

моноцитарно- макрофагального типа.

Лейкемоидные реакции миелоидного типа (миелоидные лейкемоидные реакции) встречаются в трех основных вариантах: промиелоцитарные, нейтрофильные и эозинофильные.

Промиелоцитарные лейкемоидные реакции наблюдаются при выходе из иммунного агранулоцитоза. В пунктате костного мозга и периферической крови обнаруживается огромное число промиелоцитов с обильной зернистостью. Подобная картина напоминает острый промиелоцитарный лейкоз, однако отсутствуют такие характерные для лейкоза признаки, как резкое угнетение тромбоцитарного ростка, выраженный геморрагический синдром и атипизм промиелоцитов.

Нейтрофильные лейкемоидные реакции встречаются при септических состояниях, токсемиях. Картина крови характеризуется значительным нейтрофильным лейкоцитозом с выраженным палочкоядерным сдвигом (до 30-40%), но без миелоцитов и, как правило, даже без метамиелоцитов. В костном мозге – резкое увеличение числа промиелоцитов и миелоцитов, соотношение лейко/эритро может достигать 20/1.

Эозинофильные лейкемоидные реакции. Описана группа нозологических форм и синдромов, которые с большим или меньшим постоянством сопровождаются высокой эозинофилией периферической крови, а также, тканевой (органной) эозинофилией, причем эозинофилия крови и тканевая эозинофилия могут сочетаться или чередоваться. Состояния, при которых абсолютное число эозинофилов составляет более $1,5 \times 10^9/\text{л}$ (или 1500 клеток в 1 мкл), а относительное превышает 15-20%, И.А. Кассирский назвал “*большими эозинофилиями крови*”. Описаны большие эозинофилии с количеством лейкоцитов $(40-70) \times 10^9/\text{л}$ при 30-80 и даже 90% эозинофилов.

Причинами развития эозинофильных лейкемоидных реакций могут быть самые разные болезни и синдромы: *паразитарные заболевания* (анкилостомоз, стронгилоидоз, филяриоз, шистосоматоз, трихинеллез, токсокароз, описторхоз, трихинеллез, эхинококкоз и др.), *негематологические неоплазии* (рак носоглотки, бронхов, желудка, толстого кишечника, щитовидной железы, остеосаркома, ацинарный рак поджелудочной железы), иммунодефицитные состояния (синдромы Иова, Вискотта-Олдрича, Незелова, изолированный дефицит Ig A и др.), анафилаксия в “предприступный” период (бронхиальная астма, поллинозы, анафилактические формы диареи, атопический дерматит, крапивница, лекарственная анафилаксия).

Как и все лейкемоидные реакции, большие эозинофилии носят реактивный характер. Механизм их развития связан с воздействием особого