но когда изменения складываются в повторяющийся рисунок, важно хотя бы задать вопрос:

А не начали ли меняться правила, по которым работает моё тело?

Менопауза — не период

В повседневной речи словом «менопауза» часто называют несколько лет изменений: приливы, нестабильный цикл, бессонницу, набор веса и всё, что происходит после прекращения менструаций.

С медицинской точки зрения всё точнее.

Менопауза — это не растянутый во времени период, а определённая точка. Её устанавливают ретроспективно: если менструаций не было 12 месяцев подряд и это нельзя объяснить другой физиологической или патологической причиной либо медицинским вмешательством, считается, что женщина достигла менопаузы (World Health Organization [WHO], 2024).

Последняя менструация была самой менопаузой — просто подтвердить это можно только спустя год.

До этой точки происходит перименопауза, или менопаузальный переход. Согласно определению WHO, перименопауза начинается с появления первых признаков приближающейся менопаузы и заканчивается через год после последней менструации. После неё начинается постменопауза, которая продолжается всю оставшуюся жизнь (WHO, 2024).

Получается простая последовательность:

репродуктивный период → перименопауза → менопауза → постменопауза.

Однако переживается она далеко не так линейно.

Гормоны не выключаются по расписанию. Яичники не получают уведомление о том, что с понедельника им следует перейти на новый режим. Изменения могут начинаться постепенно, ускоряться, временно отступать и снова возвращаться.

Именно поэтому перименопаузу бывает трудно распознать.

Переход начинается до прекращения менструаций

Одна из самых устойчивых ошибок — считать, что менопаузальные изменения начинаются только после исчезновения месячных.

На самом деле к моменту последней менструации женщина нередко уже несколько лет находится в переходном пе-

риоде. Перименопауза обычно начинается после 40 лет, но её сроки и продолжительность индивидуальны: у одних женщин она проходит относительно быстро, у других продолжается много лет.

По данным австралийского Министерства здравоохранения, перименопауза может продолжаться от двух до десяти лет, а её средняя продолжительность составляет приблизительно четыре–шесть лет (Australian Government Department of Health, Disability and Ageing, 2026). Сам по себе возраст не позволяет определить точную стадию перехода.

В начале цикла могут оставаться регулярными. Или казаться регулярными, если женщина не отслеживает их продолжительность. Первые изменения иногда составляют всего несколько дней: менструация приходит чуть раньше, чем обычно, или расстояние между циклами начинает заметно колебаться.

Позднее могут появляться более продолжительные задержки. Менструации пропускаются, затем возвращаются. Кровотечение становится более обильным или, наоборот, скудным. Меняется его продолжительность.

И всё это время овуляция ещё может происходить. Беременность в перименопаузе по-прежнему возможна, поэтому наличие симптомов перехода не отменяет необходимости контрацепции (WHO, 2024).

Что происходит с яичниками

Женщина рождается с конечным запасом незрелых яйцеклеток, находящихся в фолликулах яичников. На протяжении жизни этот запас постепенно сокращается. Большая часть фолликулов исчезает естественным образом, и лишь небольшая доля участвует в овуляции.

По мере уменьшения фолликулярного резерва работа яичников становится менее предсказуемой. Овуляция происходит не в каждом цикле. Иногда фолликул развивается, но яйцеклетка не высвобождается. Иногда цикл проходит иначе, чем женщина привыкла за предыдущие десятилетия.

Это влияет прежде всего на прогестерон, который вырабатывается после овуляции жёлтым телом. Если овуляции не было, привычного подъёма прогестерона тоже не происходит.

Эстрадиол в начале перехода не обязательно постоянно низкий. Его уровень может заметно колебаться: в одном цикле быть относительно высоким, в другом — снижаться, а затем снова подниматься. Уровень фолликулостимулирующего гормона, или ФСГ, также способен существенно меняться. Поэтому перименопауза — это не просто история о медленном и равномерном исчезновении эстрогена (Harlow et al., 2012; The Menopause Society, n.d.-a).

Точнее представить её как период нестабильности гормо-

нальных сигналов.

Гипофиз пытается стимулировать яичники с помощью ФСГ. По мере снижения чувствительности яичников уровень этого гормона в среднем повышается, но на ранних стадиях его показатели могут значительно отличаться в разных циклах (Harlow et al., 2012).

Эта нестабильность объясняет, почему симптомы способны появляться волнами. Несколько тяжёлых недель сменяются почти привычным самочувствием. Женщина решает, что проблема исчезла, а затем всё начинается снова.

Тело не «сломалось». Оно находится в процессе перехода.

Почему цикл становится непредсказуемым

Изменения менструального цикла остаются одним из основных ориентиров репродуктивного старения.

Согласно системе стадирования репродуктивного старения STRAW+10 (Stages of Reproductive Aging Workshop +10), ранний менопаузальный переход начинается, когда продолжительность последовательных циклов устойчиво различается на семь дней и более. Например, прежде менструация приходила каждые 28 дней, а теперь один цикл длится 22 дня, следующий — 31, а затем — 25. Появление интервалов без менструации продолжительностью 60 дней и более указывает на позднюю стадию перехода (Harlow et al.,

2012).

Характер кровотечения тоже может меняться:

- оно становится более обильным или скудным;
- продолжается дольше или заканчивается быстрее;
- сопровождается сгустками;
- происходит чаще или реже;
- начинается после необычно продолжительной задержки.

Некоторые изменения ожидаемы во время перименопаузы, но слово «ожидаемы» не означает, что их всегда можно игнорировать.

Необычно обильное кровотечение, кровотечение между менструациями или после секса, значительное изменение привычного характера месячных и любое кровотечение после 12 месяцев без менструаций требуют медицинской оценки. Причиной могут быть не только гормональные колебания, но и полипы, миома, изменения эндометрия и другие состояния (American Society for Reproductive Medicine [ASRM], n.d.).

Перименопауза не должна становиться универсальным объяснением, которое отменяет диагностику.

Симптомы могут появиться при регулярных месячных

Истории женщин часто не совпадают с упрощённой картиной, в которой сначала прекращаются менструации, а за-

тем начинаются приливы.

У некоторых первым признаком действительно становится изменение цикла. У других — нарушения сна или ухудшение настроения. У третьих появляются мигрени, болезненность груди, ночная потливость либо непривычные ощущения жара задолго до выраженной нерегулярности менструаций.

К возможным проявлениям перехода относятся:

- приливы и ночная потливость;
- проблемы с засыпанием и ночные пробуждения;
- усталость;
- тревожность и раздражительность;
- снижение настроения;
- сложности с концентрацией и ощущение «мозгового тумана»;
- изменение характера головных болей или мигреней;
- боли в мышцах и суставах;
- снижение сексуального желания;
- сухость и дискомфорт во влагалище;
- изменение веса или распределения жировой ткани;
- сухость кожи и изменения волос;
- сердцебиение;
- учащённое мочеиспускание и другие мочеполовые симптомы (National Health Service [NHS], 2026).

Но ни один из этих симптомов по отдельности не подтверждает перименопаузу.

Усталость может быть связана с железодефицитом, нарушением функции щитовидной железы, расстройством сна или депрессией. Сердцебиение — с анемией, аритмией, тревогой или заболеванием щитовидной железы. Изменение цикла — с беременностью, лекарственными препаратами, СПКЯ, миомой и другими состояниями.

Поэтому первая задача — не приписать всё гормонам, а увидеть общую картину: возраст, динамику менструального цикла, сочетание симптомов, историю здоровья и принимаемые препараты.

Этому будет посвящена отдельная часть книги.

Почему один анализ не даёт всей картины

Когда женщина чувствует, что с ней что-то происходит, желание «сдать гормоны и получить точный ответ» вполне понятно.

Проблема в том, что во время перименопаузы гормональные уровни могут значительно колебаться. Один анализ крови показывает состояние в конкретный момент, но не обязательно отражает происходившее неделю назад или то, что произойдёт в следующем цикле.

Поэтому у женщин старше 45 лет при типичных симптомах и изменениях цикла перименопаузу обычно определяют клинически — на основании жалоб и менструальной ис-

тории. В этой возрастной группе рекомендации NICE не советуют рутинно назначать гормональные анализы или УЗИ яичников только для подтверждения начала перименопаузы или менопаузы (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2024).

Определение ФСГ тоже требуется далеко не всегда. Его уровень может значительно колебаться, поэтому единичный результат не позволяет надёжно подтвердить или исключить перименопаузу (Harlow et al., 2012; The Menopause Society, n.d.-a).

Это не означает, что анализы бесполезны вообще. Они могут понадобиться, если:

- симптомы появились раньше ожидаемого возраста;
- менструации прекратились до 45 лет;
- возникает подозрение на преждевременную недостаточность яичников;
- клиническая картина нетипична;
- необходимо исключить беременность, заболевание щитовидной железы, гиперпролактинемию или другую причину;
- на цикл влияют гормональная контрацепция, хирургическое вмешательство либо лекарственные препараты (NICE, 2024).

Задача анализа — ответить на конкретный медицинский вопрос. «Посмотреть все гормоны на всякий случай» и получить внушительную таблицу цифр — ещё не значит поста-

вить диагноз.

АМГ не предсказывает точную дату менопаузы

Антимюллеров гормон, или АМГ, связан с количеством развивающихся фолликулов и используется прежде всего при оценке овариального резерва в репродуктивной медицине.

По мере репродуктивного старения его уровень снижается. Но АМГ не способен надёжно назвать конкретной женщине дату последней менструации. Низкий показатель не означает, что менопауза наступит в следующем месяце, а более высокий не гарантирует долгого сохранения фертильности. Именно поэтому NICE не рекомендует использовать АМГ для диагностики перименопаузы или менопаузы у женщин старше 45 лет (NICE, 2024).

Тем более АМГ не оценивает качество яйцеклеток и не подтверждает, что многочисленные неспецифические симптомы связаны именно с перименопаузой.

Он может быть частью медицинской оценки в определённой ситуации, но не является хрустальным шаром. Яичники, к сожалению, не выдают трек-номер с датой доставки менопаузы.

Ранние признаки легко пропустить

Выражение «субклинические признаки» иногда создаёт впечатление, будто существует скрытая стадия, которую можно обнаружить только с помощью специальных анализов. На практике ранние изменения нередко вполне ощутимы — просто их ещё не объединяют в одну картину.

Женщина может заметить, что:

- цикл стал короче или менее предсказуемым;
- привычный ПМС изменился или усилился;
- сон стал поверхностным;
- появились ночные пробуждения;
- мигрени стали возникать в другое время цикла;
- переносимость стресса снизилась;
- привычные тренировки требуют более долгого восстановления;
- сексуальное желание стало менее стабильным;
- концентрация периодически ухудшается;
- тело иначе реагирует на питание и физическую нагрузку.

Эти изменения не доказывают начало перименопаузы, но заслуживают внимания. Особенно если раньше они были нехарактерны и начали появляться одновременно.

Полезно не ждать, пока симптомы станут невыносимыми, а наблюдать за их динамикой. Календарь цикла, дневник сна и краткая запись симптомов часто дают больше практиче-

ской информации, чем попытка вспомнить на приёме, когда именно всё началось.

Возраст менопаузы: что мы можем и чего не можем предсказать

У большинства женщин естественная менопауза наступает между 45 и 55 годами. Средний возраст в США составляет приблизительно 52 года, но среднее значение ничего не обещает конкретной женщине (National Institute on Aging [NIA], 2024).

На возраст менопаузы влияет сочетание генетических, медицинских и поведенческих факторов.

Семейная история действительно имеет значение. Возраст менопаузы у матери или сестёр может дать приблизительный ориентир, но не является точным прогнозом.

С более ранней менопаузой устойчиво связано курение. Она также может наступить раньше после химиотерапии, лучевой терапии в области таза или операций, затрагивающих яичники. Удаление обоих яичников приводит к немедленной хирургической менопаузе (The Menopause Society, n.d.-b; WHO, 2024).

Некоторые генетические и аутоиммунные состояния связаны с преждевременной недостаточностью яичников. В то же время у части женщин точную причину раннего прекращения функции яичников установить не удаётся (The

Menopause Society, n.d.-b).

Низкая масса тела, общее состояние здоровья и некоторые репродуктивные факторы тоже могут быть связаны с возрастом наступления менопаузы, но эти взаимосвязи сложны. Было бы неправильно обещать, что определённая диета, добавка или тренировочная программа сможет «отложить менопаузу» на несколько лет.

Здоровый образ жизни важен не потому, что гарантирует более позднюю последнюю менструацию. Он помогает войти в переходный период с более устойчивой сердечно-сосудистой, костной и метаболической системой.

Это гораздо более значимая цель, чем попытка выиграть у календаря несколько месяцев.

Когда менопауза считается ранней

Если естественная менопауза наступает до 45 лет, её называют ранней. Прекращение функции яичников до 40 лет требует отдельной оценки; часто в этом контексте используется термин «преждевременная недостаточность яичников» (NICE, 2024; The Menopause Society, n.d.-b).

Это не просто более ранняя версия обычного перехода. Продолжительный период дефицита половых гормонов может иметь значение для костей, сердечно-сосудистой системы, сексуального здоровья, фертильности и эмоционального состояния (The Menopause Society, n.d.-b).

Если менструации стали редкими или прекратились до 45 лет, не стоит самостоятельно ставить себе диагноз или ждать год. Необходимо обратиться к врачу и обсудить обследование. Особенно важно сделать это до 40 лет.

Менопауза — не только приливы

Некоторые женщины не испытывают выраженных приливов и считают, что прошли переход «без менопаузы». Но отсутствие одного заметного симптома не означает отсутствия самого перехода.

У одной женщины на первый план выходит бессонница. У другой — изменение цикла. У третьей — сухость влагалища, учащённое мочеиспускание или дискомфорт во время секса. Кто-то сталкивается преимущественно с тревожностью и проблемами концентрации. А кто-то действительно проходит этот период с минимальными симптомами. Проявления и их интенсивность значительно различаются у разных женщин (NHS, 2026; WHO, 2024).

Нет единственного правильного сценария.

Интенсивность симптомов не определяется одной цифрой эстрадиола. На самочувствие могут влиять характер гормональных колебаний, чувствительность нервной системы, качество сна, уровень стресса, сопутствующие заболевания, лекарственные препараты, образ жизни и социальные обстоятельства.

Поэтому сравнение с подругой почти никогда не помогает.

«У неё ничего не было» не означает, что вы преувеличиваете.

«Она принимала определённый препарат, и ей стало лучше» не означает, что вам подойдёт то же решение.

Перименопауза требует индивидуальной оценки именно потому, что универсальной истории не существует.

Переход затрагивает не только тело

В рассказах женщин физиологические изменения редко существуют отдельно от остальной жизни.

Перименопауза часто совпадает с периодом высокой профессиональной и семейной нагрузки. Женщина может одновременно заботиться о детях и стареющих родителях, работать на ответственной должности, переживать изменения в отношениях и пытаться соответствовать требованиям, которые общество предъявляет к её внешности и продуктивности.

На этом фоне бессонница, приливы, тревожность или ухудшение концентрации становятся не «маленькими возрастными неудобствами», а факторами, влияющими на работу, отношения и уверенность в себе.

Менопаузальные симптомы способны снижать работоспособность и заставлять женщин сокращать рабочее время или

уходить с работы. Поэтому всё больше внимания уделяется не только лечению симптомов, но и созданию более подходящих условий труда: гибкому графику, контролю температуры, доступу к воде, перерывам и возможности открыто обсуждать необходимые изменения (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2024).

Это не доказательство утраты компетентности. Это признак того, что биологический переход до сих пор недостаточно учитывается в организации медицинской помощи и рабочих условий.

Менопауза по-прежнему окружена стереотипами о старении, сексуальности и ценности женщины. Поэтому многие предпочитают скрывать симптомы или ошибочно воспринимают их как личную слабость. Всемирная организация здравоохранения (WHO) подчёркивает, что отношение семьи, общества и культуры к женскому старению во многом определяет то, как женщина переживает менопаузальный переход (WHO, 2024).

Однако природа предлагает любопытный пример того, что окончание репродуктивного периода не означает утраты ценности. Самки косаток прекращают размножаться задолго до конца жизни, но продолжают играть важнейшую роль в своей семейной группе. Старшие самки хранят знания о том, где искать пищу в трудные годы, ведут за собой остальных, делятся добычей и помогают выживать детям и внукам. Их сила уже не в способности производить новое потомство, а

в опыте, знаниях и поддержке нескольких поколений (Brent et al., 2015; Nattrass et al., 2019; Ellis et al., 2024).

У людей всё неизмеримо сложнее, и проводить прямые биологические параллели было бы слишком смело. Но сама мысль заслуживает внимания: способность женщины рожать никогда не была и не может быть единственной мерой её ценности. Последняя менструация не отменяет амбиций, привлекательности, интеллектуальной силы или права занимать своё место в обществе. С возрастом женщина не становится менее значимой — меняются формы её силы и влияния.

Меняется физиология — не значимость женщины.

Перейти с автопилота на ручное управление

До определённого возраста тело часто прощает многое: недостаток сна, хаотичное питание, слишком редкое восстановление, отсутствие силовых нагрузок и годы отложенной заботы о себе.

Перименопауза делает последствия заметнее.

Её можно представить как момент, когда на приборной панели начинают загораться сигнальные лампочки. Не каждая из них означает серьёзную поломку. Но каждая просит обратить внимание на систему.

Задача не в том, чтобы испугаться всех сигналов или немедленно «заменить гормоны». И не в том, чтобы выклю-

чить лампочки, не разобравшись, почему они загорелись.

Задача — перейти с автопилота на ручное управление:

Замечать изменения.

Отслеживать цикл и симптомы.

Не списывать всё на возраст.

Не приписывать всё перименопаузе.

Исключать другие причины.

Обсуждать варианты помощи с компетентным специалистом.

Заранее укреплять здоровье костей, мышц, сердца и обмена веществ.

Перименопауза — не диагноз, который делает женщину больной. Это биологический переход, во время которого могут возникать симптомы, требующие внимания и лечения.

Терпеть их только потому, что процесс естественный, необязательно. Естественность не является медицинской рекомендацией.

Что важно запомнить

Перименопауза может начаться за несколько лет до последней менструации. В это время месячные ещё продолжаются, овуляция иногда происходит, а беременность остаётся возможной.

Менопауза — это точка, которую подтверждают после 12 последовательных месяцев без менструаций при отсут-

ствии другой причины. После неё начинается постменопауза (WHO, 2024).

Первые признаки перехода могут быть едва заметными: изменение продолжительности цикла, сна, настроения, характера мигреней или способности концентрироваться. Позднее менструации могут стать значительно менее предсказуемыми, а симптомы — более выраженными.

У женщин старше 45 лет типичную перименопаузу обычно определяют по симптомам и изменениям цикла, а не по одному анализу. АМГ, ФСГ и эстрадиол не способны точно назвать дату менопаузы или исчерпывающе объяснить самочувствие (NICE, 2024).

И наконец, перименопауза не отменяет необходимости искать другие причины симптомов. Новое или необычное кровотечение, резкое ухудшение самочувствия, раннее прекращение менструаций и нетипичные симптомы требуют медицинской оценки.

Главная мысль этой главы проста:

Вы не сходите с ума и не теряете контроль над собой. Но тело действительно меняет правила — и теперь вам необходимо их понять.

Переход начался не тогда, когда исчезли менструации. Он начался в тот момент, когда привычные сигналы тела стали другими.

И чем раньше вы научитесь их распознавать, тем больше решений останется в ваших руках.

Глава 2. Гормональные американские горки

Слово «гормоны» часто используют так, будто речь идёт об одной общей субстанции: гормоны упали, гормоны разбалансировались, гормоны виноваты.

Но организм не работает с гормонами как с одной кнопкой включения и выключения. Это система сигналов, обратной связи и постоянно меняющихся отношений между мозгом, яичниками и другими тканями.

Чтобы понять перименопаузу, не нужно становиться эндокринологом. Достаточно разобраться в нескольких участниках процесса и увидеть, как они взаимодействуют друг с другом.

Главное здесь — не запомнить десятки лабораторных показателей. Главное — понять принцип:

в перименопаузе гормоны не просто снижаются. Сначала система становится менее предсказуемой.

Именно поэтому один месяц может пройти почти незаметно, а следующий принести бессонницу, раздражительность, болезненность груди, необычно обильную менструацию или приливы. Затем симптомы могут ослабнуть — и вернуться снова.

Это не прямая дорога вниз. Скорее, американские горки, у которых постепенно становится всё меньше ровных участ-

ков.

Кто управляет циклом

Менструальный цикл начинается не в яичниках. Его управление происходит выше — в мозге.

Гипоталамус выделяет гонадотропин-рилизинг-гормон, или GnRH. Этот сигнал поступает в гипофиз, небольшую железу у основания мозга. В ответ гипофиз выделяет два важных гормона: ФСГ и ЛГ.

ФСГ — фолликулостимулирующий гормон. Его задача — стимулировать рост фолликулов в яичниках. Внутри каждого фолликула находится незрелая яйцеклетка.

ЛГ — лютеинизирующий гормон. Его резкий подъём в середине цикла помогает запустить овуляцию — выход зрелой яйцеклетки из фолликула (Endocrine Society, 2022a, 2022b).

Яичники отвечают на эти сигналы выработкой собственных гормонов. Растущий фолликул производит прежде всего эстрадиол. После овуляции остатки фолликула превращаются в жёлтое тело, которое начинает вырабатывать прогестерон.

Гормоны яичников, в свою очередь, посылают информацию обратно в мозг. Гипоталамус и гипофиз постоянно получают обратную связь и регулируют количество ФСГ и ЛГ.

Получается непрерывный разговор:

мозг посылает сигнал яичникам, яичники отвечают, а

мозг меняет следующий сигнал в зависимости от полученного ответа.

Когда система работает предсказуемо, менструальный цикл обычно сохраняет привычный ритм. По мере репродуктивного старения ответ яичников становится менее устойчивым. Мозгу приходится посылать более сильные сигналы, но результат уже не всегда оказывается ожидаемым.

Так начинаются гормональные американские горки.

Что такое овуляция и почему она так важна

Овуляцию часто рассматривают только с точки зрения способности забеременеть. Но для понимания перименопаузы она важна ещё по одной причине: от неё зависит выработка прогестерона во второй половине цикла.

В первой половине цикла под воздействием ФСГ начинает развиваться группа фолликулов. Один из них обычно становится доминирующим. По мере роста он выделяет всё больше эстрадиола.

Когда уровень эстрадиола достигает необходимого порога, меняется характер обратной связи с мозгом и происходит резкий выброс ЛГ. Он запускает овуляцию.

После выхода яйцеклетки фолликул превращается в жёлтое тело. Именно оно производит основную часть прогестерона во второй половине цикла.

Если беременность не наступает, жёлтое тело постепенно прекращает работу. Уровни эстрадиола и прогестерона снижаются, эндометрий отторгается, и начинается менструация.

Но если овуляции не было, полноценного жёлтого тела не образуется. Следовательно, не возникает и обычного подъёма прогестерона.

По мере приближения менопаузы циклы без овуляции встречаются чаще, особенно в последние годы перед последней менструацией (Burger et al., 2008; Santoro et al., 2011). Менструальноподобное кровотечение при этом всё ещё может происходить. Поэтому наличие месячных само по себе не доказывает, что в этом цикле была овуляция.

Это один из ключей к пониманию перименопаузы:

цикл может сохраняться, но его внутренняя гормональная архитектура уже меняется.

Эстрадиол: не просто «женский гормон»

Эстрогены — это не один гормон, а группа гормонов. Основными считаются эстрадиол, эстрон и эстриол.

В репродуктивном возрасте главным и наиболее активным эстрогеном является эстрадиол. Он вырабатывается преимущественно яичниками и участвует в регуляции менструального цикла, развитии эндометрия, поддержании костной ткани, состояния влагалища и других физиологических процессов (Endocrine Society, 2022a).

После менопаузы общая выработка эстрогенов яичниками значительно снижается, а более заметную роль начинает играть эстрон, который может образовываться в периферических тканях из предшественников.

Но в перименопаузе эстрадиол не обязательно движется только вниз.

На ранних стадиях его уровень может оставаться нормальным, подниматься выше привычного или резко колебаться от цикла к циклу. Иногда растущий фолликул производит значительное количество эстрадиола, но нормального выброса ЛГ и последующей овуляции не происходит. В таком случае повышение эстрадиола не сопровождается ожидаемым подъёмом прогестерона (Hall, 2015).

Поэтому фраза «в перименопаузе мало эстрогена» описывает лишь часть картины.

В одном цикле эстрадиола может быть относительно много, а в другом — мало. Уровень способен измениться и внутри одного цикла. Именно колебания, а не только абсолютное снижение, могут быть связаны с изменением характера кровотечений, мигренями, болезненностью груди, приливами и перепадами самочувствия (The Menopause Society, n.d.).

Ближе к последней менструации периоды низкого эстрадиола становятся более частыми. После менопаузы его уровень обычно остаётся устойчиво ниже, чем в репродуктивном возрасте.

Таким образом, перименопауза и постменопауза — это не

одно и то же гормональное состояние.

Перименопауза чаще характеризуется нестабильностью.

Постменопауза — более устойчивым снижением функции яичников.

Прогестерон: гормон, которому нужна овуляция

Прогестерон часто представляют как антагониста эстрадиола, словно один гормон «плохой», а другой должен его сдерживать. Это слишком упрощённая картина.

Эстрадиол и прогестерон выполняют разные, но взаимосвязанные задачи.

Эстрадиол помогает эндометрию расти в первой половине цикла. После овуляции прогестерон меняет структуру эндометрия и подготавливает его к возможной имплантации эмбриона. Если беременности нет, падение уровня прогестерона участвует в запуске менструального кровотечения.

Прогестерон также действует за пределами матки. Его метаболиты взаимодействуют с нервной системой, поэтому изменения его уровня могут влиять на сон, настроение и субъективное ощущение спокойствия. Однако один симптом нельзя автоматически считать доказательством «дефицита прогестерона».

В перименопаузе прогестерон часто становится менее предсказуемым раньше, чем эстрадиол окончательно снижа-

ется. Причина проста: для полноценной выработки прогестерона необходима овуляция, а овуляторные циклы постепенно становятся менее регулярными (Hall, 2015; Santoro et al., 2011).

Отсюда и ситуация, которую женщины иногда описывают как внезапно усилившийся ПМС: эстрадиол по-прежнему вырабатывается, но привычного подъёма прогестерона после овуляции нет или он выражен слабее.

При этом ошибочно считать, что прогестерон всегда «первым падает» в одном и том же возрасте у всех женщин. Репродуктивное старение не следует универсальному календарю. Значение имеет не день рождения, а то, насколько регулярно происходит овуляция.

ФСГ: сигнал, который становится громче

ФСГ можно представить как команду гипофиза: «Начните выращивать фолликул».

В молодом репродуктивном возрасте яичники обычно достаточно чувствительны к этому сигналу. По мере уменьшения количества и изменения качества доступных фолликулов ответ становится менее предсказуемым.

Одним из ранних гормональных признаков овариального старения является повышение ФСГ. В начале цикла гипофиз может выделять его больше, пытаясь стимулировать яични-

ки (Hall, 2015).

Однако повышенный ФСГ не означает, что эстрадиол в этот момент обязательно низкий. Иногда усиленный сигнал приводит к быстрому развитию фолликула и значительному подъёму эстрадиола. В другом цикле яичник отвечает слабее, и эстрадиол остаётся низким.

Поэтому возможны разные сочетания:

- высокий ФСГ и низкий эстрадиол;
- высокий ФСГ и относительно высокий эстрадиол;
- показатели, которые временно выглядят вполне «нормальными»;
- совершенно другой результат в следующем цикле.

Именно поэтому единичное измерение ФСГ не всегда способно определить, находится ли женщина в перименопаузе. Уровень этого гормона меняется в зависимости от стадии цикла и от того, как яичники ответили в конкретном месяце (Harlow et al., 2012; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2024).

Повышенный ФСГ — не болезнь и не токсичный гормон, который нужно снижать. Это прежде всего признак того, что гипофиз прилагает больше усилий, чтобы получить ответ от яичников.

ЛГ: гормон овуляционного сигнала

ЛГ тоже производится гипофизом, но выполняет другую

роль.

В нормальном овуляторном цикле повышение эстрадиола от растущего фолликула вызывает резкий выброс ЛГ. Этот выброс становится командой для выхода яйцеклетки.

В перименопаузе связь между повышением эстрадиола и нормальным овуляционным выбросом ЛГ может нарушаться. Эстрадиол повышается, но овуляция не происходит. Либо фолликул развивается неполноценно, и необходимый сигнал не формируется (Hall, 2015).

После менопаузы, когда яичники значительно уменьшают выработку эстрадиола и прогестерона, привычная отрицательная обратная связь ослабевает. Поэтому уровни ФСГ и ЛГ становятся выше, чем в репродуктивном возрасте.

При этом для оценки менопаузального перехода ФСГ обычно информативнее, чем ЛГ. Но ни один из этих показателей не следует рассматривать отдельно от возраста, цикла, симптомов и общей клинической картины.

Тестостерон: женский гормон, но не универсальное объяснение

Тестостерон часто называют исключительно мужским гормоном. Это неверно.

Он присутствует и в женском организме. До менопаузы тестостерон и его предшественники образуются в яичниках и надпочечниках, а также в результате превращений других

стероидных соединений в периферических тканях.

Тестостерон участвует в сексуальной функции и влияет на различные ткани. Но его история в перименопаузе отличается от истории эстрадиола и прогестерона.

Уровень тестостерона у женщин в среднем постепенно снижается с возрастом, начиная задолго до менопаузы. При естественном менопаузальном переходе обычно не происходит такого же резкого и универсального падения тестостерона, как при хирургическом удалении обоих яичников (Davis et al., 2019).

Поэтому нельзя автоматически объяснять любую усталость, плохое настроение, снижение мышечной массы, ухудшение памяти или потерю либидо одним лишь «низким тестостероном».

Сексуальное желание особенно сложно устроено. На него могут влиять:

- эстрадиол и тестостерон;
- сухость влагалища или боль во время секса;
- сон и усталость;
- стресс;
- лекарственные препараты;
- отношения с партнёром;
- психическое состояние;
- восприятие собственного тела;
- хронические заболевания.

Кроме того, не существует одного значения тестостерона

в крови, которое надёжно разделяет женщин с нормальным и сниженным сексуальным желанием. Международный консенсус подчёркивает, что анализ тестостерона сам по себе не позволяет диагностировать женскую сексуальную дисфункцию (Davis et al., 2019).

Наиболее доказанное показание для терапии тестостероном у женщин — гипоактивное расстройство сексуального желания у тщательно обследованных женщин после менопаузы. Доказательств его применения для предотвращения когнитивного снижения, улучшения общего самочувствия или профилактики заболеваний недостаточно (Davis et al., 2019; Parish et al., 2021).

Подробно терапию мы обсудим в отдельной главе. Здесь важно запомнить другое:

тестостерон является частью женской физиологии, но не универсальным гормоном энергии, молодости и мотивации.

Почему проблема не сводится к низкому эстрогену

Если бы перименопауза была простым и равномерным снижением эстрогена, её было бы гораздо легче распознавать.

Можно было бы сдать один анализ, увидеть низкое значение и получить однозначный ответ.

Но в реальности одновременно происходят несколько

процессов:

Количество доступных фолликулов уменьшается.

Чувствительность яичников к сигналам мозга меняется.

ФСГ начинает повышаться и сильнее стимулировать яичники.

Эстрадиол может то резко подниматься, то снижаться.

Овуляции происходят менее регулярно.

Из-за отсутствия овуляции выработка прогестерона становится менее стабильной.

Связь между эстрадиолом, выбросом ЛГ и овуляцией работает менее предсказуемо.

Тестостерон продолжает собственную, преимущественно возрастную траекторию.

Поэтому в одном цикле могут наблюдаться высокие уровни эстрадиола и низкая выработка прогестерона. В другом — низкий эстрадиол, высокий ФСГ и отсутствие овуляции. А ещё через месяц показатели могут снова приблизиться к привычным значениям.

Именно эта изменчивость объясняет, почему одна и та же женщина может чувствовать себя по-разному в соседних циклах.

Перименопауза — это не обязательно нехватка одного гормона. Это постепенная потеря прежней предсказуемости всей системы.

Почему один анализ может запутать

Допустим, у женщины появились ночные пробуждения, приливы и нерегулярные менструации. Она сдаёт эстрадиол и ФСГ в день, когда яичник активно ответил на стимуляцию гипофиза. Эстрадиол оказывается относительно высоким, а ФСГ — не особенно повышенным.

Она слышит: «Гормоны нормальные. Это не перименопауза».

Через несколько недель состояние меняется. Если повторить анализ, результат может быть совершенно другим.

Оба исследования будут технически правильными. Но каждое покажет лишь один кадр из фильма.

Поэтому у женщин старше 45 лет типичную перименопаузу обычно определяют по возрасту, симптомам и изменениям менструального цикла, а не по единственному измерению эстрадиола, ФСГ или ЛГ. NICE также не рекомендует использовать АМГ, эстрадиол и ряд других лабораторных или визуализационных показателей для рутинного подтверждения перименопаузы в этой возрастной группе (NICE, 2024).

Анализы могут быть нужны для решения конкретных задач: исключения беременности, заболеваний щитовидной железы, гиперпролактинемии, преждевременной недостаточности яичников или другой причины симптомов.

Но лабораторная цифра не должна рассматриваться от-

дельно от истории женщины.

Один возраст — разные гормональные состояния

Две женщины могут быть ровесницами и находиться на совершенно разных стадиях репродуктивного старения.

В 47 лет у одной всё ещё происходят регулярные овуляции и почти не изменился цикл. У другой менструации приходят раз в два-три месяца, появились приливы и длительные периоды без овуляции. Третья принимает гормональную контрацепцию и не может оценивать стадию перехода по характеру кровотечений. Четвёртая перенесла операцию на яичниках или лечение, повлиявшее на их функцию.

Даже у двух женщин с одинаковой продолжительностью цикла гормональные события внутри него могут различаться.

Возраст влияет на вероятность перехода, но не описывает его точную стадию.

Различия связаны с:

- индивидуальной скоростью истощения фолликулярного резерва;
- генетикой;
- курением;
- операциями и медицинским лечением;
- состоянием яичников;

• наличием или отсутствием овуляции;
• использованием гормональных препаратов;
• общей историей репродуктивного здоровья.

Поэтому сравнение лабораторных показателей с подругой того же возраста лишено практического смысла. Даже референсный диапазон лаборатории не является персональной инструкцией: он показывает статистический диапазон результатов, а не оптимальное значение для каждой женщины.

Гормоны действуют не поодиночке

Желание найти один «главный» гормон понятно. Один виновник — одно решение.

Но эстрадиол, прогестерон, тестостерон, ФСГ и ЛГ существуют не в отдельных комнатах. Они участвуют в одной системе и влияют на разные ткани.

При этом один и тот же симптом может иметь несколько причин. Нарушение сна может усиливаться из-за ночной потливости, тревоги, апноэ сна, стресса или побочного действия лекарства. Снижение либидо может быть связано с гормональными изменениями, болью, усталостью или отношениями. Изменение веса зависит не только от эстрадиола, но и от возраста, мышечной массы, сна, питания, активности и метаболического здоровья.

Это не делает гормоны неважными. Напротив, это позво-

ляет оценивать их без мифологии.

Гормоны — не добрые и не злые волшебники. Они являются сигнальными молекулами. Их действие определяется уровнем, ритмом, рецепторами, тканью, возрастом, состоянием здоровья и взаимодействием с другими системами.

Их нельзя понять по одной цифре и нельзя безопасно «сбалансировать» по универсальной схеме.

Что важно запомнить

Менструальным циклом управляет взаимодействие гипоталамуса, гипофиза и яичников.

ФСГ стимулирует развитие фолликула. Растущий фолликул производит эстрадиол. Выброс ЛГ запускает овуляцию. После овуляции жёлтое тело вырабатывает прогестерон.

В перименопаузе яичники отвечают на сигналы мозга менее предсказуемо. ФСГ в среднем повышается, эстрадиол способен заметно колебаться, овуляции происходят реже, а выработка прогестерона становится менее стабильной.

Поэтому перименопауза не сводится к «низкому эстрогену».

Тестостерон тоже важен для женского организма, но при естественной менопаузе он не обязательно падает резко. Его уровень не объясняет автоматически либидо, настроение, память или состояние мышц.

Один анализ показывает только конкретный момент.

Один возраст не означает одинаковую гормональную стадию. И один симптом не указывает на один гормон.

Главная мысль этой главы:

во время перименопаузы проблема заключается не только в том, сколько гормонов осталось. Меняется сам ритм их взаимодействия.

Вот почему вы можете чувствовать себя так, словно тело внезапно перестало соблюдать собственные правила.

Оно их не забыло.

Оно переходит на новую систему управления.

Глава 3. 15 способов, которыми перименопауза может заявить о себе

Перименопауза не приходит с официальным уведомлением. Она не сообщает дату начала и не выдаёт список симптомов, которые обязательно должны появиться.

Одна женщина прежде всего замечает приливы. Другая начинает хуже спать. Третья обнаруживает, что привычная одежда сидит иначе, хотя цифра на весах почти не изменилась. Четвёртая теряет сексуальное желание. Пятая забывает знакомые слова и всерьёз боится, что у неё начинается деменция.

Изучая истории женщин, я вижу, насколько по-разному может проходить один и тот же биологический переход. У одних почти нет симптомов. У других они заметно влияют на работу, отношения и повседневную жизнь. Одни проявления возникают ещё при регулярных менструациях, другие становятся выраженнее ближе к последней менструации или после неё (World Health Organization [WHO], 2024).

Эта глава — карта, а не диагностический тест. Она поможет заметить изменения и подготовиться к разговору с врачом, но не позволит самостоятельно определить причину каждого симптома.

Перименопауза не должна превращаться в универсальный диагноз. У бессонницы, сердцебиения, усталости, боли, тре-

воги и изменения веса могут быть другие причины. Иногда они существуют одновременно с гормональным переходом.

Поэтому у нашей карты два вопроса:

Что я замечаю?

Что ещё необходимо исключить?

1. Приливы

Прилив — это внезапное ощущение жара, которое обычно начинается в области лица, шеи или груди. Оно может сопровождаться покраснением кожи, потоотделением, сердцебиением, тревогой, а после окончания — ознобом.

Обычно эпизод длится от одной до пяти минут. У одной женщины приливы возникают несколько раз в месяц, у другой — много раз в день. Сами по себе они чаще всего не опасны, но способны серьёзно влиять на работу, сон и качество жизни (The Menopause Society, n.d.-a).

Приливы связаны не просто с тем, что телу стало жарко. Во время менопаузального перехода изменения эстрадиола влияют на работу гипоталамуса — области мозга, которая участвует в регуляции температуры. Диапазон температуры, воспринимаемый организмом как комфортный, сужается. Небольшого изменения становится достаточно, чтобы запустить расширение сосудов и потоотделение.

У некоторых женщин приступы усиливаются после алкоголя, острой пищи, горячих напитков, кофеина, эмоцио-

нального напряжения или пребывания в душном помещении. Но индивидуальные триггеры различаются, и необходимость навсегда исключить все перечисленные продукты отсутствует.

Стоит обратить внимание не только на наличие приливов, но и на их частоту, продолжительность, время возникновения и влияние на повседневную жизнь.

Отметьте для себя: возникают ли у меня внезапные эпизоды жара, покраснения, потоотделения, озноба или сердцебиения?

Если ощущение жара сопровождается болью в груди, обмороком, выраженной одышкой или продолжительной аритмией, не следует автоматически считать его приливом.

2. Ночная потливость

Ночная потливость — это прилив, возникающий во время сна. Иногда женщина просыпается от ощущения жара. Иногда — уже от холода, потому что одежда и постель стали влажными.

Повторяющиеся эпизоды нарушают структуру сна. Даже если женщина быстро засыпает снова, сон становится фрагментированным, а утром она чувствует себя так, будто почти не отдыхала.

Приливы и ночная потливость относятся к вазомоторным симптомам. Они могут продолжаться несколько лет, а у ча-

сти женщин сохраняются значительно дольше. Средняя продолжительность вазомоторных симптомов оценивается приблизительно в семь–десять лет, но индивидуальные различия велики (The Menopause Society, n.d.-a).

Однако не всякая ночная потливость является проявлением перименопаузы. Она может быть связана с температурой в комнате, инфекцией, нарушением функции щитовидной железы, апноэ сна, лекарственными препаратами, употреблением алкоголя и другими состояниями.

Отметьте для себя: просыпаюсь ли я от жара или пота и приходится ли мне менять одежду либо постельное бельё?

Если потливость сопровождается необъяснимой потерей веса, продолжительной лихорадкой, увеличением лимфатических узлов или выраженным ухудшением общего состояния, необходима медицинская оценка.

3. Сон и усталость

Нарушения сна во время перименопаузы могут проявляться по-разному:

- трудно заснуть;
- сон становится поверхностным;
- появляются ранние пробуждения;
- женщина просыпается несколько раз за ночь;
- после достаточного количества часов сна не возникает ощущения восстановления.

Причиной могут быть ночные приливы, тревожность, изменение настроения, боль, учащённое мочеиспускание или сочетание нескольких факторов. Гормональные изменения также способны влиять на системы мозга, участвующие в регуляции сна (The Menopause Society, n.d.-b).

Но бессонница после сорока не всегда вызвана гормонами. Важно учитывать апноэ сна, синдром беспокойных ног, заболевания щитовидной железы, железодефицит, хроническую боль, депрессию, лекарства, позднее употребление кофеина и нерегулярный режим.

Особенно легко пропустить апноэ сна. Оно может проявляться храпом, остановками дыхания, утренней головной болью, сухостью во рту и сильной дневной сонливостью.

Отметьте для себя: изменился ли мой сон и чувствую ли я себя отдохнувшей утром?

Усталость — симптом, а не диагноз. Если она сохраняется независимо от сна, заметно усиливается или ограничивает обычную активность, необходимо искать дополнительные причины.

4. Настроение и тревожность

В перименопаузе некоторые женщины впервые замечают необычную раздражительность, внутреннее напряжение, плаксивость или тревогу. Другие описывают ощущение, что эмоциональная реакция стала непропорциональной собы-

тию.

Риск депрессивных симптомов во время менопаузального перехода может повышаться, особенно у женщин, ранее переживавших депрессию, выраженный ПМС или послеродовую депрессию. Однако гормональные изменения — только часть картины. На настроение одновременно влияют бессонница, приливы, стресс, состояние здоровья, отношения, работа и семейные обстоятельства (The Menopause Society, n.d.-b).

Нельзя сводить депрессию к нехватке тестостерона, прогестерона или эстрадиола. Тем более нельзя подбирать лечение только на основании предполагаемого «гормонального дефицита».

Отметьте для себя: стала ли я чаще испытывать раздражительность, тревогу, подавленность или потерю интереса к тому, что раньше приносило удовольствие?

Продолжительное снижение настроения, панические атаки, невозможность выполнять повседневные дела и особенно мысли о самоубийстве требуют профессиональной помощи. Такие симптомы нельзя оставлять до момента, когда «гормоны успокоятся».

5. Мозговой туман

Мозговой туман — не медицинский диагноз, а удобное название для группы субъективных когнитивных симпто-

мов.

Женщина может замечать, что ей сложнее:

- подобрать знакомое слово;
- удерживать внимание;
- вспомнить имя;
- быстро переключиться между задачами;
- запомнить недавно полученную информацию;
- сосредоточиться в шумной обстановке.

Подобные жалобы во время менопаузального перехода распространены. По данным The Menopause Society, о когнитивных изменениях сообщает значительная доля женщин среднего возраста (The Menopause Society, n.d.-b).

Мозговой туман не означает, что у женщины начинается деменция. Часто на память и внимание одновременно влияют нарушения сна, тревога, депрессия, стресс, приливы, лекарства и перегрузка.

Отметьте для себя: стала ли я чаще забывать слова и договорённости или испытывать трудности с концентрацией?

Постепенное усиление нарушений, потеря ориентации, невозможность выполнять знакомые действия, выраженные изменения поведения и трудности, заметные окружающим, требуют отдельной медицинской оценки.

6. Изменение веса и композиции тела

Во время перехода многие женщины замечают изменение

формы тела. Иногда увеличивается вес. Иногда вес почти не меняется, но жировая ткань начинает преимущественно накапливаться в области живота.

Важно разделять влияние возраста и влияние менопаузы. Постепенное увеличение массы тела в среднем возрасте связано с множеством факторов: снижением физической активности, уменьшением энергозатрат, сном, питанием, лекарствами и потерей мышечной массы. Менопаузальный переход особенно связан с перераспределением жировой ткани в сторону абдоминальной области (WHO, 2024).

Это не означает, что набор веса неизбежен или объясняется отсутствием силы воли. Но неверно и утверждение, что гормоны создают жир «из воздуха». Энергетический баланс сохраняет значение, хотя условия, в которых женщина его поддерживает, действительно меняются.

Отметьте для себя: изменилась ли окружность талии, посадка одежды или соотношение мышечной и жировой массы?

Резкое изменение веса, выраженные отёки, постоянная жажда или другие новые симптомы требуют проверки возможных метаболических, эндокринных и иных причин.

7. Мышцы и суставы

Женщины нередко сообщают о скованности, мышечной боли, снижении силы и более медленном восстановлении по-

сле нагрузки. Некоторые впервые сталкиваются с болью в плечах, коленях, кистях или тазобедренных суставах.

Изменение уровней половых гормонов может участвовать в возникновении костно-мышечных симптомов, но причинно-следственные связи сложны. На состояние суставов одновременно влияют предшествующие травмы, остеоартрит, воспалительные заболевания, масса тела, сон, уровень активности и возраст.

Потеря мышечной массы также не начинается внезапно в день менопаузы. Она развивается постепенно и ускоряется при малоподвижности, недостаточном питании, заболеваниях и отсутствии силовой нагрузки.

Отметьте для себя: стала ли я слабее, уменьшилась ли моя выносливость, появилась ли новая скованность или боль?

Постоянный отёк сустава, покраснение, повышение температуры, резкая боль, мышечная слабость или существенное ограничение движения требуют обследования. Совет «двигаться через любую боль» может быть небезопасен.

8. Кости

Снижение плотности костной ткани — не симптом, который можно почувствовать. Остеопороз часто обнаруживают только во время обследования или после перелома.

Потеря костной массы ускоряется во время позднего менопаузального перехода и в первые годы после последней

менструации. Снижение уровня эстрадиола играет в этом важную роль (WHO, 2024).

Риск зависит не только от менопаузы. Значение имеют возраст, ранняя менопауза, переломы в прошлом, семейная история переломов шейки бедра, низкая масса тела, курение, употребление алкоголя, некоторые заболевания и лекарственные препараты.

Денситометрия необходима не всем женщинам сразу после 45 лет. В США плановый скрининг рекомендован женщинам с 65 лет, а после менопаузы в более молодом возрасте — при повышенном риске остеопороза (U.S. Preventive Services Task Force, 2025). В других странах рекомендации могут отличаться.

Отметьте для себя: есть ли у меня факторы риска остеопороза и обсуждала ли я с врачом необходимость оценки костной ткани?

Необъяснимая потеря роста, внезапная боль в спине и перелом после минимальной травмы требуют медицинского внимания.

9. Либидо и сексуальность

Сексуальное желание может уменьшаться, усиливаться или оставаться прежним. Универсального сценария не существует.

На сексуальность влияют:

- гормональные изменения;
- сухость и боль;
- усталость;
- сон;
- лекарства;
- отношения;
- стресс;
- настроение;
- образ тела;
- здоровье партнёра;
- культурные представления о возрасте.

Тестостерон участвует в сексуальной функции, но низкое либидо нельзя диагностировать по одному анализу. Не существует лабораторного значения тестостерона, которое надёжно разделяет женщин с нормальным и сниженным желанием (Davis et al., 2019).

Важно различать отсутствие желания, которое не беспокоит женщину, и устойчивое снижение желания, вызывающее личный дистресс. Не всякое изменение сексуальной активности требует лечения.

Отметьте для себя: изменились ли моё желание, возбуждение, чувствительность, оргазм или удовлетворённость сексуальной жизнью?

Вопрос сексуального здоровья заслуживает такого же серьёзного обсуждения, как сон или боль. Стыд здесь — плохой диагностический инструмент.

10. Вагинальные и мочеполовые изменения

После снижения эстрогенной стимуляции ткани вульвы, влагалища и нижних мочевых путей могут становиться более тонкими, сухими и уязвимыми. Совокупность этих изменений называется генитоуринарным синдромом менопаузы.

Возможные проявления включают:

- сухость;
- жжение или зуд;
- раздражение;
- болезненность;
- боль при проникновении;
- кровянистые выделения после секса;
- учащённые или срочные позывы к мочеиспусканию;
- рецидивирующие инфекции мочевых путей;
- недержание мочи (The Menopause Society, n.d.-c; WHO, 2024).

В отличие от приливов, эти симптомы без лечения нередко сохраняются или усиливаются. Но они поддаются лечению, и терпеть боль годами не нужно.

Недержание мочи не всегда вызвано только менопаузой. На него влияют беременность и роды, состояние тазового дна, возраст, масса тела, хронический кашель, неврологические заболевания и другие факторы.

Отметьте для себя: появились ли сухость, жжение, боль, изменения мочеиспускания или дискомфорт во время секса?

Кровотечение после секса, видимые поражения кожи, кровь в моче и повторяющиеся симптомы «цистита» требуют обследования. Любое кровотечение после 12 месяцев без менструаций необходимо проверить (NHS, 2026).

11. Кожа и волосы

Кожа меняется в результате сочетания хронологического старения, воздействия солнца, генетики, курения, питания и гормональных изменений.

Снижение эстрогенной стимуляции может быть связано с уменьшением содержания коллагена, толщины кожи, эластичности и способности удерживать влагу. Женщина замечает сухость, зуд, более выраженные морщины или медленное восстановление кожи.

Волосы могут становиться тоньше, суше или выпадать сильнее. Но выпадение волос нельзя автоматически объяснять перименопаузой. Причинами могут быть железодефицит, заболевания щитовидной железы, стресс, быстрый сброс веса, лекарства, андрогенетическая алопеция и заболевания кожи головы.

Отметьте для себя: стала ли кожа заметно суше и изменились ли толщина или количество волос?

Новый пигментированный очаг, незаживающая ранка,

быстро меняющаяся родинка, очаговое выпадение волос или воспаление кожи требуют профессиональной оценки.

Использование гормональных кремов на лице и других участках тела не является обычным косметическим уходом и не должно рекомендоваться без оценки безопасности.

12. Полость рта и изменение запаха тела

Некоторые женщины замечают сухость во рту, изменение вкуса, жжение языка, чувствительность дёсен или неприятный запах. Исследования предполагают связь между менопаузальным переходом, изменением слюноотделения и состоянием тканей полости рта, но качество данных неодинаково, а возраст и общее здоровье остаются важными факторами (Minicucci et al., 2013).

Сухость во рту может также быть связана с обезвоживанием, диабетом, аутоиммунными заболеваниями и лекарствами. Недостаток слюны увеличивает риск кариеса и заболеваний дёсен.

Запах тела тоже способен меняться с возрастом, но нельзя считать его специфическим симптомом менопаузы. На него влияют кожа, микробиом, питание, физическая активность, лекарства, заболевания и правила ухода. Соединение 2-ноненаль действительно исследовалось как компонент возрастного запаха, однако связывать его исключительно с потерей женских гормонов неправильно.

Отметьте для себя: появились ли стойкая сухость во рту, кровоточивость дёсен, расшатывание зубов или новое изменение запаха?

Фруктовый, аммиачный или другой резко изменившийся запах тела или дыхания может сопровождать заболевания и требует оценки причины, а не покупки более сильного дезодоранта.

13. Сердечно-сосудистые изменения

Сердечно-сосудистые заболевания — не симптом перименопаузы, а важное направление профилактики.

Во время и после менопаузального перехода могут изменяться распределение жировой ткани, липидный профиль, артериальное давление, чувствительность к инсулину и состояние сосудов. При этом менопауза действует не изолированно: риск формируется совместно с возрастом, наследственностью, курением, физической активностью, массой тела, диабетом и другими факторами (El Khoudary et al., 2020).

Сердцебиение может сопровождать прилив или тревогу, но также встречается при анемии, заболевании щитовидной железы и нарушении сердечного ритма.

Отметьте для себя: знаю ли я своё артериальное давление, липидный профиль, уровень глюкозы и семейную историю сердечно-сосудистых заболеваний?

Боль или давление в груди, внезапная одышка, обморок, слабость одной стороны тела, нарушение речи и продолжительное сердцебиение требуют срочной помощи.

14. Самооценка

Изменения самооценки нельзя измерить анализом крови, но это не делает их менее значимыми.

Женщина может чувствовать, что тело перестало ей принадлежать. Меняются вес, кожа, волосы, сексуальность и физические возможности. Одновременно общество настойчиво предлагает ей стать незаметнее — и желательно не упоминать, что она стареет.

Приливы на совещании, забытое слово, недержание мочи или болезненный секс могут восприниматься как потеря контроля. Если женщина считает эти изменения личной неудачей, страдает не только отношение к телу, но и готовность обращаться за помощью.

Однако менопауза не лишает женщину ценности. Изменение репродуктивной функции не означает утраты женственности, профессиональной состоятельности, сексуальности или права быть видимой.

Отметьте для себя: стала ли я относиться к себе жёстче и избегать вещей, которые раньше приносили удовольствие?

Самооценка не восстанавливается приказом «полюбить себя». Иногда для этого необходимы лечение физических

симптомов, психологическая поддержка, изменение привычек и пересмотр требований, которые женщина предъявляет к себе.

15. Отношения и одиночество

Менопаузальный переход часто совпадает с другими изменениями среднего возраста: взрослением детей, болезнями родителей, разводом, потерей близких, изменением карьеры или выходом на пенсию.

Симптомы могут дополнительно осложнять отношения. Женщина избегает прикосновений из-за боли, а партнёр воспринимает это как потерю любви. Она просыпается ночью и становится раздражительной, но семья видит только её реакцию. Она боится обсуждать недержание мочи или сухость и постепенно отказывается от близости.

Одиночество и социальная изоляция сами по себе связаны с ухудшением здоровья. При этом одиночество — не обязательное следствие менопаузы и не проблема, которую можно решить одним гормоном.

Отметьте для себя: есть ли рядом люди, с которыми я могу честно обсуждать происходящее, и не начала ли я избегать общения?

Иногда первым шагом становится разговор с партнёром. Иногда — возвращение к друзьям, обучение, работа с психологом, участие в сообществе или новый интерес. Задача

не в том, чтобы заполнить календарь, а в том, чтобы восстановить значимые связи.

Долгосрочные риски: то, что не всегда можно почувствовать

В первоначальной карте долгосрочные риски стояли пятнадцатым пунктом. Но логичнее вынести их отдельно: это не ещё один симптом, а результат взаимодействия возраста, менопаузы, состояния здоровья и образа жизни.

После менопаузы особого внимания требуют:

- состояние костей;
- сердечно-сосудистый риск;
- артериальное давление;
- липидный и углеводный обмен;
- мышечная масса и сила;
- мочеполовое здоровье;
- онкологический скрининг;
- психическое и когнитивное здоровье.

Менопауза не означает, что все эти заболевания обязательно возникнут. Но она может изменить профиль риска и становится подходящим моментом для профилактического аудита здоровья (WHO, 2024).

Гормональная терапия также не является универсальной защитой от старения, деменции, рака или всех сердечно-сосудистых заболеваний. Она имеет доказанные показания,

преимущества, ограничения и риски, которые необходимо оценивать индивидуально. Этой теме будет посвящена отдельная часть книги.

Ваша карта симптомов

Перечитайте список и отметьте то, что изменилось именно у вас:

Приливы.

Ночная потливость.

Сон и усталость.

Настроение и тревожность.

Память и концентрация.

Вес и композиция тела.

Мышцы и суставы.

Факторы риска для костей.

Либидо и сексуальная функция.

Вагинальные и мочеполовые симптомы.

Кожа и волосы.

Полость рта или запах тела.

Сердцебиение и сердечно-сосудистые показатели.

Самооценка.

Отношения и чувство одиночества.

Рядом с каждым пунктом запишите:

- когда изменение появилось;
- как часто оно возникает;

• насколько мешает жизни;
• что его усиливает или облегчает;
• какие лекарства и добавки вы принимаете;
• обсуждали ли вы его с врачом;
• что ещё может объяснять этот симптом.

Не пытайтесь исправить все пятнадцать пунктов одновременно. Сначала выберите один–три симптома, которые сильнее всего влияют на качество жизни или могут быть связаны с медицинским риском.

И помните:

карта нужна не для того, чтобы найти у себя все симптомы. Она нужна, чтобы перестать считать несвязанные изменения личными неудачами и начать задавать правильные вопросы.

Вы не обязаны терпеть только потому, что перименопауза естественна.

Но вы также не обязаны объяснять ею всё.

ЧАСТЬ II. ПРЕЖДЕ ЧЕМ ВИНИТЬ ВО ВСЁМ МЕНОПАУЗУ

Глава 4. Симптом — ещё не диагноз

В историях женщин после сорока часто встречаются две противоположные ошибки.

Первая: любые изменения списывают на возраст.

«Вы просто устали».

«У всех сейчас стресс».

«После сорока так бывает».

«Посмотрите в паспорт».

Вторая ошибка возникла вместе с ростом интереса к перименопаузе: теперь почти любой симптом пытаются объяснить гормональным переходом.

Не спится — перименопауза. Выпадают волосы — перименопауза. Учащается сердцебиение — перименопауза. Растёт вес — снова она.

Обе крайности опасны.

Если не замечать гормональный переход, женщина может годами жить с симптомами, для которых существуют эффективные способы лечения. Но если объяснять перименопаузой всё, можно пропустить анемию, заболевание щитовид-

ной железы, расстройство сна, побочное действие лекарства или другую проблему.

Главная мысль этой главы:

симптом — это сигнал, но ещё не диагноз.

Один симптом — несколько возможных причин

Человеческому мозгу нравятся простые объяснения. Один симптом, одна причина, одно решение.

Организм устроен сложнее.

Усталость может быть связана с бессонницей, железодефицитом, заболеванием щитовидной железы, инфекцией, депрессией, апноэ сна, лекарствами или сочетанием нескольких причин.

Сердцебиение может сопровождать прилив, но встречается также при анемии, тревоге, нарушении сердечного ритма, заболеваниях щитовидной железы и употреблении стимулирующих веществ.

Изменения цикла действительно характерны для перименопаузы. Но их могут вызывать беременность, гормональная контрацепция, СПКЯ, заболевания щитовидной железы, гиперпролактинемия, миома, полипы, изменение массы тела, чрезмерная физическая нагрузка и некоторые лекарства.

Поэтому правильный вопрос звучит не так:

«Какой гормон вызывает этот симптом?»

Лучше спросить:

«Какие причины могут его объяснять и какая из них наиболее вероятна в моём случае?»

Когда перименопаузу можно распознать без гормональных анализов

У здоровой женщины старше 45 лет сочетание недавно появившихся вазомоторных симптомов — приливов или ночной потливости — с изменением менструального цикла часто позволяет клинически определить перименопаузу.

Для этого обычно не требуется подтверждение с помощью ФСГ, эстрадиола, АМГ или подсчёта фолликулов. Гормональные показатели во время перехода колеблются, поэтому один анализ способен скорее запутать картину, чем прояснить её (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2024).

Это не означает, что после 45 лет никакие анализы не нужны. Они могут понадобиться не для того, чтобы «доказать перименопаузу», а чтобы проверить другие возможные причины симптомов. NICE прямо указывает, что общий анализ крови, исследование функции щитовидной железы и другие тесты могут быть уместны, если клиническая картина предполагает негормональную причину (NICE, 2017).

У женщин от 40 до 45 лет лабораторная оценка иногда используется для подтверждения ранней менопаузы. Если

симптомы и нарушения цикла появились до 40 лет, требуется обследование на преждевременную недостаточность яичников (NICE, 2024).

Таким образом, хороший диагностический процесс не измеряется количеством назначенных анализов. Его качество определяется тем, отвечает ли каждое исследование на конкретный вопрос.

Первый шаг — восстановить хронологию

До сдачи анализов полезно понять, когда и как начались изменения.

Врач может спросить:

- когда изменился цикл;
- появились ли приливы или ночная потливость;
- что произошло раньше — бессонница или усталость;
- возникли симптомы внезапно или нарастали постепенно;
- меняется ли их интенсивность в течение цикла;
- были ли недавно инфекции, операции, сильный стресс или изменение массы тела;
- какие лекарства, гормональные препараты и добавки принимает женщина;
- существует ли вероятность беременности;
- были ли подобные симптомы раньше.

Хронология иногда даёт больше информации, чем длинная лабораторная панель.

Например, если усталость возникла после того, как менструации стали значительно обильнее, следует подумать о кровопотере и железодефиците. Если сердцебиение и потливость начались после изменения дозы препарата для щитовидной железы, гормоны яичников могут быть не главной причиной. Если бессонница сопровождается громким храпом и остановками дыхания, необходимо рассматривать апноэ сна.

Задача состоит не в том, чтобы немедленно выбрать одну версию, а в том, чтобы расположить возможные объяснения по степени вероятности и риска.

Что может маскироваться под перименопаузу
Беременность

Овуляция в перименопаузе становится менее предсказуемой, но не прекращается сразу. Пока она происходит, беременность возможна.

Поэтому задержка менструации у сексуально активной женщины репродуктивного возраста — это не доказательство менопаузы. При наличии вероятности беременности первым шагом может быть обычный тест.

Некоторые ранние признаки беременности — отсутствие

менструации, усталость, изменения настроения, болезненность груди и учащённое мочеиспускание — пересекаются с возможными проявлениями перименопаузы.

Возраст уменьшает вероятность беременности, но не превращает её в ноль.

Железодефицит и анемия

Во время перименопаузы кровотечения могут стать более продолжительными или обильными. Это увеличивает риск потери железа. Поэтому перименопауза и железодефицит способны существовать одновременно.

Железодефицит может проявляться:

- усталостью;
- слабостью;
- одышкой при нагрузке;
- головокружением;
- головной болью;
- сердцебиением;
- ухудшением концентрации;
- выпадением волос;
- ломкостью ногтей;
- синдромом беспокойных ног.

Эти симптомы неспецифичны. По ним нельзя определить ни наличие дефицита железа, ни его выраженность.

Для первичной оценки обычно используют общий анализ

крови, а состояние запасов железа оценивают с учётом ферритина и клинического контекста. Ферритин способен повышаться при воспалении, поэтому его интерпретация не всегда сводится к сравнению с одним пороговым значением (Camaschella, 2019).

Популярное правило «ферритин должен быть равен массе тела» не является общепринятым диагностическим критерием. Нельзя также назначать железо только потому, что показатель кажется «неоптимальным».

Важно найти причину дефицита. У менструирующей женщины ею могут быть обильные кровотечения. После прекращения менструаций железодефицит требует особенно внимательной оценки возможной кровопотери, нарушения всасывания или другого заболевания.

Приём железа без подтверждённого дефицита не является безобидной профилактикой.

Нарушения функции щитовидной железы

Заболевания щитовидной железы могут удивительно точно имитировать отдельные проявления перименопаузы.

При гипотиреозе возможны:

- усталость;
- зябкость;
- сухость кожи;

• запоры;
• изменение веса;
• выпадение волос;
• снижение настроения;
• нарушения концентрации;
• изменение менструального цикла.

При гипертиреозе могут возникать:

• потливость и непереносимость жары;
• сердцебиение;
• тревожность;
• дрожь;
• бессонница;
• снижение веса;
• учащённый стул;
• нарушения цикла.

Женщина может одновременно находиться в перименопаузе и иметь заболевание щитовидной железы. Одно не отменяет другого.

Если клиническая картина вызывает подозрение, функция щитовидной железы оценивается лабораторно. Но сами по себе усталость или набор веса не являются основанием ставить диагноз «тканевого гипотиреоза» при нормальном обследовании.

Подробно работу щитовидной железы мы разберём в отдельной главе.

Нарушения сна

Бессонница часто сопровождает перименопаузу, особенно при ночных приливах. Но плохой сон может иметь независимую причину.

Апноэ сна становится особенно важным после менопаузы. Его признаки включают:

- громкий храп;
- остановки дыхания, замеченные партнёром;
- удушье или резкие пробуждения;
- утреннюю головную боль;
- сухость во рту;
- сильную дневную сонливость;
- ощущение отсутствия отдыха после сна.

Синдром беспокойных ног, хроническая боль, тревога, алкоголь, кофеин и некоторые лекарства тоже могут разрушать сон.

Если лечить только «гормональную бессонницу», не заметив апноэ, женщина продолжит просыпаться уставшей, сколько бы внимания она ни уделяла вечернему свету и температуре в спальне.

Тревожные и депрессивные расстройства

Перименопауза может быть периодом повышенной уязвимости к депрессивным симптомам, особенно у женщин с предыдущими эпизодами депрессии. Но это не означает, что тревога и подавленность всегда являются прямым результатом колебаний эстрадиола или недостатка тестостерона (The Menopause Society, n.d.).

Психическое состояние формируется под влиянием:

- сна;
- физического здоровья;
- хронической боли;
- жизненных событий;
- отношений;
- работы;
- финансового напряжения;
- ухода за близкими;
- употребления алкоголя;
- лекарственных препаратов;
- предшествующей психиатрической истории.

Депрессию нельзя диагностировать по уровню половых гормонов. И её нельзя сводить к совету «стабилизировать гормональный фон».

Устойчивое снижение настроения, потеря интереса, чув-

ство безнадёжности, панические атаки и невозможность выполнять обычные дела заслуживают профессиональной оценки. Мысли о самоубийстве требуют немедленной помощи.

Нарушения углеводного обмена

Изменение веса, усталость, сонливость после еды, жажда или учащённое мочеиспускание могут возникать при нарушениях углеводного обмена.

С возрастом риск предиабета и диабета повышается. Менопаузальный переход может сопровождаться изменением распределения жировой ткани, но не каждый случай увеличения талии вызван только эстрогеном.

В диагностике учитываются семейная история, масса тела, артериальное давление, питание, физическая активность, лекарства и лабораторные показатели глюкозы.

Тяга к сладкому не доказывает наличие паразитов, кандидоза или «дофаминового истощения». Чаще она связана с привычками, доступностью пищи, стрессом, недостатком сна, ограничительными диетами и другими факторами.

Сердечно-сосудистые заболевания и нарушения ритма

Прилив может сопровождаться сердцебиением. Тревога

тоже способна заметно учащать пульс.

Но повторяющееся сердцебиение нельзя автоматически считать гормональным симптомом. Причиной могут быть:

- анемия;
- заболевание щитовидной железы;
- аритмия;
- лекарства;
- обезвоживание;
- кофеин и другие стимуляторы;
- нарушение электролитного баланса;
- заболевание сердца.

Артериальная гипертензия также не является полезной «компенсацией», которую можно оставить без лечения до обнаружения глубинной причины. Высокое давление само повреждает сосуды и увеличивает риск инсульта, инфаркта и других осложнений.

Боль или давление в груди, обморок, внезапная одышка, слабость одной стороны тела и нарушение речи требуют срочной медицинской помощи.

Побочные эффекты лекарств и добавок

Перед поиском нового диагноза стоит внимательно посмотреть на то, что женщина уже принимает.

На цикл, сон, настроение, вес, потливость, либидо и сердечный ритм могут влиять:

- гормональные контрацептивы;
- антидепрессанты;
- глюкокортикоиды;
- тиреоидные препараты;
- некоторые лекарства от давления;
- стимуляторы;
- противосудорожные средства;
- препараты, влияющие на пролактин;
- алкоголь;
- растительные добавки.

Гормональная контрацепция способна изменять или полностью подавлять кровотечения, поэтому по циклу бывает трудно определить стадию перехода. NICE отдельно предупреждает, что на фоне некоторых гормональных препаратов ФСГ не следует использовать для диагностики менопаузы (NICE, 2024).

Важно учитывать не только назначенные врачом лекарства. «Натуральная» добавка тоже может иметь фармакологическое действие, влиять на печень и взаимодействовать с другими средствами.

Гинекологические заболевания

Изменения менструаций характерны для перименопаузы, но не всякое кровотечение следует объяснять гормональными колебаниями.

Обильные или продолжительные менструации, межменструальные кровотечения и кровотечения после секса могут быть связаны с:

- миомой;
- полипами;
- аденомиозом;
- изменениями эндометрия;
- заболеваниями шейки матки;
- беременностью;
- нарушениями свёртывания крови;
- лекарственными препаратами;
- реже — онкологическим заболеванием.

Миома может вызывать не только кровотечение, но и давление в области таза, учащённое мочеиспускание, запоры и боль (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], n.d.-a).

Любое кровотечение, возникшее после 12 месяцев без менструаций, должно быть обследовано, даже если оно произошло один раз и было незначительным (National Health Service [NHS], 2026).

Перименопауза может объяснить изменение цикла, но не должна становиться разрешением игнорировать кровотечение.

Гиперпролактинемия и другие эндокринные причины

Повышенный пролактин способен нарушать овуляцию и менструальный цикл. Иногда он сопровождается выделениями из молочных желёз, снижением либидо, головными болями или изменениями зрения.

Причиной могут быть лекарства, заболевание гипофиза, гипотиреоз и другие состояния.

Нарушения цикла встречаются также при СПКЯ, значительном снижении массы тела, чрезмерной физической нагрузке, хроническом заболевании и гипоталамической аменорее.

Поэтому отсутствие менструации — это ещё не менопауза, особенно если оно возникло до типичного возраста перехода.

Дефицит B12 и другие нутритивные проблемы

Дефицит витамина B12 может сопровождаться анемией, усталостью, слабостью, нарушением чувствительности, проблемами с равновесием, памятью и концентрацией.

Но измерение B12 «на всякий случай» и последующий приём высоких доз не заменяют диагностику. Нужно учи-

тывать питание, заболевания желудочно-кишечного тракта, операции, лекарства и возможное нарушение всасывания.

Повышенный B12 также нельзя автоматически трактовать как доказательство разрушения печени. Он может иметь разные причины и должен оцениваться вместе с клинической картиной и другими показателями.

Гомоцистеин зависит не только от B6, B9 и B12, но и от функции почек, генетики, лекарств и других факторов. Универсальный «оптимальный» порог, одинаковый для всех женщин, не заменяет медицинскую интерпретацию.

Подробно эти показатели будут рассмотрены в следующей главе.

Инфекции, воспалительные и аутоиммунные заболевания

Усталость, боль в суставах, изменение веса, потливость и нарушения цикла могут встречаться при инфекции, воспалительном или аутоиммунном заболевании.

Но общий анализ крови не позволяет увидеть конкретного паразита. Повышение эозинофилов может сопровождать некоторые паразитарные инфекции, но гораздо чаще встречается при аллергических заболеваниях и имеет другие возможные причины. Базофилы также не являются тестом на паразитов.

Тяга к сладкому, депрессия, сниженная мотивация и ауто-

иммунный тиреоидит не подтверждают заражение гельминтами.

Противопаразитарные препараты назначаются при обоснованном подозрении или подтверждённой инфекции. Их профилактическое использование может привести к серьёзным нежелательным последствиям, включая лекарственное поражение печени.

С чем женщина подошла к перименопаузе

Перименопауза не начинается в изолированной лабораторной системе. Женщина входит в неё со всей своей предыдущей историей.

Имеют значение:

- характер менструаций;
- беременность и роды;
- гинекологические заболевания и операции;
- состояние щитовидной железы;
- артериальное давление;
- углеводный и липидный обмен;
- заболевания печени и почек;
- психическое здоровье;
- мигрень;
- качество сна;
- состояние костей и мышц;

- лекарства;
- курение и алкоголь;
- питание и физическая активность;
- семейная история заболеваний;
- предыдущий опыт гормональной терапии.

WHO подчёркивает, что здоровье женщины в начале перименопаузы во многом определяется её предшествующим здоровьем, репродуктивной историей, образом жизни и условиями окружающей среды (World Health Organization [WHO], 2024).

Это не означает, что женщина сама виновата во всех своих рисках. Генетика, доступ к медицине, травмы, социальные условия и случай тоже имеют значение.

Но исходное состояние объясняет, почему две женщины одного возраста переживают переход по-разному.

Симптом может иметь несколько причин одновременно

Иногда поиск единственного объяснения изначально обречён.

Женщина плохо спит из-за ночных приливов. Недостаток сна повышает аппетит и снижает желание двигаться. Обильные менструации постепенно истощают запасы железа. Из-за усталости она реже тренируется. Снижается физическая форма, усиливается тревога, а концентрация становится ху-

же.

Что в этой истории является причиной?

Перименопауза?

Железодефицит?

Бессонница?

Снижение активности?

Правильный ответ: несколько процессов способны поддерживать друг друга.

Поэтому лечение только одного звена может дать неполный эффект. Но это не означает, что нужно одновременно сдавать сотню анализов и принимать двадцать добавок.

Нужно определить:

Что сильнее всего влияет на качество жизни?

Что представляет наибольший медицинский риск?

Какие причины наиболее вероятны?

Какие из них можно проверить простым и надёжным способом?

Какое действие должно быть первым?

Анализ — это не диагноз

Лабораторный показатель необходимо интерпретировать в контексте.

Референсный интервал означает диапазон результатов, полученный у определённой группы людей и используемый конкретной лабораторией. Он не является персональной це-

лью для каждой женщины.

Незначительное отклонение не всегда означает заболевание. Нормальное значение не всегда полностью исключает проблему. Результат зависит от метода исследования, времени взятия крови, лекарств, гидратации, фазы цикла и клинической ситуации.

Поэтому опасны две реакции:

«Всё в референсе — значит, я полностью здорова».

И:

«Показатель неидеальный — значит, его необходимо немедленно корректировать».

Анализ становится полезным только тогда, когда понятно:

- зачем его назначили;
- какой вопрос он должен решить;
- что изменит положительный или отрицательный результат;
- требуется ли повторное измерение;
- как он связан с симптомами.

Красные флаги

Есть симптомы, которые не следует наблюдать месяцами в надежде, что переход закончится самостоятельно.

Медицинская оценка необходима при следующих ситуациях:

- любое кровотечение после 12 месяцев без менструаций;

• очень обильное или продолжительное кровотечение;
• кровотечение между менструациями или после секса;
• новая опухоль или уплотнение;
• необъяснимая потеря веса;
• постоянная лихорадка или выраженная ночная потливость;
• кровь в моче или кале;
• сильная или нарастающая тазовая боль;
• внезапная сильная головная боль;
• боль в груди, одышка или обморок;
• стойкое сердцебиение;
• потеря ориентации или заметное ухудшение способности выполнять привычные действия;
• выраженная депрессия или суицидальные мысли.

Наличие красного флага не означает, что обязательно обнаружится серьёзное заболевание. Оно означает, что откладывать обследование нельзя.

Как подготовиться к приёму

Чтобы разговор с врачом был конкретным, заранее запишите:

• основные симптомы;
• дату их появления;
• динамику менструального цикла;
• частоту и объём кровотечений;

• лекарства и добавки;
• перенесённые заболевания и операции;
• семейную историю;
• результаты предыдущих обследований;
• три вопроса, на которые вы хотите получить ответ.

Полезно сформулировать главную задачу:

«Я понимаю, что это может быть перименопауза, но хочу исключить другие вероятные причины».

И затем спросить:

• какие диагнозы рассматриваются;
• какие признаки говорят в пользу каждого из них;
• какие исследования действительно нужны;
• что будет означать результат;
• когда необходимо повторное обращение.

Это не попытка заменить врача. Это способ участвовать в решениях о собственном здоровье.

Что важно запомнить

Перименопауза реальна, но её симптомы неспецифичны.

Возраст старше сорока повышает вероятность гормонального перехода, но не отменяет вероятность беременности, анемии, заболевания щитовидной железы, нарушения сна, депрессии, диабета, аритмии или гинекологического заболевания.

У женщины может одновременно быть и перименопауза,

и другая медицинская проблема.

Не каждый симптом требует десятков анализов. Но каждый новый, устойчивый или мешающий жизни симптом заслуживает осмысленной оценки.

Самостоятельно замечать закономерности полезно.

Самостоятельно ставить диагноз и назначать себе гормоны, железо, противопаразитарные или другие рецептурные препараты — совсем другое дело.

Главный принцип этой главы:

не игнорировать симптом, но и не принимать первое удобное объяснение за окончательный диагноз.

Перименопауза меняет правила. Она не отменяет медицинскую логику.

Глава 5. Ваш базовый аудит здоровья

Перименопауза — не тот этап жизни, на котором стоит принимать решения вслепую. Но и превращать женщину в бесконечный лабораторный проект тоже не нужно. Цель базового аудита здоровья — не собрать максимальное количество цифр и не найти у себя все болезни мира. Его задача гораздо практичнее: понять исходное состояние организма, заметить значимые дефициты и факторы риска, а затем принимать решения о поддержке или гормональной терапии на основании общей картины.

Анализы не заменяют симптомы, анамнез и осмотр. Но и одних симптомов иногда недостаточно. Усталость может сопровождать перименопаузу, дефицит железа, гипотиреоз, нарушения сна, депрессию и расстройства углеводного обмена. Выпадение волос встречается при гормональных изменениях, железодефиците, заболеваниях щитовидной железы и недостаточном питании. Учащённое сердцебиение бывает связано с приливами, анемией, тиреотоксикозом, тревогой или нарушением сердечного ритма.

Поэтому правильный вопрос звучит не так:

Какой анализ подтвердит, что у меня перименопауза?

Гораздо полезнее спросить:

Что происходит с моим организмом в целом и какие обстоятельства необходимо учитывать, прежде чем выбирать

лечение?

Именно на этот вопрос отвечает базовый аудит здоровья.

Не диагноз по одной цифре, а карта исходного состояния

Если женщина старше 45 лет отмечает изменения менструального цикла и типичные вазомоторные симптомы, перименопауза обычно диагностируется клинически. Из-за значительных гормональных колебаний единичное измерение ФСГ или эстрадиола может не подтвердить и не исключить переходный период. Поэтому современные рекомендации не требуют обязательного гормонального тестирования для постановки диагноза всем здоровым женщинам старше 45 лет (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2025a; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2024a).

Но диагноз перименопаузы и аудит здоровья — не одно и то же.

Гормональные исследования, биохимические показатели, оценка запасов железа, функции щитовидной железы, состояния костной ткани и метаболического здоровья могут использоваться в расширенном аудите. Они помогают зафиксировать исходные данные, проверить альтернативные причины симптомов и определить индивидуальные факторы риска.

Иными словами, анализы не обязаны доказывать перименопаузу, чтобы быть полезными. Они отвечают на другие вопросы.

Расширенный аудит особенно важен, если:

- симптомы появились раньше 45 лет;
- менструации стали очень обильными или продолжительными;
- цикл прекратился до 40 лет;
- женщина перенесла удаление яичников, химиотерапию или лучевую терапию;
- присутствуют выраженная слабость, одышка или сердцебиение;
- наблюдаются резкие изменения веса;
- есть заболевания щитовидной железы, печени, почек или сердечно-сосудистой системы;
- имеются переломы, снижение роста или высокий риск остеопороза;
- в личном или семейном анамнезе были тромбозы, гормонозависимые опухоли, ранние инфаркты или инсульты;
- рассматривается системная менопаузальная гормональная терапия;
- женщина уже принимает гормоны, препараты щитовидной железы, средства для снижения веса или другие лекарства, способные влиять на результаты исследований.

С чего начинается аудит

Первый слой аудита вообще не требует лаборатории. Он начинается с информации, которую женщина знает или может собрать самостоятельно:

- возраст и характер изменения цикла;
- дата последней менструации;
- продолжительность и объём кровотечений;
- наличие межменструальных или посткоитальных кровянистых выделений;
- перечень симптомов и время их появления;
- артериальное давление;
- динамика массы тела и окружности талии;
- уровень физической активности;
- качество сна;
- курение;
- принимаемые лекарства, гормоны и добавки;
- перенесённые заболевания и операции;
- репродуктивный и семейный анамнез;
- результаты предыдущих анализов и обследований.

Особенно ценны старые результаты, сделанные до появления симптомов. Они позволяют сравнивать женщину не только с лабораторным референсом, но и с ней самой. Показатель может оставаться формально «нормальным», но заметно измениться относительно её прежнего уровня. Это не

всегда означает заболевание, однако помогает увидеть направление движения.

Общий анализ крови: небольшой тест с большой информационной ценностью

Расширенный общий анализ крови — один из наиболее полезных элементов первоначального аудита. Он позволяет оценить эритроциты, гемоглобин, гематокрит, эритроцитарные индексы, лейкоциты, лейкоцитарную формулу и тромбоциты.

Красная часть крови

Эритроциты переносят кислород с помощью гемоглобина. Когда гемоглобина недостаточно, ткани получают меньше кислорода. Возможны:

- слабость;
- быстрая утомляемость;
- одышка при нагрузке;
- головокружение;
- сердцебиение;
- головные боли;
- снижение физической работоспособности;
- ухудшение концентрации;
- ломкость ногтей;
- выпадение волос.

Все эти проявления легко списать на гормоны. Иногда это

действительно часть перименопаузального перехода, но иногда перед нами анемия.

Важны не только гемоглобин и количество эритроцитов, но и эритроцитарные индексы. Например, средний объём эритроцита — MCV — помогает определить направление дальнейшего поиска. Маленькие эритроциты чаще встречаются при железодефиците, а увеличенные могут наблюдаться при дефиците витамина B12 или фолата, употреблении алкоголя, заболеваниях печени, гипотиреозе и некоторых других состояниях.

Гематокрит показывает, какую долю объёма крови занимают форменные элементы. Его повышение может наблюдаться при обезвоживании, курении, хронической гипоксии и ряде заболеваний. Но назвать кровь «слишком густой» исключительно по гематокриту нельзя. Этот показатель оценивают вместе с гемоглобином, эритроцитами, симптомами и клинической ситуацией.

Белая часть крови

Лейкоциты и лейкоцитарная формула отражают реакцию иммунной системы. Изменения нейтрофилов, лимфоцитов, моноцитов, эозинофилов и базофилов могут сопровождать инфекции, воспалительные процессы, аллергические реакции, воздействие лекарств и заболевания крови.

Однако лейкоцитарная формула не позволяет надёжно определить конкретного паразита. Повышение эозинофилов может встречаться при некоторых паразитарных инфекци-

ях, но гораздо чаще имеет аллергические и другие причины. Нормальные эозинофилы также не исключают паразитоз. Поэтому противопаразитарное лечение нельзя назначать по одному показателю общего анализа крови.

СОЭ и С-реактивный белок помогают заметить воспалительную реакцию, но не сообщают, где она находится и чем вызвана. Это маркеры, а не готовые диагнозы.

Тромбоциты

Количество тромбоцитов важно для оценки кроветворения и системы гемостаза, однако нормальное число тромбоцитов не исключает тромбоз, а повышение не означает, что тромб уже сформировался. Причины отклонений могут быть совершенно разными — от железодефицита и воспаления до гематологических заболеваний.

Железо и ферритин: ищем не только анемию

Железодефицит может существовать ещё до снижения гемоглобина. Поэтому нормальный общий анализ крови не всегда означает, что запасы железа достаточны.

Ферритин используется как основной маркер запасов железа. Но у него есть важная особенность: он одновременно является белком острой фазы. При воспалении, инфекции, заболеваниях печени и некоторых хронических состояниях ферритин может повышаться независимо от реальных запа-

сов железа.

Поэтому его иногда оценивают вместе с:

- С-реактивным белком;
- сывороточным железом;
- трансферрином;
- общей железосвязывающей способностью;
- коэффициентом насыщения трансферрина железом;
- показателями общего анализа крови.

Сывороточное железо заметно колеблется и само по себе не является надёжной характеристикой запасов. Трансферрин показывает количество основного транспортного белка для железа, а насыщение трансферрина помогает понять, какая его доля действительно занята железом.

Универсального правила «ферритин должен равняться массе тела» в клинических рекомендациях нет. Такая формула удобна своей простотой, но биология редко уважает красивые арифметические конструкции. Оптимальную интерпретацию определяют симптомы, наличие воспаления, показатели крови и клинический контекст.

Почему в перименопаузе часто снижается железо

Одна из наиболее распространённых причин — изменение характера менструаций. Цикл может стать не только нерегулярным, но и более обильным. Миомы, полипы эндометрия, аденомиоз, нарушения овуляции и заболевания эндометрия также способны увеличивать кровопотерю.

Но дефицит железа нельзя автоматически объяснять мен-

струациями. Возможны и другие причины:

- недостаточное поступление железа;
- заболевания желудка или кишечника;
- целиакия;
- нарушения всасывания;
- кровотечения из желудочно-кишечного тракта;
- частое донорство крови;
- приём некоторых лекарств.

Особенно важно искать источник потери крови, если железодефицит развивается после прекращения менструаций. В этом случае простое назначение железа может улучшить показатель, но оставить причину нетронутой.

Не следует начинать длительный приём железа только из-за усталости или выпадения волос. Избыток железа тоже небезопасен, а его препараты могут вызывать тошноту, боль в животе, запор и другие нежелательные эффекты. Сначала подтверждается дефицит, затем выясняется его вероятная причина и выбирается схема коррекции.

Витамин B12 и фолат

Витамин B12 и фолат участвуют в кроветворении, синтезе ДНК и работе нервной системы. Их дефицит может проявляться усталостью, слабостью, нарушением памяти, «мозговым туманом», покалыванием или онемением конечностей, нарушением равновесия и изменениями настроения.

Критически важная деталь: дефицит B12 нельзя исключать только потому, что у женщины нет анемии или увеличения MCV. Неврологические проявления иногда возникают раньше заметных изменений крови (NICE, 2024b).

Риск дефицита B12 выше при:

- веганском или строго ограничительном питании;
- аутоиммунном гастрите;
- заболеваниях или операциях на желудке и кишечнике;
- бариатрической хирургии;
- длительном применении метформина;
- продолжительном использовании препаратов, подавляющих кислотность желудка;
- нарушениях всасывания.

Первоначально может определяться общий или активный B12. Если результат пограничный и сохраняются симптомы, врач может назначить метилмалоновую кислоту или гомоцистеин. Ни один показатель не следует оценивать изолированно.

Если женщина уже принимает B12, результат может оказаться высоким, не обязательно отражая полноценное устранение причины дефицита. Высокий B12 также не означает автоматически разрушение печени или онкологическое заболевание. Он требует оценки добавок, лекарств, функции печени, почек и общего клинического контекста.

Фолат желательно определять до начала его активного восполнения. Приём фолиевой кислоты может скорректиро-

вать изменения крови, связанные с дефицитом B12, но не устранить неврологические последствия самого дефицита. Поэтому эти два показателя разумно рассматривать вместе.

Гомоцистеин: полезный, но неспецифичный показатель

Гомоцистеин — промежуточный продукт обмена метионина. В его метаболизме участвуют фолат, витамины B12 и B6. Повышение может встречаться при их дефиците, снижении функции почек, гипотиреозе, курении, некоторых генетических вариантах и под влиянием лекарств.

В расширенном аудите гомоцистеин помогает дополнить картину обмена витаминов группы B и сосудистых факторов риска. Но он не показывает, что именно нарушено, и не позволяет по одной цифре поставить диагноз «нарушение метилирования».

Не существует универсальной доказательной границы, согласно которой любое значение выше 7 мкмоль/л необходимо считать патологическим. Лабораторные диапазоны и клинические пороги различаются, а интерпретация зависит от возраста, функции почек, питания, курения и других обстоятельств.

Кроме того, снижение гомоцистеина витаминами не тождественно автоматическому снижению риска инфаркта или инсульта. Красивое улучшение лабораторной цифры ещё не

гарантирует такого же улучшения клинического результата. Гомоцистеин можно включить в расширенную панель, но не следует превращать его в главного судью сосудистого здоровья.

Базовая метаболическая оценка

Перименопауза часто совпадает с изменением состава тела, перераспределением жира, снижением физической активности и ухудшением чувствительности к инсулину. Поэтому метаболический раздел аудита не менее важен, чем половые гормоны.

Глюкоза, HbA1c и инсулин

Глюкоза натощак показывает состояние углеводного обмена в момент исследования. Гликированный гемоглобин HbA1c приблизительно отражает средний уровень глюкозы за предыдущие два-три месяца.

HbA1c удобен тем, что обычно не требует голодания, однако его точность может снижаться при анемии, недавней кровопотере, некоторых гемоглобинопатиях, заболеваниях почек и состояниях, изменяющих продолжительность жизни эритроцитов.

Инсулин натощак можно использовать в составе расширенного метаболического аудита. Вместе с глюкозой он помогает увидеть гиперинсулинемию, которая иногда появляется раньше диагностического повышения глюкозы. На ос-

новании этих показателей нередко рассчитывают HOMA-IR.

Однако единого международного порога HOMA-IR для всех возрастов, этнических групп и лабораторий нет. Поэтому инсулин натощак — дополнительный инструмент, а не самостоятельный диагноз инсулинорезистентности.

Если результаты расходятся с симптомами и факторами риска, врач может предложить повторное исследование или пероральный глюкозотолерантный тест.

Липидный профиль

Одних триглицеридов недостаточно. Полноценный профиль обычно включает:

- общий холестерин;
- холестерин липопротеинов низкой плотности — LDL-C;
- холестерин липопротеинов высокой плотности — HDL-C;
- триглицериды;
- расчёт не-HDL-холестерина.

При наличии семейной истории ранних сердечно-сосудистых заболеваний полезно обсудить аполипопротеин B и однократное определение липопротеина(a). Решения принимаются не по одному «плохому холестерину», а с учётом давления, курения, диабета, возраста, семейного анамнеза и общего сердечно-сосудистого риска.

Масса тела, талия и давление

Весы не показывают состав тела. Две женщины одинаковой массы могут иметь совершенно разное количество мы-

шечной и жировой ткани. Поэтому стоит фиксировать не только массу тела, но и окружность талии, динамику силы, физическую активность и, при возможности, состав тела.

Артериальное давление следует измерять несколько раз в спокойном состоянии. Одна повышенная цифра после кофе, спешки или неприятного разговора ещё не означает гипертонию. Но устойчивое повышение нельзя объяснять только возрастом или менопаузой.

Печень, почки и белковый обмен

Перед выбором системной терапии полезно знать исходное состояние органов, которые участвуют в метаболизме и выведении лекарств.

В расширенную панель входят:

- АЛТ;
- АСТ;
- ГГТ;
- общий белок;
- альбумин;
- мочевина;
- желательно также креатинин с расчётной скоростью клубочковой фильтрации;
- при необходимости — билирубин и щелочная фосфатаза.

АЛТ, АСТ и ГГТ нельзя называть полноценными «ана-

лизами функции печени». Они преимущественно отражают повреждение клеток или определённые типы нагрузки. Нормальные ферменты не гарантируют отсутствия заболевания печени, а повышение не всегда означает тяжёлое поражение.

АСТ может увеличиваться после интенсивной тренировки, поскольку содержится не только в печени, но и в мышцах. По этой же причине после серьёзной физической нагрузки может возрастать КФК.

КФК сохраняется в расширенном аудите как исходный показатель, особенно у активно тренирующихся женщин, при мышечной боли, слабости, использовании статинов или других препаратов, способных влиять на мышцы. Но исследование, сделанное сразу после тяжёлой силовой тренировки или длинного забега, может создать весьма драматичную цифру при вполне прозаичной причине.

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.