**ХРОНИЧЕСКИЙ МИЕЛОЛЕЙКОЗ**

Поражаются частично детерминированные клетки гемопоэза, количество их в костном мозге увеличивается. Для этого необходимо 5 - 8 - 10 лет. Ряд клеток может "дремать", выходить из миотического цикла. Необходимо огромное количество лейкемических клеток - около 10 \*\* 12, если же количество лейкозных клеток не превышает 10 \*\* 9, то выявить это невозможно.

**Клиника**

Процесс проходит 3 стадии:

1. Начальная стадия.

2. Стадия развернутых клинико - гематологических проявлений.

3. Терминальная стадия.

В момент диагностики процесс зашел уже далеко.

Начальная стадия - в начале практически ничем не проявляется и диагностируется чаще всего случайно, в момент профосмотров: гиперостезия над плоскими костями; увеличение количества лейкоцитов; сдвиг лейкограмм влево, разной степени выраженности; базофильно - эозинофильная ассоциация; анемии нет; часто тромбоцитоз; гиперплазия гранулоцитарного ростка кроветворения.

В дальнейшем заболевание прогрессирует, появляются лейкемические инфильтраты, прежде всего в печени и селезенке - идет "метастазирование".

Затем наступает 2 стадия - стадия развернутых клинико - гематологических проявлений. Увеличивается селезенка, появляются общие симптомы: слабость, недомогание, снижение работоспособности. Появляются боли в костях, т.к появление огромного количества лейкозных клеток сопровождается повышением внутрикостного давления, раздражением барорецепторов. Часто возникают сильные боли инфарктоподобного характера в левом побреберье, обусловленные инфарктом селезенки. Появляется анемия, симптомы геморрагического диатеза. Повышается чувствительность к инфекции. Увеличение размеров селезенки определяется только перкуторно, а затем и пальпаторно - спленомегалия. Возникает также гепатомегалия вследствие лейкемической инфильтрации печени. Реже подобные процессы наблюдаются в легких и в других органах.

**ТИПИЧНЫЕ ПРИЗНАКИ В АНАЛИЗЕ КРОВИ**

Лейкоцитоз до 60-100 тыс. в 1 мкл; в мазках представлены все гранулоцитарные элементы; большой процент базофилов - прогноз при этом неблагоприятный, т.к. нередко базофилия - предвестник бластного криза: в костном мозге в основном элементы гранулоцитарного ростка, бластных клеток не более 1,5 - 2%; снижается процент элементов эритроидного ростка, а также процент мегакариоцитов.

Затем процесс переходит в терминальную стадию. Чаще всего финалом заболевания является БЛАСТНЫЙ КРИЗ. Происходит озлокачествление процесса. По мере лечения накапливаются клетки, на которые цитостатики не действуют. Еще в предкризе отмечаются более выраженные изменения клеточной популяции, например: в метафазе появляется вторая филадельфийская хромосома. У этих больных отмечается значительная спленомегалия (при острых лейкозах - реже).

Существует 2 априанта бластного криза:

1) лимфоидный - при остром лимфолейкозе;

2) миелоидный - бластные клетки близки к клеткам при остром миелоидном лейкозе.

ПРОГНОЗ зависит от вида криза.

1. При лимфоидном варианте часто наблюдаются ремиссии, длительностью жизни - год (?).

2. При миелоидном варианте ремиссии наблюдаются реже, длительность жизни составляет несколько месяцев.