

Патологический процесс при НЯК всегда начинается в прямой кишке и в редких случаях ограничивается только этим отделом (проктит). Воспаление постепенно распространяется в проксимальном направлении, захватывая прилежащие отделы сигмовидной (проктосигмоидит), нисходящей ободочной кишки (левосторонний колит) и из относительно изолированного превращается в тотальный колит. Иногда в процесс бывает вовлечён дистальный отдел подвздошной кишки (ретроградный или back-wash илеит).

Клинические признаки: жидкий стул с примесью крови от 5–10 раз в сутки до бессчётного количества раз, боли в левой половине живота, тенезмы.

Характер течения заболевания определяет морфологические изменения, может быть острым (в том числе, молниеносным) и хроническим (рецидивирующим или непрерывно текущим).

▢ **Острая форма.** Складки слизистой оболочки утолщены или, наоборот, сглажены, резко отёчны, полнокровны, покрыты тонким слоем фибрина. Видны многочисленные эрозии и язвы. Язвы разных размеров, чаще крупные, неправильной формы, с подрытыми нависающими краями, обычно неглубокие, локализуются в слизистой оболочке. Островки слизистой оболочки между язвами приобретают вид [полипов](#), образуя выбухания размером от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров. Они часто напоминают истинные железистые полипы, однако тело и ножка в них не различимы. Иногда язвы глубоко проникают в стенку кишки, образуя карманы между подслизистым слоем и мышечной оболочкой. Слизистая оболочка отторгается, вся внутренняя поверхность толстой кишки представляет собой сплошную язву. При глубоких язвах и разрушениях мышечной оболочки возникает токсическая дилатация: стенка кишки истончена, просвет её резко расширен. Это осложнение НЯК нередко приводит к перфорации.

Гистологически в начальной стадии заболевания в кишке преобладают воспалительные изменения. Инфильтрат из лимфоцитов, полинуклеарных лейкоцитов, эозинофилов и плазматических клеток располагается в собственной [ластинке слизистой оболочки](#), не проникая в подслизистую основу. Затем в инфильтрате накапливаются полиморфноядерные лейкоциты, они по периваскулярным пространствам проникают в толщу стенки кишки, через покровный эпителий путем лейкопедеза — в просвет кишки, а через эпителий крипт — в просвет последних. Развивается криптит, при этом облитерированы дистальные отделы либеркюновых желёз, количество слущенного эпителия и нейтрофилов резко увеличено, формируется крипт-абсцесс. В области дна крипт-абсцессы вскрываются. Содержимое прорывается в подслизистую основу с

формированием язвы. Деструктивные процессы при острой форме НЯК преобладают.



Интересные статьи:

- 1) [Гематогенный туберкулёз](#)
- 2) [Механизмы формирования иммунитета при туберкулёзе](#)
- 3) [Иерсиниозный энтерит](#)