

СОДЕРЖАНИЕ

Условные сокращения	4
Предисловие к серии	5
Введение	6
1. Протокол эндоскопического исследования	8
1.1. Эндоскопическая анатомия желудка	8
1.2. Топирование процесса	8
1.3. Последовательность эндоскопического осмотра	9
1.4. Терминология протокола эндоскопического исследования ...	10
1.5. Биопсия	11
2. Субэпителиальные (интрамуральные) новообразования желудка ...	15
2.1. Лейомиома (<i>код МКБ-10: D13.1, ICD-0 code – 8890/0</i>)	22
2.2. Липома (<i>код МКБ-10: D13.1, ICD-0 code – 8850/0</i>)	30
2.3. Ангиолипома (<i>код МКБ-10: D13.1, ICD-0 code – 8861/0</i>)	36
2.4. Невринома (<i>код МКБ-10: D13.1, ICD-0 code – 9560/0</i>)	39
2.5. Фиброма (<i>код МКБ-10: D13.1, ICD-0 code – 8810/0</i>)	44
2.6. Нейрофиброма (<i>код МКБ-10: D13.1, ICD-0 code – 9540/0</i>)	49
2.7. Фиброваскулярный полип (<i>код МКБ-10: K31.7</i>)	52
2.8. Плексиформная ангиомиксонидная миофибробластическая опухоль (<i>код МКБ-10: D13.1, ICD-0 code – 8811/0</i>)	55
2.9. Зернистоклеточная опухоль (опухоль Абрикосова) (<i>код МКБ-10: D13.1, ICD-0 code – 9580/0</i>)	59
2.10. Сосудистые опухоли желудка	61
2.10.1. Гемангиома (<i>код МКБ-10: D13.1, ICD-0 code – 9121/0</i>)	61
2.10.2. Врожденная геморрагическая телеангиэктазия (<i>код МКБ-10: I78.0</i>)	65
2.10.3. Лимфангиома (<i>код МКБ-10: D13.1, ICD-0 code – 9170/0</i>)	67
2.10.4. Гломусная опухоль (<i>код МКБ-10: D13.1, ICD-0 code – 8711/0</i>)	70
3. Гетеротопии	74
3.1. Аберрантная поджелудочная железа (<i>код МКБ-10: K31.8</i>)	74
4. Тератома (<i>код МКБ-10: D13.1, ICD-0 code – 9080/0</i>)	80
Заключение	83
Библиографический список	84

1. ПРОТОКОЛ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

1.1. Эндоскопическая анатомия желудка

В соответствии с МСТ 3.0, разработанной Всемирной организацией эндоскопии пищеварительной системы (OMED), для топографического описания результатов эндоскопического исследования желудка рекомендовано использовать следующие анатомические отделы: кардия (область пищеводно-желудочного перехода), дно, тело, угол желудка, антральный отдел (в МСТ 3.0 — антрум), препилорическая область, привратник, желудок в целом, диафрагмальное сужение, анастомоз.

В соответствии с приложением 8.1.10 к МСТ 3.0 «Определения, используемые для области пищеводно-желудочного перехода» дистальный отдел пищевода и проксимальная часть желудка формируют пищеводно-желудочную область — «кардию» — со специфическими анатомическими ориентирами. При описании данной области необходимо руководствоваться тем, что здесь отсутствуют видимые проксимальные и дистальные границы. Ориентиры избраны произвольно: 2 см над и под ПЖП, что является часто используемым стандартом.

Что касается угла желудка, то в третьем издании «Терминология, определения терминов и диагностических критериев в эндоскопии пищеварительного тракта» (Mařatka Z., 1996) среди разделов и участков, выделяемых при гастроскопии, наряду с углом желудка присутствовала и область угла (часть тела и антрального отдела). Однако в последующих МСТ 2.0 и 3.0 из этих двух разделов остался только угол желудка (вырезка), располагающийся на малой кривизне и определяемый как выступающий угол на малой кривизне желудка, отделяющий тело желудка от антрума.

1.2. Топирование процесса

При выявлении в желудке патологического образования обязательно описывают его локализацию соответственно с анатомическим отделом, а также указывают на его расположение — передняя/задняя стенки, большая/малая кривизна.

Авторы МСТ 3.0 рекомендуют при описании локализации патологических изменений в желудке использовать расстояние в сантиметрах от резцов, от ПЖП и от привратника. Однако вышеперечисленные ориентиры не всегда объективны и часто зависят от различных факторов (от количества инсуффлированного воздуха, перистальтических волн, расположения эндоскопа в просвете желудка и т. д.). Поэтому возможность применения данных ориентиров ограничена. Допустимо указывать:

1) расстояние от ПЖП — при локализации патологии в непосредственной близости от него;

2) расстояние от привратника — при локализации изменений в препилорической области;

3) расстояние от резцов — при локализации изменений по малой кривизне тела желудка или при переходе опухоли с пищевода на желудок для указания ее дистального края.

1.3. Последовательность эндоскопического осмотра

Осмотр желудка следует проводить как при введении, так и при выведении эндоскопа с использованием рекомендованных стандартных позиций. Несмотря на кажущуюся простоту, отмечается довольно много диагностических ошибок при гастроскопии, пропуск иногда очень серьезных поражений. Чтобы избежать этого, необходимо соблюдать следующие правила:

1) полная аспирация содержимого желудка;

2) применение пеногасителей на основе симетикона (эспумизан, саб-симплекс, бейбикалм, гаскон дроп, симетикон и др.);

3) применение муколитиков, протеолитических ферментов, ацетилцистеина, раствора соды для удаления слизи со стенок желудка;

4) тщательное и полное расправление просвета желудка воздухом;

5) последовательный осмотр всех отделов;

6) применение современных методик эндоскопической диагностики (осмотр в режиме NBI, i-scan, FICE, эндоскопии с увеличением, аутофлуоресценции, если они доступны, или хромоскопии);

7) фото- и видеодокументация (они особенно полезны при повторных исследованиях для оценки динамики процесса, в спорных и трудных для дифференциальной диагностики случаях. Выбор наиболее показательных изображений служит стимулом для более точного описания поражения);

8) не торопиться! Согласно рекомендациям ESGE, время на эзофагогастродуоденоскопию должно составлять не менее 7 мин.