

Микроскопические изменения разнообразны. Наиболее характерный микроскопический признак — неспецифический гранулематоз. Во всех слоях стенки кишки развивается продуктивное воспаление с формированием гранулём, состоящих преимущественно из эпителиоидных клеток, иногда с примесью гигантских клеток типа инородных тел и/или Лангханса.

**Гранулёмы** не содержат очагов казеозного некроза, в них никогда не выявляют туберкулёзных микобактерий. Больше всего они напоминают гранулёмы при саркоидозе, но, в отличие от последних, они меньше по размерам, без чётких границ, гигантские клетки содержат меньшее количество ядер. Это саркоидоподобные гранулёмы.

**Возможно** образование макрофагальных гранулём. Помимо кишки, гранулёмы находят в лимфатических узлах, краях колостом, биоптатах из язв анальной области. Однако гранулёмы выявляют не всегда: не более чем в 50% случаев, в биоптатах в 14–19%. Воспалительная инфильтрация возникает в подслизистой основе, по соединительнотканым прослойкам распространяется на мышечную оболочку и субсерозный слой, затем по периваскулярным пространствам переходит на клетчатку брыжейки. Слизистая оболочка при **болезни Крона** вовлечена в процесс в меньшей степени, чем при НЯК. Характерная особенность — наличие многочисленных лимфоидноклеточных узелков и типичных лимфоидных фолликулов со светлыми центрами. Описанные выше язвы-трещины при гистологическом исследовании обычно узкие, глубокие, проникают в мышечную оболочку, субсерозный слой, иногда в подлежащую клетчатку.

**Осложнения** при болезни Крона, как и при НЯК делят на кишечные и внекишечные.

□ Кишечные осложнения. В период обострения возможна перфорация язв, требующая экстренного [оперативного вмешательства](#). Внутренние свищи и перфорации могут стать причиной образования абсцессов (межкишечных, ретроперитонеальных, абсцессов печени). В 2–6,4% случаев при фульминантном течении возникает токсический мегаколон. Большинство кишечных осложнений протекает длительно. В первую очередь, это свищи: внутренние (кишечно-кишечные, кишечно-пузырные), наружные (кишечно-кожные) и перианальные (ректовагинальные, свищи заднего прохода). У 30–50% пациентов с БК обнаруживают стриктуры и стенозы кишечника, у 20–60% — перианальные осложнения (в основном, трещины). У одной трети больных

они — первое клиническое проявление болезни. В 0,4–0,8% случаев при БК возникает колоректальный рак.

□ Внекишечные осложнения: поражение суставов (полиартрит, сакроилеит, анкилозирующий спондилит, «барабанные палочки»), кожи (узловатая эритема), полости рта (афты, язвы, трещины) и глаз (склерит, эписклерит, иридоциклит). Наиболее часто поражение гепатобилиарной системы (первичный склерозирующий холангит в 13,4% случаев, со временем возможна трансформация в билиарный цирроз печени). Первичный билиарный цирроз печени у больных с БК возникает в двенадцать раз чаще, чем в общей популяции.

---

### Медицинские статьи:

- 1) [Инфекционный мононуклеоз](#)

2) [Малярия](#)

3) [Лепра](#)