

## СОДЕРЖАНИЕ

Условные сокращения .....	5
Предисловие к серии .....	6
Введение .....	7
1. Классификации, применяемые при опухолевых новообразованиях и опухолеподобных поражениях желудочно-кишечного тракта .....	9
1.1. Классификации, применяемые при всех опухолевых новообразованиях и опухолеподобных поражениях ЖКТ .....	9
1.2. Классификация ВОЗ опухолей ЖКТ .....	16
1.3. Классификации, применяемые при опухолевых новообразованиях и опухолеподобных поражениях пищевода .....	29
1.4. Классификации, применяемые при опухолевых новообразованиях и опухолеподобных поражениях желудка .....	61
1.4.1. Классификации рака желудка .....	61
1.4.2. Классификации железистого и сосудистого рисунка слизистой оболочки желудка .....	73
1.4.3. Классификация рака проксимального отдела желудка .....	82
1.5. Классификации, применяемые при опухолевых новообразованиях и опухолеподобных поражениях тонкой кишки .....	84
1.6. Классификации, применяемые при опухолевых новообразованиях и опухолеподобных поражениях толстой кишки, ректосигмоидного соединения, прямой кишки и аппендикса .....	90
1.6.1. Классификации рака толстой кишки, ректосигмоидного соединения, прямой кишки и анального канала .....	91
1.6.2. Классификация полипов толстой кишки .....	100
1.6.3. Классификация опухолей аппендикса .....	120
1.7. Классификации гастроинтестинальных стромальных опухолей ЖКТ .....	122
1.8. Классификации нейроэндокринных опухолей ЖКТ .....	126
2. Классификации, применяемые при воспалительных и эрозивно-язвенных заболеваниях ЖКТ .....	136
2.1. Классификации, применяемые при воспалительных и эрозивно-язвенных заболеваниях пищевода .....	136
2.2. Классификации, применяемые при воспалительных и язвенных заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки .....	157
2.3. Классификации, применяемые при воспалительных и язвенных заболеваниях толстой кишки .....	175

3. Классификации, применяемые при сосудистых поражениях и кровотечениях ЖКТ .....	18
3.1. Классификации варикозного расширения вен пищевода и желудка .....	18
3.2. Классификация эндоскопических признаков (стигмат) кровотечения из ЖКТ .....	19
3.3. Классификации геморроя .....	19
4. Классификации других болезней ЖКТ (грыжи, дивертикулы, повреждения) .....	20
5. Классификации аномалий развития органов желудочно-кишечного тракта .....	22
5.1. Аномалии развития пищевода .....	22
5.2. Аномалии развития желудка .....	22
5.3. Аномалии развития двенадцатиперстной кишки .....	22
5.4. Аномалии развития тощей и подвздошной кишки .....	22
5.5. Аномалии развития толстой кишки .....	22
5.6. Аномалии развития прямой кишки и анального отверстия .....	22
5.7. Нарушения поворота кишечника .....	22
6. Классификации, применяемые для оценки подготовки толстой кишки .....	23
7. Номенклатура медицинских услуг (по специальности «Эндоскопия») .....	24
<b>Библиографический список .....</b>	<b>25</b>

**Классификация типов рисунка поверхности слизистой оболочки желудка в соответствии с гистологическим строением (Dinis-Ribeiro M. [et al.], 2003)**

Классификация применяется при эндоскопии с увеличением и хромоскопии с 0,2 % раствором метиленового синего, абсорбирующегося эпителием кишечного типа и опухолей:

тип I (отсутствие метаплазии и дисплазии эпителия) – эпителий не окрашен, рисунок регулярный, ямки желез: округлые – тип IA (рис. 31, а); округлые и удлиненные (трубчатые) – тип IB (рис. 31, б), округлые, крупные – тип IC (рис. 31, в); округлые, неровные – тип ID (рис. 31, г);

тип II (кишечная метаплазия эпителия желудка) – эпителий окрашен, рисунок регулярный; ямки желез: нерегулярные – тип IIA (рис. 32, а), круглые и тубулярные – тип IIB (рис. 32, б); ворсинчатые (виллезные) – тип IIC (рис. 32, в); круглые, маленькие – тип IID (рис. 32, г);

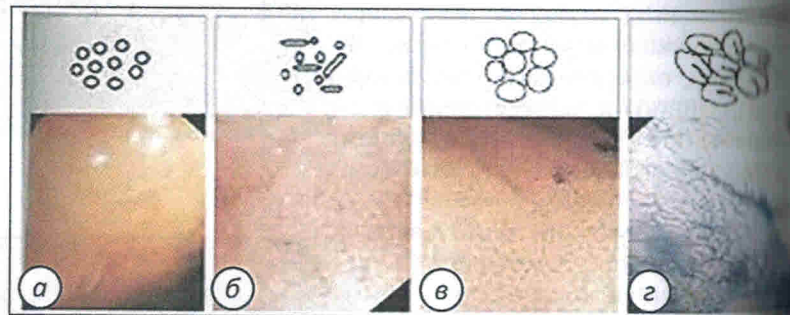


Рис. 31. Рисунок поверхности СО, тип I по классификации М. Dinis-Ribeiro (пояснение в тексте) (Dinis-Ribeiro M. [et al.], 2003)

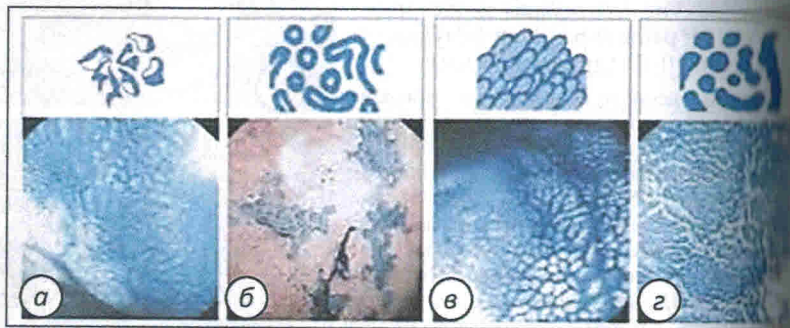


Рис. 32. Рисунок поверхности СО, тип II по классификации М. Dinis-Ribeiro (пояснение в тексте) (Dinis-Ribeiro M. [et al.], 2003)

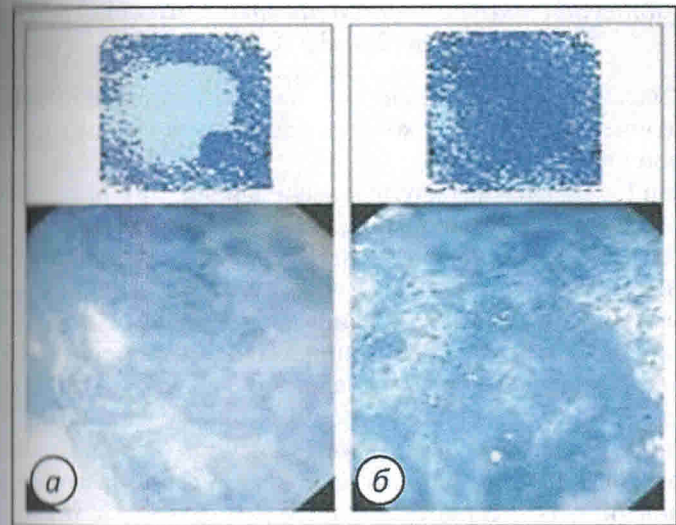


Рис. 33. Рисунок поверхности СО, тип III по классификации М. Dinis-Ribeiro (пояснение в тексте) (Dinis-Ribeiro M. [et al.], 2003)

тип III (дисплазия эпителия) – эпителий окрашен неоднородно, рисунок нерегулярный; потеря рисунка при депрессивных поражениях – тип IIIA (рис. 33, а), отсутствие рисунка или приподнятое поражение – тип IIIB (рис. 33, б).

тип III (дисплазия эпителия) – эпителий окрашен неоднородно, рисунок нерегулярный; потеря рисунка при депрессивных поражениях – тип IIIA (рис. 33, а), отсутствие рисунка или приподнятое поражение – тип IIIB (рис. 33, б).

**Классификация сосудистого рисунка и рисунка поверхности слизистой оболочки желудка (Pimentel-Nunes P. [et al.], 2012)**

Классификация разработана по данным узкоспектральной эндоскопии с увеличением:

тип А (нормальная СО) – регулярный сосудистый рисунок и регулярный округлый тип рисунка слизистой оболочки;

тип В (кишечная метаплазия желудочного эпителия) – регулярный сосудистый рисунок и регулярный тубулярный/виллезный тип рисунка слизистой оболочки;

тип С (дисплазия) – нерегулярный сосудистый рисунок и нерегулярный рисунок слизистой оболочки.

Источник: Pimentel-Nunes P. [et al.], 2012.

### Классификация ямочного рисунка слизистой оболочки желудка (Tanaka K. [et al.], 2006)

Классификация разработана при использовании эндоскопии с увеличением и хромокопии с растворами индигокармина и уксусной кислоты (рис. 34):

- тип I — маленькие округлые ямки одинакового размера и формы;
- тип II — щелевидные ямки (выступающие аденомы);
- тип III — ямки эпителия извилистой, мозговидной формы (желудочная метаплазия, выступающие аденомы, карциномы выступающего типа, дифференцированные карциномы);
- тип IV — нерегулярное расположение и размер ямок типов I или 3 (углубленные формы аденом, карциномы выступающего и углубленного типов, дифференцированные карциномы);
- тип V — разрушенный ямочный рисунок (карциномы углубленного типа; дифференцированные карциномы; низкодифференцированный, перстневидноклеточный рак).

### Классификация для выступающих форм эпителиальных новообразований желудка (Nonaka K. [et al.], 2011)

Классификация основана на строении рисунка поверхности и сосудистого рисунка (рис. 35):

- 1-й тип — отчетливый ямочный и неотчетливый сосудистый рисунок;
- 2-й тип — отчетливый ямочный и отчетливый сосудистый рисунок;
- 3-й тип — отчетливый ямочный и атипичный сосудистый рисунок;
- 4-й тип — немного неотчетливый ямочный и атипичный сосудистый рисунок;
- 5-й тип — выраженно неотчетливый ямочный и атипичный сосудистый рисунок.

1 и 2-й типы чаще встречаются при аденомах желудка, 3-й и 5-й типы в большинстве случаев соответствуют высокодифференцированной аденокарциноме.



Рис. 34. Классификация ямочного рисунка желез эпителия желудка К. Tanaka: а — тип I (поверхность слизистой оболочки разделена бороздками на отдельные сегменты (стрелки); б — тип II; в — тип III; г, д, е — тип IV (нерегулярное расположение и размер типов I, II и III) (поверхность типа IV не разделяется канавками на отдельные сегменты, раковая и неповрежденная слизистая оболочка отделена линией демаркации (стрелки, д, е)); ж — тип V (раковая и неповрежденная слизистая оболочка отделена демаркационной линией — стрелки) (Tanaka K. [et al.], 2006)

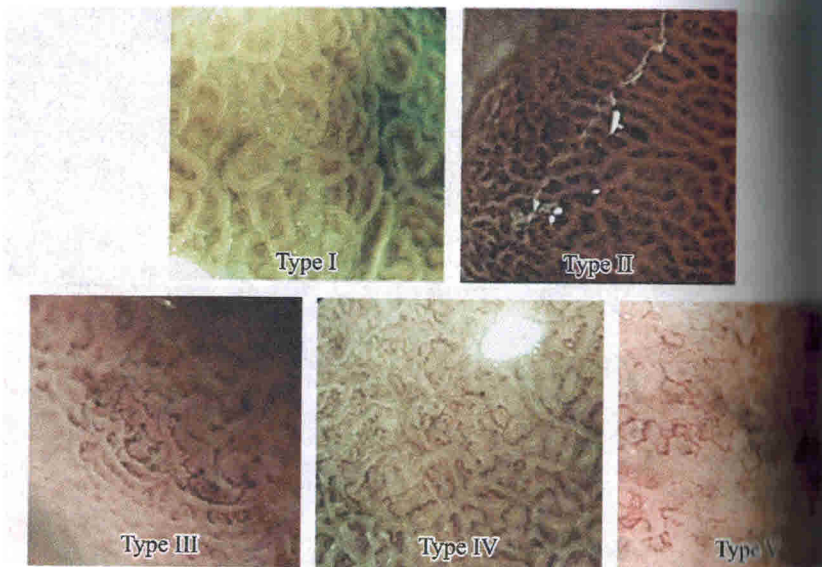


Рис. 35. Классификация К. Nonaka (пояснение в тексте) (Nonaka K. [et al.], 2011)

### 1.4.3. Классификация рака проксимального отдела желудка

Рак проксимального отдела желудка с переходом на пищевод (кардиоэзофагеальный рак) имеет своеобразное клиническое течение и биологические свойства.

При вовлечении в опухолевый процесс зоны ПЖП аденокарциному, центр которой расположен на 2–5 см ниже анатомической границы ПЖП (III тип по Siewert), классифицируют и лечат как рак желудка. Если центр аденокарциномы, вовлекающей зону ПЖП, расположен на уровне зубчатой линии, т. е. в пределах 2 см ниже и 1 см выше анатомической границы ПЖП (II тип по Siewert) или в нижней трети пищевода выше анатомической границы ПЖП в пределах 1–5 см (I тип по Siewert), процесс классифицируют и лечат как рак пищевода.

Тактика лечения локализованных форм аденокарциномы кардиоэзофагеального перехода I и II типов по Siewert аналогична тактике лечения рака пищевода, лечение диссеминированных и метастатических форм аналогично лечению диссеминированного рака желудка.

Источник: Рак желудка, 2020.

### Классификация аденокарциномы зоны ПЖП (Siewert J., 1996)

Данная классификация объединяет рак дистальной трети пищевода, рак проксимального отдела желудка с переходом на пищевод (истинный кардиоэзофагеальный рак) и рак субкардии.

Основным критерием классификации J. Siewert является определение локализации эпицентра опухоли относительно ПЖП и анатомической зоны кардии (рис. 36). Анатомический центр опухоли идентифицируется на основании рентгеноконтрастного исследования, гастроскопии и данных, полученных при интраоперационном исследовании. С учетом локализации центра новообразования выделено три типа опухоли.

Тип I — аденокарцинома дистального отдела пищевода, эпицентр которой на 1–5 см выше зоны ПЖП (Z-линии) с возможностью распространения через последнюю в сторону желудка. Данный тип составляет около 80 % случаев кардиоэзофагеального рака, развивается из метаплазированного эпителия пищевода (пищевод Барретта) и в основном соответствует «интестинальной» форме опухоли по классификации Lauren. При этом типе удельный вес опухолей с прорастанием серозной оболочки относительно невелик.

Тип II — представлен истинной аденокарциномой зоны ПЖП (истинный рак кардии); эпицентр ее расположен в пределах 1 см проксимальнее (орально) и 2 см дистальнее (аборально) от Z-линии. Этот тип рака развивается из эпителия кардиального отдела желудка, значительно реже — из метаплазированного цилиндрического эпителия пищевода. Частота ПБ при II типе составляет около 10 %. Преобладает диффузная форма опухоли по классификации Lauren. Удельный вес опухолей с инвазией серозной оболочки наиболее низок.

Тип III — наиболее неблагоприятный в прогностическом

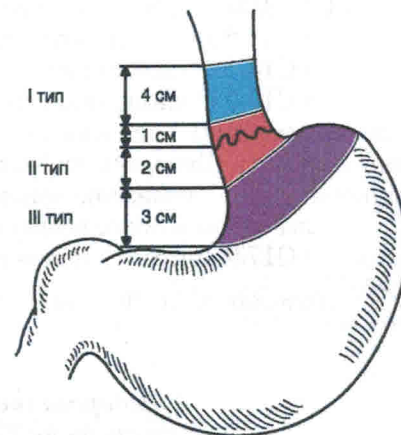


Рис. 36. Классификация аденокарциномы кардиоэзофагеального перехода по J. Siewert

### Классификация подтипов LST в соответствии с определением Киотской рабочей группы

В соответствии с определением Киотской рабочей группы, основанным на предыдущих работах S. Kudo [et al.], латерально распространяющиеся опухоли (laterally spreading tumors) были классифицированы на следующие подтипы: латерально распространяющаяся опухоль гранулярного гомогенного типа (LST granular homogenous type [LST-G-H]) — эпителиальная опухоль с преимущественно латеральным ростом и гомогенной гранулярной поверхностью; латерально распространяющаяся опухоль гранулярно-нодулярного смешанного типа (LST granular nodular type [LST-G-M]) с одним или более узелками; негранулярная латерально распространяющаяся опухоль плоско-возвышенного типа (LST nongranular flat elevated type [LST-NG-F]) — плоская опухоль без гранул; и негранулярная латерально распространяющаяся опухоль псевдодепрессивного типа (LST pseudodepressed nongranular types [LST-NG-PD]) с наличием участка углубления без четких границ, называемого псевдодепрессией (рис. 42). Эти подтипы

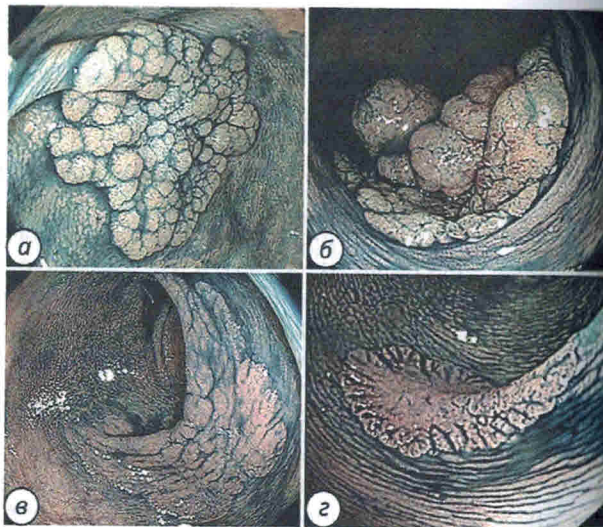


Рис. 42. Подтипы латерально распространяющейся опухоли (LST): а — LST-G-H (гранулярный гомогенный тип); б — LST-G-M (нодулярно-гранулярный смешанный тип); в — LST-NG-F (негранулярный плоско-возвышенный тип); г — LST-NG-PD (негранулярный тип с псевдодепрессией)

Источник: *Ishigaki T. [et al.], 2020.*

соответствуют типам опухоли Парижской классификации 0-IIa; 0-IIb или 0-Is+IIa; 0-IIa и 0-IIa+IIc или 0-IIc+IIa соответственно.

### Классификация сосудистого рисунка при осмотре в режиме NBI для ранних колоректальных поражений (Sano Y., 2006)

Классификация Y. Sano — Sano's capillary pattern (CP) classification. В нормальной слизистой оболочке или на поверхностных гиперпластических поражениях отверстия крипт окружают четко очерченные капилляры, организованные в виде рисунка сот вокруг крипт без каких-либо изменений диаметра сосудов. Капилляры гиперпластических поражений становятся удлиненными с большим и неоднородным диаметром. В процессе изменения от предракового к раковому поражению увеличивается как число, так и плотность капилляров, отсутствует симметрия в направлении хода капилляров. Различия капиллярного рисунка (capillary pattern) в поверхностных поражениях СО особенно заметны при использовании NBI. Патологические микрокапилляры — индикатор неоплазии. Капиллярные петли, упорядоченные в сетчатый рисунок вокруг слизистых крипт, Y. Sano [et al.] назвали mashed capillary vessels (MCVs), дословно — масса капиллярных сосудов (сетчатые капиллярные сосуды), и соотнесли микроваскулярную архитектуру с CP-классификацией.

CP тип I («нечеткий» (faint)) — регулярный капиллярный рисунок, окружающий ямки эпителия по типу пчелиных сот. MCVs не видны или видны слабо при увеличительной колоноскопии с использованием NBI, так как обычное разрешение не позволяет рассмотреть сосудистую сеть нормальной слизистой оболочки. Хотя плотность микрососудов в маленьких гиперпластических полипах меньше, чем в нормальной СО, диаметр MCVs отличается несущественно. Капиллярные сосудистые сети иногда определяются в части гиперпластических полипов, включая большие гиперпластические полипы и гиперпластические полипы с зубчатыми изменениями.

CP тип II («сетевидный» (network)) — четко видимая микрососудистая сеть на поверхности образования, формирующая округлые, овальные или по типу пчелиных сот ячейки. Аденоматозные поражения независимо от макроскопического типа выглядят как темно-коричневые неоваскулярные поражения (коричневатые пятна), легко идентифицируются при использовании NBI без увеличения. MCVs четко видны, капилляры удлинены и имеют ненормально большой диаметр.

• СР тип III («плотный» (dense)) – нерегулярная четко видимая микрососудистая сеть на поверхности образования. Капиллярно-сосудистый рисунок определяется как нерегулярный неструктурированный рисунок в петлеподобной микроваскулярной архитектуре и имеет не менее одной из следующих характеристик: нерегулярный размер, сложное (запутанное) ветвление и/или разрушение нерегулярные изгибы в отличие от капилляров малого калибра наблюдаемых в аденоматозных полипах (СР тип II).

• СР тип IIIA («неоднородный» (irregular)). Капиллярный рисунок имеет четкую видимую микроваскулярную архитектуру и высокую микроваскулярную плотность, микрососуды характеризуются отсутствием единообразия, ветвлением, разрывистостью, беспорядочностью и слепыми концами.

• СР тип IIIB («скудный» (sparse)). Четко видна демаркационная граница между нормальной и «раковой» слизистой оболочкой. Имеются аваскулярные зоны или зоны с частичной утратой сосудистого рисунка.

#### Классификация сосудистого рисунка Y. Sano

Параметр	I	II	IIIA	IIIB
Схематичное изображение				
Эндоскопические данные				
MCVs (-)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• MCVs (+)</li> <li>• Капиллярные сосуды окружают железы слизистой оболочки</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Капиллярные сосудистые сети ветвятся, заканчиваются слепыми нерегулярными, извитыми</li> <li>• Отсутствие единообразия</li> <li>• Высокая плотность капиллярных сосудов</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Частичная утрата микрососудистого компонента либо аваскулярные зоны</li> </ul>

Параметр	I	II	IIIA	IIIB
Категория	Норма Гиперпластический полип	Аденома M* SM1**		SM2-3***
Лечебная тактика	Не требует лечения	Эндоскопическое лечение (полипэктомия или EMR)		Хирургическое лечение

\* M – внутрислизистый рак.

\*\* SM1 – поверхностная инвазия (менее 1000 мкм).

\*\*\* SM2-3 – глубокий подслизистый инвазивный рак (более 1000 мкм).

Источники: Sano Y. [et al.], 2006; Sano Y. [et al.], 2009; Uraoka T. [et al.], 2011.

#### Классификация сосудистого и поверхностного рисунка при осмотре в режиме NBI для ранних колоректальных поражений (Hiroshima, 2008)

Классификация Hiroshima University основана на оценке поверхностного рисунка (структур pit-like, дословно ямоподобных структур (рис. 43)) и рисунка архитектоники микрососудов. Все поражения подразделяются на три типа (рис. 44).

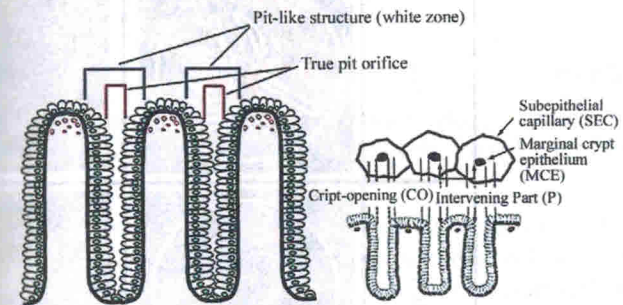


Рис. 43. Схематичное изображение pit-like-структур. Ямоподобные структуры (или белая зона) содержат открытые крипты (crypt opening) и краевой эпителий крипт (marginal crypt epithelium (MCE)). При осмотре в узком спектре колоректальных опухолей, имеющих вид полипов и сложное ветвление складок, трудно выбрать направление светового пучка, перпендикулярное ямам. Следовательно, затруднено выявление ямок по признаку более темных структур. Структуры, содержащие открытые крипты и краевой эпителий крипт, выглядят белыми и чаще всего образуют ямоподобные структуры

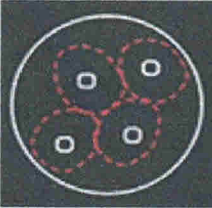

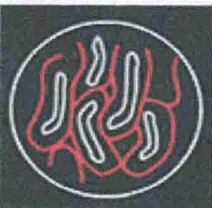







А тип			
В тип			
С тип	1		
	2		
	3		

Рис. 44. Классификация Hiroshima в схемах и эндосографиях (Sano Y. [et al.], 2016)

Тип А. Pit-like-структуры представлены в виде коричневых или черных точек звездчатой или округлой формы, окруженных белым ободком. Микрососудистый рисунок нечеткий или отсутствует. Вокруг поражения сосуды отсутствуют или наблюдаются единичные извитые сосуды. Тип А характерен для нормы или гиперпластических полипов.

Тип В. Четкий регулярный рисунок поверхности с регулярной архитектурой микрососудистой сети, которая хорошо видна и представлена небольшим количеством микрососудов вокруг ямок, иногда — обильная микрососудистая сеть. Наблюдается при аденомах или внутрислизистых карциномах.

Тип С. Неправильный рисунок поверхности без определенной структуры, подразделяется на три подтипа:

С1. Рисунок поверхности слизистой оболочки плохо различим, микрососудистый рисунок нерегулярный. Диаметр и распределение сосудов однородны.

С2. Рисунок поверхности СО нерегулярный из-за увеличенного количества микрососудов вокруг ямок. Диаметр микрососудов различен, рисунок микрососудистой сети нерегулярный.

С3. Рисунок поверхности СО не определяется. Микрососуды расширены, распределение их неравномерно, имеются аваскулярные зоны.

Источники: Tanaka S. [et al.], 2008; Kanao H. [et al.], 2009; Oba S. [et al.], 2010; Tanaka S., Sano Y., 2011.

#### Классификация сосудистого рисунка при колоректальных поражениях (Showa University Northern Yokohama Hospital (Showa classification), 2009)

Сосудистый рисунок по данной классификации подразделяется на шесть групп в зависимости от эндоскопической картины: нормальный, нечеткий, сетчатый, плотный, нерегулярный и редкий (разбросанный). Для большинства гиперпластических полипов характерен нечеткий рисунок. Сосудистый рисунок аденом в основном сетчатый или плотный. Преобладающий сосудистый рисунок рака — нерегулярный и редкий. Нерегулярный рисунок характерен для возвышающегося или плоскоуглубленного рака, редкий рисунок — для углубленного рака (рис. 45).

Источники: Wada Y. [et al.], 2009; Sano Y. [et al.], 2016.



#### 4. КЛАССИФИКАЦИЯ ДРУГИХ БОЛЕЗНЕЙ ЖКТ (ГРЫЖИ, ДИВЕРТИКУЛЫ, ПОВРЕЖДЕНИЯ, ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА)

##### *Классификация прочих болезней ЖКТ по МКБ-10*

##### *K22 Другие болезни пищевода.*

- K22.0 Ахалазия кардиальной части.

Ахалазия БДУ/ Кардиоспазм. Исключен: врожденный кардиоспазм (Q40.2).

- K22.2 Непроходимость пищевода.

Компрессия/Сужение/Стеноз пищевода/Стриктура. Исключены: врожденный(ая) стеноз или стриктура пищевода (Q39.3).

- K22.3 Прободение пищевода. Разрыв пищевода. Исключены: травматическое прободение (торакальной части) пищевода (S37.1).

- K22.4 Дискинезия пищевода.

«Штопорообразный» пищевод/Диффузный спазм пищевода. Спазм пищевода. Исключен: кардиоспазм (K22.0).

- K22.5 Дивертикул пищевода приобретенный.

Исключен: врожденный дивертикул пищевода (Q39.6).

- K22.6 Желудочно-пищеводный разрывно-геморрагический синдром (синдром Маллори – Вейсса).

- K22.9 Болезнь пищевода неуточненная.

##### *K31 Другие болезни пищевода и двенадцатиперстной кишки*

- K31.0 Острое расширение желудка.

- K31.1 Гипертрофический пилоростеноз у взрослых.

Пилоростеноз БДУ. Исключены: врожденный или детский пилоростеноз (Q40.0).

- K31.2 Стриктура в виде песочных часов и стеноз желудка

Исключены: желудок в виде песочных часов врожденный (Q40.2), сужение желудка в виде песочных часов (K31.8).

- K31.3 Пилороспазм, не классифицированный в других рубриках.

Исключены: пилороспазм: врожденный или младенческий (Q40.0), невротический (F45.3), психогенный (F45.3).

- K31.4 Дивертикул желудка.

Исключен: врожденный дивертикул желудка (Q40.2).

- K31.5 Непроходимость двенадцатиперстной кишки.

Сжатие/Стеноз/Сужение/Непроходимость двенадцатиперстной кишки хроническая. Исключен: врожденный стеноз двенадцатиперстной кишки (Q41.0).

- K31.6 Свищ желудка и двенадцатиперстной кишки.

Желудочно-ободочнокишечный свищ/Желудочно-тощекишечно-ободочнокишечный свищ.

- K31.8 Другие уточненные болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Ахлоргидрия. Гастроптоз. Сужение желудка в виде песочных часов.

- K31.9 Болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки неуточненная.

##### *K44 Диафрагмальная грыжа.*

Включены: грыжа отверстия диафрагмы (пищеводного) (скользящая), околопищеводная грыжа. Исключены: врожденная грыжа: диафрагмальная (Q79.0), пищеводного отверстия диафрагмы (Q40.1).

- K44.0 Диафрагмальная грыжа с непроходимостью без гангрены.

Диафрагмальная грыжа: вызывающая непроходимость/ущемленная/неправимая/без гангрены/странгуляционная.

- K44.1 Диафрагмальная грыжа с гангреной.

- K44.9 Диафрагмальная грыжа без непроходимости или гангрены.

Диафрагмальная грыжа БДУ.

##### *K55 Сосудистые болезни кишечника.*

##### *K56 Паралитический илеус и непроходимость кишечника без грыжи.*

- K56.0 Паралитический илеус (паралич: кишечника, ободочной кишки, тонкой кишки. Исключены: илеус, вызванный желчным камнем (K56.3), илеус БДУ (K56.7), обструктивный илеус БДУ (K56.6)).

- K56.1 Инвагинация (внедрение петли кишечника, или инвагинация: кишечника, ободочной кишки, тонкой кишки, прямой кишки. Исключена: инвагинация аппендикса (K38.8)).

- K56.2 Заворот кишок (странгуляция ободочной или тонкой кишки. Перекручивание ободочной или тонкой кишки. Узлообразование ободочной или тонкой кишки).

- K56.3 Илеус, вызванный желчным камнем (закупорка тонкой кишки желчным камнем).

- K56.4 Другие виды закрытия просвета кишечника (кишечный камень. Закрытие просвета: ободочной кишки; каловое).

- K56.5 Кишечные сращения (спайки) с непроходимостью.

- K56.6 Другая и неуточненная кишечная непроходимость (энтеростеноз. Обструктивный илеус БДУ. Закупорка ободочной или

тонкой кишки. Стеноз ободочной или тонкой кишки. Сужение ободочной или тонкой кишки).

- K56.7 Илеус неуточненный.

#### *K57 Дивертикулярная болезнь кишечника.*

• K57.0 Дивертикулярная болезнь тонкой кишки с прободением и абсцессом (дивертикулярная болезнь тонкой кишки с перитонитом. Исключена: дивертикулярная болезнь тонкой и толстой кишки с прободением и абсцессом (K57.4)).

• K57.1 Дивертикулярная болезнь тонкой кишки без прободения и абсцесса (дивертикулярная болезнь тонкой кишки БДУ). Исключена: дивертикулярная болезнь тонкой и толстой кишки с абсцессом (K57.5)).

• K57.2 Дивертикулярная болезнь толстой кишки с прободением и абсцессом (дивертикулярная болезнь ободочной кишки с перитонитом. Исключена: дивертикулярная болезнь тонкой и толстой кишки с прободением и абсцессом (K57.4)).

• K57.3 Дивертикулярная болезнь толстой кишки без прободения и абсцесса (дивертикулярная болезнь ободочной кишки БДУ). Исключена: дивертикулярная болезнь тонкой и толстой кишки с прободением или абсцесса (K57.5)).

• K57.4 Дивертикулярная болезнь тонкой и толстой кишки с прободением и абсцессом (дивертикулярная болезнь тонкой и толстой кишки с перитонитом).

• K57.5 Дивертикулярная болезнь тонкой и толстой кишки с прободением или абсцесса (дивертикулярная болезнь тонкой и толстой кишки БДУ).

• K57.8 Дивертикулярная болезнь кишечника неуточненной части с прободением и абсцессом (дивертикулярная болезнь кишечника БДУ с перитонитом).

• K57.9 Дивертикулярная болезнь кишечника, неуточненная часть без прободения и абсцесса (дивертикулярная болезнь кишечника БДУ).

#### *K58 Синдром раздраженного кишечника.*

- K58.0 Синдром раздраженного кишечника с диареей.
- K58.9 Синдром раздраженного кишечника без диареи.

#### *K59 Другие функциональные кишечные нарушения.*

- K59.0 Запор.
- K59.1 Функциональная диарея.
- K59.2 Неврогенная возбудимость кишечника, не классифицированная в других рубриках.

• K59.3 Мегаколон, не классифицированный в других рубриках (расширение ободочной кишки. Токсический мегаколон. При необходимости идентифицировать токсичный агент используют дополнительный код внешних причин (класс XX). Исключены: мегаколон (при): болезни Шагаса (B57.3), вызванный *Clostridium difficile* (A04.7), врожденный (аганглионарный) (Q43.1), болезнь Гиршпрунга (Q43.1)).

- K59.4 Спазм анального сфинктера (прокталгия преходящая).
- K59.8 Другие уточненные функциональные кишечные нарушения (атония ободочной кишки).
- K59.9 Функциональное нарушение кишечника неуточненное.

#### *K60 Трещина и свищ области заднего прохода и прямой кишки.*

- K60.0 Острая трещина заднего прохода.
- K60.1 Хроническая трещина заднего прохода.
- K60.2 Трещина заднего прохода неуточненная.
- K60.3 Свищ заднего прохода.
- K60.4 Прямокишечный свищ (кожный (полный) свищ прямой кишки. Исключены: свищ: ректовагинальный (N82.3), мочепузырно-прямокишечный (N32.1)).
- K60.5 Аноректальный свищ (свищ между прямой кишкой и задним проходом).

#### *K61 Абсцесс области заднего прохода и прямой кишки.*

- K61.0 Анальный (заднепроходный) абсцесс (перианальный абсцесс. Исключен: интрасфинктерный абсцесс (K61.4)).
- K61.1 Ректальный абсцесс (периректальный абсцесс. Исключен: ишиоректальный абсцесс (K61.3)).
- K61.2 Аноректальный абсцесс.
- K61.3 Ишиоректальный абсцесс (абсцесс ишиоректальной ямки).
- K61.4 Интрасфинктерный абсцесс.

#### *K62 Другие болезни заднего прохода и прямой кишки.*

- K62.0 Полип анального канала.
- K62.1 Полип прямой кишки (исключен: аденоматозный полип (D12.8)).
- K62.2 Выпадение заднего прохода.
- K62.3 Выпадение прямой кишки (выпадение слизистой оболочки прямой кишки).
- K62.4 Стеноз заднего прохода и прямой кишки (стриктура заднего прохода (сфинктера)).
- K62.5 Кровотечение из заднего прохода и прямой кишки (исключено: кровотечение из прямой кишки у новорожденного (P54.2)).

- К62.6 Язва заднего прохода и прямой кишки (язва: обильная, каловая. Исключены: трещина и свищ заднего прохода и прямой кишки (К60.-) при язвенном колите (К51.-)).

- К62.7 Радиационный проктит.

- К62.8 Другие уточненные болезни заднего прохода и прямой кишки (проктит БДУ).

- К62.9 Болезнь заднего прохода и прямой кишки неуточненная

### К63 Другие болезни кишечника.

- К63.0 Абсцесс кишечника (исключены: абсцесс: области заднего прохода и прямой кишки (К61.-), аппендикса (К35.3), с дивертикулярной болезнью (К57.-)).

- К63.1 Прободевание кишечника (нетравматическое) (исключены: прободение (нетравматическое): аппендикса (К35.2, К35.3), двенадцатиперстной кишки (К26.-), с дивертикулярной болезнью (К57.-)).

- К63.2 Кишечный свищ (исключены: свищ: области заднего прохода и прямой кишки (К60.-), аппендикса (К38.3), двенадцатиперстной кишки (К31.6), кишечно-генитальный у женщин (N82.2—N82.4), пузырно-кишечный (N32.1)).

- К63.3 Язва кишечника (первичная язва тонкой кишки. Исключены: язва: области заднего прохода и прямой кишки (К61.-), двенадцатиперстной кишки (К26.-), желудочно-кишечная (К27.-), гастроэюнальная (К28.-), еюнальная (К28.-), пептическая неуточненной локализации (К27.-), язвенный колит (К51.-)).

- К63.4 Энтероптоз.

- К63.5 Полип толстой кишки (исключены: аденоматозный полип толстой кишки (D12.6), полипоз толстой кишки (D12.6))

- К63.8 Другие уточненные болезни кишечника.

- К63.9 Болезнь кишечника неуточненная.

### T18 Инородное тело в пищеварительном тракте.

- T18.0 Инородное тело во рту.

- T18.1 Инородное тело в пищеводе.

- T18.2 Инородное тело в желудке.

- T18.3 Инородное тело в тонком кишечнике.

- T18.4 Инородное тело в ободочной кишке.

- T18.5 Инородное тело в заднем проходе и прямой кишке.

- T18.8 Инородное тело в другом или нескольких отделах пищеварительного тракта.

- T18.9 Инородное тело в неуточненной части пищеварительного тракта.

Источник: МКБ-10, 1990.

## Классификация ГПОД (Петровский Б. В., Каншин Н. И., 1966)

Различают следующие типы грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД).

1. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы скользящего (акцидентального) типа (рис. 61):

- пищеводная;
- кардиальная;
- кардиофундальная;
- субтотальная желудочная;
- тотальная желудочная.

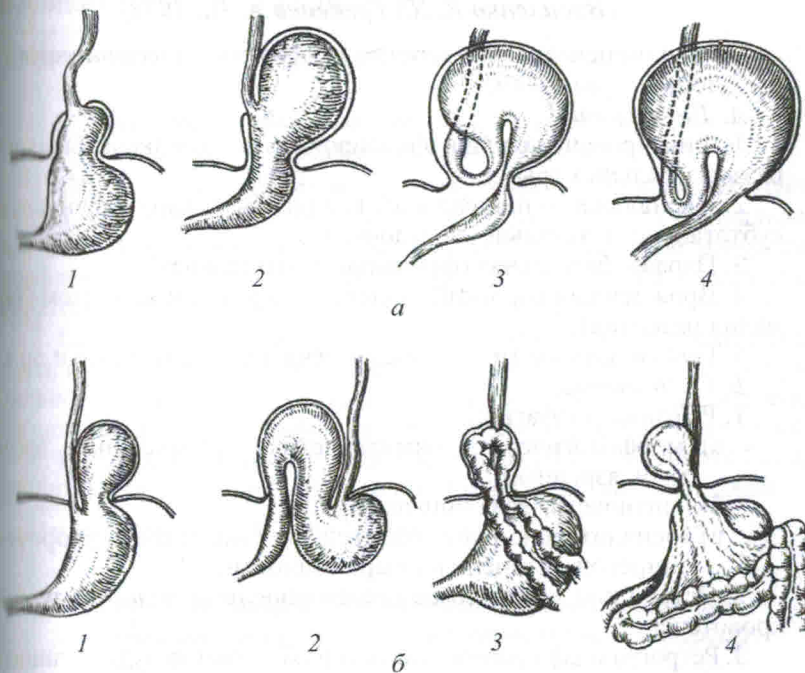


Рис. 61. Схема различных грыж пищеводного отверстия диафрагмы по Б. В. Петровскому, Н. И. Каншину:

а — скользящие грыжи: 1 — кардиальная, 2 — кардиофундальная, 3 — субтотальная желудочная, 4 — тотальная желудочная;

б — паразофагеальные грыжи: 1 — фундальная, 2 — антральная, 3 — кишечная, 4 — сальниковая