

ЭКСПЕРТНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ крови демонстрирует выраженную анемию средней степени тяжести (гемоглобин 76 г/л при норме 130-160 г/л) в сочетании с микроцитозом. Лейкоцитарная формула показывает умеренный сдвиг влево с относительной лимфопенией. Тромбоциты в норме, что исключает гематологические причины панцитопении. Морфология крови (микроцитоз с анемией) указывает на железодефицитную анемию как наиболее вероятную причину. Состояние требует активного обследования для выявления источника кровопотери и немедленной коррекции дефицита железа.

Клинические индексы и расчётные показатели

ИНДЕКС	ФОРМУЛА	ЗНАЧЕНИЕ	НОРМА	КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ
NLR (нейтрофилы/ лимфоциты)	Нейтр.% / Лимф.%	4,0	<3,0	Умеренное воспаление или стрессовая реакция
PLR (тромбоциты/ лимфоциты)	Тромб. / Лимф. (абс)	357	<150	Значимое воспаление, возможная железодефицитная анемия
Индекс анемии	Hb факт / Hb норма × 100%	52%	>85%	Анемия средней степени тяжести

Критические отклонения — патофизиологический разбор

ПОКАЗАТЕЛЬ	РЕЗУЛЬТАТ	НОРМА	СТАТУС	РАЗБОР
Гемоглобин	76 г/л	130-160 г/ л	КРИТИЧНО	Снижение на 54 г/л от нормы — тяжёлая анемия
Эритроциты	$3,61 \times 10^{12}/$ л	$4,0-5,0 \times$ $10^{12}/л$	СНИЖЕНО	Уменьшение массы красных клеток
Цветовой показатель	0,63	0,85-1,05	СНИЖЕНО	Гипохромия — дефицит железа в эритроцитах

Гемоглобин 76 г/л — критическое снижение кислородной ёмкости крови. При таком уровне организм компенсирует учащением сердцебиения и дыхания. Микроцитоз (цветовой показатель 0,63) указывает на нарушение синтеза гемоглобина из-за дефицита железа. Сочетание низкого гемоглобина с нормальным количеством тромбоцитов

исключает апластическую анемию и указывает на селективное поражение эритропоэза.

Лейкоцитарные изменения — относительная лимфопения (18% при норме 19-37%) на фоне нормального общего количества лейкоцитов может быть следствием хронической кровопотери и воспалительной реакции. Повышенное NLR до 4,0 подтверждает наличие системного воспалительного ответа.

Полная таблица показателей

ПОКАЗАТЕЛЬ	РЕЗУЛЬТАТ	ЕДИНИЦЫ	НОРМА	СТАТУС	ИНТЕРПРЕТАЦИЯ
Гемоглобин	76	г/л	130-160	КРИТИЧНО	Тяжёлая анемия
Эритроциты	3,61	$\times 10^{12}/л$	4,0-5,0	ОТКЛОНЕНИЕ	Снижение массы эритроцитов
Цветовой показатель	0,63	-	0,85-1,05	ОТКЛОНЕНИЕ	Гипохромия, дефицит железа
Среднее содержание Hb в эритроците	18	пг	30-35	ОТКЛОНЕНИЕ	Микроцитоз
Ретикулоциты	-	%	2-10	-	Не определялись
Тромбоциты	506	$\times 10^9/л$	180-320	ПОВЫШЕНО	Реактивный тромбоцитоз
Лейкоциты	10,2	$\times 10^9/л$	4,0-9,0	ПОВЫШЕНО	Умеренный лейкоцитоз
Палочкоядерные	4	%	1-6	НОРМА	Лёгкий сдвиг влево
Сегментоядерные	57	%	47-72	НОРМА	В пределах нормы
Эозинофилы	4	%	0,5-5	НОРМА	В пределах нормы
Лимфоциты	18	%	19-37	ПОГРАНИЧНОЕ	Относительная лимфопения
Моноциты	2	%	3-11	ПОГРАНИЧНОЕ	На нижней границе

СОЭ

12

мм/ч

2-10

ПОВЫШЕНО

Умеренное
ускорение

Системный анализ — как показатели связаны между собой

Картина железодефицитной анемии чётко прослеживается через связку низкого гемоглобина (76 г/л), микроцитоза (цветовой показатель 0,63) и гипохромии (МСН 18 пг). Эти параметры взаимосвязаны: дефицит железа нарушает синтез гема, что приводит к образованию мелких, бедных гемоглобином эритроцитов.

Реактивные изменения в виде тромбоцитоза ($506 \times 10^9/\text{л}$) и умеренного лейкоцитоза ($10,2 \times 10^9/\text{л}$) указывают на активацию костного мозга в ответ на хроническую кровопотерю. Тромбоцитоз — типичная реакция при железодефицитной анемии, так как тромбопоэтин стимулирует не только продукцию тромбоцитов, но и частично эритропоэз.

Воспалительные маркеры — ускоренная СОЭ (12 мм/ч) и повышенное NLR (4,0) — могут отражать как основное заболевание, вызвавшее кровопотерю (язвенная болезнь, опухоль), так и сам факт тяжёлой анемии, которая является стрессом для организма.

Относительная лимфопения (18% при норме 19-37%) в сочетании с нормальным абсолютным числом лимфоцитов указывает на перераспределение лейкоцитарной формулы в сторону нейтрофилов, что характерно для хронического воспалительного процесса или стресс-реакции.

Дифференциальный диагноз

СОСТОЯНИЕ	ВЕРоятность	Аргументы за	Аргументы против	Что под
Железодефицитная анемия	85%	Микроцитоз, гипохромия, тромбоцитоз	Нет данных о ферритине	Ферритин сыворот
Хроническая кровопотеря (ЖКТ)	70%	Тяжёлая анемия у женщины, тромбоцитоз	Нет явных симптомов	ФГДС, кокала на с
Гинекологическая патология	40%	Возраст, железодефицитная анемия	Нужны данные о менструациях	УЗИ мал гинекол
Талассемия (малая форма)	5%	Микроцитоз	Слишком тяжёлая анемия для малой талассемии	Электро НbA2
Анемия хронических заболеваний	15%	Ускоренная СОЭ, воспаление	Обычно нормоцитарная	Ферритин низком

Детальный план действий

СРОК	ДЕЙСТВИЕ	ЗАЧЕМ	НА ЧТО ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ
Сегодня	Консультация гематолога или терапевта	Оценить тяжесть состояния, решить вопрос о госпитализации	Симптомы сердечной недостаточности, одышка в покое
В течение 3 дней	Биохимия: железо, ОЖСС, ферритин, трансферрин	Подтвердить железодефицит, оценить запасы железа	Ферритин <15 мкг/л = истинный дефицит железа
В течение недели	ФГДС, анализ кала на скрытую кровь 3-кратно	Поиск источника кровопотери в ЖКТ	Язвы, эрозии, полипы, скрытая кровь
В течение недели	Гинекологическое обследование	Исключить маточные кровотечения как причину	Обильные/длительные менструации, миома
В течение 3 дней	Начало приёма препаратов железа	Коррекция дефицита железа	Переносимость, диспепсия, запоры
В течение месяца	Контроль ОАК	Оценить эффективность лечения	Прирост Hb на 10-20 г/л за месяц

Красные флаги

Немедленная госпитализация при:

- Одышка в покое или при минимальной нагрузке
- Боли в сердце, учащение пульса более 100 в покое
- Обморочные состояния, выраженная слабость
- Рвота "кофейной гущей" или чёрный стул
- Снижение АД ниже 90/60 мм рт.ст.

Срочное обращение к врачу при:

- Появлению кровотечений любой локализации

- Усилении слабости, головокружений
- Температуре выше 38°C на фоне лечения препаратами железа

Прогноз и динамика

С лечением: При выявлении и устранении источника кровопотери + адекватной терапии препаратами железа ожидается прирост гемоглобина на 10-20 г/л в месяц. Полная нормализация показателей через 3-4 месяца. Восстановление запасов железа (нормализация ферритина) — через 6-12 месяцев.

Без лечения: Прогрессирование анемии с развитием сердечной недостаточности, резким снижением качества жизни. При продолжающейся кровопотере — угроза жизни от сердечно-сосудистых осложнений.

Контрольные точки:

- Через 2 недели: ОАК для оценки начального ответа на лечение
- Через 1 месяц: ОАК + ретикулоциты (должны повыситься до 20-50%)
- Через 3 месяца: ОАК + показатели обмена железа
- Обратить внимание при повторном анализе: нормализация цветового показателя происходит позднее чем рост гемоглобина, появление макроцитоза может указывать на дефицит В12/фолатов

Расшифровка носит информационный характер и не заменяет консультацию врача. HelpScanner.ru

HelpScanner.ru · support@helpscanner.ru

Расшифровка носит информационный характер и не является медицинским диагнозом. Для постановки диагноза обратитесь к врачу.