

В-клеточный хронический лимфоцитарный лейкоз и лимфома из мелких **лимфоцитов** — сходные новообразования. Различие в том, что при хроническом лимфолейкозе опухолевые клетки обнаруживают в периферической крови, а при лимфоме — нет.

Лимфоцитарный хронический лейкоз возникает чаще в возрасте 50–60 лет, редко у лиц моложе 40 лет. Около 50% всех лейкозов у человека после 60 лет принадлежит именно к этому варианту.

В крови — огромное количество клеток [лимфоцитарного ряда](#) — до $100 \cdot 10^9/\text{л}$ и более, абсолютный лимфоцитоз (более 5000 в 1 мкл), лимфоцитоз в костном мозге более 30%.

Почти все элементы белой крови представлены зрелыми мономорфными малыми лимфоцитами с тёмными округлыми ядрами, небольшой цитоплазмой. Так как опухолевые лимфоциты менее стойкие и при механическом воздействии легко разрушаются, можно видеть характерные пятна с неровным контуром на месте разрушенных клеток (

тен

и Боткина–Клейна–Гумпрехта

).

В лимфатических узлах — фокусы из митотически активных более крупных пролимфоцитов (пролиферативные центры), практически всегда вовлечены печень и селезёнка. Несмотря на начало болезни в костном мозге, **панцитопения** развивается поздно. У 10% пациентов возникают ранние осложнения — аутоиммунная гемолитическая анемия и тромбоцитопения. Нередко отмечают снижение уровня сывороточных иммуноглобулинов и парапротеинемию (наличие в крови иммуноглобулинов, синтезированных патологически изменёнными клонами иммунокомпетентных клеток).

Костный мозг трубчатых и плоских костей красного оттенка, в диафизах трубчатых костей среди красного костного мозга — зоны жёлтого цвета. В тяжёлых случаях вся миелоидная ткань костного мозга хаотично вытеснена лейкозным лимфоцитарным инфильтратом, нетронутыми остаются лишь небольшие зоны миелоидного кроветворения.

Интересные статьи:

1) [Атеросклероз](#)

2) [Анатомия и физиология лёгких](#)

3) [Аномалии языка и слюнных желез](#)