

## Экспертное заключение

Общая картина крови спокойная: гемоглобин и эритроциты в норме, признаков анемии нет, лейкоцитарная формула без сдвига влево, СОЭ низкая. Внимания заслуживают два умеренных отклонения — тромбоциты  $366 \times 10^9/\text{л}$  (выше верхней границы 320) и моноциты  $0,76 \times 10^9/\text{л}$  (выше 0,60). Оба отклонения небольшие, изолированные и чаще всего имеют доброкачественное реактивное объяснение — недавняя инфекция, восстановление после неё, стресс, физическая нагрузка, курение, латентный железодефицит. Критических значений и красных флагов нет. Рекомендация — пересдать ОАК через 3–4 недели и добавить ферритин для оценки запасов железа.

Замечание по бланку: «цветовой показатель» — устаревший индекс, в современной интерпретации не используется (его заменили MCH и MCHC, которые у вас в норме).

## Клинические индексы и расчётные показатели

ИНДЕКС	ЗНАЧЕНИЕ	НОРМА	ЧТО ЭТО ЗНАЧИТ
NLR (нейтрофилы/лимфоциты)	1,68	<3,0	Воспаления нет, иммунный баланс спокойный
PLR (тромбоциты/лимфоциты)	121	<150	Признаков системного воспаления нет
Индекс Ментцера (MCV/RBC)	18,9	>13 — скорее ЖДА	Если появится микроцитоз — настораживает в пользу железодефицита, а не талассемии

НОМА-IR, FIB-4, СКФ, КА — не рассчитываются, исходных данных в бланке нет.

## Стратификация рисков

Данных для формальных шкал (SCORE2, FINDRISC, FRAX) в бланке недостаточно — нет липидов, глюкозы, АД, ИМТ. По имеющемуся ОАК у женщины 38 лет острых гематологических рисков нет: гемоглобин стабильный, лейкоформула спокойная, тромбоциты повышены умеренно (риск тромбоза значимо растёт от значений  $>450\text{--}600 \times 10^9/\text{л}$ , у вас 366).

## Значимые отклонения

ПОКАЗАТЕЛЬ	РЕЗУЛЬТАТ	НОРМА	СТАТУС
Тромбоциты	366 ×10 <sup>9</sup> /л	180–320	ПОВЫШЕНО
Моноциты (абс.)	0,76 ×10 <sup>9</sup> /л	0,09–0,60	ПОВЫШЕНО
МСН	27,3 пг	27–34	ПОГРАНИЧНОЕ (нижняя граница)

**Тромбоцитоз 366 ×10<sup>9</sup>/л — лёгкий, +14% от верхней границы.** В подавляющем большинстве случаев у женщины вашего возраста это реактивный тромбоцитоз. Самые частые причины: перенесённая 1–4 недели назад инфекция (даже лёгкое ОРВИ), латентный железодефицит (тромбоциты часто «подрастают» при истощении запасов железа ещё до развития анемии), физическая нагрузка, курение, стресс, восстановительный период после операции или травмы. Эссенциальная тромбоцитемия (первичный клональный тромбоцитоз) на таких цифрах практически не обсуждается — она обычно даёт PLT стабильно >600–1000 ×10<sup>9</sup>/л.

**Моноцитоз 0,76 ×10<sup>9</sup>/л — лёгкий, +27% от верхней границы.** Моноциты — клетки «уборки» после воспаления. Их умеренный подъём типичен в фазе разрешения вирусной или бактериальной инфекции (1–3 недели после), при хронических воспалительных процессах (стоматологических, носоглоточных), при курении. Сочетание «моноциты слегка ↑ + тромбоциты слегка ↑ + лейкоциты в норме + СОЭ низкая + нейтрофилов сдвига нет» хорошо вписывается в постинфекционный паттерн.

**МСН 27,3 пг — на самой нижней границе нормы.** При нормальном гемоглобине это пока не отклонение, но указывает, что насыщенность эритроцитов гемоглобином — на минимуме допустимого. В сочетании с тромбоцитозом это второй маркер, который намекает на латентный железодефицит (запасы истощены, гемоглобин ещё держится). Подтвердить или исключить может только ферритин.

## Что в норме

Гемоглобин 121 г/л, эритроциты 4,44, гематокрит 37,1%, MCV 84, MCHC 326, лейкоциты 9,05, нейтрофилы 5,07 (56%), лимфоциты 3,02 (33,4%), эозинофилы, базофилы, незрелые гранулоциты, СОЭ 3 мм/ч. Это означает: анемии нет, активного воспаления нет, аллергической активности нет, признаков острой бактериальной или вирусной инфекции на момент сдачи нет.

## Системный анализ

Если смотреть на бланк как на целое, проступает один связный сюжет, а не три независимых отклонения. **Триада «тромбоциты ↑ + моноциты ↑ + МСН у нижней границы»** при абсолютно нормальном гемоглобине и низкой СОЭ — это паттерн, который

чаще всего описывает одну из двух историй: либо недавно перенесённое инфекционное/воспалительное событие, после которого организм ещё «доубирается» (моноциты), а тромбоциты как острофазовые ещё не успели нормализоваться (период полураспада тромбоцита — 8–10 дней, реактивный тромбоцитоз держится 2–4 недели после стимула); либо латентный железодефицит — при истощении запасов железа эритропоэтин стимулирует не только эритроидный, но и мегакариоцитарный росток, что даёт ровно такую картину: гемоглобин ещё в норме, МСН сползает к нижней границе, тромбоциты подрастают.

Низкая СОЭ (3 мм/ч) и нормальные эозинофилы/базофилы говорят о том, что активного системного воспаления сейчас нет — то есть если это был инфекционный эпизод, он уже разрешился. Лейкоцитарная формула без палочкоядерного сдвига и без атипичных лимфоцитов делает маловероятными активную бактериальную инфекцию и активный мононуклеоз. Незрелые гранулоциты 0,2% — в норме.

Хорошая новость: ни один из паттернов не предполагает срочности. Плохая — без ферритина (а также без анамнеза по менструальному циклу, питанию и недавним болезням) однозначно сказать, какая из двух гипотез верна, нельзя.

## Многоспециалистский взгляд

**Терапевт:** картина типичная для амбулаторной практики у женщины репродуктивного возраста — лёгкие отклонения без клинической значимости, нужно повторение ОАК и базовая оценка обмена железа.

**Гематолог:** клонального заболевания крови картина не напоминает — нет панцитопении, нет бластов, нет диспропорций ростков. Тромбоцитоз 366 при нормальном Hb и спокойной формуле — реактивный по определению, специализированного гематологического обследования не требует.

**Гинеколог:** у женщины 38 лет с менструациями латентный железодефицит — типичная находка. Если менструации обильные или длительные, это самый вероятный источник истощения запасов железа.

## Дифференциальный диагноз (для пациента)

ВЕРСИЯ	АРГУМЕНТЫ ЗА	АРГУМЕНТЫ ПРОТИВ	ЧТО ПОДТВЕРДИТ ИЛИ ИСКЛЮЧИТ
Первая версия: реактивный тромбоцитоз после перенесённой инфекции / на фоне латентного железодефицита	Лёгкий тромбоцитоз + моноцитоз + МСН у нижней границы, спокойная формула, низкая СОЭ	Нет — картина полностью совместима	Повторный ОАК через 3–4 недели + ферритин, при дефиците — сывороточное железо, ОЖСС, насыщение трансферрина
Альтернативная версия: вос-	Моноцитоз типичен для	Если за последний месяц	Динамика через 3–4 недели:

становление после недавнего ОРВИ или другого воспаления	фазы разрешения, тромбоцитоз как «хвост» острого фазового ответа	явных болезней не было — менее вероятно	если всё нормализуется — подтверждение
Маловероятно, но исключить: хронический воспалительный процесс (стоматологический, ЛОР, кишечный)	Стойкий моноцитоз и тромбоцитоз могут быть «тихим» воспалением	СОЭ 3 мм/ч и нормальные лейкоциты не за хроническое воспаление	СРБ, осмотр стоматолога и ЛОР при подозрении
Редкая, но возможная: эссенциальная тромбоцитемия	Изолированный тромбоцитоз	Для ЭТ нехарактерны такие низкие цифры (обычно >600); средний возраст дебюта — старше; нет данных за стойкость	При стойком PLT >450 в трёх анализах подряд — гематолог + JAK2 V617F

## Динамика

Бланк один, динамику оценить не по чему. Чтобы её получить — пересдать ОАК через 3–4 недели и сравнить.

## Детальный план действий

СРОК	ДЕЙСТВИЕ	ЗАЧЕМ
В ближайшие 1–2 недели	Сдать ферритин, сывороточное железо, ОЖСС, насыщение трансферрина	Подтвердить или исключить латентный железодефицит — самую вероятную причину паттерна
Через 3–4 недели	Повторить ОАК (с тромбоцитами и лейкоформулой)	Оценить динамику: реактивный тромбоцитоз должен уйти
В течение 1–2 месяцев	Плановый приём терапевта с результатами	Системная оценка, обсуждение менструального анамнеза, питания
При плановом обследовании	СРБ, ферритин — добавить в стандартную панель	Маркеры воспаления и запасов железа закрывают большую часть «серых зон»

## Что можно изменить без лекарств

Если по ферритину подтвердится латентный дефицит — обсудить с врачом коррекцию питания (красное мясо, печень, бобовые, зелёные листовые овощи, продукты с витамином С для усвоения железа), а также обильность менструаций как возможный источник потерь. Без лабораторного подтверждения дефицита самостоятельно начинать препараты железа не нужно — это может исказить картину и при избытке навредить.

## Вопросы для врача

- Спросите терапевта: «Тромбоциты 366 и моноциты 0,76 при нормальном гемоглобине — может ли это быть латентный железодефицит, и стоит ли сдать ферритин?»
  - Спросите терапевта: «МСН 27,3 пг — нижняя граница нормы. Это уже признак истощения запасов железа или ещё вариант нормы для меня?»
  - Спросите гинеколога: «Считаете ли вы мои менструации обильными по объёму и длительности — это может быть источник дефицита железа?»
  - Спросите терапевта: «Если через 3–4 недели тромбоциты не вернуться к норме — какой следующий шаг обследования?»
- 

## Красные флаги

Срочно обратиться к врачу или вызвать скорую (103), если появятся:

- беспричинные синяки, носовые или дёсневые кровотечения, точечные кровоизлияния на коже;
  - внезапная сильная головная боль, нарушения зрения, асимметрия лица, слабость в руке/ноге (тромботические события);
  - лихорадка  $>38,5$  °С дольше 3 дней, ночная потливость, необъяснимая потеря веса;
  - появление выраженной слабости, одышки при привычной нагрузке, бледности.
- 

## Прогноз и динамика

**Сценарий 1 (наиболее вероятный):** через 3–4 недели контрольный ОАК показывает нормализацию тромбоцитов и моноцитов. Это подтверждает реактивную природу. Дальше — стандартная диспансеризация раз в год.

**Сценарий 2:** ферритин снижен ( $<30$  нг/мл) → диагноз «латентный железодефицит» → курс коррекции под контролем врача → через 2–3 месяца контроль ферритина и ОАК → тромбоциты и МСН нормализуются вместе с восполнением запасов железа.

**Сценарий 3 (маловероятный):** тромбоциты остаются  $>450 \times 10^9$ /л в трёх анализах подряд при нормальном ферритине и отсутствии воспаления → консультация гематолога, обсуждение исследования на JAK2 V617F.

Контрольные точки: ОАК через 3–4 недели, ферритин — однократно сейчас, повторный ОАК и ферритин — через 3 месяца, если будет коррекция.

## Для лечащего врача

Эта часть отчёта подготовлена в формате клинической сводки. Содержит факты и направления для размышления, не заменяет клиническое мышление и личный осмотр пациента.

### Краткий клинический контекст

Женщина 38 лет, амбулаторный ОАК без указания клинического запроса и анамнеза. Жалоб в направлении не отражено.

### Сводка значимых отклонений

ПОКАЗАТЕЛЬ	ЗНАЧЕНИЕ	НОРМА	Δ	КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ
Тромбоциты	366 ×10 <sup>9</sup> /л	180–320	+14% от ВГН	Лёгкий тромбоцитоз, дифференцировать реактивный vs кло-нальный
Моноциты абс.	0,76 ×10 <sup>9</sup> /л	0,09–0,60	+27% от ВГН	Постинфекционный паттерн / хроническое воспаление
МСН	27,3 пг	27–34	у НГН	Маркер латентного ЖД при нормальном Нб

### Рассчитанные индексы и шкалы

ИНДЕКС / ШКАЛА	ЗНАЧЕНИЕ	НОРМА	КЛИНИЧЕСКАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ
NLR	1,68	<3,0	Норма
PLR	121	<150	Норма
Ментцер (MCV/RBC)	18,9	>13	При появлении микроцитоза — за ЖДА

### Паттерны и взаимосвязи

Паттерн «лёгкий тромбоцитоз + моноцитоз + МСН у НГН при нормальном Нб, нормальной СОЭ и спокойной формуле без сдвига» совместим прежде всего с реактивным процессом. Два равновероятных направления дифференциальной диагностики: (1) постинфекционная фаза разрешения с остаточным реактивным тромбоцитозом и моноцитозом — поддерживается отсутствием острофазового ответа (СОЭ 3 мм/ч, нет нейтрофильного

сдвига); (2) латентный железodefицит — поддерживается МСН у НГН и известным феноменом ЖД-ассоциированного тромбоцитоза за счёт перекрёстной стимуляции мегакариоцитарного роста эритропоэтином при истощении запасов железа.

Низкая СОЭ при умеренном моноцитозе делает активное системное воспаление маловероятным. Картина не противоречит здоровому фенотипу с эпизодом перенесённого ОРВИ за 1–4 недели до забора. Клональный тромбоцитоз (ЭТ) на цифрах <450 в одном измерении статистически крайне маловероятен и не требует немедленного гематологического обследования.

Препаратов в комментарии не указано, лекарственная интерференция не оценивается.

### Дифференциальный ряд (профессиональная редакция)

СОСТОЯНИЕ	PRO (ПО ДАННЫМ)	CONTRA (ПО ДАННЫМ)	ЧТО ПОДТВЕРДИТ ИЛИ ИСКЛЮЧИТ
Реактивный тромбоцитоз постинфекционный	PLT +14% от ВГН, моноцитоз, спокойная формула, низкая СОЭ	Анамнестическая верификация недоступна	Динамика ОАК через 3–4 нед; нормализация PLT и Monocytes
Латентный железodefицит	МСН у НГН, тромбоцитоз как косвенный маркер	НЬ, MCV, MCHC формально в норме	Ферритин, сывороточное Fe, ОЖСС, % насыщения трансферрина
Хронический низкоинтенсивный воспалительный фокус	Стойкий моноцитоз	СОЭ 3 мм/ч, отсутствие острофазового сдвига	СРБ; ЛОР-/стоматологический осмотр при клинике
Эссенциальная тромбоцитемия	Изолированный тромбоцитоз	Цифры существенно ниже типичных, возраст не характерен, одно измерение	При PLT >450 в ≥3 измерениях — JAK2 V617F, при отрицательном CALR/MPL

### Рекомендованные дообследования

ИССЛЕДОВАНИЕ	ЗАЧЕМ	СРОЧНОСТЬ
Ферритин	Оценка запасов железа, ключевой дискриминатор реактивный vs ЖД-обусловленный тромбоцитоз	Планово, 1–2 нед
Сывороточное Fe, ОЖСС, % насыщения трансферрина	Уточнение при пограничном ферритине	По результату ферритина
СРБ	Исключение скрытого воспалительного процесса	Планово, при повторном ОАК
Повторный ОАК с тромбоцитами и формулой	Подтверждение реактивной природы тромбоцитоза	Через 3–4 нед
Гинекологический осмотр, оценка менструальной кровопотери	Поиск источника потерь Fe	Планово

### На что обратить внимание при осмотре

- Оценить цвет кожи и слизистых, состояние ногтей и волос (косвенные признаки ЖД).

- Пальпация селезёнки и периферических лимфоузлов (исключение миелопролиферативного процесса и лимфопрлиферации).
- Целенаправленный опрос по перенесённым инфекционным эпизодам за последние 1–2 месяца.
- Менструальный анамнез: длительность, объём, использование гигиенических средств.
- Стоматологический и ЛОР-статус как возможные хронические воспалительные очаги.

## Красные флаги

- При повторном ОАК  $PLT >450 \times 10^9/l$  при нормальном ферритине и отсутствии воспалительных триггеров — направление к гематологу, JAK2 V617F.
- Сохранение моноцитоза  $>0,9 \times 10^9/l$  в нескольких измерениях при отсутствии очевидной причины — расширенный гематологический поиск, мазок периферической крови с морфологической оценкой.
- Появление микроцитоза ( $MCV <80$ ) при снижении Hb на фоне текущей картины — подтверждение перехода латентного ЖД в манифестный.

---

*Эта расшифровка — справочная сводка на основании только лабораторных и инструментальных данных. Без анамнеза, физикального осмотра и истории болезни пациента. Окончательная интерпретация, диагноз и тактика ведения — за лечащим врачом. При расхождении с клинической картиной приоритет у врача, видящего пациента.*

---

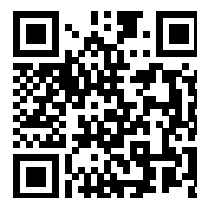
*Расшифровка носит информационный характер и не заменяет консультацию врача. HelpScanner.ru*

**ОТПРАВЬТЕ ДРУГУ**

### Скидка 30% на расшифровку

Покажите QR-код тому, кто в этом нуждается. Он получит **скидку 30%** на любой тариф.

QR-код действует бессрочно — поделитесь когда удобно.



---

Создано с **HelpScanner.ru** — экспертная расшифровка анализов за 1–5 минут

helpscanner.ru · support@helpscanner.ru

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