ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ КРОВЬ КАК ЛАБОРАТОРНЫЙ ИНДИКАТОР НЕЭФФЕКТИВНОГО ГЕМОПОЭЗА ПРИ МИЕЛОДИСПЛАСТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Мадрахимова Н.Ш.

Ургенчский Государственный медицинский институт

Актуальность. Миелодиспластические неоплазии (МДС) представляют собой клональные заболевания миелоидного кроветворения, характеризующиеся неэффективным гемопоэзом, цитопениями периферической крови и морфологической дисплазией клеток кроветворения (Oster H.S., Mittelman M., 2024.). Особое значение имеет комплексная оценка нескольких линий кроветворения. Изолированная анемия может наблюдаться при широком спектре заболеваний, тогда как сочетание анемии, тромбоцитопении и нейтрофильных нарушений значительно повышает вероятность патологического поражения костномозгового кроветворения (Yuen L.D., Hasserjian RP., 2023). Современные диагностические подходы требуют интеграции показателей общего анализа крови, морфологии периферической крови и костного мозга, иммуннофенотипирования и генетических исследований (Platzbecker U, et al., 2023; Nachtkamp K, Strupp C, Vukelja M, et al., 2024).

Материал и методы. Ретроспективно исследованы лабораторные показатели 50 пациентов с МДС, находившихся под наблюдением в Хорезмском областном многопрофильном медицинском центре в 2020–2026 гг. Средний возраст пациентов составил 52,2±2,3 года. Женщины составили 27 (54,0%), мужчины - 23 (46,0%). Проводилась оценка показателей общего анализа крови с определением содержания гемоглобина, эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов, показателей лейкоцитарной формулы и СОЭ. Статистический анализ выполняли с использованием критерия Стьюдента (t)

для сравнения количественных величин. Статистически значимыми считали различия при P<0,05.

Результаты. В исследуемой группе наиболее существенными лабораторными проявлениями МДС являлись анемический, тромбоцитопенический и гранулоцитарный компоненты. Согласно исходному состоянию лабораторных данных, при МДС концентрация гемоглобина составляла 69,6±1,3 г/л против 134,2±2,4 г/л у здоровых лиц (P<0,001), а содержание эритроцитов - 2,5±0,06x10^{12}/л против 4,4±0,5x10^{12}/л (P<0,05).Особенно выраженным являлось снижение количества тромбоцитов до 73,4±4,8x10^{9}/л против 287,2±2,1x10^{9}/л в контрольной группе (P<0,001). Изменения лейкоцитарного звена характеризовались преимущественно нарушением гранулоцитарного компонента. Содержание сегментоядерных нейтрофилов снижалось до 41,1±1,2% против 64,1±1,6% в контроле (P<0,001). Одновременно отмечалась тенденция к увеличению относительной доли лимфоцитов и моноцитов. Дополнительным неспецифическим признаком являлось ускорение СОЭ: 25,9±1,1 мм/ч против 7,2±1,4 мм/ч у здоровых лиц (P<0,001). При этом повышение СОЭ следует рассматривать исключительно как дополнительный показатель, поскольку оно не обладает специфичностью для МДС.

Таким образом, лабораторный профиль заболевания формируется не отдельным отклонением, а сочетанием нескольких признаков неэффективного гемопоэза. Наиболее диагностически значимым является сочетание анемии и тромбоцитопении с нарушениями гранулоцитарного звена.

Заключение. Периферическая кровь является важнейшим этапом лабораторной диагностики МДС и позволяет сформировать обоснованное подозрение на патологию костномозгового кроветворения. Наиболее характерным является сочетание анемии, тромбоцитопении и нарушений гранулоцитарного звена. Выявление стойких необъяснимых цитопений,

особенно двух- или трёхростковых, должно рассматриваться как показание к углублённому исследованию костного мозга.