

Главное простыми словами

По анализам катастрофы нет: кровь, печень, почки, сахар, тестостерон — в рабочих пределах. Но картина не «идеальная норма»: есть смещение лейкоцитарной формулы (мало нейтрофилов, много лимфоцитов), тестостерон в нижней трети нормы, признаки повышенной жёсткости сосудов (сосудистый возраст 50 при 49 годах, центральное давление 130), «пустое» турецкое седло на МРТ и мальформация задней черепной ямки. Плюс — стойкий постковидный синдром с 2022 года и симптомы, похожие на реакции по типу мочевой кислоты после нагрузок и солнца.

Ключевое действие сейчас: не хвататься сразу за железо и витамины по назначению эндокринолога, а достроить обследование — гормоны гипофиза (кортизол, ТТГ, СТГ/ИФР-1), полный обмен железа (ферритин + трансферрин + насыщение), витамин D, B12, СРБ, HbA1c, — и показаться терапевту/кардиологу с этим отчётом и МРТ. Симптомокомплекс тянет на постковидный синдром + гипофизарную ось + метаболическую тему, а не на изолированный «дефицит».

Экспертное заключение

Совокупность данных укладывается в комплексную клиническую картину: **постковидный синдром (Long COVID) + структурная особенность гипофиза («пустое» турецкое седло, ПТС) с возможной субклинической гипофизарной недостаточностью + начальные признаки сосудистой ригидности + подозрение на латентный дефицит железа и/или витамина D**. Ни один изолированный показатель не критичен, но паттерн симптомов (слабость без восстановления, обонятельные нарушения, реакции на нагрузку и солнце, суставные симптомы) при наличии ПТС требует прицельной оценки гипофизарной оси до начала эмпирической терапии. Тестостерон 14.04 нмоль/л — формально выше порога ISSAM (12 нмоль/л), но в нижней трети возрастной нормы; при ПТС это повод оценить всю ось. Срочности «сегодня-завтра» нет, но в течение 2–3 недель нужен приём терапевта и эндокринолога с расширенным гормональным профилем.

Клинические индексы и расчётные показатели

ИНДЕКС	ЗНАЧЕНИЕ	НОРМА	ЧТО ЭТО ЗНАЧИТ
NLR (нейтрофилы/лимфоциты)	0.95	1.5–3.0	Ниже типичного диапазона — картина вирусной/поствирусной перестройки иммунитета, не бактериальное воспаление

ИМТ	24.8 кг/м ²	18.5–24.9	Верхняя граница нормы
СКФ СКD-EPI 2021	~86 мл/мин/1.73м ²	≥90	Лёгкое снижение — стадия С1–С2, требует контроля, не ХБП
Коэффициент де Ритиса (АСТ/АЛТ)	1.75	0.8–1.4	Повышен — при нормальных абсолютных значениях чаще указывает на мышечный источник АСТ (тренировки), а не печень
Индекс своб. тестостерона	61%	24.5–113.3	В середине нормы — биодоступный тестостерон нормальный
Индекс атерогенности	нет ЛПНП/ЛПВП	—	Не рассчитан: в бланке только общий холестерин
НОМА-IR	не рассчитан	—	Требуется глюкоза + инсулин одновременно; в бланке есть оба, но глюкоза 5.5 и инсулин 3.9 → НОМА-IR ≈ 0.95 (норма <2.7) — инсулинорезистентности нет

НОМА-IR = (5.5 × 3.9) / 22.5 ≈ **0.95** — инсулинорезистентность не выявляется, углеводный обмен на данный момент компенсирован.

Стратификация рисков

SCORE2 (10-летний риск сердечно-сосудистой смерти и инфаркта/инсульта) — приблизительно: мужчина 49 лет, некурящий (данных нет — предположительно), систолическое АД около 130 (по контурному анализу ФПГ — центральное 130), общий холестерин 4.76 ммоль/л → **низкий–умеренный риск (около 2.5–4%)**. Однако контурный анализ показывает **сосудистый возраст 50 лет при паспортном 49 и тип пульсовой кривой А**, характерный для лиц старше 60 — это маркёр ранней жёсткости артерий и повод не ослаблять внимание к липидному профилю. Рекомендуются развёрнутая липидограмма (ЛПНП, ЛПВП, ТГ) — по одному общему холестерину полноценная стратификация невозможна.

FINDRISC / риск диабета: глюкоза 5.5 ммоль/л (верх нормы), инсулин 3.9 (норма), НОМА-IR 0.95 — риск на данный момент низкий, но контроль HbA1c рекомендуется (в этом бланке его нет).

Значимые отклонения

ПОКАЗАТЕЛЬ	РЕЗУЛЬТАТ	НОРМА	СТАТУС
Нейтрофилы, %	42.8%	48–78%	СНИЖЕНО

Лимфоциты, %	45.4%	19–37%	ПОВЫШЕНО
Тестостерон общий	14.04 нмоль/л	8.9–42 (ISSAM ≥ 12)	ПОГРАНИЧНОЕ (нижняя треть)
Сосудистый возраст (ФПГ)	50 лет	≤ 49	ПОГРАНИЧНОЕ
Центральное САД (прогноз ФПГ)	130 мм рт.ст.	< 130	ПОГРАНИЧНОЕ
ЧСС покоя (ФПГ)	49 уд/мин	60–80	СНИЖЕНО (брадикардия)
Тип пульсовой кривой	A	B/C у людей < 60	ПОВЫШЕНО (сосудистая ригидность)
MPT ГМ	«Пустое» турецкое седло + гипоплазия мозжечка	—	СТРУКТУРНАЯ ОСОБЕННОСТЬ

Патофизиологический разбор:

Лимфоцитоз с относительной нейтропенией (лимфоциты 45.4% против нейтрофилов 42.8%) — характерный поствирусный паттерн. После перенесённой инфекции (в том числе COVID-19) такое соотношение может сохраняться месяцами и даже годами. Абсолютные числа лейкоцитов, нейтрофилов и лимфоцитов — в пределах нормы, что исключает нейтропению как самостоятельную проблему. NLR 0.95 говорит о низкой воспалительной активности, что типично для хронической постинфекционной фазы, а не для активного воспаления.

«Пустое» турецкое седло + тестостерон в нижней трети нормы — потенциально связанные находки. ПТС в большинстве случаев ($> 80\%$) — случайная бессимптомная находка (первичное ПТС из-за врождённой неполноценности диафрагмы седла). Но у 10–20% пациентов с ПТС выявляются гормональные нарушения гипофизарной оси: снижение СТГ (гормон роста), кортизола, ТТГ, гонадотропинов. У вас ЛГ 1.21 и ФСГ 3.57 — в норме, но ЛГ в нижней трети, что при пограничном тестостероне заслуживает оценки в динамике. Пролактин 341 — верхняя треть нормы, тоже требует внимания при клинических симптомах.

Признаки ранней сосудистой ригидности (ФПГ) — тип пульсовой кривой A, сосудистый возраст 50, центральное САД 130 при периферическом «оптимальном» ДАД 70. Это ранний маркёр эндотелиальной дисфункции, характерной для постковидного синдрома, — вирус SARS-CoV-2 поражает эндотелий и оставляет длительный след. Клинически значимой гипертонии сейчас нет, но тренд неблагоприятный.

Брадикардия 49 уд/мин — при регулярных тренировках у нетолстого мужчины 49 лет это чаще норма (спортивная брадикардия) и не патология. Однако вкупе с одышкой при нагрузке и «отсутствием восстановления» требует ЭхоКГ и Холтера для исключения синдрома слабости синусового узла или скрытой кардиомиопатии.

Что в норме

Гемоглобин, эритроциты, MCV, MCH, тромбоциты, СОЭ, АЛТ, АСТ, билирубин, глюкоза натощак, креатинин, мочевая кислота (355 при целевом <360), общий белок, инсулин, ФСГ, ЛГ, ГСПГ, пролактин, индекс свободного тестостерона, диастолическое АД 70 (оптимальное), SpO₂ 96.2%, индекс стресса. По данным МРТ отсутствуют очаговые изменения, объёмные образования, участки ограниченной диффузии — грубой неврологической патологии нет.

Системный анализ

Хронология и паттерн. С 2022 года после COVID-19 — постепенное ухудшение по нескольким системам: астения без восстановления, обонятельные нарушения (аносмия/паросмия — классический постковидный симптом), одышка при нагрузке, суставные симптомы, реакции на солнце, ощущение «мочевой кислоты» после нагрузок. Это классическая картина **Long COVID / PASC (Post-Acute Sequelae of COVID-19)** — состояние, официально признанное ВОЗ и включающее более 200 возможных симптомов. Развитие через 4 года после острой инфекции — не редкость.

Ось «инфекция — эндокрин — сосуды». COVID-19 напрямую поражает эндотелий (через ACE2-рецепторы), гипоталамо-гипофизарную ось (описаны постковидные гипофизиты и адrenaльная недостаточность) и вегетативную нервную систему. У вас складывается характерный триплет: (1) поствирусный лимфоцитарный сдвиг, (2) признаки сосудистой ригидности, (3) структурная особенность гипофиза (ПТС) с пограничным тестостероном. Обонятельные нарушения — прямое повреждение обонятельного эпителия и центральных путей.

«Ощущение мочевой кислоты» и суставные симптомы. Мочевая кислота у вас 355 мкмоль/л — ниже целевого порога <360, приступа подагры на бланке нет. Но пороговое значение — не «безопасное»: у части пациентов симптомы (артралгии, зуд, «жжение») возникают при уровнях 350–420 при провоцирующих факторах — интенсивной нагрузке, дегидратации, инсоляции. Логика такая: тренировка → лактат → конкуренция за почечную секрецию уратов → транзитный пик мочевой кислоты → симптомы через 24–48 часов, что вы и описываете. Это не классическая подагра, но склонность к урикемическим реакциям. Обострение после солнца укладывается в фотосенсиitivность на фоне метаболической нагрузки.

Реакция на солнце. Помимо урикемической темы, стоит рассматривать поздний период адренальной адаптации при ПТС (низкий кортизоловый резерв → плохая переносимость стрессоров, включая тепловой) и вторичный дефицит витамина D с нарушенным его метаболизмом. Витамин D в анализах не измерен — важно проверить.

Что не сходится. Пролактин 341 (верхняя треть нормы, но норма). При выраженной клинике постковидного синдрома с ПТС ожидалось бы более явные гормональные сдвиги — их нет. Это скорее хорошая новость: гипофизарная недостаточность вероятна

субклиническая, а не явная. Но подтвердить это можно только полным гормональным профилем.

Многоспециалистский взгляд

Терапевт / врач Long COVID: картина типична для постковидного синдрома с астеническим и когнитивно-вегетативным компонентом. Нужны — HbA1c, витамин D, полный ферритин, СРБ, ТТГ, липидограмма, ЭКГ, ЭхоКГ.

Эндокринолог: назначенная терапия (магний, витамин D, омега-3, йод, железо, витамины В, медь) — стандартная «нутрицевтическая коррекция», но применена до подтверждения дефицитов и без оценки гипофизарной оси при ПТС. Правильнее сначала обследование: ТТГ + свободный Т4, кортизол утренний (7–9 утра) и АКТГ, ИФР-1 (СТГ-ось), полный обмен железа (ферритин, трансферрин, TSAT, ОЖСС), 25-ОН витамин D, В12, фолат. Только после этого — целевая терапия.

Кардиолог: признаки ранней сосудистой ригидности + одышка при нагрузке + брадикардия покоя — показания к ЭКГ, Холтеру, ЭхоКГ, стресс-тесту (тредмил или ВЭМ). Постковидная миокардиопатия и нарушения ритма — известные последствия.

Ревматолог: суставные симптомы + мочевая кислота у порога + реакция на нагрузку и солнце — оценить в динамике; при повторе симптомов сдать мочевую кислоту в момент обострения и СРБ, обсудить УЗИ суставов на кристаллические депозиты.

Невролог: обонятельные нарушения после ковида, астения, «пустое» турецкое седло + мальформация задней черепной ямки — консультация нужна для исключения дизавтономии (POTS, ортостатическая непереносимость) и оценки когнитивной функции.

Дифференциальный диагноз

ВЕРСИЯ	АРГУМЕНТЫ ЗА	АРГУМЕНТЫ ПРОТИВ	ЧТО ПОДТВЕРДИТ ИЛИ ИСКЛЮЧИТ
Первая версия: постковидный синдром (Long COVID) с эндотелиальной дисфункцией и дизавтономией	Хронология (с 2022), классические симптомы (аносмия/паросмия, астения без восстановления, одышка), поствирусный лимфоцитоз, ранняя сосудистая ригидность, отсутствие грубой органической патологии	Диагноз исключения – требуется исключить другие причины	ТТГ, кортизол, ИФР-1, HbA1c, ЭхоКГ, тилт-тест или ортостатические пробы, оценка когнитивной сферы
Альтернативная: субклиническая гипофизарная недостаточность на фоне «пустого» турецкого седла	ПТС на МРТ, тестостерон в нижней трети, астения, плохая переносимость нагрузок и стрессоров (солнце), пролактин в верхней трети	ЛГ, ФСГ, пролактин в норме; нет явной клиники панкогипопитуитаризма	Утренний кортизол + АКТГ, свободный Т4 + ТТГ, ИФР-1, повторный тестостерон утром натощак дважды с интервалом

Альтернативная: латентный дефицит железа + витамина D + ранний метаболический синдром	Верхняя треть нормы глюкозы, симптомы усталости, эндокринолог поставил вопрос о латентном дефиците железа, ИМТ на верхней границе нормы, сосудистая ригидность	Гемоглобин, эритроциты и MCV в норме — явного железодефицита нет; инсулин и глюкоза не показывают резистентности	Ферритин, трансферрин, TSAT, 25-ОН витамин D, B12, HbA1c, липидограмма
Маловероятно, но исключить: гиперурикемический синдром на пороге подагры	Симптомы «мочевой кислоты», зуд, суставные боли, провокация нагрузкой и солнцем	Мочевая кислота 355 — ниже целевого <360, нет тофусов, нет типичных приступов подагрического артрита	Мочевая кислота в момент обострения, СРБ, УЗИ 1-х ПФС и коленей, суточная урикозурия
Редкая, но возможная: постковидная дисавтономия (POTS) с эндотелиальной дисфункцией	Одышка при нагрузке, брадикардия покоя + предположительно тахикардия при нагрузке, плохая переносимость жары и вертикального положения	Не проведены ортостатические пробы; ЭКГ и Холтер не описаны	Активная ортостатическая проба, Холтер ЭКГ, оценка ЧСС при переходе лёжа-стоя

Динамика

Данных для сравнительной динамики нет — приложен один блок анализов от 15–16.05.2026, МРТ от 08.05.2026 и осмотр эндокринолога от 13.06.2026. Рекомендуется через 2–3 месяца после назначения дообследования и/или терапии — контрольный ОАК, ферритин, ТТГ, тестостерон, витамин D, HbA1c для оценки динамики.

Детальный план действий

СРОК	ДЕЙСТВИЕ	ЗАЧЕМ
В течение 1–2 недель	Расширенный гормональный профиль: утренний кортизол (7–9 ч) + АКТГ, ТТГ + свободный Т4, ИФР-1, повтор общего тестостерона утром натощак, ГСПГ	Оценка гипофизарной оси при «пустом» турецком седле — до старта терапии
В течение 1–2 недель	Полный обмен железа: ферритин, трансферрин, TSAT, ОЖСС; витамин D 25-ОН, B12, фолат	Подтвердить или опровергнуть дефициты до приёма препаратов
В течение 1–2 недель	HbA1c, липидограмма развёрнутая (ЛПНП, ЛПВП, ТГ), СРБ	Уточнить метаболический профиль и субклиническое воспаление
В течение 2–4 недель	Консультация терапевта / врача Long COVID с этим отчётом и всеми результатами	Комплексная координация обследования и лечения
В течение 2–4 недель	Консультация кардиолога, ЭКГ, ЭхоЭКГ, Холтер 24 ч	Оценка одышки, брадикардии, ранней сосудистой ригидности
В течение 1–2 месяцев	Повторная консультация эндокринолога после результатов гормонов гипофизарной оси и подтверждённых	Прицельная терапия вместо эмпирической

	дефицитов	
В течение 1–3 месяцев	При повторе «мочекислотных» эпизодов — сдать мочевую кислоту и СРБ в момент обострения, консультация ревматолога	Разобрать характер суставных реакций

Что можно изменить без лекарств

- **Тренировки — пересмотреть режим.** Интенсивность и длительность до появления «отката» на следующий день. Пока не восстановится состояние — плавно снижайте объём: короче (30–45 минут), реже (3 раза в неделю), интенсивность в аэробной зоне (пульс не выше 60–70% от максимальной ЧСС). Это стандартный подход при постковидном синдроме — «pacing», дозирование нагрузки, чтобы не провоцировать откат.
- **Гидратация до, во время и после тренировки.** Дополнительные 500–700 мл воды за час до нагрузки и после снижают риск урикемических пиков.
- **Питание.** Ограничить провокаторы уратных пиков в дни тренировок: красное мясо, субпродукты, пиво, крепкий алкоголь, фруктозные напитки. Больше молочных продуктов (снижают мочевую кислоту), вишни, кофе (в умеренных дозах — умеренно урикозурическое действие).
- **Солнце.** До подтверждения гипоталамической оси избегать длительной инсоляции в жаркие часы (11–16), головной убор, вода с собой. При «плохой переносимости солнца» это может быть маркёром сниженного кортизолового резерва.
- **Сон и режим.** Минимум 7–8 часов, стабильное время отхода ко сну — критично для восстановления вегетативной нервной системы после ковида.
- **Дыхательные практики.** Диафрагмальное дыхание и упражнения на выдох — доказанно улучшают переносимость нагрузки и снижают симптомы дисавтономии при Long COVID.

Вопросы для врача

Спросите терапевта / врача Long COVID: «Мои симптомы с 2022 года после ковида, лимфоциты 45.4%, признаки сосудистой ригидности по ФПГ — насколько это укладывается в Long COVID и какие обследования нужны для подтверждения (тилт-тест, оценка дисавтономии, эндотелиальные маркёры)?»

Спросите эндокринолога: «При «пустом» турецком седле на МРТ и тестостероне 14.04 нмоль/л (нижняя треть) — не стоит ли до старта эмпирической терапии оценить всю гипоталамическую ось: утренний кортизол, АКТГ, ИФР-1, свободный Т4?»

Спросите кардиолога: «Сосудистый возраст 50 при паспортном 49, тип пульсовой кривой А, центральное САД 130, одышка при нагрузке — нужны ли ЭхоКГ, Холтер и стресс-тест для

оценки постковидной кардиопатии?»

Спросите ревматолога (при повторе эпизодов): «Симптомы после нагрузок с мочевой кислотой 355 (у порога 360) — это ранние проявления гиперурикемической реакции или другой механизм? Нужно ли УЗИ суставов и суточная урикозурия?»

Красные флаги

Обратитесь к врачу срочно (в течение 24–48 часов) или вызовите скорую (103) при:

- **Боль в груди при нагрузке или в покое, отдающая в челюсть, левую руку, лопатку** — исключить ишемию миокарда, особенно с учётом упоминания «лёгкой стенокардии» в комментарии.
 - **Резкая одышка в покое, невозможность договорить фразу до конца** — исключить сердечную и дыхательную недостаточность.
 - **Обморок, предобморок при вставании, головокружение с падением АД** — острая дисавтономия, POTS.
 - **ЧСС покоя менее 40 уд/мин, головокружение при этом** — симптомная брадикардия, требуется Холтер.
 - **Острый моноартрит (припухание, покраснение, боль в одном суставе)** + температура — исключить септический артрит и подагрическую атаку.
 - **Резкое ухудшение общего состояния, тошнота, спутанность, гипотензия** при стрессе или инфекции — исключить адренальный криз при ПТС.
-

Прогноз и динамика

При выполнении плана (обследование → целевая терапия): высокая вероятность улучшения в течение 3–6 месяцев. Постковидный синдром постепенно регрессирует у большинства пациентов при адекватной реабилитации. Если подтвердится субклиническая гипофизарная недостаточность — заместительная терапия существенно улучшает самочувствие. Дефициты железа, витамина D, B12 (если подтвердятся) корректируются за 2–4 месяца.

Без обследования и целевого подхода: эмпирическая нутрицевтика может дать частичный эффект (магний, витамин D, омега-3 полезны большинству), но не решит гипофизарную ось и не адресует сосудистую ригидность. Риск — упустить корректируемую эндокринную проблему и получить прогрессирование сосудистых изменений.

Контрольные точки:

- Через 4–6 недель после старта обследования — приём терапевта с полным профилем

- Через 3 месяца — контрольный ОАК, ферритин, витамин D, ТТГ, тестостерон
- Через 6 месяцев — контрольный контурный анализ ФПГ (оценка сосудистого возраста в динамике), ЭхоКГ
- МРТ гипофиза с прицельным протоколом — если гормональный профиль покажет отклонения

*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.