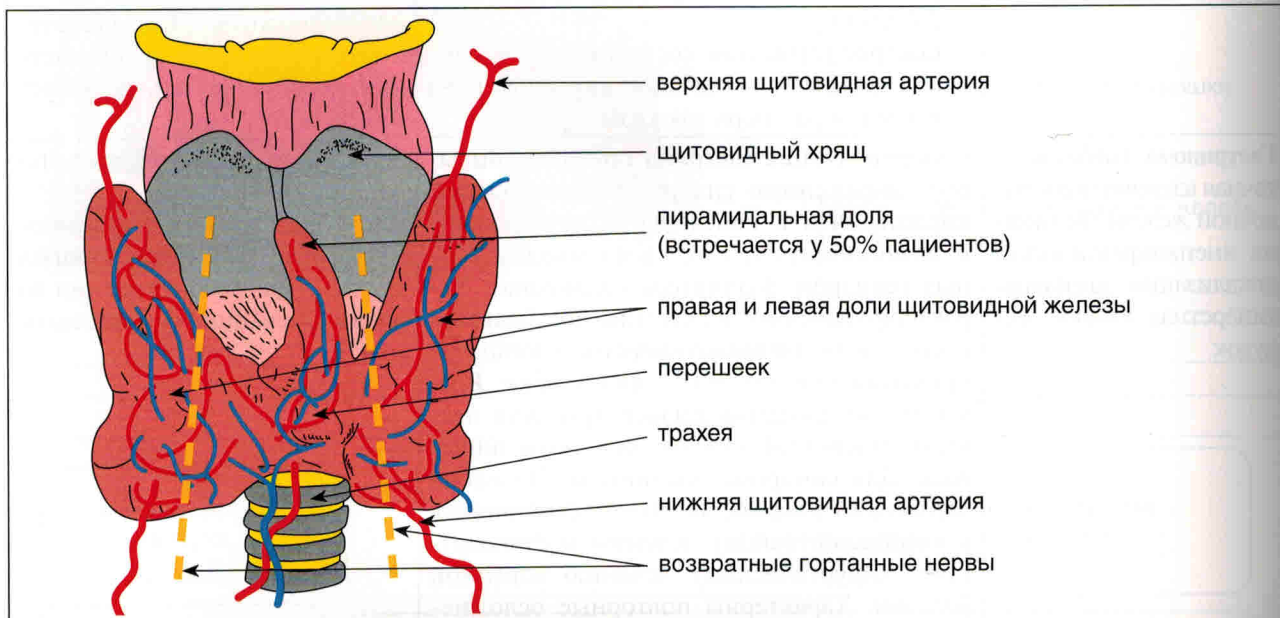
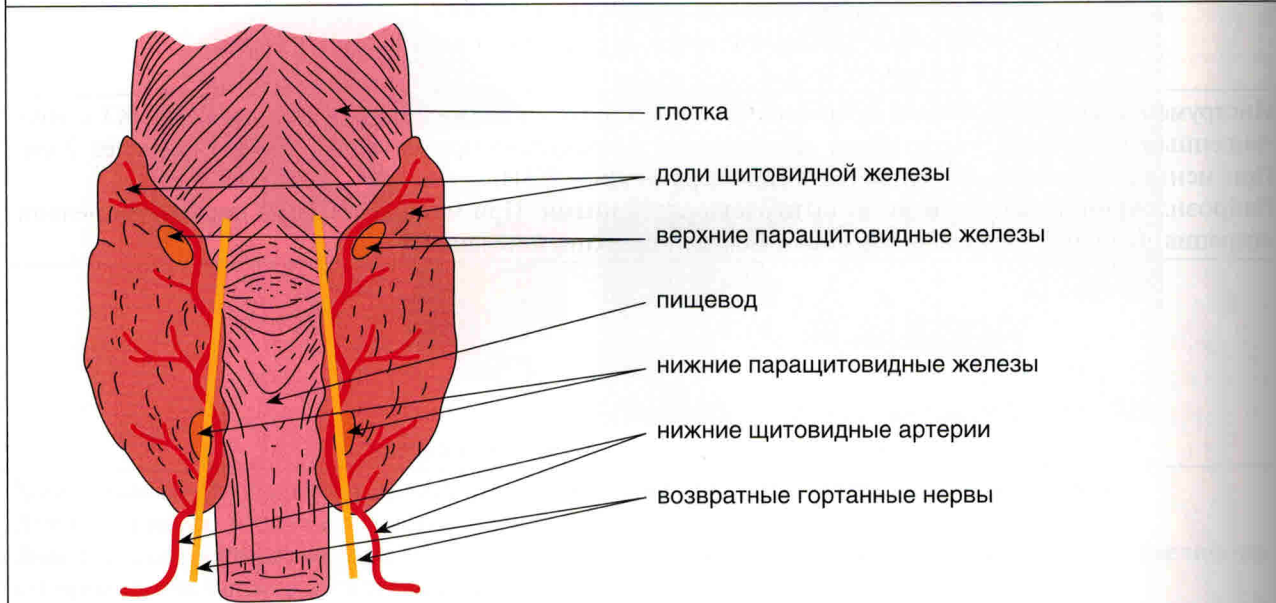


ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

АНАТОМИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



Соединительнотканые прослойки делят железу на доли. Дольки состоят из 20–40 фолликулов. Их стенки выстланы кубическим железистым фолликулярным эпителием. Фолликулы заполнены коллоидом, состоящим, в основном, из йодсодержащего гликопротеида — тиреоглобулина.



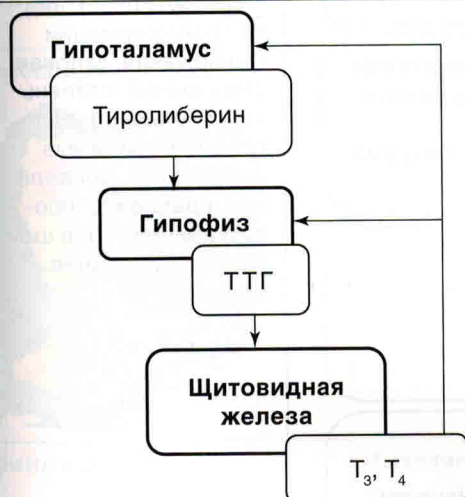
Щитовидная железа окружена 4-й фасцией шеи (капсула железы), состоящей из двух листков. По задней поверхности между двумя листками капсулы расположены паращитовидные железы, ответственные за регуляцию кальция и фосфатов, а также возвратные гортанные нервы, регулирующие двигательную функцию гортани.

ФИЗИОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Функция клеток щитовидной железы

А-клетки	Выстилают фолликул. Составляют основную массу железы. Участвуют в синтезе тиреоидных гормонов — тироксина (тетраiodтиронина — T_4) и трийодтиронина — (T_3) из тирозина и йода, поступающих с пищей
В-клетки	Малодифференцированные клетки. Предшественники А-клеток. Располагаются парафолликулярно. Онкоциты, оксифильные клетки (клетки Ашкинази–Гюртле). Содержат серотонин и другие биогенные амины
С-клетки	Располагаются парафолликулярно. Синтезируют гормон — кальцитонин, снижающий уровень кальция в крови

Регуляция секреции гормонов щитовидной железы



Гипоталамус секретирует тиреотропин-рилизинг-гормон (ТРГ, или тиреолиберин). Он стимулирует выработку гипофизом тиреотропного гормона (ТТГ) — тиреотропина. ТТГ регулирует рост щитовидной железы, стимулирует образование гормонов.

Между центральной нервной системой, гипофизом и щитовидной железой существует отрицательная обратная связь. Избыток T_3 (триiodтиронин) и T_4 (тетраiodтиронин) приводит к снижению тиреотропной функции гипоталамуса и гипофиза. Дефицит йодсодержащих гормонов приводит к стимуляции гипоталамуса и гипофиза, что приводит к компенсаторной гиперплазии железы.

Функции ЩЖ

Усиление поглощения кислорода клетками с активацией окислительных процессов и увеличением основного обмена.

Стимуляция синтеза белка за счет повышения проницаемости мембран клеток для аминокислот и активация генетического аппарата клетки.

Повышение эффективности митохондрий и сократимости миокарда.

Регуляция теплообразования, теплообмена.

Повышение возбудимости центральной нервной системы и активация психических процессов.

Защитное влияние по отношению к стрессовым повреждениям миокарда и язвообразованию.

Увеличение почечного кровотока, клубочковой фильтрации и диуреза.

Поддержка половой и репродуктивной функций.

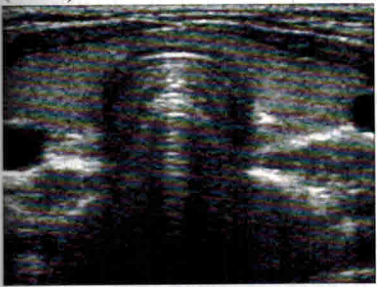
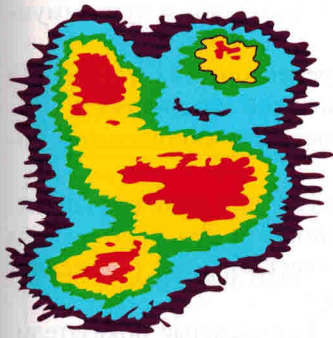
Участие в регуляции уровня кальция в крови.

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Клиническое обследование (жалобы, анамнез, осмотр, пальпация)		
Метод	Определяемые признаки	Возможности метода
Жалобы	<ul style="list-style-type: none"> – сердцебиение – экзофтальм – потливость – раздражительность – чувство жара – утомляемость – похудание 	<p>Позволяют установить в первом приближении функциональное состояние железы (гипер-, гипо-, эутиреоз), вид ее трансформации (диффузная, узловая, смешанная), степень увеличения и предположить возможные осложнения (воспаление, сдавление, прорастание органов шеи, метастазирование опухоли)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> – отёчность – утолщение языка – зябкость – сухость кожи – снижение памяти – холодные конечности – сонливость днем – прибавка в весе – выпадение волос – запоры – мышечные боли – снижение работоспособности 	
	Наличие опухолевидного образования на передней поверхности шеи, боль Нарушение глотания, дыхания, фонации	
Анамнез	<p>Проживание в зоне йодного дефицита и антропогенных воздействий (химических загрязнений, радиоактивных, высокочастотных излучений) Наличие у родственников заболеваний щитовидной железы</p>	
Осмотр	<p>Определение припухлости на шее Расширение вен шеи, отечность лица и шеи Покраснение кожи над железой Тремор пальцев рук Выявление глазных симптомов</p>	
Пальпация	<p>Оценка объема и консистенции железы Определение узлов диаметром от 1,5 см Выявление увеличенных поверхностных лимфатических узлов Выявление болезненности при пальпации</p>	

Осмотр и пальпация позволяют определить степень увеличения железы, при этом зобом называют увеличение ЩЖ, определяемое пальпаторно либо визуально

Степени увеличения ЩЖ по О.В. Николаеву (1955) — используется редко	Степени увеличения ЩЖ по классификации ВОЗ, 2001
0 ст. Железа не видна и не пальпируется.	0 ст. Зоба нет (объем долей не превышает размер дистальной фаланги большого пальца обследуемого).
I ст. Пальпируется перешеек ЩЖ.	I ст. Пальпируются увеличенные доли ЩЖ или узловые образования, которые не приводят к увеличению самой ЩЖ.
II ст. Пальпируется вся железа, при глотании виден перешеек.	
III ст. ЩЖ создает видимость «толстой шеи».	
IV ст. Крупный зоб, деформирующий конфигурацию шеи.	II ст. Увеличенная ЩЖ видна при нормальном положении шеи.
V ст. Очень крупный, обезображивающий зоб.	

Инструментальное обследование	
Измерение АД, ЭКГ, УЗИ сердца	Используются для косвенного определения функции железы, степени тиреотоксикоза (при его наличии) и его осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы.
Рентгенологическое исследование	Выявляет сдавление или смещение трахеи и пищевода при загрудинном зобе, участки кальцификации щитовидной железы, метастазы в легкие и средостение (при раке).
Ультразвуковое исследование (УЗИ) 	Позволяет определить положение и размеры железы, плотность ткани, особенности кровотока, диффузный или узловый характер поражения, ее кистозную трансформацию, состояние регионарных лимфатических узлов. Используется также для повышения точности пункционной биопсии при непальпируемых узловых образованиях. Вычисляемый объем ЩЖ позволяет объективно оценить степень увеличения: у женщин объем железы в норме не превышает 18 мл у мужчин — 25 мл.
КТ и ЯМРТ	Определяет те же параметры с большей точностью, дает сведения о прорастании смежных тканей.
Тиреосцинтиграфия 	Выявляет участки повышенной и пониженной активности захвата радиофармпрепарата (^{99m}Tc) тиреоидной тканью («горячие» или «холодные» узлы), что может являться признаком функциональной автономии ЩЖ, функционирующих метастазов рака щитовидной железы. Показана при узловом или многоузловом зобе, если уровень ТТГ ниже нормы, а также с целью топической диагностики эктопированной ткани или загрудинного зоба.
Ларингоскопия	Выявляет явный или скрытый паралич голосовых связок, обусловленный вовлечением в процесс гортанных нервов.
Тонкоигольная аспирационная биопсия железы (ТАБ)	Позволяет провести морфологическую (цитологическую) диагностику заболеваний щитовидной железы. Является основным методом дооперационной морфологической верификации заболевания. ТАБ под контролем УЗИ эффективна в 90% случаев. Показаниями для проведения ТАБ являются, в основном, узловое образование ЩЖ диаметром 1 см и более. При подозрении на злокачественную опухоль ЩЖ по данным анамнеза (быстрый рост опухоли), пальпации, УЗИ целесообразна ТАБ под контролем УЗИ и при образованиях меньшего размера. Особенностью ТАБ является невозможность отличить высокодифференцированный фолликулярный рак (из А- или В-клеток) от аденомы. В таких случаях необходимо дополнительное обследование. Может применяться во время операции для морфологической характеристики вновь выявленных образований и увеличенных лимфоузлов.
Срочное интраоперационное гистологическое исследование	Показано при фолликулярных опухолях (по результатам ТАБ) для определения объема оперативного вмешательства.
Плановое гистологическое исследование	Является окончательным этапом морфологической верификации диагноза.

Лабораторные исследования	
Исследование уровня гормонов гипофиза и ЩЖ	<p>Определение ТТГ и свободных фракций гормонов T_3 и T_4 с использованием современных радиоиммуноферментных наборов является наиболее точным методом исследования функционального состояния железы.</p> <p>Повышение уровня ТТГ характерно для первичного гипотиреоза любой этиологии, снижение — для вторичного гипотиреоза, гипертиреоза.</p> <p>Повышение уровня свободного T_4 (фракция T_4, не связанная с белками крови) наблюдается при гипертиреозе, снижение — при декомпенсированном гипотиреозе, дефиците йода.</p> <p>Повышение уровня свободного T_3 наблюдается при декомпенсированном гипертиреозе и T_3-токсикозе, снижение — при декомпенсированном гипотиреозе.</p> <p style="text-align: right;">Нормальные показатели: ТТГ 0,4–4,0 мМЕ/л. T_4 общий 65–146 нмоль/л. T_4 свободный 10–25 пмоль/л. T_3 общий 1,2–2,8 нмоль/л. T_3 свободный 2,5–5,8 пмоль/мл.</p>
Определение содержания антител к тиреопероксидазе, тиреоглобулину, к рецептору ТТГ (АТ-рТТГ)	<p>Позволяет определить активность аутоиммунного процесса при диффузном токсическом зобе и аутоиммунном тиреоидите.</p> <p>Определение аутоантител к рецептору ТТГ (АТ-рТТГ) выполняют для дифференциальной диагностики диффузного токсического зоба, функциональной автономии ЩЖ.</p> <p>Повышение показателя АТ-рТТГ при наличии клинической картины является основным диагностическим критерием диффузного токсического зоба, определяет тяжесть его течения и прогноз.</p> <p style="text-align: right;">Нормальные показатели: Антитела к тиреопероксидазе (АТ к ТПО) 0–35 МЕ/мл. Антитела к тиреоглобулину (АТ к ТГ) 0–60 МЕ/мл. Антитела к рецептору ТТГ (АТ-рТТГ) <2 МЕ/л.</p>
Определение содержания тиреокальцитонина	<p>Уровень гормона резко повышается при медулярном раке щитовидной железы.</p> <p style="text-align: right;">Нормальные показатели: Кальцитонин 5,5–28 пмоль/л.</p>
Определение содержания свободного кортизола в суточной моче	<p>Уровень снижается при первичной и вторичной надпочечниковой недостаточности, сопутствующей некоторым заболеваниям ЩЖ.</p> <p style="text-align: right;">Нормальные показатели: 60–413 нмоль/сут.</p>
Определение содержания паратиреоидного гормона (паратгормон)	<p>Выполняется при подозрении на интраоперационную травму паращитовидных желез. Уровень снижается при их повреждении.</p> <p style="text-align: right;">Нормальные показатели: 15–65 пг/мл.</p>

ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Синдром тиреотоксикоза (гипертиреозидизм)

Тиреотоксикоз — клинический синдром, обусловленный патологическим воздействием на организм стойкого избытка тиреоидных гормонов. Этот термин является обобщающим. Он включает в себя понятие гипертиреоза, обусловленного гиперпродукцией гормонов непосредственно в щитовидной железе. Кроме того, тиреотоксикоз может быть обусловлен образованием гормонов вне железы и особыми механизмами поступления гормонов в кровь (медикаментозный, тиреолизический и др.).

Этиопатогенез

Гиперпродукция тиреоидных гормонов ЩЖ (гипертиреоз)

- болезнь Грейвса (диффузный токсический зоб);
- многоузловой токсический зоб;
- функциональная автономия ЩЖ (не регулируется ТТГ);
- йодиндуцированный тиреотоксикоз (в том числе, амиодароногенный);
- АИТ в тиреотоксической фазе;
- ТТГ-индуцированный (при ТТГ продуцирующей аденоме гипофиза и синдроме неадекватной секреции ТТГ);
- трофобластический тиреотоксикоз (при пузырьном заносе);
- гестационный транзиторный тиреотоксикоз

Гиперпродукция тиреоидных гормонов вне ЩЖ

- struma ovarii при дистопии ЩЖ;
- метастазы РЩЖ, продуцирующие тиреоидные гормоны

Тиреотоксикоз, не связанный с гиперпродукцией T_3 и T_4

Медикаментозный тиреотоксикоз: передозировка препаратов тиреоидных гормонов

Деструктивный (тиреолизический) тиреотоксикоз вследствие разрушения фолликулов железы и поступления в кровь избытка гормонов ЩЖ, содержащихся в коллоиде и тиреоцитах: подострый, послеродовой, безболевого и цитокининдуцированный тиреоидиты

Клиническая картина

Синдром изменения общего состояния	<ul style="list-style-type: none"> – похудание – мышечная слабость – снижение трудоспособности
Синдром повышенной нервной возбудимости	<ul style="list-style-type: none"> – раздражительность, плаксивость, плохой сон – эмоциональная лабильность, затруднение концентрации внимания – повышение сухожильных рефлексов, стойкий красный дермографизм, мелкий тремор пальцев, век
Синдром нарушения терморегуляции	<ul style="list-style-type: none"> – субфебрильная температура – потливость, чувство жара – плохая переносимость тепла
Кардио-васкулярный синдром	<ul style="list-style-type: none"> – сердцебиение – ощущение перебоев в работе сердца – одышка – расширение границ сердца влево – систолический шум на верхушке и в т. Боткина – усиление 1 тона, тахикардия, аритмия – артериальная гипертензия, увеличение пульсового давления
Гастро-интестинальный синдром (встречается редко)	<ul style="list-style-type: none"> – повышение аппетита – поносы – кишечная колика – гастрит – токсический гепатит – желтуха
Синдром поли-гландулярной недостаточности (встречается редко)	<ul style="list-style-type: none"> – нарушения менструального цикла – нарушение либидо – надпочечниковая недостаточность – гиперплазия тимуса – гиперплазия лимфоидного аппарата – снижение толерантности к глюкозе
Синдром эндокринной офтальмопатии (у 50–60% больных)	Экзофтальм и другие глазные симптомы

Эндокринная офтальмопатия обусловлена аутоиммунным поражением тканей и мышц глазницы. Наиболее часто встречается при болезни Грейвса, однако наблюдается и при других заболеваниях ЩЖ (аутоиммунный тиреоидит, диффузный эутиреоидный зоб).

Основные глазные симптомы при болезни Грейвса
(связаны с нарушением вегетативной иннервации глаза)

Название симптома	Описание симптома
симптом Дельримпля	нейродистрофический экзофтальм, широко раскрытая глазная щель («заячий глаз» — лагофтальм)
симптом Репрева	«гневный взгляд»
симптом Краусса	повышенный блеск глаз
симптом Грефе	появление полоски склеры между веком и радужной оболочкой при движении глаз вниз
симптом Кохера	то же при движении глаз вверх
симптом Штельвага	редкое мигание
симптом Мёбиуса	недостаточность конвергенции
симптом Еллинека	пигментация верхнего века



Выраженный экзофтальм при ДТЗ

Степень выраженности тиреотоксикоза

Субклинический тиреотоксикоз (легкое течение)	Стертая клиническая картина.	ТТГ — снижение уровня, св. T_4 и T_3 в пределах нормы.
Манифестный (среднетяжелое течение)	Выраженная клиническая картина.	ТТГ — существенное снижение, св. T_4 и T_3 — повышение.
Осложненный (тяжелое течение)	Ярко выраженная клиническая картина, наличие осложнений: — сердечная недостаточность, — надпочечниковая недостаточность, — дистрофические изменения паренхиматозных органов, психоз, кахексия.	ТТГ — существенное снижение, св. T_4 и T_3 — повышение.

Тиреотоксический криз

Тиреотоксический криз — опасный для жизни синдром, проявляющийся внезапной манифестацией симптомов тиреотоксикоза у больных токсическим зобом.

Этиология

Возникновение криза обусловлено резким выбросом гормонов ЩЖ и связано, чаще всего, с оперативным вмешательством по поводу токсического зоба либо с лечением радиоактивным йодом. Не исключается появление криза у неоперированных больных.

НЕОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

ДИВЕРТИКУЛЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Определение и статистические сведения

Дивертикул — мешковидное выпячивание всех слоев стенки кишки (истинный или врожденный дивертикул) либо только слизистой оболочки через дефекты в мышечном слое (ложный или приобретенный дивертикул).

Дивертикулез — наличие множества дивертикулов.

Дивертикулярная болезнь — наличие дивертикула или дивертикулеза, сопровождающееся клиническими проявлениями.

Чаще всего дивертикулы локализуются в нисходящей ободочной и сигмовидной (70–85%), реже — в поперечно-ободочной и слепой кишках. Их размеры составляют от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров. При дивертикулезе количество их колеблется от нескольких штук до десятков и сотен. У мужчин и женщин они определяются одинаково часто.

Поражается население, в основном, высокоразвитых стран (с высоким уровнем жизни и большей ее продолжительностью).

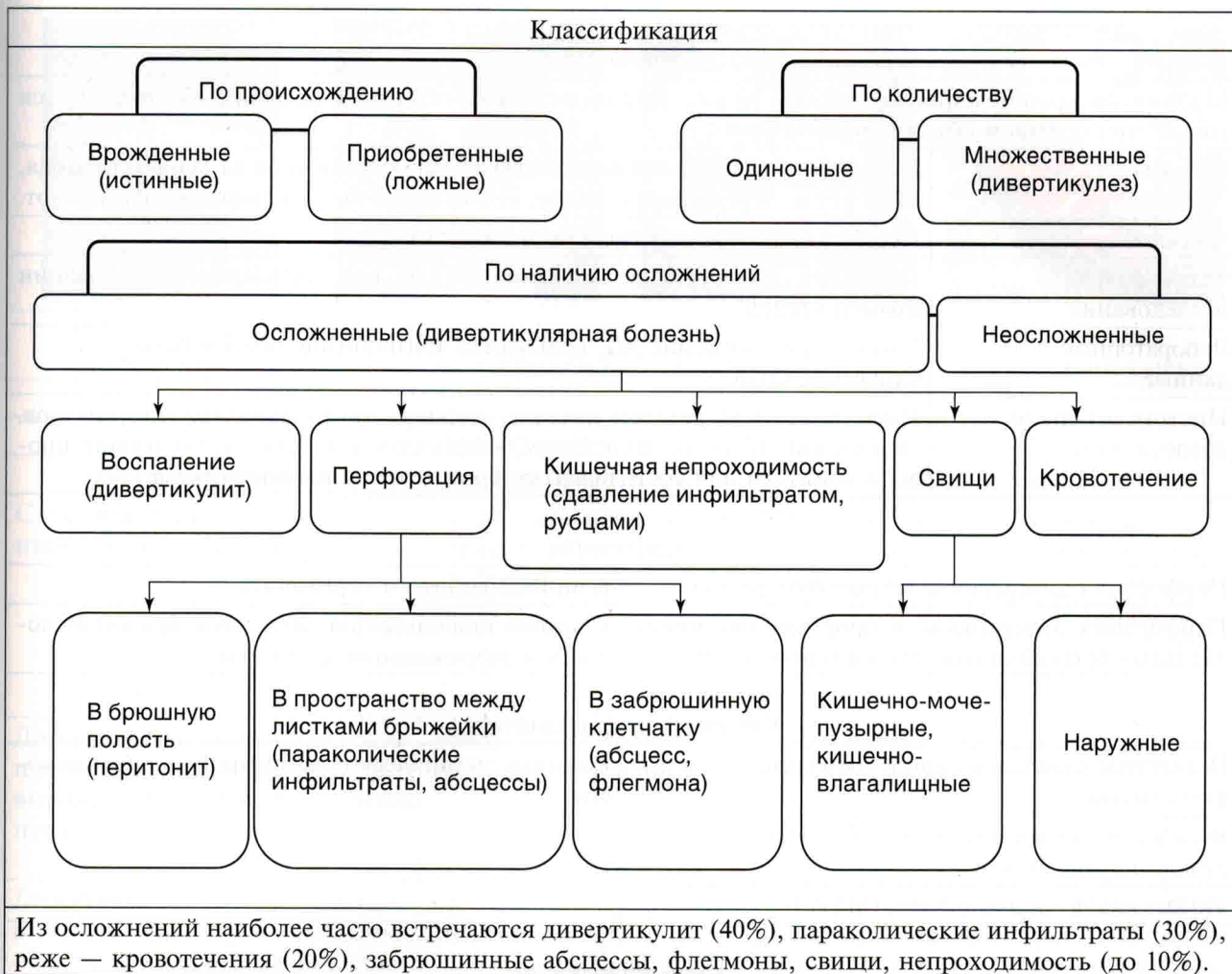
С возрастом заболеваемость возрастает. Люди до 40 лет страдают дивертикулезом толстой кишки в 10% случаев. После 70 лет дивертикулы встречаются более чем у половины населения.

Этиопатогенез дивертикулов

Истинные (врожденные) дивертикулы формируются вследствие нарушений образования кишечной трубки плода.



При дальнейшем повышении сегментарного давления и нарастании слабости кишечной стенки дивертикулы увеличиваются в размерах, возрастает их количество.



Анамнез	
Дивертикулы толстой кишки в 70% случаев имеют бессимптомное течение. Они обнаруживаются случайно при эндоскопическом или рентгенологическом исследованиях. Клиническая симптоматика возникает при развитии осложнений: дивертикулит, кровотечение, перфорация, непроходимость, свищи.	
Дивертикулит	
Жалобы	Боль в месте локализации дивертикула, чаще — в левой подвздошной области. Возможны тошнота, рвота, вздутие живота, неустойчивый стул, примесь слизи в кале, слабость.
Анамнез	Длительное течение (несколько недель). Периодичность обострений. Возможно острое начало с сильной боли и гипертермии.
Физикальное обследование	Локальная болезненность. Возможны напряжение мышц брюшной стенки, пальпаторное обнаружение инфильтрата.
Лабораторные данные	Субфебрилитет, возможны лейкоцитоз, увеличение СОЭ.
Инструментальное обследование	Ирригоскопия. Определяет наличие, локализацию и количество дивертикулов, признаки воспаления: сегментарное усиление перистальтики, асимметричность гаустр, отечность и беспорядочность складок слизистой оболочки. Эндоскопия (ректороманоскопия, колоноскопия). Выявляет воспаленную слизистую устья дивертикулов. КТ. Выявляет признаки воспаления дивертикулов.

Кровотечение	
Массивные кровотечения возникают редко. Выраженная симптоматика осложнения проявляется только при большом объеме кровопотери.	
Жалобы	Выделение крови (алой или темной) в различном объеме из заднего прохода, чаще кровь перемешана с калом. Головокружение, слабость, холодный пот.
Анамнез	Нередко анамнеза нет. Возможен дивертикулит.
Физикальное обследование	Бледность, гипергидроз, адинамия. Кровь при пальцевом исследовании прямой кишки.
Лабораторные данные	Тахикардия, снижение АД, количества эритроцитов, гемоглобина. Снижение ОЦК.
Инструментальное обследование	Ирригоскопия. Определяет наличие, локализацию и количество дивертикулов. Эндоскопия (ректороманоскопия, колоноскопия). Выявляет признаки продолжающегося или состоявшегося кровотечения из дивертикула.

Перфорация	
Перфорация дивертикула в брюшную полость.	Клиника разлитого перитонита.
Перфорация дивертикула в пространство между листками брыжейки или забрюшинную клетчатку.	Клиника инфильтратов, абсцессов брюшной полости и забрюшинной клетчатки.

Кишечная непроходимость	
Вследствие сдавления кишки воспалительным инфильтратом.	Клиника механической кишечной непроходимости.
Вследствие спаечного или рубцового процесса, деформирующего кишку.	
Инвагинация кишки с дивертикулом.	

Кишечные свищи	
Сигмовезикальные свищи (чаще у мужчин).	Пневматурия, фекалурия.
Сигмовагинальные свищи (у женщин).	Выделение кала и гноя из влагалища.
Наружные свищи.	Выделение кала и гноя на кожу из наружного отверстия свища.

Дифференциальная диагностика и диагноз				
Дивертикулит	Кровотечение	Непроходимость	Перфорация	Свищи
Аппендицит, язвенная болезнь, аднексит и др.	Опухоли желудка и кишечника, язвенная болезнь, язвенный колит и др.	Опухоли, спаечная болезнь и др.	Перфоративная язва, аппендицит, панкреонекроз и др.	Распадающиеся опухоли, болезнь Крона и др.

Анализ клинической картины, данных лабораторных и инструментальных исследований при дивертикулите и кровотечении позволяет определить дивертикул как причину осложнения. При перфорации дивертикула, кишечной непроходимости и свищах клиничко-лабораторная и инструментальная диагностика не всегда выявляет дивертикул как источник осложнения. Диагноз часто уточняется во время оперативного вмешательства.

			
Ирригограмма. Дивертикулез	Колоноскопия. Устья дивертикулов и кровоточащий дивертикул		Дивертикулез сигмовидной кишки

Лечение дивертикулов толстой кишки

Форма заболевания	Методы лечения	Средства лечения
Случайно выявленные бессимптомные дивертикулы.	Диета с повышенным содержанием растительной клетчатки.	Пшеничные отруби, снижающие внутриполостное давление и ускоряющие скорость продвижения содержимого кишечника. Ограничение пищи, способствующей развитию метеоризма (горох, фасоль, виноград и др.).
Дивертикулы с умеренными клиническими проявлениями (без выраженных местных и общих признаков воспаления).	Диета, амбулаторное медикаментозное лечение.	Спазмолитики, прокинетики, витамины А, Е, фолиевая кислота.
Дивертикулит с выраженной клинической картиной (признаки общего и местного воспаления), первые 1–3 эпизода.	Диета. Медикаментозное лечение в условиях колопроктологического отделения стационара.	Антибактериальные препараты широкого спектра действия, спазмолитические обезболивающие средства, пищеварительные ферменты, препараты, восстанавливающие микрофлору кишечника, слабительные.
Рецидивирующий дивертикулит (более 3 эпизодов выраженных клинических проявлений).	Плановое хирургическое вмешательство.	Резекция пораженного участка кишки с наложением межкишечного анастомоза.
Состоявшееся кровотечение из дивертикула малой интенсивности (небольшое количество крови в кале, дефицит циркулирующей крови менее 500 мл).	Медикаментозное лечение в условиях колопроктологического отделения стационара.	Медикаментозное лечение дивертикулита, гемостатическая терапия.
Упорные рецидивирующие кровотечения.	Плановое хирургическое вмешательство.	Резекция пораженного участка кишки с наложением межкишечного анастомоза.
Состоявшееся кровотечение с кровопотерей более 500 мл и продолжающееся кровотечение.	Экстренное хирургическое вмешательство.	Резекция пораженного участка кишки, чаще — с наложением межкишечного анастомоза.

Перфорация дивертикула в брюшную полость, распространенный перитонит.	Экстренное хирургическое вмешательство.	Резекция пораженного участка кишки (чаще всего — обструктивная), санация и дренирование брюшной полости. При запущенном перитоните, тяжелом состоянии больного — выведение перфорированного участка кишки на брюшную стенку.
Острая кишечная непроходимость.	Экстренное хирургическое вмешательство.	Резекция пораженного участка кишки (чаще всего — обструктивная).
Внутренние и наружные свищи.	Плановое хирургическое вмешательство.	Разделение свищей, резекция пораженного участка кишки, чаще — с наложением межкишечного анастомоза.

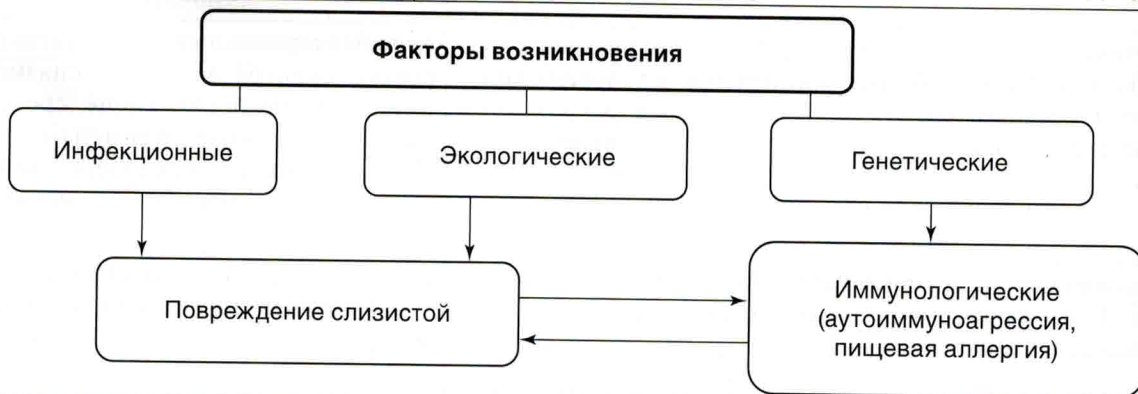
НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ (НЯК)

Определение и статистические сведения

Рецидивирующее воспалительное заболевание, характеризующееся развитием язвенно-некротических изменений толстой кишки (с обязательным поражением прямой кишки), в основном, слизистого и подслизистого слоя.

Наиболее высокая заболеваемость отмечается в Северной Америке, Северной Европе и Австралии (50–80 случаев на 100 тыс. населения). Реже язвенный колит встречается в странах Азии, Южной Америки и Японии (7–15 на 100 тыс.). Мужчины болеют в 1,3 раза чаще женщин. Заболеваемость в России составляет 40–60 на 100 000 населения. Более 50% больных имеют возраст 20–40 лет. Отмечают 2 возрастных пика: 15–30 лет и 60–80 лет.

Факторы возникновения

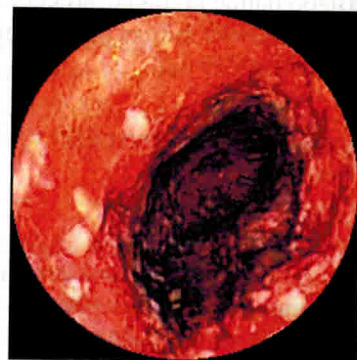


Особенности патоморфологии

Процесс начинается от зубчатой линии прямой кишки и распространяется в проксимальном направлении

Поражается слизистая оболочка и подслизистый слой

Морфологическим субстратом являются длинные узкие язвы, расположенные двумя-тремя параллельными рядами вдоль мышечных лент



Классификация

По локализации и распространенности

Проктит, проктосигмоидит

Левосторонний колит

Тотальный колит

По формам клинического течения

Молниеносная
(сразу появляются
признаки тяжелой
формы заболевания)

Острая
(первая атака
заболевания)

Хроническая
рецидивирующая
(обострения 1 раз
в 6–8 месяцев)

Непрерывная
хроническая
(непрекращающееся
обострение
более 6 месяцев)

По тяжести клинического течения

Легкая форма

Среднетяжелая

Тяжелая форма

По осложнениям

Местные

- перфорация толстой кишки;
- стриктура толстой кишки;
- токсическая дилатация (токсический мегаколон);
- массивное кишечное кровотечение;
- перианальные осложнения (парапроктиты, трещины);
- псевдополипоз;
- малигнизация

Общие

- надпочечниковая недостаточность;
- сепсис;
- артриты;
- поражения кожи, глаз;
- амилоидоз;
- флебиты