

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ  
Министерство здравоохранения Забайкальского края  
государственное автономное учреждение здравоохранения  
«ЗАБАЙКАЛЬСКАЯ КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»  
672038, г.Чита, ул. Коханского, д. 7  
тел. (302-2) 72 02 71, 28 20 95  
E-mail: [priem@kkb.chita.ru](mailto:priem@kkb.chita.ru)

от 17.12.2025 г. №914-о

УТВЕРЖДАЮ

И.о. главного врача

 М.Л.Алферьев

## Информационное письмо

### Лейкемоидные реакции

Врач КДЛ Малкова И.Ф.

**Лейкемоидные реакции** представляют собой реактивные изменения в составе и структуре клеток крови, напоминающие лейкозы и другие опухоли кроветворной системы, но не трансформирующиеся в ту опухоль, на которую они похожи, то есть являются обратимыми процессами.

В гистопатогенезе лейкемоидных реакций и лейкозов имеются черты сходства, но глубокой этиопатогенетической общности у этих двух процессов нет.

Лейкемоидные реакции не являются самостоятельным заболеванием, в отличие от лейкоза, а носят вторичный симптоматический характер. Как правило, лейкемоидные реакции возникают вследствие воздействия на организм бактериальных, вирусных инфекций, чрезвычайных стрессорных раздражителей, а также разнообразных патогенных факторов бактериальной и небактериальной природы, вызывающих сенсибилизацию организма. С устранением действия основного причинного фактора возникает и быстрая нормализация состава периферической крови.

Для лейкемоидной реакции не характерны признаки опухолевой прогрессии, свойственные лейкозам, в связи с чем при них не возникают анемии и тромбоцитопении метапластического характера. Являясь гематологическим проявлением многих соматических заболеваний, лейкемоидные реакции встречаются гораздо чаще, чем соответствующие варианты лейкозов.

Различают лейкемоидные реакции следующих типов:

### **1. Миелоидные реакции:**

- нейтрофильные, при которых абсолютное количество нейтрофильных гранулоцитов в крови превышает  $8 \cdot 10^9/\text{л}$ . При этом может наблюдаться сдвиг лейкоцитарной формулы влево вплоть до промиелоцитов. Наблюдаются в основном при бактериальных инфекциях, септических процессах.

- эозинофильные, при которых абсолютное количество эозинофилов больше  $0,4 \cdot 10^9/\text{л}$  у взрослых и больше  $0,7 \cdot 10^9/\text{л}$  у детей. Наблюдаются при паразитарных инвазиях, тяжелых аллергических реакциях, эозинофильных пневмониях.

### **2. Лимфоцитарные.**

Увеличение абсолютного количества лимфоцитов выше  $4 \cdot 10^9/\text{л}$ . Основная причина – вирусные инфекции, редко – бактериальные и протозойные инфекции.

### **3. Моноцитарно-макрофагальные.**

Увеличение абсолютного количества моноцитов выше  $0,8 \cdot 10^9/\text{л}$ . Данная разновидность наиболее типична для инфекционного эндокардита,

вялотекущего сепсиса и воспалительных процессов, сопровождающихся образованием гранулем (саркоидоз, язвенный колит, болезнь Крона).

#### 4. Псевдобластные лейкемоидные реакции.

Встречаются крайне редко. Характеризуются присутствием в крови бластных клеток. Возможны при выходе из агранулоцитоза и у новорожденных с генетическими дефектами. Обычно кратковременны и проходят самостоятельно.

Каждый тип лейкемоидной реакции может сопровождаться лейкоцитозом (более  $10-15 \cdot 10^9/\text{л}$ ) и повышением содержания соответствующих форменных элементов крови. Специального лечения лейкемоидных реакций не требуется. Во всех случаях проводится лечение основного заболевания, вызвавшего данные изменения в крови.

Встречаются лейкемоидные реакции 2-х или 3-х ростков кроветворения, которые могут вызвать наибольшие диагностические затруднения.

Реакции 2-х и 3-х ростков кроветворения, проявляются:

- 1 а) нейтрофильным лейкоцитозом с появлением в периферической крови созревающих клеток - метамиелоцитов, миелоцитов, промиелоцитов.
  - б) лейкопенией;
- 2 а) гипертромбоцитозом
  - б) тромбоцитопенией;
- 3) нормобластозом в периферической крови.

Подобные реакции встречаются при:

- септических состояниях,
- злокачественных опухолях,
- остром иммунном гемолизе,
- острой кровопотере и выраженным анемическом синдроме