Не все показатели показательны…

Автор: **Лидия Олеговна Бузян**, врач терапевт-гемостазиолог сети центров репродукции и генетики «Нова Клиник»

Иногда гинекологи направляют пациенток к гемостазиологу, обеспокоившись отклонениями в анализе на свертывание крови – коагулограмме. Этот анализ входит в число обязательных при беременности и любой госпитализации так же, как общий анализ крови или мочи. Но вот беда: к сожалению, те показатели свертывания, которые рутинно определяют в поликлиниках, малоинформативны; т.е. по ним сложно сделать вывод о том, что реально происходит в крови, как она свертывается и есть ли повод для беспокойства.

Что это значит?

Рассмотрим две ситуации, демонстрирующие наглядно, что опираться на коагулограмму бессмысленно.

1 Катастрофа в организме. Тяжелейшая пневмония (например), лихорадка, начинается септический шок – воспаление не поддается лечению. Свертывающая система переживает настоящую бурю, микротромбозы в жизненно важных органах, реанимация, вопрос жизни и смерти… В коагулограмме – норма. Может даже не быть повышен фибриноген, потому что уже отказывает печень, которая его производит. Такие случаи описаны в руководствах по лабораторной диагностике, и они – не редкость. Конечно, более современные методы покажут истинную картину: это тромбоэластография, метод тромбодинамики, тест генерации тромбина. Но обычная коагулограмма может быть без отклонений.

2 Все наоборот: молодая здоровая пациентка; нормально протекающая беременность; уже есть здоровый ребенок; не было выкидышей, тромбозов ни у нее самой, ни у родственников. Но в коагулограмме высокий фибриноген (скажем, 6 г/л в I триместре); а может еще и протромбиновый индекс повышен. И даже, пусть уж совсем все плохо, D-димер – 600, а должен быть не более 250. Надо срочно к гемостазиологу. А что скажет гемостазиолог? «В лечении не нуждается». Потому что нет ни осложнений беременности, ни факторов риска, а только отклонения в анализах. Анализы мы не лечим, мы лечим все-таки пациента. Кстати, если расспрашивать детально, может выясниться, что сдавала она анализы, будучи простуженной, – потенциальная причина повышения фибриногена.

Разумеется, это крайности. Но второй вариант регулярно встречается в работе.

Как же тогда работает гемостазиолог?

Вы, возможно, удивитесь, но гемостазиолог – это не врач, который расшифровывает гемостазиограмму. И сам этот анализ я прошу показать мне в последнюю очередь. Даже если его нет, это не значит, что прием будет неполноценным.

Вернемся ко второй ситуации со здоровой беременной. Может быть, гинеколог и прав, отправляя ее на консультацию. Потому что большую часть времени на приеме я трачу на выяснение многочисленных вопросов и нюансов – истории жизни и здоровья, в том числе семейной. И тут нередко всплывают факты и обстоятельства, которые на приеме у гинеколога не прозвучали (потому что у него другой профиль), а для меня важны. Тогда отклонения в анализах становятся объяснимы, а лечение будет назначено не только и не столько из-за них, а в большей степени потому, что выявлены реальные факторы риска.

Повторюсь: даже если гемостазиограмма не предоставлена, все равно в подавляющем большинстве случаев можно сделать вывод о том, нуждается ли данная пациентка в лечении или нет. И даже при абсолютно нормальных анализах назначаются антикоагулянты, в том числе на длительный, непрерывный прием во время беременности, потому что риск осложнений без коррекции однозначно высок.

Можно гемостазиограмму вообще не сдавать?

Нет, если коротенькая коагулограмма из поликлиники, содержащая только значения фибриногена, протромбинового индекса, международное нормализованное отношение и активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), мало чем может помочь, то развернутая гемостазиограмма, конечно, помогает врачу принимать решения. В частности, важен уровень антитромбина. Если он снижен, скажем, до 70–75%, это серьезный повод задуматься о назначении разжижающего лечения, а если его уровень ниже 70%, то и думать нечего, это уже клинически значимая тромбофилия.

Также в развернутую гемостазиограмму может быть включен показатель «плазминоген» либо вместо него скорость фибринолиза: хагеманзависимый и (или) эуглобиновый лизис. Низкая активность плазминогена или увеличение времени лизиса может быть фактором риска ранних выкидышей, замершей беременности, неудач экстракорпорального оплодотворения. Поэтому если у врача есть эта информация, то проще сориентироваться и принять решение.

Уровень растворимых фибриномономерных комплексов и фибриногена отражает активность процессов свертывания в настоящий момент. Они могут быть существенно повышены при беременности даже у здоровых женщин, и при отсутствии факторов риска это обычно не требует лечения. А вот если имеется ожирение или выраженный варикоз вен, то слишком высокие показатели уже настораживают.

Агрегация тромбоцитов не входит в состав гемостазиограммы, ее сдают отдельно. Не всегда она нужна, но может быть важна, например, для оценки эффективности приема ацетилсалициловой кислоты. Ацетилсалициловая кислота снижает агрегацию (слипаемость) тромбоцитов, и, если она снизилась недостаточно, это может быть основанием для коррекции дозы препарата.

Надо сказать, что АЧТВ иногда тоже может быть полезным. Его увеличение может натолкнуть на мысль о присутствии антифосфолипидного синдрома, но опять же эта взаимосвязь косвенная, и удлинение АЧТВ в рутинной практике скорее может навести на мысли о склонности к кровотечениям, чем о тромбофилии.

Дополнительные обследования

Практически всем, кто попадает ко мне на прием, я рекомендую проверить уровень гомоцистеина. Это белок, участвующий в обмене фолиевой кислоты: когда фолатов в организме недостаточно, гомоцистеин растет. А в высоких концентрациях он оказывает токсическое действие на клетки образующейся плаценты и значительно усиливает процессы свертывания крови, что в совокупности приводит к невынашиванию беременности либо более поздним нарушениям работы плаценты. Определить его можно в любой лаборатории, снизить при необходимости – достаточно легко, а вот если банально не знать о том, что он повышен, можно заполучить массу проблем. Безопасным для беременности уровнем считается 8 мкмоль/л и ниже. И, кстати, прием фолиевой кислоты не дает гарантии того, что гомоцистеин в норме, потому что дефицит фолатов субъективен и зависит от особенностей обмена веществ. Назначаемые при беременности профилактические дозы неэффективны для его снижения.

D-димер во время беременности тоже смотрят далеко не у всех. По нему удобно отслеживать динамику: например, он часто значительно повышается после стимуляции овуляции, и мы следим, как он нормализуется на фоне приема антикоагулянтов. После тромбоза тоже снижение D-димера является критерием эффективности. В остальных случаях он имеет вспомогательное значение.

Остальные анализы – определение генетических мутаций, антифосфолипидные антитела, протеины C и S – назначаются далеко не всем, а только по показаниям.

Выводы

- Наиболее интересные показатели гемостазиограммы, которые действительно могут дать врачу ценную информацию, – это антитромбин, фибриноген, растворимые фибриномономерные комплексы, АЧТВ, состояние фибринолиза (скорость лизиса либо активность плазминогена), иногда – агрегация тромбоцитов.
- Высокий гомоцистеин может принести массу хлопот, поэтому, если задаетесь вопросом, какие анализы сдать, планируя беременность, рекомендую включить его в список.
- Врач лечит не анализы, а пациента! Поэтому не стоит удивляться, когда лечение назначается при нормальных анализах или не назначается при плохих.