

Результаты исследования. При исследовании периферической крови у больных ХМЛ: лейкоцитоз (до 200 тыс. или лейкопения в терминальной стадии). Появление молодых форм (миелобласты, промиелоциты, миелоциты, метамиелоциты). Имеется базофильно-эозинофильная ассоциация. Для терминальной стадии характерно развитие бластных кризов (в крови бласты до 90%). На ранних стадиях обнаруживается тромбоцитоз, далее- тромбоцитопения. Развивается нормомакроцитарная анемия вследствие вытеснения лейкозным клоном красного ростка.

При исследовании пунктата костного мозга при ХМЛ: миелоидная пролиферация костного мозга. В мазке преобладают гранулоциты. Увеличивается соотношение лейкоцитов к эритроцитам 10:1. Функциональные свойства лейкоцитов изменены: снижена активность щелочной фосфатазы нейтрофилов. Может наблюдаться увеличение мегакариоцитов [2].

Клинический анализ периферической крови при остром лейкозе. У большинства больных острым лейкозом (ОЛ) количество лейкоцитов периферической крови варьирует в очень широких пределах (от $1 \cdot 10^9/\text{л}$ до $200 \cdot 10^9/\text{л}$), но чаще остается на сублейкемическом уровне и не превышает $20\text{-}30 \cdot 10^9/\text{л}$. При подсчете лейкоцитарной формулы у 90% больных острым лейкозом выявляются бластные клетки, число которых может колебаться от 1-2 до 100%. В типичных случаях между бластами и зрелыми гранулоцитами отсутствуют промежуточные формы клеток нейтрофильного ряда («лейкемический провал», или *hiatus leukaemicus*). У 20% пациентов количество бластных клеток превышает $50 \cdot 10^9/\text{л}$, а у 10% бласты в периферической крови отсутствуют (при этом обычно отмечаются панцитопения и относительный лимфоцитоз. Тромбоцитопения выявляется у подавляющего числа больных острым лейкозом и более выражена при остром миелобластном лейкозе (ОМЛ) (у половины больных число тромбоцитов менее $50 \cdot 10^9/\text{л}$). У части больных может отмечаться увеличение протромбинового и парциального тромбопластинового времени; при остром промиелоцитарном лейкозе часто наблюдается снижение уровня фибриногена и другие признаки синдрома ДВС. Следует отметить, что развитие синдрома ДВС возможно при любом варианте острого лейкоза [5].

Миелограмма при остром лейкозе. Исследование аспирата костного мозга необходимо для диагностики и установления варианта острого лейкоза. Количество миелокариоцитов обычно повышено, мегакариоциты отсутствуют или их количество снижено. При подсчете миелограммы выявляется не менее 20% бластов, сужение нормальных ростков гемопоэза. Для верификации варианта острого лейкоза необходимо проведение цитохимических, иммунологических и цитогенетических исследований, результаты которых имеют прогностическое значение и позволяют планировать лечебную тактику. [4].

Вывод: Для дифференцирования острого лейкоза от хронического достаточно проведение клинических анализов, но для более точного

