

**ДІАГНОСТИЧНА
І ЛІКУВАЛЬНА
ЕНДОСКОПІЯ
ТРАВНОГО КАНАЛУ
Атлас**

Під редакцією проф. В. Й. Кімаковича і проф. В. В. Грубніка

Львів
Видавництво Мс
2003

УДК 616.329-072.1(084)
ББК 54.13+53.64

Автори:

- В. Й. Кімакович, д. м. н., проф., зав. кафедри ендоскопії та малоінвазивної хірургії Львівського державного медичного університету імені Данила Галицького.
В. В. Грубнік, д. м. н., проф., зав. кафедри хірургічних хвороб з постдипломною підготовкою Одеського державного медичного університету.
Ю. А. Мельниченко, к. м. н., асистент кафедри хірургічних хвороб з постдипломною підготовкою Одеського державного медичного університету.
І. М. Тумак, к. м. н., асистент кафедри ендоскопії та малоінвазивної хірургії Львівського державного медичного університету імені Данила Галицького.
В. І. Коломійцев - к. мед. н., доцент каф. факультетської хірургії ЛНМУ ім. Данила Галицького.
І. М. Михаськів - к. мед. н., асистент кафедри ендоскопії та малоінвазивної хірургії ЛНМУ ім. Данила Галицького.
Я. М. Савицький - к. мед. н., асистент кафедри ендоскопії та малоінвазивної хірургії ЛНМУ ім. Данила Галицького, завідувач ендоскопічного відділення Львівського обласного клінічного діагностичного центру (ЛОКДЦ)
І. О. Коляда - асистент кафедри ендоскопії та малоінвазивної хірургії ЛНМУ ім. Данила Галицького
Я.Б. Швидкий - лікар-ендоскопіст ЛОКДЦ
Л. І. Дяк - лікар-ендоскопіст ЛОКДЦ
Ю. Д. Білик - завідувач ендоскопічного відділення Львівської міської комунальної лікарні швидкої медичної допомоги (МКЛШМД)
М.Є. Артюшенко - лікар-ендоскопіст Львівської МКЛШМД.

Рецензенти:

- Л. Я. Ковальчук, д. м. н., проф., зав. кафедри шпитальної хірургії Тернопільської державної медичної академії імені І. Горбачевського.
В. І. Мамчич, д. м. н., проф., зав. кафедри хірургії Київської медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика.
В. І. Вдовиченко, д. м. н., проф., зав. кафедри терапії №1 Львівського державного медичного університету імені Данила Галицького.
Рекомендовано ЦМК МОЗ України в якості навчального посібника для післядипломного навчання лікарів-ендоскопістів (рішення №23-01-25/191 від 30 травня 2003 р.).

Діагностична і лікувальна ендоскопія травного каналу. Атлас. / Грубнік В. В., Кімакович В. Й., Мельниченко Ю. А., Тумак І. М. — Львів: Видавництво Мс, 2003. 208 с., 621 іл.

ISBN 966-95739-7-1

Видання містить понад 800 ілюстрацій і відеокліпів, які стосуються усіх розділів ендоскопії травного каналу (езофагогастродуоденоскопія, колоноскопія, ретроградна холангіопанкреатографія) з відповідними коментарями. Матеріал охоплює як візуально-анатомічні особливості різних відділів травного каналу в нормі, так і ендоскопічну семіотику гострих, хронічних та злоякісних захворювань, а також різні лікувальні процедури. Крім того, у видання включено схеми диференціальної діагностики різних захворювань на підставі ендоскопічних ознак, системи оцінки їх важкості тощо. Матеріал упорядковано з урахуванням номенклатури OMEД. У кінці видання також вміщено український переклад Мінімальної стандартної термінології в ендоскопії травної системи та короткий англо-український словничок термінів і понять, найчастіше вживаних в англійській ендоскопічній літературі.

Адресоване насамперед лікарям-ендоскопістам як навчальний посібник, проте може бути корисним гастроентерологам, хірургам, онкологам та лікарям інших спеціальностей, а також студентам старших курсів.

УДК 616.329-072.1(084)

Зміст

Передмова 4

СТРАВОХІД 5

ШЛУНОК 49

**ДВАНАДЦЯТИПАЛА КИШКА
І ПАНКРЕАТОБІЛІАРНА СИСТЕМА 97**

ТОВСТА І КЛУБОВА КИШКА 127

**Мінімальна стандартна термінологія
в ендоскопії травної системи 173**

Англо-український ендоскопічний словник . 187

Алфавітний покажчик 201

Рекомендована література 207

Передмова до I видання Шановні колеги!

До підготовки пропонованого Вам видання нас спонукало кілька важливих причин.

Останніми роками на ринку літератури в Україні з'явилося чимало нових видань як вітчизняних авторів, так і перекладних, з основних напрямів клінічної медицини. Усі ці монографії та посібники достатньо повно віддзеркалюють поступ світової медицини за останнє десятиріччя. Загалом не відчувається дефіциту в навчальній літературі з такої галузі оперативної ендоскопії, як лапароскопічна хірургія. Водночас у "класичній" ендоскопії травного каналу (як давно вже помітили ендоскопісти-практики) на наших теренах виник певний "вакуум" щодо навчальної літератури. І це тоді, коли за останні десятиліття ендоскопічні технології зазнали видатного розвитку, паралельно з тим суттєво переглянуто ендоскопічну термінологію, виникли нові нозологічні одиниці, змінилися погляди на патогенез і лікування низки захворювань.

У запропонованому Вам атласі ми спробували узагальнити досвід ендоскопії травного каналу, спираючись на вживані світовою ендоскопічною спільнотою номенклатуру Всесвітньої організації ендоскопії травної системи (OMED), розроблену З. Маржаткою,¹ та Мінімальну стандартну термінологію в ендоскопії травної системи (MCT, версія 2.0), підготовану Комітетом з термінології Європейського товариства гастроінтестинальної ендоскопії (ESGE), Комітетом з інформатики Американського товариства гастроінтестинальної ендоскопії (ASGE) і Комітетом з термінології і обробки даних OMED.² Гадаємо, це допоможе читачам у їх повсякденній роботі: ендоскопістам — описувати результати досліджень і лікувальних процедур згідно з міжнародними нормами (а також укладати комп'ютерні бази даних), а гастроентерологам і хірургам — клінічно інтерпретувати ці описи.

Зрозуміло, що видання не претендує на всеосяжну повноту, особливо з огляду на постійний прогрес в ендоскопії і дискусійність багатьох положень. Тому воно насамперед адресоване ендоскопістам-початківцям. Сподіваємося, що наша праця полегшить їх перші кроки, особливо на периферії, де поруч немає старшого колеги, і книги стають основним консультантом.

Хочемо підкреслити, що це видання, як нам відомо, є першою спробою підготовки посібника з гастроінтестинальної ендоскопії українською мовою. Тому сподіваємося, що воно сприятиме зміцненню позицій фахової української мови серед лікарів-ендоскопістів не лише на Західній Україні. Цій же меті слугує і короткий англо-український ендоскопічний словничок в кінці атласу.

Професор В. Й. Кімакович

Професор В. В. Грубнік

Передмова до II (мультимедійного) видання Шановні колеги!

Пропонований вам атлас є суттєво доповненою версією нашого навчального посібника, який вийшов друком у 2003 р. і на який ми отримали низку схвальних відгуків від лікарів-практиків.

Враховуючи специфіку нашої спеціальності, суттєвим недоліком будь-яких друкованих видань є те, що вони не дають змоги відтворити динамічну картину огляду органу або патологічного утвору, ходу лікувальної процедури, з чим має справу ендоскопіст у практичній роботі. Тому при підготовці електронної версії ми зробили акцент на відеокліпи тієї чи іншої патології або лікувальних процедур з наших особистих архівів. Крім того, суттєво доповнено підбірку ілюстрацій. Усі наші співавтори — досвідчені ендоскопісти-практики, які ласкаво надали для видання свої відео- та фотоматеріали та прокоментували їх.

Ми щиро вдячні представництву компанії "Olympus" — найвідомішого у світі виробника ендоскопічної апаратури та інструментарію за фінансову підтримку цього проекту.

Сподіваємося, що ця наша праця дістане таку ж схвальну аудиторію, як і поліграфічне видання атласу, і допоможе Вам у практичній роботі.

З побажаннями успіхів

Професор В. Кімакович

Професор В. Грубнік

Відгуки просимо надсилати на адресу:

*Кафедра ендоскопії Львівського державного медичного університету,
вул. Пекарська, 69, Львів, 79010.*

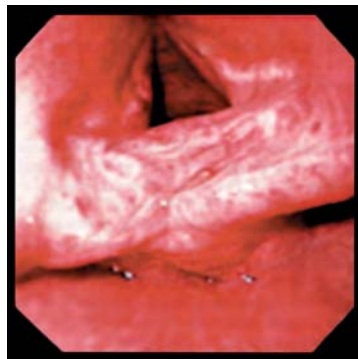
¹ Авторське право (Copyright) належить видавництву Normed Verlag GmbH, Bad Homburg, Federal Republic of Germany. Авторське право на переклад і видання російською мовою належить Російському товариству ендоскопії травної системи (РОЕПС). Усі права захищені.

² Авторське право (Copyright) 1995 на MCT належить ESGE (голова комітету М. Креспі). Авторське право на переклад і видання російською мовою належить Російському товариству ендоскопії травної системи (РОЕПС). Усі права захищені.

СТРАВОХІД

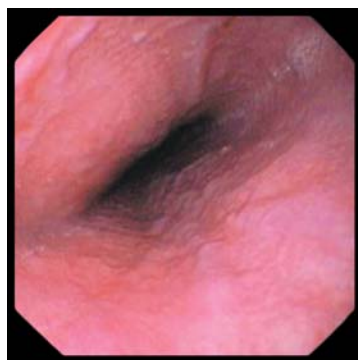
1. Вигляд нижньої частини глотки із входом у гортань.

У гортані видно голосові зв'язки, по боках від входу в гортань — грушовидні кишені, а на 6 год. під персневидним хрящем знаходиться вхід у стравохід. Він має вигляд дугоподібної щілини, розташованої у фронтальній площині. Верхній сфінктер завжди зімкнутий. У людей зона максимального тиску відповідає локалізації *m. cricopharyngeus* і її довжина становить приблизно 1 см. Відстань від різців, як звичайно, становить 14–18 см.



2. Верхня третина грудного відділу стравоходу.

Уздовж стравоходу йдуть складки слизівки шириною 2–4 мм, які при інсуфляції повітря легко розправляються. Слизова оболонка блідо-рожева, гладка, просвіт стравоходу має круглясту форму, його діаметр приблизно 1,5–2,5 см.



3. Аортальне звуження грудного відділу стравоходу.

Розміщене приблизно на відстані 25 см від різців. Дистальніше від нього можна бачити пасивні ритмічні вдавлення, зумовлені роботою серця і диханням. Морфологічні і функціональні зміни у стравоході можна добре оцінити лише за умови, що огляд здійснюється при різному ступені його роздування повітрям.





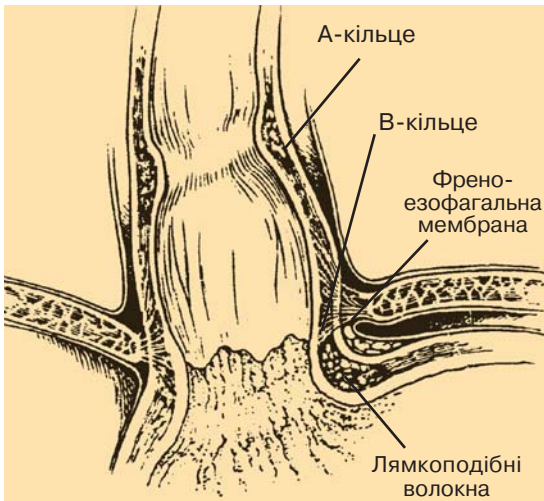
4. Грудний відділ стравоходу. Видно перистальтичні хвилі (поперечні кільця) і поздовжні складки. Поперечні кільця ліпше видно під час зривання.



5. Грудний відділ стравоходу. У глибині видно хіатальне (діафрагмальне) звуження. У місці переходу стравоходу крізь діафрагму відзначається характерне звуження і невелике розширення над ним. Проте хіатальне звуження не завжди легко диференціювати.

6. Стравохідно-шлункове з'єднання і стравохідний отвір діафрагми: нормальні анатомічні співвідношення. Френоезофагальна мембрана фіксує стравохід в отворі діафрагми. Ендоскопічною ознакою стравохідно-шлункового з'єднання (у нормі) є Z-лінія, як звичайно, вона розміщена дещо вище, ніж стравохідно-шлункове з'єднання за даними рентгеноскопії. Як нині вважають, Z-лінія здебільшого розміщена на рівні стравохідного отвору діафрагми. На кілька сантиметрів проксимальніше міститься А-кільце (гладка мускулатура в цьому місці спроможна скорочуватися дещо сильніше, але це візуально не вловлюється і фіксується шляхом манометрії) —

перехід трубчастій частини стравоходу у вестибулярну, яка більш розтяжна і утворює мішок. Вся вестибулярна частина спроможна скорочуватися і вважається зоною нижнього стравохідного сфінктера. Крім того, круральна частина діафрагми функціонує як зовнішній сфінктер. Закінченням надкардального розширення є кільце В на рівні Z-лінії. Як самостійна кільцеподібна структура воно візуалізується лише у випадку ковзної кили стравохідного отвору діафрагми або кільця Шацького.



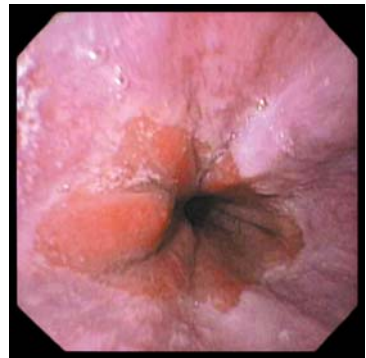
7. Стравохідно-шлункове з'єднання. Термінальний відділ стравоходу (вестибулярна частина) має форму лійки, дном якої є стравохідно-шлунковий перехід. Плоскоклітинно-циліндричноклітинне з'єднання слизової оболонки або Z-лінія — межа блідо-рожевої слизівки стравоходу (плоский епітелій) і червоної слизівки шлунка (циліндричний епітелій). Ця лінія має зигзагоподібну форму і може бути дещо асиметричною. Як нині вважають, нормальний діапазон розміщення Z-лінії під час вдиху (коли діафрагма зміщується униз) — від 1 см нижче стравохідного отвору діафрагми до 2 см вище від нього.



8. Абдомінальний відділ стравоходу. Огляд під час видиху. Видно діафрагмальне звуження і шлунково-стравохідний перехід.



9. Нижній стравохідний сфінктер зімкнутий. Розетка кардії утворена 4–5 поздовжними складками дистального відділу стравоходу. При роздуванні ці складки розправляються. Дистальніше Z-лінії видно складки слизової оболонки шлунка.



10. Z-лінія круглястої форми (момент розкриття).





11. Зяяння (недостатність) нижнього стравохідного сфінктера. Цей стан також називають «халазія кардії». Просвіт сфінктера широко відкритий у шлунок, визначається шлунково-стравохідний рефлюкс, що часто призводить до рефлюкс-езофагіту ("тріада шлунково-стравохідної недостатності").



11а



12. Шлунково-стравохідний пролапс. Ковзаюче ретроградне зміщення слизової оболонки шлунка в термінальну частину стравоходу. Особливо добре це помітно при підвищенні внутрішньочеревного тиску. Пролабуюча слизівка має типові шлункові складки. Можлива й інвагінація усіх шарів стінки шлунка у стравохід. Як звичайно (але не обов'язково) спостерігають на фоні ковзної хіатальної кили.



13. Шлунково-стравохідний пролапс.

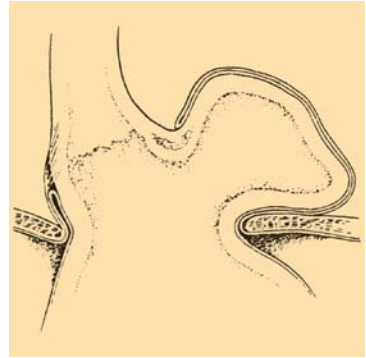


14. Ковзна хіатальна кила. Зумовлюється розслабленням діафрагмально-стравохідного зв'язкового апарату і збільшенням діаметру стравохідного отвору діафрагми. При цьому кардіальний відділ зміщується у грудну порожнину крізь стравохідний отвір діафрагми. При невеликих килах на вдиху Z-лінія розміщена на висоті > 2 см вище стравохідного отвору діафрагми. При великих килах над діафрагмальним звуженням видно складки слизової оболонки шлунка.

15. Параезофагальна кила. Кардіоезофагальне з'єднання залишається у нормальному положенні, тоді як очеревинний мішок із дном шлунка зміщується через отвір поряд із стравоходом у грудну порожнину.



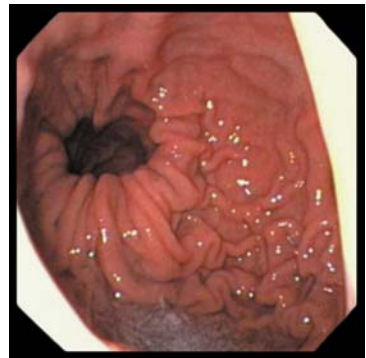
16. Змішана кила (ковзна + параезофагальна). Трапляється частіше, ніж "чиста" параезофагальна кила. У цьому випадку є загальна слабкість френоезофагальної мембрани в поєднанні з її локальним розривом, відтак не лише стравохідно-шлункове з'єднання ковзає вгору крізь хіатальний отвір діафрагми, а й більша чи менша частина шлунка.

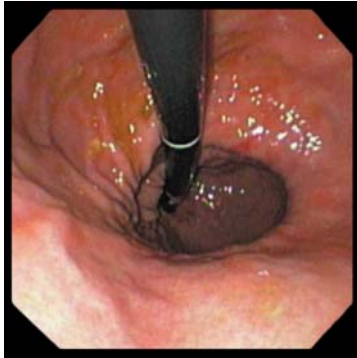


17. Ковзна хіатальна кила. Типова ендоскопічна картина спостерігається під час глибокого вдиху, коли над стравохідним отвором діафрагми формується колбоподібна порожнина, утворена стінкою шлунка із характерною складчастістю.

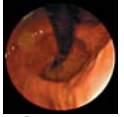


18. Ковзна хіатальна кила. У килу залучено верхній відділ шлунка. Просвіт шлунка звужений у ділянці стискання його діафрагмою.





19. Ковзна хітальна кила. Вигляд у ретрофлексії. Килове випинання за ходом осі ендоскопа.



19a



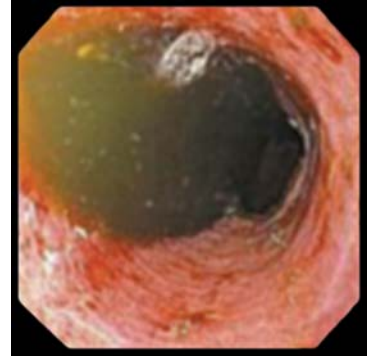
20. Параезофагальна кила. При антеградному огляді (з боку стравоходу) Z-лінія міститься на рівні стравохідного отвору діафрагми, але при інверсійному огляді видно частину шлунка, яка заходить у грудну порожнину.



21. Змішана кила. У ретрофлексії видно частину шлунка, яка втягнута в килу через стравохідний отвір діафрагми. Килове випинання при цьому типові кили розміщене поряд з віссю ендоскопа.

Рефлюкс-езофагіт — найчастіший тип езофагіту, який є результатом закидання (рефлюксу) у стравохід шлункового вмісту. При цій патології спостерігають запалення різного ступеню вираженості та його ускладнення. Є проявом гастроезофагальної рефлюксної хвороби. Основною причиною рефлюксу є гіпотонія нижнього стравохідного сфінктера. До причин розвитку хвороби належать також кила стравохідного отвору діафрагми, зниження стравохідного кліренсу, а також розлади моторики шлунка (порушення евакуації та дуоденогастральний рефлюкс). На початковій катаральній (поверхневій) стадії функціональних і морфологічних змін слизова оболонка стравоходу дифузно набрякла з ділянками розлитої гіперемії, місцями вкрита в'язким слизом, легко ранима. За Саварі-Міллером (класифікація езофагітів, рекомендована OMEG і ESGE) такі зміни не виділяють в окремий ступінь, як це зроблено в американських класифікаціях чи в класифікації Тітгата, через труднощі інтерпретації.

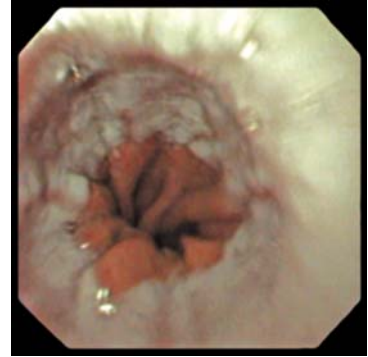
22. Рефлюкс-езофагіт. Виражений гастроєзофагальний рефлюкс. Вміст із значною домішкою жовчі, унаслідок дуоденогастрального рефлюксу. У таких випадках розвивається так званий лужний рефлюкс-езофагіт.



23. Рефлюкс-езофагіт. Під час дослідження виявлено «сторожову складку» — потовщену, гіперемовану складку шлунка, яка переходить на стравохід. На її верхньому кінці біля Z-лінії можна виявити поліпоподібний утвір, часом з ерозуванням.



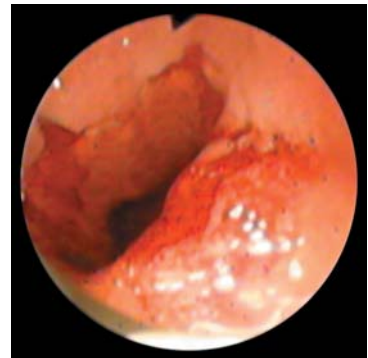
24. Лінійний езофагіт (I ступінь за Саварі-Міллером): ізольовані дефекти слизової оболонки, які поширюються угору від Z-лінії.



25. Лінійний езофагіт (I ступінь). Ізольовані дефекти слизової оболонки з жовтою основою (вкритою фібрином) і червоними краями, які поширюються по складках угору від Z-лінії.

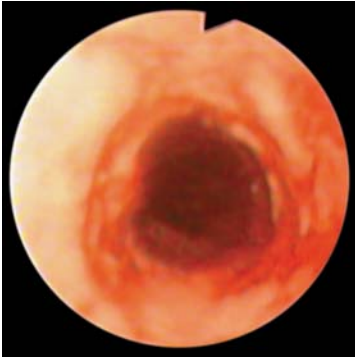


25 а

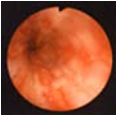




26. Зливний езофагіт (II ступінь). Слизова оболонка стравоходу дифузно набрякла. Поодинокі лінійні ерозії і зони запалення поширюються до середньої третини стравоходу.



27. Зливний езофагіт (II ступінь). Дефекти слизової оболонки сполучаються між собою, вкриті нашаруваннями фібрину.



27 а

Ступені рефлюкс-езофагіту (за Саварі-Міллер)*

- I ступінь** — одна або кілька ерозій, які не виходять за межі однієї складки слизової і не зливаються між собою.
- II ступінь** — множинні ерозії на кількох складках слизової, які зливаються між собою.
- III ступінь** — зливні дефекти слизової, її легка ранимість і запальні зміни по всьому периметру слизової без його звуження.
- IV ступінь** — запальні стриктури, виразки стравоходу, слизова Баррета

* Класифікація Саварі-Міллер існує у кількох версіях. Цей варіант рекомендовано OMED.

Класифікація ендоскопічних знахідок при езофагіті (Лос-Анджелес, 1994)**

- 0** Дефектів слизової немає.
- A** Один дефект слизової або більше на гребені складки довжиною ≤ 5 мм.
- B** Один дефект слизової або більше на гребені складки довжиною > 5 мм, які не зливаються між собою (між складками).
- C** Дефекти слизової, які зливаються між собою (між складками), але ураження не є циркулярним.
- D** Циркулярні дефекти слизової ($>75\%$ периметру).

** Armstrong D Bennett JR et al. The endoscopic assessment of esophagitis: A progress report on observer agreement. Gastroenterology. 1996; 111: 85-92. Lund ell L, Dent J, Bennett J, et al. Endoscopic assessment of esophagitis: clinical and functional correlates and further validation of Los Angeles classification. Gut 1999; 45:172-80.

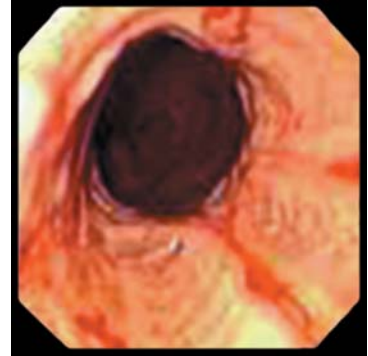


ФІЛЬМ

28. Зливний езофагіт (II ступінь).

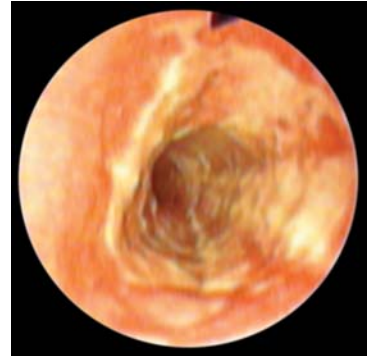


28a



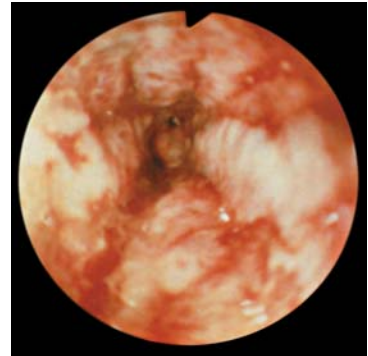
ФІЛЬМ

29. Циркулярний езофагіт (III ступінь за Саварі-Міллером). Дефекти слизової оболонки і запальні зміни поширюються по всьому периметру просвіту, але без його звуження. Ерозивно-виразкові ураження вкриті фібринозно-гнійними нашаруваннями.



ФІЛЬМ

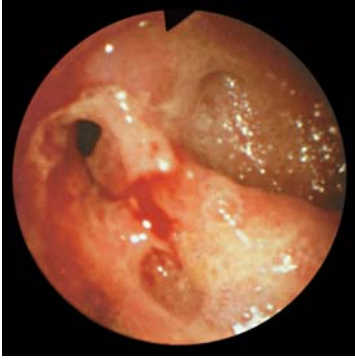
30. Циркулярний езофагіт (III ступінь за Саварі-Міллером). Циркулярні запальні зміни з фібринозними нашаруваннями сягають середньої третини стравоходу.



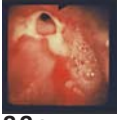
ФІЛЬМ

31. Езофагіт IV ступеня за Саварі-Міллером. При ураженні цього ступеня розвивається звуження, яке перешкоджає проведенню ендоскопа, при цьому можна виявити виразки Баррета або запальні поліпи. У цьому випадку захворювання тривале, на момент огляду є поздовжня виразка і помірно виражена циркулярна стриктура типу кільця Шацького і перетинки над ним.





32. Стенозуючий езофагіт (IV ступінь). Стриктура і псевдодивертикул дистального відділу стравоходу.



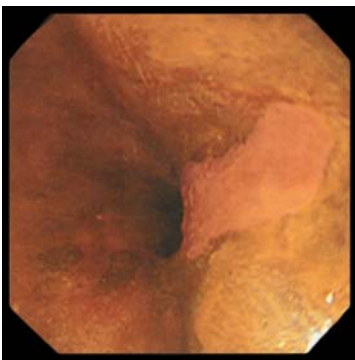
32а

Стравохід Баррета визначають як: 1) розповсюдження циліндричного шлункового епітелію будь-якого типу (як з кишковою метаплазією, так і без неї) понад 3 см в тубулярний стравохід (стравохід Баррета з довгим сегментом)* і 2) заміщення плоского епітелію на циліндричний метапластичний епітелій Баррета у тубулярному стравоході на будь-якому протязі (стравохід Баррета з довгим і коротким сегментом). Циліндричний метапластичний епітелій Баррета — це шлунковий епітелій (найчастіше кардіального типу) з неповною кишковою метаплазією, який містить келихоподібні клітини. Це друге визначення є сучаснішим. Стравохід Баррета розвивається в 5–15% усіх осіб з гастроєзофагальною рефлюксною хворобою і його виявляють у більшості випадків аденокарциноми стравоходу. Ризик аденокарциноми тісно залежить від ступеню дисплазії циліндричного епітелію.

* Деякі дослідники вважають "довгим сегментом" відтинки понад 2 см.

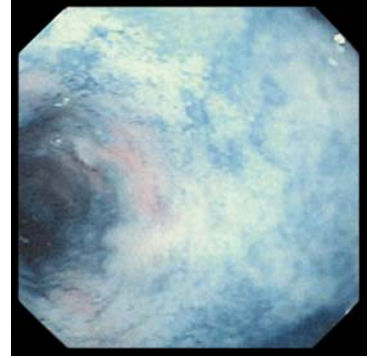


33. Стравохід Баррета. Червоні "язики" метапластичного циліндричного епітелію сягають до середньої третини грудного відділу. Ознаки хітальної грижі відсутні. Діагноз підтверджують гістологічно. На момент огляду є також рефлекс у стравохід шлункового вмісту з жовчю.



34. Стравохід Баррета (на протязі понад 3 см). У такому випадку діагностика і місце для взяття біопсії не викликає труднощів. Рекомендують брати біопсію відразу дистальніше від Z-лінії, але в усіх 4 квадрантах. Якщо межу між плоским і циліндричним епітелієм видно нечітко, може допомогти фарбування розчином Люголя: він вибірково фарбує плоский епітелій (що містить глікоген) у коричневий колір.

35. Стравохід Баррета. При короткій протяжності зони метаплазованого епітелію (менше 3 см), візуально підтвердити діагноз стравоходу Баррета важко, дисплазія може не мати жодних візуальних особливостей. Проте її треба запідозрити у випадку нерівної поверхні ділянок із циліндричним епітелієм, зон із білуватими бляшками, ерозіями тощо. Для маркування зон дисплазії перед біопсією можна застосувати фарбування толуїдиновим синім або метиленовим синім. На рисунку — в не зафарбованих і гетерогенно слабо зафарбованих ділянках виявлено циліндричний епітелій з дисплазією високого ступеня, який не було видно під час візуального огляду.



36. Стравохід Баррета. Метаплазія епітелію відзначається на протязі від кардії до середньої третини грудного відділу стравоходу. Факторами ризику розвитку стравоходу Баррета вважають тривалість ГЕРХ понад 5 років, чоловічу стать, тривалу добову експозицію шлункового вмісту у стравоході і рефлюкс жовчі у стравохід.



37. Стравохід Баррета. Асиметричний язик метапластичної слизівки.



37а

Рекомендації Американської колегії гастроентерології (1998) щодо нагляду за хворими зі стравоходом Баррета

Ступінь дисплазії	Інтервал
Відсутня	Кожні 2–3 роки після двох негативних результатів
Низького ступеня	Кожні 6 місяців упродовж року, потім — щороку
Високого ступеня	Консультація експерта, вирішення питання про резекцію стравоходу або постійне обстеження кожні 3 місяці.



38. Виразка Баррета. Тривале закидання шлункового вмісту у стравохід призводить до шлункової метаплазії слизової оболонки стравоходу і появи на цьому фоні виразок. У хворих зі стравоходом Баррета низка фізіологічних порушень сприяють важкому перебігові езофагіту: шлункова гіперсекреція, наявність жовчі у рефлюксаті, різке зниження тонусу нижнього стравохідного сфінктера, порушення моторики стравоходу і зниження репарації його слизівки внаслідок зниження секреції епідермального фактору росту. Крім того, у них знижена больова чутливість слизівки стравоходу, що призводить до запізнілого звертання до лікаря.



38a



39. Стравохід Баррета вважають передраковим станом. Ризик розвитку аденокарциноми при стравоході Баррета зростає в 40–125 разів порівняно із загальною популяцією. Однак, оскільки загалом це порівняно нечастий тип раку, то і серед пацієнтів зі стравоходом Баррета він трапляється нечасто. Лише у випадку дисплазії високого ступеня ризик раку дуже високий: він перевищує 25% і в резекованих препаратах стравоходу часто виявляють раніше не діагностовану аденокарциному. У даному випадку — рання аденокарцинома на фоні стравоходу Баррета.

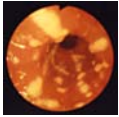
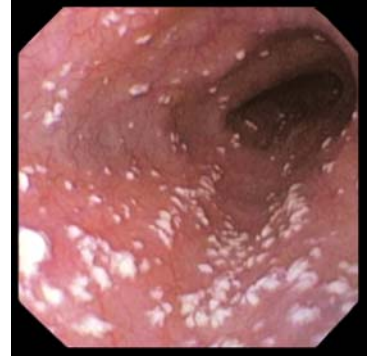


40. Езофагіт, спричинений стенозом ворота і затримкою вмісту у шлунку.



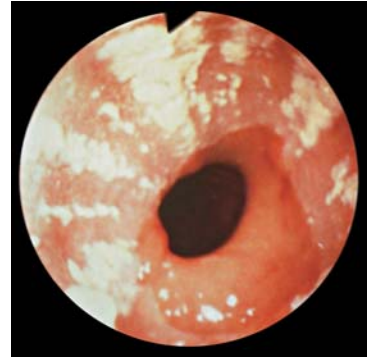
41. Кандидозний езофагіт, початкові прояви. Кандидозний езофагіт є наслідком розповсюдження процесу зі слизової оболонки порожнини рота і зіву. Видно окремі дрібні білуваті бляшки, які складаються із ексудату і міцеліальних ниток грибка. Групою ризику є імуноскомпрометовані хворі, які отримують хіміотерапію пухлин, імуносупресори, кортикостероїди або тривалу антибактеріальну терапію, мають цукровий діабет, СНІД тощо. Розвитку кандидозного езофагіту сприяє також тривала терапія H_2 -блокаторами.

42. Кандидозний езофагіт (ступінь II). Чітко видно множинні білі бляшки колонії грибка, Множинні псевдомембранозні бляшки діаметром понад 2 мм, оточені зоною гіперемії, між ними — не уражені ділянки слизівки. Для верифікації діагнозу необхідно виявити міцеліальні форми грибка у змивах зі слизової або в матеріалі, отриманому шляхом браш-біопсії, а також отримати докази грибкової інвазії шляхом щипцевої біопсії. Оскільки на ранніх стадіях інвазивність кандидозу порівняно невелика, то браш-біопсія може бути інформативнішою, ніж щипцева.



43а

43. Кандидозний езофагіт (ступінь III). Зливні псевдомембранозні нашарування з гіперемією і виразкуваннями.

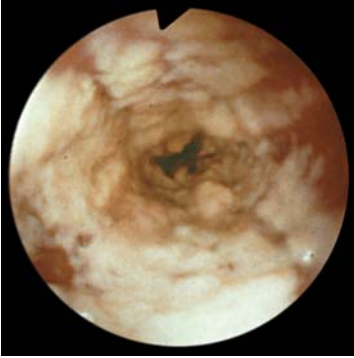


Ступені важкості кандидозного езофагіту (ендоскопічна оцінка за Kodsí зі співавт.)

- Ступінь I.** Поодинокі випнуті білі бляшки розміром до 2 мм з гіперемією, але без набряку або виразкування.
- Ступінь II.** Множинні випнуті білі бляшки розміром понад 2 мм з гіперемією, але без набряку або виразкування.
- Ступінь III.** Зливні лінійні або вузлуваті бляшки з гіперемією і відкритими виразками.
- Ступінь VI.** Ті ж самі явища, що й при ступені III, плюс крихкість слизівки та іноді звуження просвіту стравоходу.

44. Кандидозний езофагіт (ступінь III). У середній і дистальній третині стравоходу видно зливні лінійні нашарування білуватого кольору. Як звичайно, верхня третина стравоходу і ділянка над стравохідно-шлунковим з'єднанням уражаються менше.





45. Кандидозний езофагіт (ступінь IV). Білуваті нашарування на окремих ділянках у вигляді плівок чергуються з ділянками здорової слизової оболонки без елементів запалення.

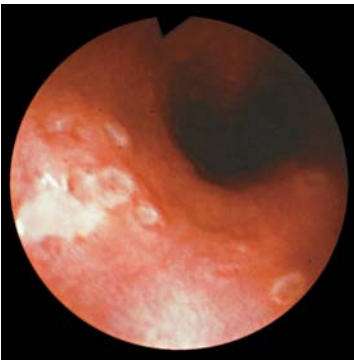
Езофагіт, спричинений вірусом простого герпесу

Рання стадія. Невеликі везикули або бульозні ураження, оточені еритематозною зоною. Вони є патогномонічними для ВПГ-інфекції.

Друга стадія. На місці везикул формуються виразки діаметром від 3 мм до 2 см з еритематозним дном і припіднятими над поверхнею слизової оболонки гранулярними жовтуватими краями — так звані виразки, вибиті пробійником. Їх також називають кратероподібними.

Третя стадія. Злиття сусідніх виразок призводить до дифузного некрозу слизової, утворення великих виразок і обширних ділянок, позбавлених епітелію. Слизівка може бути розпушеною, з дифузними ерозіями, нашаруванням ексудату, або мати геморагічний вигляд.

До ускладнень належать кровотеча, перфорація, утворення нориць, стійка гикавка, бактеріальна суперінфекція.



46. Езофагіт, спричинений вірусом простого герпесу (ВПГ). Друга стадія.

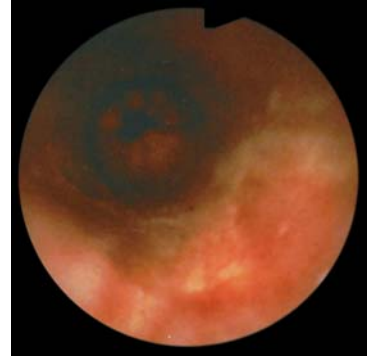
На місці характерних везикул утворилися виразки з еритематозним дном і припіднятими гранулярними жовтуватими краями. В осіб з нормальним імунітетом ВПГ-езофагіт трапляється рідко, а переважно розвивається на фоні імунодефіцитних станів. Як звичайно, у таких хворих є ураження носо-губної ділянки і слизової оболонки рота, але це не є обов'язковим.



47. Езофагіт, спричинений ВПГ. Третя стадія.

Обширні виразки і ділянки, позбавлені епітелію. Слизівка з дифузними ерозіями і нашаруваннями ексудату. Оскільки цей вірус уражає клітини плоского епітелію, то однаково інформативні і щипцева, і браш-біопсія. Матеріал треба брати з краю виразки. Характерними є балонна дегенерація епітеліоцитів і тільця Кодрі типу А в ядрах клітин.

48. Цитомегаловірусний (ЦМВ) езофагіт. Рання стадія. Як звичайно, він є проявом системної інфекції в осіб з імунодефіцитом. На ранніх стадіях ЦМВ-інфекції вивляють в дистальних відділах стравоходу поверхневі "географічні" ерозії з хвилястими краями, які не випинаються.



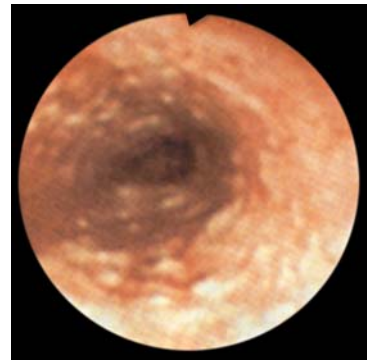
Цитомегаловірусний езофагіт

На **ранніх стадіях** цитомегаловірусної (ЦМВ) інфекції виявляють лінійні серпігінозні виразки у дистальних відділах стравоходу.

На **пізніх стадіях** захворювання виразки зливаються між собою, утворюючи гігантські виразкування. Як звичайно, виразки локалізуються на одній із стінок стравоходу і оточені незміненою слизовою оболонкою. Стравохідно-шлункове з'єднання інтактне або уражене асиметрично.

До ускладнень належать кровотечі і перфорації.

49. Цитомегаловірусний езофагіт. Важка форма. Поодинокі або множинні поверхневі виразкування, дно яких має сітчасту поверхню.



50. Цитомегаловірусний езофагіт. Пізня стадія. Ураження зливаються між собою і утворюють гігантські виразки. Оскільки цитомегаловірус уражає фібробласти підслизового шару і клітини ендотелію судин, то цитологічне дослідження неінформативне, а біопсію треба брати з центру виразки. При гістологічному дослідженні виявляють великі клітини з базofilними внутрішньоядерними і цитоплазматичними включеннями.





51. Виразка стравоходу в пацієнта зі СНІДом, яка зумовлена власне ВІЛ-інфекцією. Такі виразки загоюються при лікуванні кортикостероїдами.



52. Ураження стравоходу при склеродермії. Слизівка стравоходу не змінена, однак перистальтика його відсутня.



53. Ураження стравоходу при склеродермії. Функція нижнього стравохідного сфінктера порушена. Рефлюкс-езофагіт з виразкуванням слизівки.

Ступені каустичного ушкодження стравоходу

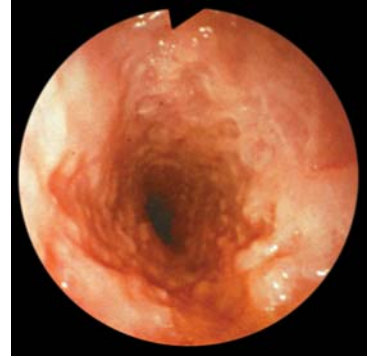
Гостра стадія має такі ступені:

- I.** Гіперемія + набряк.
- II.** Білі або жовті бляшки з утворенням псевдомембран.
- III.** Слизова оболонка вкрита виразками та щільним ексудатом, кровоточить.

Хронічна стадія

Строката слизова оболонка з рубцевими стриктурами; рубцювання призводить до коротких стриктур у зонах фізіологічних звужень або тубулярного стенозу.

54. Хвороба Крона. Слизова оболонка стравоходу у вигляді «бруківки». Таке ізольоване ураження стравоходу трапляється дуже рідко.



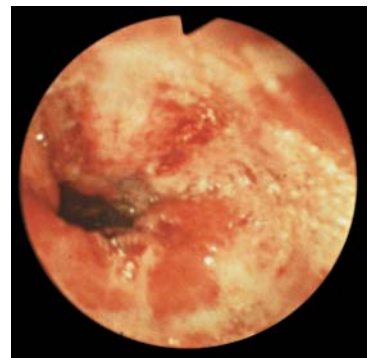
55. Езофагіт, спричинений їдкою речовиною (каустичний опік). Виражені гіперемія і набряк (I–II ст.). Цей ступінь морфологічно відповідає відторгненню поверхневого шару слизівки. Прогностично несприятливіші опіки лугом, які призводять до глибокого колікваційного некрозу і частіше супроводжуються перфорацією стравоходу.

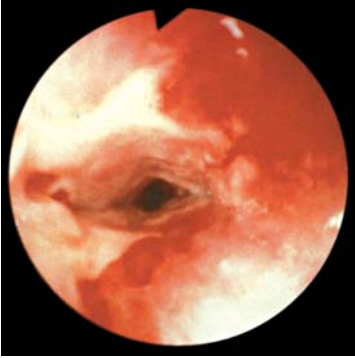


56. Езофагіт, спричинений лугом (каустичний опік). II–III ступінь. У зоні аортального звуження і дистальної частини стравоходу спостерігають гіперемію і набряк, білі і жовті бляшки фібрину, виразки з некротичними нашаруваннями. Такі зміни настають не раніше 24 год., тому при езофагоскопії в першу добу можна недооцінити важкість ураження.



57. Езофагіт, спричинений їдкою речовиною (каустичний опік). III ступінь — глибокі виразкові ураження. У перебігу патологічного процесу при опіку лугом виділяють гостру або колікваційну стадію (1–4 дні), якій відповідають колікваційному некрозу, тромбозу судин і прогресуючому запаленню; підгостру стадію (5–14 дні), під час якої утворюється струп на місці некрозу, розвивається грануляційна тканина, з'являються фібробласти, починається синтез колагену; фазу загоєння, коли відбувається епітелізація, триває проліферація фібробластів, відкладення колагену і його ретракція з формуванням стриктур.





58. Каустичний опік. Хронічна стадія. Виражені рубцеві зміни призводять до формування тубулярного стенозу.



59. Медикаментозне ураження стравоходу. У даному випадку хворий приймав індометацин. Крім НСПЗП ураження стравоходу спричинює алендронат. Розвитку медикаментозних уражень сприяє прийом таблеток і капсул без запивання водою, що призводить до їх затримки у стравоході.



60. Кільце Шацького. Кільцеподібне звуження в ділянці стравохідно-шлункового переходу, його верхня поверхня вкрита плоскоклітинним епітелієм, а нижня — циліндричним. Деякі автори називають такий утвір кільцем Шацького типу В (відповідно до анатомічних структур на рис. 7). Виражена мембрана звужує просвіт в зоні кільця. Якщо звуження незначне, його можна виявити, коли під час спостереження за Z-лінією попросити пацієнта напружитися — після цього з'явиться ніжний, тонкий кільцеподібний сегмент.



61. Кільце Шацького. Патогенез кільця Шацького не з'ясовано, вважають, що його утворенню може сприяти гастроезофагальний рефлюкс.



62. М'язове кільце дистального відділу стравоходу (або кільце типу А). Трапляється дуже рідко і локалізується на 1–2 см вище від стравохідно-шлункового переходу (відповідно до місця переходу трубчастого стравоходу у вестибулярний відділ), його поверхня вкрита плоскоклітинним епітелієм з обох боків. Його легше виявити під час рентгенологічного дослідження стравоходу, ніж при езофагоскопії. OMED рекомендує називати це кільце нижньостравохідною перетинкою.



63. Перетинка (англ. — web) **стравоходу**. Мембраноподібні структури стравоходу (у т. ч. кільцеподібні), відмінні від описаних вище, називають перетинками. Трапляються рідко, можуть бути як вродженими, так і спричиненими різними захворюваннями (захворюваннями шкіри з десквамацією епітелію, синдромом «трансплантат проти господаря» тощо).



64. Проста стриктура. Контури рівні, слизова оболонка інтактна, не розтягується при натисканні ендоскопом. Наслідок прийому ліків.



Вираженість стриктур стравоходу

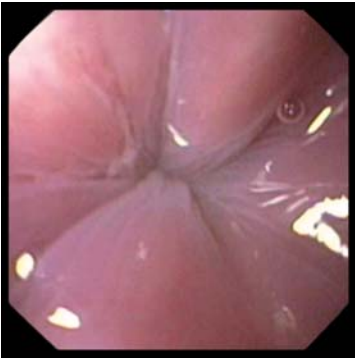
Ступінь	Діаметр
Мінімальний	11–13 мм
Середній	7–11 мм
Виражений стеноз	< 7 мм



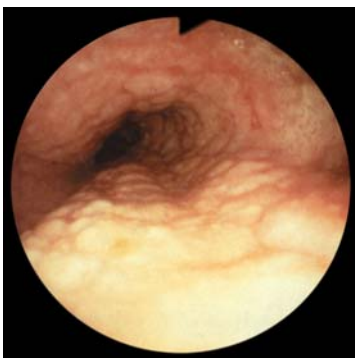
65. Стриктура з виразкуванням. Контури рівні, але по краях видно виразкування (ерозії), які розповсюджуються від місця звуження вгору.



66. Пухлинний стеноз середньої третини стравоходу. Звуження асиметричне, нерівномірне з горбистою поверхнею, щільне при інструментальній пальпації з помітним пухлинним вузлом.

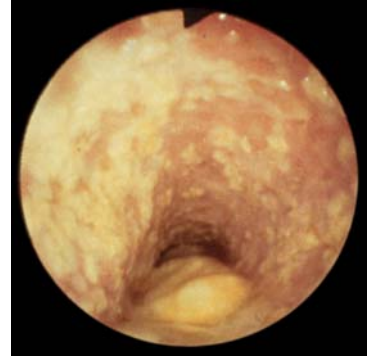


67. Ахалазія кардії. Класичне визначення цього захворювання: поєднання неспроможності нижнього стравохідного сфінктера розслабитися у відповідь на проходження їжі та втрати перистальтичної активності м'язів стравоходу. Це з часом призводить до дилатації просвіту стравоходу. Етіологію захворювання не з'ясовано. Патогенетичною основою є порушення функції інтрамурального нервового апарату стравоходу. Деякі автори виділяють також т. зв. посилену (англ. «vigorous») ахалазію, при якій перистальтичні скорочення стінки стравоходу посилюються для подолання перешкоди, а надалі трансформуються у спастичні.



68. Ахалазія кардії. Дилатований просвіт, гіпертрофічна слизівка, що спричинено хронічним застоєм їжі. Перистальтика відсутня. Як звичайно, слизова оболонка стравоходу при ахалазії не змінена. Однак при давньому захворюванні і тривалому перебуванні харчових мас у стравоході можна виявити помірну еритему, білуваті бляшки і точкові виразкування.

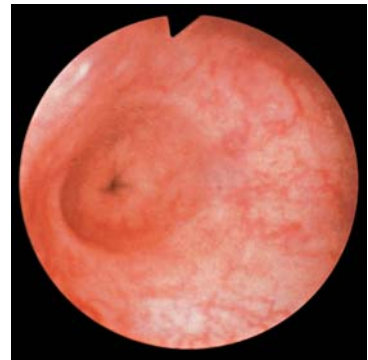
69. Ахалазія кардії. Стравохідно-шлункове з'єднання зімкнуте і стійке до роздування, але ендоскоп можна провести крізь нього з порівняно невеликим зусиллям. Поряд з дилатацією просвіту і відсутністю перистальтики це вказує на «справжню ахалазію». У просвіті стравоходу рідина, залишки їжі. Ригідність нижнього стравохідного сфінктера при спробах пройти ендоскопом (особливо, якщо його діаметр 7–9 мм) у шлунок, мусить насторожувати з огляду на пухлинний стеноз цієї зони.



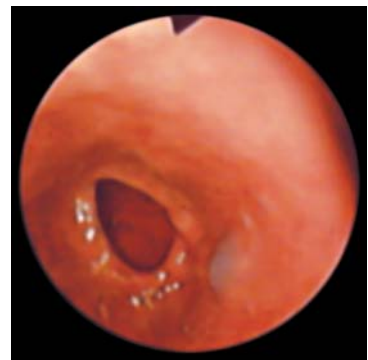
70. Спастичний нижній стравохідний сфінктер. Пролонгований спазм, який стійкий як до роздування, так і до помірної тиску. На відміну від ахалазії збережена первинна і вторинна перистальтика і не розширений просвіт стравоходу. Ендоскопічно такий діагноз встановити важко: інформативнішим є рентгенологічне дослідження. Однак езофагоскопія необхідна для виключення раку.



71. Виражена капілярно-венозна сітка слизівки дистального сегменту стравоходу у хворого з портальною гіпертензією. Капіляри утворюють поздовжний рисунок, характерний для цього відділу.



72. Флебектазія. Одиначний варикозний вузол невеликих розмірів, поява якого не зумовлена портальною гіпертензією.



Нині з'ясовано, що в дистальному відділі стравоходу є 4 окремі шари венозної системи: інтраепітеліальні канали (куди дреноються капіляри епітелію і які при портальній гіпертензії виглядають як «червоні знаки»), поверхнєве венозне сплетення, глибокі внутрішні вени і адвентиціальні вени. Поверхнєве венозне сплетення сполучене з трьома-п'ятьма стовбурами внутрішніх вен, які порівняно мало з'єднані між собою (власне вони і утворюють варикси, які ми бачимо під час ендоскопії). Внутрішні вени сполучаються з адвентиціальними шляхом перфорантних вен (Kitano et al.).

У поздовжньому напрямі *Vianna et al.* виділяють чотири зони венозної системи (починаючи знизу):

Шлункова зона. Численні поздовжні вени невеликого діаметру в *lamina propria* і підслизовому шарі, які утворюють множинні анастомози. Дистально вони сполучені зі шлунковими венами великого діаметру.

Палісадна зона. Поздовжні паралельні вени. Венозні канали містяться в *lamina propria* (перехід в неї крізь м'язову пластинку слизової відбувається на рівні стравохідно-шлункового з'єднання). Перфорантних вен у цій зоні немає. Проксимально ці вени формують 4–5 венозних стовбурів, які переходять у підслизовий шар.

Пефорантна зона. Починається на висоті 3–5 см над шлунково-стравохідним з'єднанням, у ній великі судини формують петлі, в ній зосереджено найбільше перфорантних вен, які сполучають внутрішню венозну систему із зовнішньою.

Стовбурава зона. У цій зоні містяться підслизові вени, діаметр яких суттєво зменшується в оральному напрямку.



73. Варикозне розширення вен стравоходу I ступеня. По периметру стравоходу видно розширені вени, які незначно випинаються у просвіт, йдуть в поздовжньому напрямі, мають лінійну форму і рожевувато-блакитний колір.

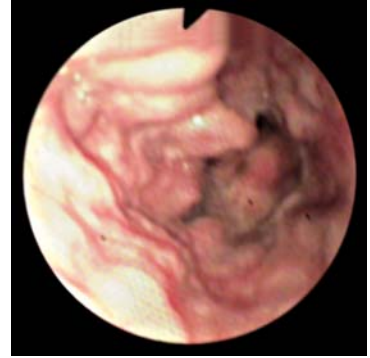


74. Варикозно розширені вени стравоходу I ступеня. Розмір випинання вен у просвіт стравоходу добре видно у той момент, коли він повністю розправлений. У цьому випадку є низхідний напрям кровоплину у хворого з пухлиною середостіння і синдромом верхньої порожнистої вени.

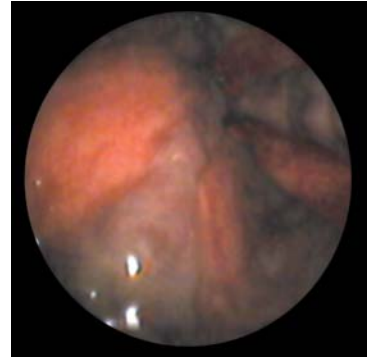


75а

75. Варикозне розширення вен стравоходу II ступеня. Вени звивисті, більш розширені, ніж при I ступені. Колір вен — білий або блакитний — визначається товщиною стінки.

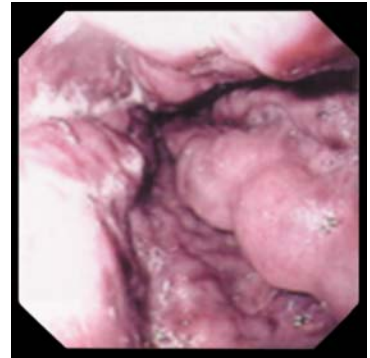


76. Варикозне розширення вен стравоходу II ступеня. Вени звивисті, нагадують намисто. Основними прогностичними критеріями щодо кровотечі є розмір вен, їх колір і «червоні знаки».

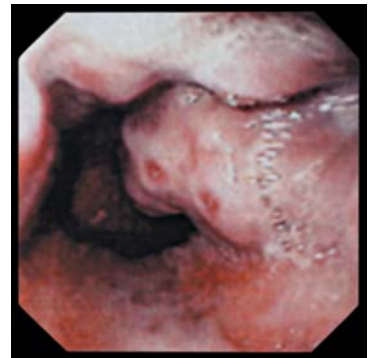


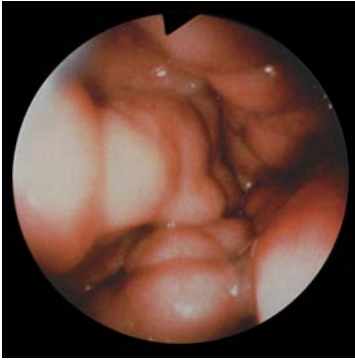
ФІЛЬМ

77. Варикозне розширення вен стравоходу II ступеня. Звивисті варикозно розширені вени випнуті у просвіт на 3–4 мм. Тягнуться від кардії до середньої третини стравоходу, займають половину периметру стравоходу.



78. Варикозне розширення вен стравоходу III ступеня. По краях вен видно дифузну еритему, "червоні вишневі плями", зумовлені розширенням субепітеліальних венул. Вони вказують на підвищений ризик розвитку кровотечі.





79. Варикозне розширення вен стравоходу III ступеня. Вени випнуті до половини просвіту стравоходу, мають псевдопухлинний вигляд.



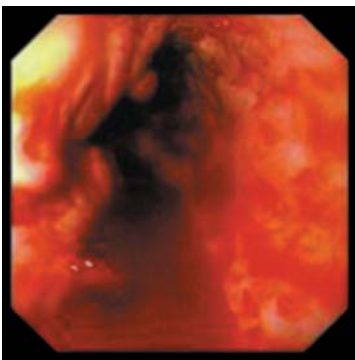
79a



80. Варикозне розширення вен стравоходу III ступеня. Вени випинаються до половини просвіту, мають псевдопухлинний вигляд, на їх поверхні плями типу кров'яних кіст. Ризик виникнення кровотечі високий.



81. Кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу є одним з найсерйозніших ускладнень портальної гіпертензії і в більшості випадків визначає прогноз захворювання.



82. Кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу. Слизова оболонка стравоходу на всьому протязі вкрита незміненою кров'ю, яка перешкоджає оглядові.

Ступені венектазії

Перший ступінь — синюваті лінійні вени діаметром до 2–3 мм;

другий ступінь — вени звивисті, нерівномірного діаметру (намистоподібні вени), вузлики діаметром понад 3 мм, які випинаються у просвіт стравоходу;

третій ступінь — чітко видимі вузли, звивисті змієвидні вени, які часто сягають склепіння шлунка і суттєво випинаються у просвіт стравоходу.

Система оцінки варикозно розширених вен стравоходу Японського товариства дослідження портальної гіпертензії

(Japanese Research Society for Portal Hypertension)

Колір вариксів

Білий колір (Sw)

Блакитний колір (Cb)

Червоні ознаки на поверхні вариксів

Червоні смуги («сліди удару батоном») на поверхні варикса (RWM)

Вишнево-червоні крапки (CRS)

"Кров'яні кісти" (HCS)

Дифузне почервоніння поверхні варикса (DR)

Форма вариксів

Невеликі, прямі (F1)

Великі, звивисті, займають менше 1/3 просвіту (F2)

Найбільші, спіралеподібні, займають більше 1/3 просвіту (F3)

Поширення в довжину

Нижня третина (Li)

Середня третина, нижче біфуркації трахеї (Lm)

Верхня третина, вище біфуркації трахеї (Ls)

Додаткові знахідки

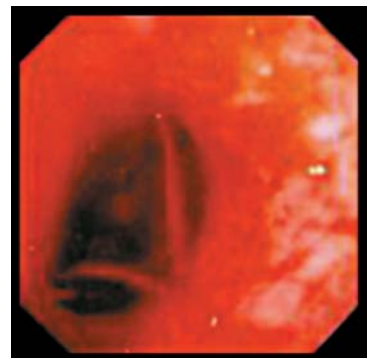
Езофагіт наявний (E+)

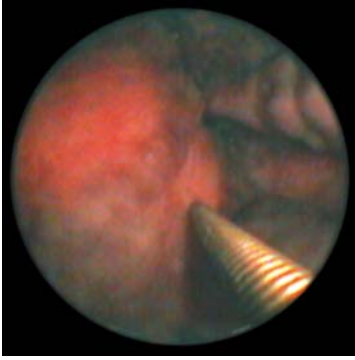
Езофагіт відсутній (E–)

Фактори ризику кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу

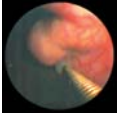
- ✓ Дифузно червоне забарвлення варикозно розширених вен або наявність «кров'яних кіст» на їх поверхні
- ✓ Різко розширені звивисті вени (III ступінь венектазії)
- ✓ Їх локалізація проксимальніше зони у 3–4 см над стравохідно-шлунковим з'єднанням і в шлунку
- ✓ Езофагіт

83. Кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу. Надзвичайно інтенсивна кровотеча з вени.





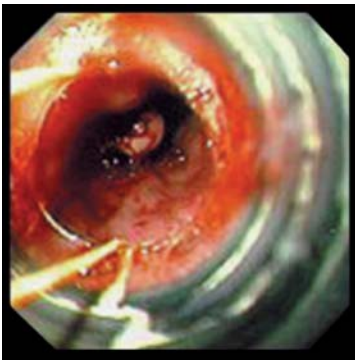
84. Ендоскопічний гемостаз. Склеротерапія. Склерозанти вводять як паравазально, так і у просвіт судини. За один сеанс виконують до 30–40 ін'єкцій судини, просуваючись від шлунково-стравохідного з'єднання у краніальному напрямку. Щодо проміжків між сеансами склеротерапії, є багато різних підходів. Багато авторів вважає, що для повної елімінації вариксів необхідно 5–6 сеансів з проміжками 1–3 тижні.



84а



85. Ендоскопічний гемостаз. Виразки після склеротерапії (7 днів). Найчастіше ускладнення склеротерапії — виразки різних розмірів трапляються більш ніж у половині випадків. Деякі автори невеликі виразки (які не призводять до кровотечі, перфорації, стриктур) самі по собі вважають не ускладненням, а майже неминучим побічним явищем при застосуванні цього методу. Проте вираженість виразкування залежить як від обраного склерозанта, так і від техніки процедури: кількості засобу, введеного в одну точку, його загальної кількості тощо.



86. Ендоскопічний гемостаз. Накладання гумового кільця при кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу. Огляд через пристрій для накладання кільця, який одягнуто на кінець ендоскопа. Чітко видно варикозний вузол з чорним кільцем при основі.

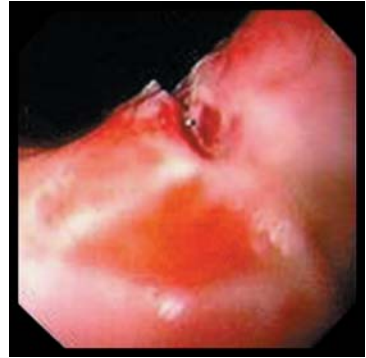


87. Ендоскопічний гемостаз. Перев'язка основи кривавлячого вузла лігатурою («endoloop»). Сучасніший метод, який став альтернативою накладанню гумових кілець.

88. Ендоскопічний гемостаз. Вузли, на які накладено гумові кільця.



89. Синдром Меллорі-Вейса. Розрив слизівки з білим дном і тромбованою судиною.

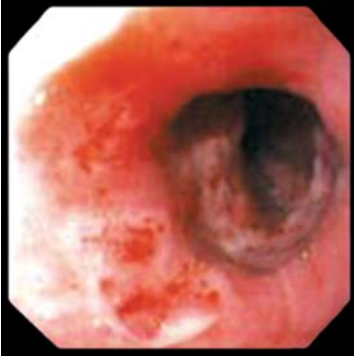


90. Синдром Меллорі-Вейса. Фіксований свіжий згусток крові, який виявлено у постгеморагічному періодію. Початок електрокоагуляції біполярним електродом.

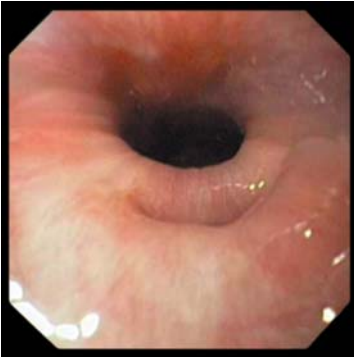


91. Синдром Меллорі-Вейса. Попередній випадок. Згусток видалено, краї розриву коагульовано. Глибокі розриви загоюються упродовж 10–14 днів з утворенням рубця, а поверхневі — упродовж 7–10 днів, не залишаючи жодних слідів.

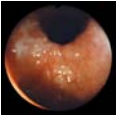




92. Еметогенний езофагіт. Таке ураження слизівки стравоходу є однією з причин стравохідних кровотеч, насамперед в осіб, які зловживають алкоголем.



93. Ценкерівський дивертикул. Глоткова кишеня (дивертикул Ценкера) — кишеня на задній стінці глотки, яку важко оглянути за допомогою скловолоконної оптики. Він створює загрозу перфорації під час ендоскопії. Ценкерівські дивертикули трапляються переважно в людей похилого віку, є набутими (пульсійного генезу) і несправжніми за будовою. Механізм їх утворення пов'язаний з дискоординацією акту ковтання: якщо під час ковтання верхній стравохідний сфінктер закритий, тиск у ротоглотці різко підвищується.



93 а



94. Епібронхіальний дивертикул. Раніше вважали, що генез таких дивертикулів найчастіше тракційний (внаслідок, зокрема, туберкульозного лімфаденіту). Тракційні дивертикули є справжніми і містять у собі всі стінки стравоходу. Нині у зв'язку із зниженням частоти туберкульозу у світі вважають, що і в цій зоні дивертикули частіше пульсійні (як і наддіафрагмальні), вони є несправжніми і не містять м'язового шару. Їх утворення пов'язане із підвищенням внутрішньостравохідного тиску.



94 а

Дивертикули стравоходу розподіляють на вроджені і набуті. Їх можна також розподіляти на підставі гістопатологічної будови. Стінка справжнього дивертикулу містить усі шари, які має стінка цього органа. Натомість несправжні дивертикули являють собою «грихоподібні» випинання слизівки і підслизового шару крізь отвори у м'язовому шарі.

Набуті дивертикули стравоходу і нижнього відділу глотки також класифікують відповідно до патогенезу на пульсійні і тракційні. Пульсійні дивертикули є результатом підвищеного тиску у просвіті травного каналу водночас із послабленням його стінки. Натомість тракційні дивертикули є наслідком «витагування» ззовні при запально-рубцевому процесі у прилеглих тканинах.

Ці класифікації не враховують травматичні і ятрогенні дивертикули.



ФІЛЬМ

95. Дивертикул у середній третині грудного відділу стравоходу (епібронхіальний). Дивертикули цього відділу переважно поодинокі.



95 а



ФІЛЬМ

96. Дивертикул верхньої третини стравоходу. У його вічку тривалий час перебувало стороннє тіло (кістка), виражені запально-ерозивні зміни слизівки.



97. Рентгенограма цього ж дивертикула.



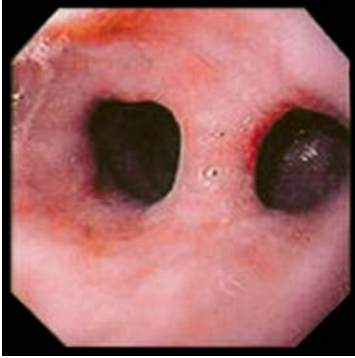
ФІЛЬМ

98. Два дивертикули нижньогрудного відділу стравоходу.



ФІЛЬМ





99. Дивертикул середньої третини стравоходу, який імітує просвіт. Такі дивертикули найнебезпечніші щодо виконання ендоскопії, оскільки вхідний отвір розміщений по осі стравоходу, а це пов'язане з небезпекою перфорації. На рис. 99а і відеокліпі великий епіфренальний дивертикул (довжиною до 7 см) по правому контуру стравоходу. У типовому положенні хворого просвіт стравоходу закритий залишками їжі, які у вертикальному положенні тіла скупчувалися в дивертикулі.



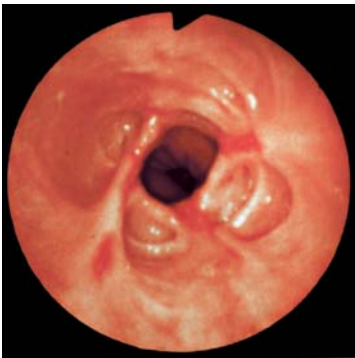
99а



100. Два наддіафрагмальні дивертикули. Механізм їх утворення, як звичайно, пульсійний, часто пов'язаний із кардіоспазмом і ахалазією кардії.



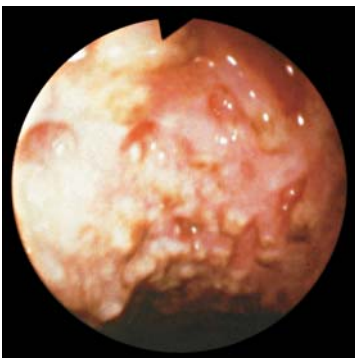
100а



101. Наддіафрагмальні псевдодивертикули. Утворені внаслідок рубцювання слизівки після загоєння виразок при рефлюкс-езофагіті. Фактично не виходять за контур стінки стравоходу і аналогічні псевдодивертикулам цибулини дванадцятипалої кишки.

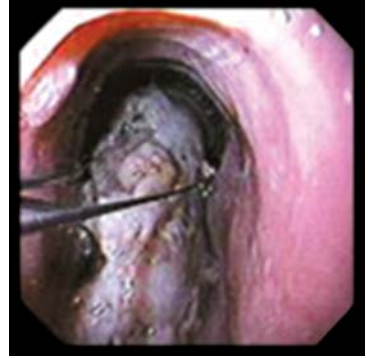


ФІЛЬМ

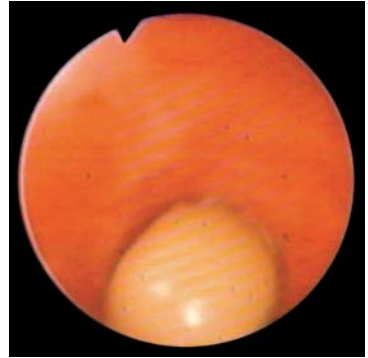


102. Інтрамуральний псевдодивертикульоз середньої третини стравоходу. Результат розширення проток слизових залоз. Оскільки гирла таких псевдодивертикулів невеликі, то діагноз встановити важко. Патогенез цього стану не з'ясовано, крім множинних дрібних псевдодивертикулів часто виявляють езофагіт і стриктури, а також кандидоз.

103. Стороннє тіло стравоходу. Шматок м'яса у дистальному відділі стравоходу (видалення триногими щипцями). На відміну від дітей і психічно хворих (які випадково або навмисне ковтають різні предмети), серед загальної популяції дорослих переважає т. зв. "стейкхауз-синдром", коли у стравоході застрягають шматки непережованої їжі: м'яса, сирих овочів, а також кістки. Крім звуження стравоходу різного генезу, цьому явищу сприяють поганий стан зубів (що не дає змоги адекватно пережувати їжу), знижена чутливість слизівки рота, поганий зір і алкогольне сп'яніння. Найчастіше сторонні тіла фіксуються у верхній третині стравоходу.



104. Стороннє тіло стравоходу. Горошина, яка застрягла на рівні стриктури стравоходу. Стриктурна верхньогрудного відділу утворилася внаслідок хімічного опіку.



105. Стороннє тіло стравоходу. Таблетка, що застрягла в дистальному відділі стравоходу в пацієнтки з рефлюксною хворобою. Над стороннім тілом видно дрібні дивертикули стравоходу.

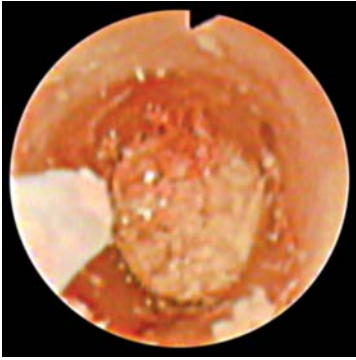


106. Стороннє тіло стравоходу. Кістка, яка застрягла у верхньогрудному відділі стравоходу у вічку дивертикула (див. вище). Внаслідок тривалого її перебування у стравоході розвинувся виражений запальний процес з ерозуванням. Кістку зорієнтовано по осі стравоходу і низведено у шлунок. Зі шлунка природним шляхом спроможні евакуюватися тіла довжиною до 5 см і діаметром до 2 см. Тому харчові "сторонні" тіла таких розмірів допустимо низводити у шлунок і без фрагментації, якщо це легше і безпечніше, ніж видаляти їх через рот. Перед цим треба пройти мимо стороннього тіла і переконатися, що дистальніше від нього немає перешкоди.





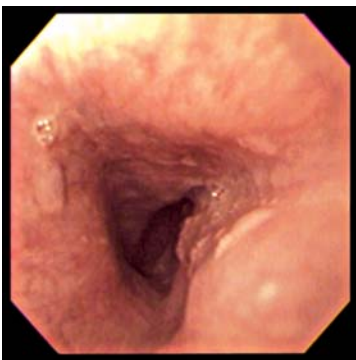
107. Стороннє тіло стравоходу. Куряча кістка Y-подібної форми у верхньогрудному відділі стравоходу. Унаслідок її тривалого вклинення утворилися глибокі виразки. Кістку було низведено у шлунок і видалено звідти з використанням пластикового кожуха, який було надягнуто на ендоскоп.



108. Стороннє тіло стравоходу. Непережований шматок м'яса застряг у середній третині стравоходу. Стриктура внаслідок перенесеного раніше хімічного опіку стравоходу. Видалення за допомогою поліпектомічної петлі.



109. Стороннє тіло стравоходу. Шматок блістерної упаковки з таблеткою у верхній третині стравоходу. Виражена травматизація слизівки стравоходу гострими краями блістера.



110. Глікогеновий акантоз. Білуваті вузлики або бляшки внаслідок накопичення глікогену у зрілих клітинах плоского епітелію. Частіше їх виявляють у проксимальних відділах стравоходу. Цей стан не супроводжується симптоматикою і не має патологічного значення. Як вважають, його можна виявити у кожного десятого пацієнта.

111. Псевдополіп — випнутий утвір, який імітує поліп. У даному випадку це резидуальний варикозний вузол після склеротерапії. Можливе також утворення запальних псевдополіпів при езофагіті. OMED не рекомендує вживати цей термін.



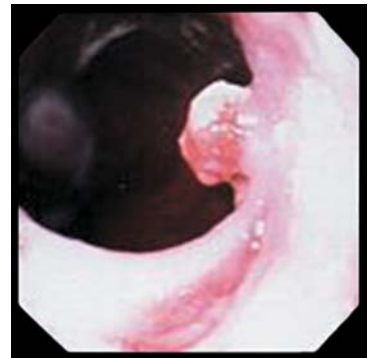
112. Аденоматозний поліп дистального відділу стравоходу. Ніжка широка, коротка. Поверхня поліпа нагадує цвітну капусту.



112а



113. Гіперпластичний поліп відразу над Z-лінією на широкій основі.



114. Зернистоклітинна пухлина. Жовтуватий утвір округлої форми, який випинається у просвіт, розміром до 1 см, щільний. Походить з нервової тканини (з клітин Швана). Як звичайно, мають доброякісний перебіг і найчастіше трапляються в дистальних 2/3 стравоходу.





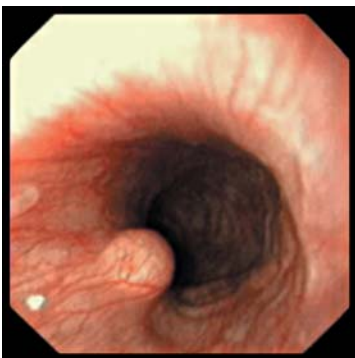
115. Папілома середньої третини стравоходу. Доброякісна пухлина, яка розвивається з плоского або перехідного епітелію, має вигляд сосочкового розростання. Етіологія переважно вірусна. Папіломавірус людини високоспецифічний щодо господаря. Нині є підстави вважати, що папіломавірус є етіологічним чинником плоскоклітинного раку стравоходу, проте дослідження з метою доведення цього положення ще тривають.



116. Папілома стравоходу відразу вище від Z-лінії.



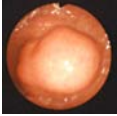
117. Фіброваскулярний поліп стравоходу. Такі поліпи містять суміш фіброваскулярної, жирової тканини і колагенові волокна. Вкриті звичайним епітелієм. Найчастіше локалізуються у верхніх відділах стравоходу.



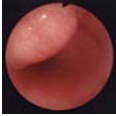
118. Ліпома стравоходу. При інструментальній пальпації пухлина м'яка, рухома. При гістологічному дослідженні змін у слизовій оболонці не виявлено.



119. Лейоміома середньої третини стравоходу. Доброякісна пухлина, яка розвивається з гладкої м'язової тканини. Утвір у вигляді чітко відмежованого вузла, щільно-еластичної консистенції.



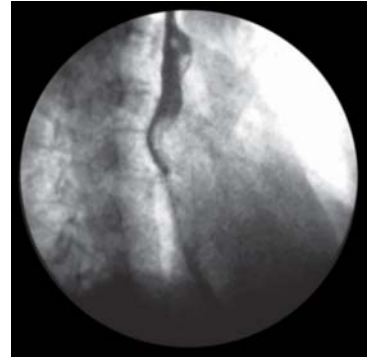
119a



119б



120. Лейоміома середньої третини стравоходу. Рентгенограма стравоходу цієї ж хворої.



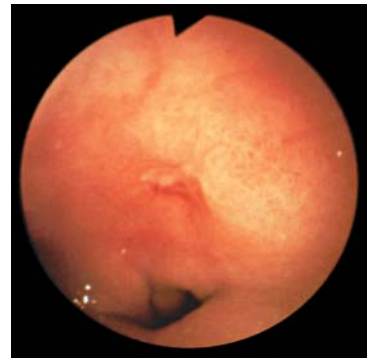
121. Припіднятий (білий) ранній рак стравоходу. Білувата бляшка на слизовій оболонці.



121a



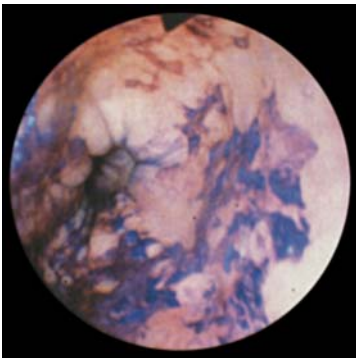
122. Червоний (заглиблений) ранній рак стравоходу. Плоскоклітинний рак. Слизівка нерівна з червоною ерозивною ділянкою.



Методи фарбування слизівки травного каналу

(за M.I. Canto, 1999)

Барвник	Які клітини фарбує	Колір	Клінічне застосування
Р-н Люголя (йод + калія йодид)	Нормальні клітини плоского епітелію, які містять глікоген	Темно-коричневий	Виявлення плоскоклітинного раку (не фарбується); епітелій Баррета (не фарбується); ділянки зміненої слизівки при рефлюкс-езофагіті (не фарбуються)
Метиленовий синій	Клітини товсто- і тонкокишкового епітелію і ділянки кишкової метаплазії	Синій	Виявлення ділянок кишкової метаплазії при стравоході Баррета, у шлунку, раннього раку шлунка, ділянок кишкової метаплазії у дванадцятипалій кишці (не фарбуються)
Толуїдиновий синій	Ядра клітин циліндричного епітелію і злоякісних пухлин	Синій	Виявлення плоскоклітинного раку стравоходу, шлункової або інтестинальної метаплазії при стравоході Баррета
Конго червоний	Кислотовмісні клітини слизівки шлунка	Міняється з червоного на темно-синій або чорний	Виявлення шлункової слизівки, яка секретує кислоту; дає змогу виявити карциному (яка не секретує кислоту), можна комбінувати з метиленовим синім для виявлення ділянок кишкової метаплазії
Феноловий червоний	Клітини шлункового епітелію, інфіковані <i>Helicobacter pylori</i>	Міняється з жовтого на червоний	Виявлення гелікобактерної інфекції і визначення її поширення
Індигокармін	Клітини не фарбуються, барвник накопичується у проміжках між ними, виділяючи дефекти слизівки і підкреслюючи її архітектуру	Синій (індиго)	Виявлення пухлин стравоходу, шлунка, дванадцятипалої і товстої кишки, стравоходу Баррета



123. Поверхневий рак стравоходу. Фарбування толуїдиновим синім (який тропний до ядер клітин) дає змогу виявити ділянки дисплазії і малігнізації слизівки стравоходу (які залишаються не зафарбованими) і прицільно взяти з них біопсію.

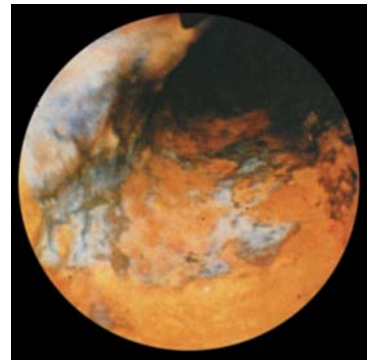
При описі пухлин стравоходу для визначення їх локалізації найчастіше вживають такий поділ:

- верхній сегмент** — від входу у стравохід до 23 см від різців;
середній сегмент — 24–32 см від різців;
нижній сегмент — 33 см і до стравохідно-шлункового з'єднання.

Згідно з Savary and Miller, рекомендують описувати:

1. Локалізацію проксимальної границі пухлини, її розповсюдження у поздовжньому і циркулярному напрямку;
2. Відстань від дистальної точки до кардії;
3. Тип пухлини (екзофітний, виразковий, інфільтративний);
4. Ступінь мобільності або фіксації;
5. Діаметр просвіту, який зберігся;
6. Вигляд слизової проксимальніше від пухлини;
7. Гістологічний тип;
8. Стан гортані (у т.ч. функцію зворотного нерва)

124. Поверхневий рак стравоходу. Подвійне фарбування толуїдиновим синім і розчином Люголя.



125. Рання аденокарцинома відразу нижче від Z-лінії.

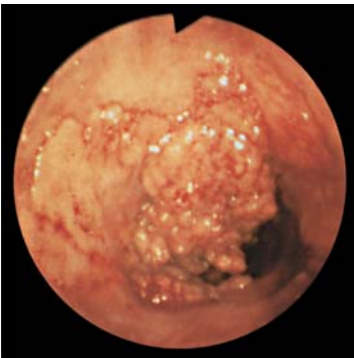




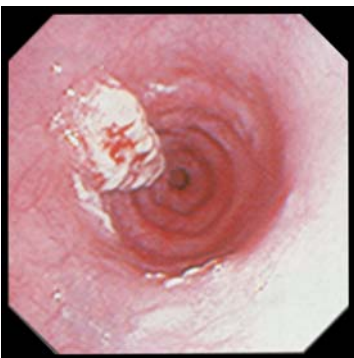
126. Випнутий (поліпоподібний) рак стравоходу. OMED рекомендує поділ раку стравоходу на випнутий рак (злоякісний поліп, грибоподібний і бородавчастий рак), підритий (злоякісне виразкування), інфільтративний та розповсюджений рак, який не підлягає класифікації. У цьому випадку плоскоклітинна карцинома з характерним білуватим забарвленням.



127. Випнутий рак стравоходу (злоякісний поліп). Аденокарцинома дистального відділу стравоходу.



128. Випнутий рак стравоходу (грибоподібний). Аденокарцинома дистального відділу стравоходу.



129. Випнутий рак стравоходу (бородавчастий). Плоскоклітинна карцинома середньої третини стравоходу.



ФІЛЬМ

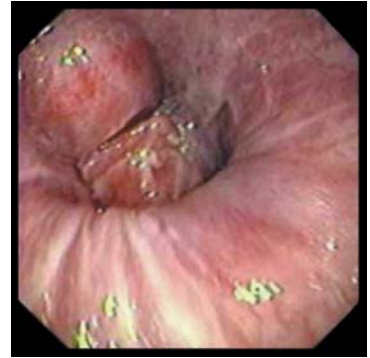
130. Підритий рак (злоякісне виразкування). Характерна блюдцеподібна форма з випнутими краями і центральним виразкуванням.



130a



131. Інфільтративний рак кардії.



ФІЛЬМ

132. Підритий рак (злоякісне виразкування) нижньої третини стравоходу. Аденокарцинома, яка захоплює як кардіальний відділ шлунка, так і дистальну частину стравоходу. За останні десятиліття частка аденокарцином серед злоякісних пухлин стравоходу зростає.



132a



133. Плоскоклітинний рак стравоходу.





134. Плоскоклітинна карцинома стравоходу.



135. Підритий (з виразкуванням) рак середньої третини стравоходу. Поріняно довге (до 5 см) і вузьке виразкування з вираженими підритими краями.



136. Рак стравоходу. Обширне ракове виразкування — гігантська виразка стравоходу. Крізь просвіт (канал у пухлині) проведено провідник.



137. Рак стравоходу. Обструкція дистального відділу стравоходу, яка спричинена пухлиною з виразкуванням.



137а

138. Рак стравоходу. Повна обструкція стравоходу раковою пухлиною, яка має циркулярний ріст.



139. Рак стравоходу. Плоскоклітинна карцинома стравоходу, яка викликала високий ступінь обструкції просвіту. Просвіт, який залишився, це в основному канал, що утворився при виразкуванні пухлини.



140. Стискання стравоходу ззовні. Пухлина середостіння.



140а



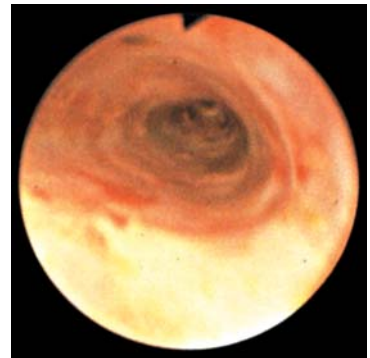
140б



141. Стан після гастректомії. Езофагоєюно-анастомоз «кінець у бік». Вигляд стравохідно-кишкового анастомозу. Слизівка стравоходу з ерозіями, спричиненими рефлюксом жовчі.

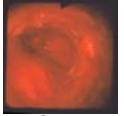


141а





142. Стан після гастректомії. Езофагоєюно-анастомоз «кінець в кінець». Вигляд стравохідно-кишкового анастомозу.



142a



143. Езофагогастроанастомоз після резекції дистальної частини стравоходу і проксимальної частини шлунка.

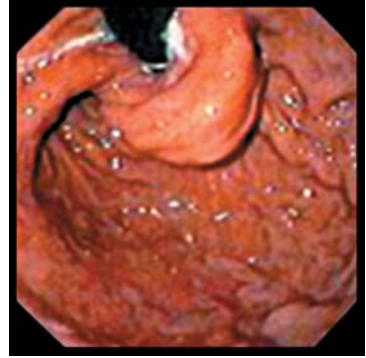


144. Езофагоєюноанастомоз. Видно лігатури. Слизова оболонка навколо стоми застійна. По лінії стоми нашарування фібрину.



145. Фундоплікація. При ретроградному огляді зі шлунка його стінка щільно охоплює трубку ендоскопа.

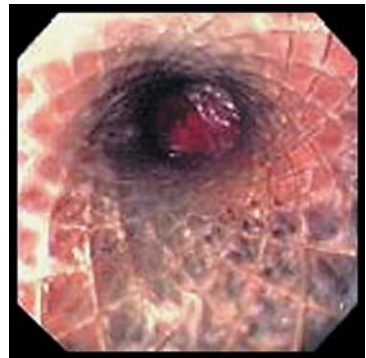
146. Фундоплікація. Ретроградний огляд.



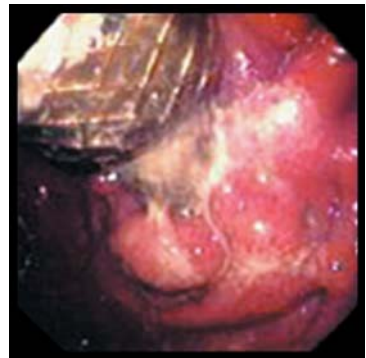
147. Ендоскопічна балонна кардіодилатація. Балон підведено до місця звуження і виконується наповнення його рідиною — момент дилатації.



148. Дротяно-сітчастий стент, який самостійно розширюється. Вигляд через ендопротез.

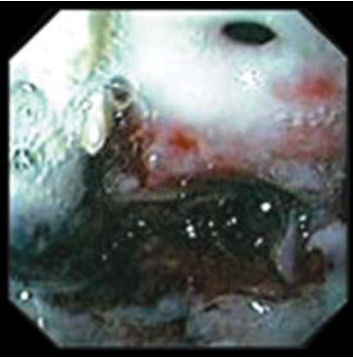


149. Дротяно-сітчастий стент, який самостійно розширюється. Вигляд дистальної частини стента у шлунку (ретрофлексія).

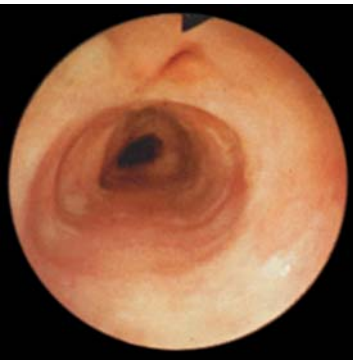




150. Ендопротез спірального типу, який встановлено при карциномі середньої третини стравоходу. Верхня частина ендопротезу.



151. Стравохідно-трахеальна нориця. Огляд нориці затруднений; вона може мати вигляд (або виникла на фоні) доброякісного або злоякісного ураження, випнутого або з виразкуванням. Складки слизівки можуть приховувати ураження під час ендоскопії. Під час кашлю у просвіт потрапляють гній або повітря. Введення метиленової синьки може допомогти у виявленні сполучення з бронхіальним деревом. У цього хворого виразкова форма плоскоклітинного раку з утворенням стравохідно-бронхіальної нориці.



152. Стравохідно-трахеальна нориця у хворої з ураженням стравоходу після променевої терапії раку грудей.



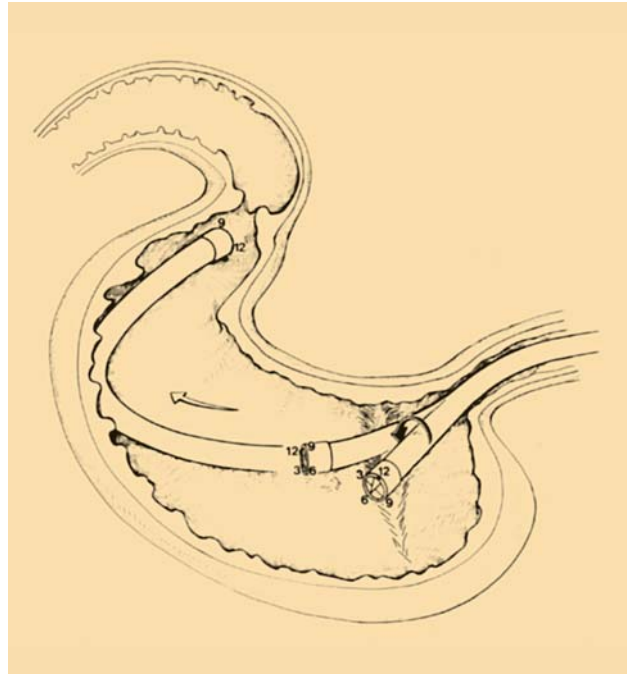
153. Стравохідно-трахеальна нориця після операції Льюїса.



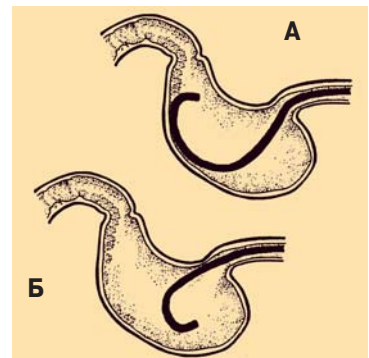
153a

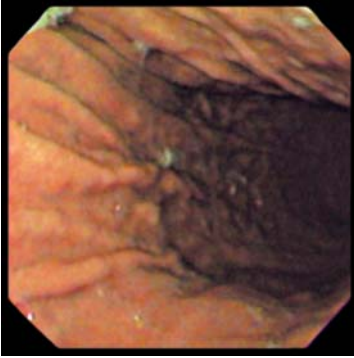
ШЛУНОК

154. Враховуючи напрям впадіння стравоходу у шлунок і хід просвіту шлунка, вводити ендоскоп в нього найліпше так, щоб передню стінку було видно на 12 год. Нерідко на задній стінці тіла шлунка в її верхній третині є поперечний “гребінь”, який перешкоджає бачити відразу від кардії дистальну третину тіла шлунка. Тому кінець апарата помірно згинають догори (відхиляють до передньої стінки шлунка) і, проминувши цей гребінь, виконують ротацію на 90° за годинниковою стрілкою та проходять в антральний відділ. Якщо ж відразу від кардії видно усе тіло і кут шлунка, то ротацію на 90° за годинниковою стрілкою виконують відразу.

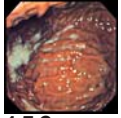


155. Для докладного огляду антрального відділу і кута шлунка апаратом з торцевою оптикою необхідно виконувати прийом **Ж-ретрофлексії** (рис. А), при підтягуванні ендоскопа можна здалеку оглянути також і кардію. Дно шлунка і кардію докладно оглядають під час **U-ретрофлексії** (рис. Б).





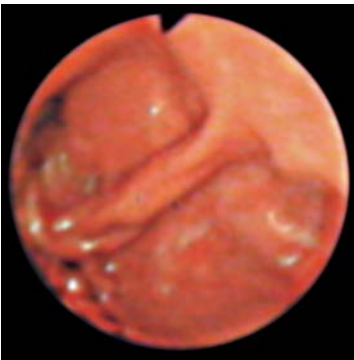
156. Нормальні складки тіла шлунка по великій кривині. На малій кривині вони мають поздовжний напрям, а на великій кривині, передній і задній стінках — вигляд сітки. При роздуванні звивисті складки випростуються і стають плоскішими, а складки вздовж малої кривини можуть повністю розгладитися.



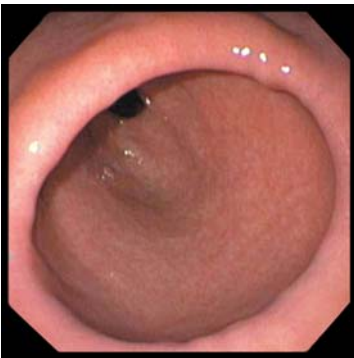
156 а



157. У нормі слизова оболонка рожевувато-червоного кольору. Він залежить від ступеня васкуляризації і розтягу, а також від потужності і типу лампи (її спектра). Суцільний, рівномірний шар слизу зумовлює нормальний блиск. Судинний рисунок, як звичайно, при роздуванні видно в кардіальній зоні, у дні й антральному відділі. При максимальному роздуванні його можна бачити і в тілі шлунка (це імітує атрофію). Поверхня її дрібнозерниста за рахунок припіднятих шлункових полів, розділених світлішими *lineae gastricae*.

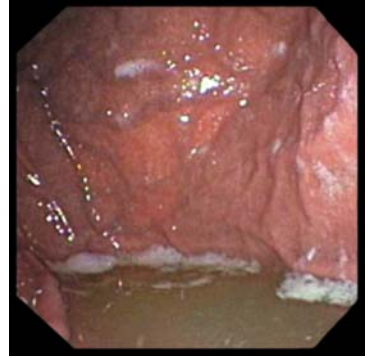


158. «Шпора» («гребінь») на задній стінці верхньої третини тіла шлунка. Якщо він виражений, то може суттєво затруднити проведення апарата в нижню третину тіла шлунка, оскільки оптична вісь при вході у шлунок буде спрямована в «кишеню» склепіння шлунка по задній стінці. При рентгеноскопії такий шлунок матиме вигляд «клепсидри» («пісочного годинника»). У такому випадку в тіло шлунка ендоскоп треба проводити по передній стінці починаючи від кардії (див. вище).

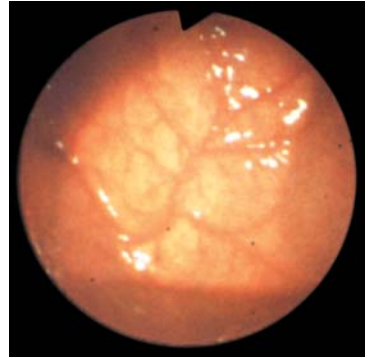


159. Перистальтична хвиля на рівні антрального відділу шлунка. Потужне рівномірне скорочення циркулярної мускулатури свідчить, що моторика шлунка не порушена.

160. При положенні хворого на лівому боці шлунковий вміст скупчується в ділянці склепіння шлунка, утворюючи так зване «**слизове озерце**».



161. Дно (склепіння) шлунка. На відміну від тіла, в дні шлунка у нормі може бути видно рисунок підслизових капілярів. Їх виявлення лише в цій ділянці ще не свідчить про атрофічний гастрит.



162 а

162. Дно (склепіння) шлунка. Вигляд в U-ретрофлексії. У цій зоні в нормі можна також бачити підслизові вени. На відміну від патологічних варикозно розширених вен вони прямі, а їх діаметр не перевищує 2–3 мм.



ФІЛЬМ



ФІЛЬМ



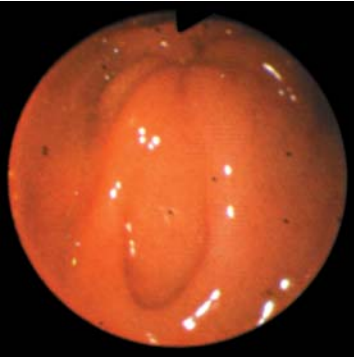
163 а

163. Стискання ззовні — випинання у просвіт органа, зумовлене тиском з боку оточуючих органів або утворів. Ендоскопічна картина може нагадувати підслизову пухлину, але розмір і форма вип'ячування змінюються при декомпресії. У даному випадку є псевдокіста підшлункової залози.

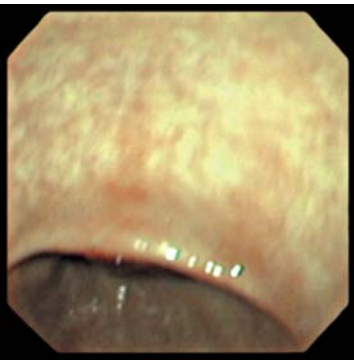




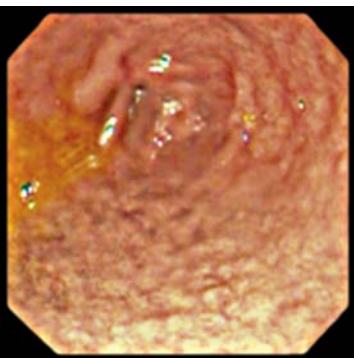
164. Дивертикули шлунка, як звичайно, є вродженими, містять усі шари стінки шлунка і локалізуються у дні або на задній стінці у верхній третині тіла шлунка.



165. «Неповний» дивертикул препілоричного відділу в межах товщі слизової оболонки шлунка.



166. Кут шлунка добре виражений. Він є одним з основних ендоскопічних орієнтирів при гастроскопії, умовно ділить шлунок на тіло й антральний відділ.

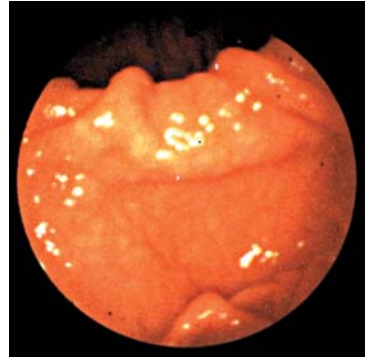


167. Антральний відділ шлунка. Прямий огляд порожнини шлунка з ділянки кута. Видно незмінені антральний і препілоричний відділи та воратар круглої форми. У розтягнутому антрумі складки, як звичайно, не помітні.

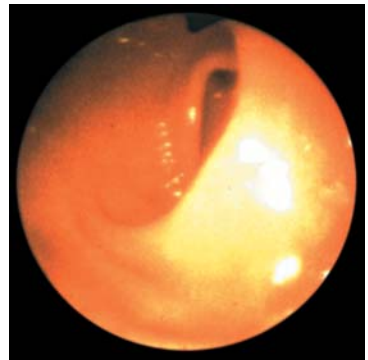
168. Антральний відділ шлунка. Проходження перистальтичної хвилі.



169. Кут шлунка. Вигляд у ретрофлексії J-типу. Видно також антральний відділ і склепіння шлунка.



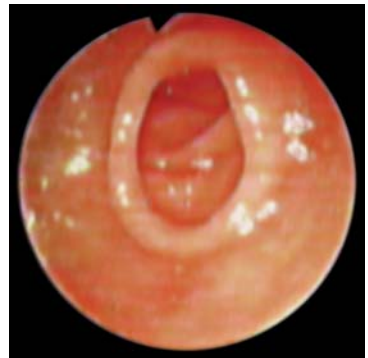
170. Вирізка (інцизура) антрального відділу. Одиначна фіксована поперечна складка слизівки на задній стінці антрального відділу. Вважають, що складки подібного типу трапляються з частотою 1–2%. Можуть бути асимптомними знахідками, проте часом супроводжуються диспептичною симптоматикою.

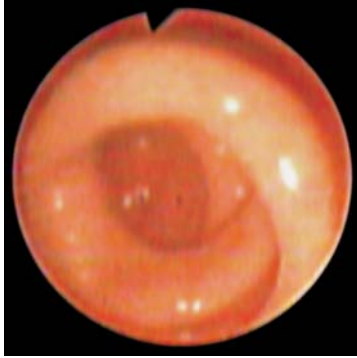


171. Антральна слизова діафрагма (кільце). Циркулярна складка слизової заввишки 5 мм. Такі кільця трапляються з частотою до 0,5% і здебільшого безсимптомні. Лише коли отвір менший за 1,3–1 см, то вони можуть спричинити порушення евакуації. Таке кільце може бути помилково розцінене як вороторар (псевдопілорус).

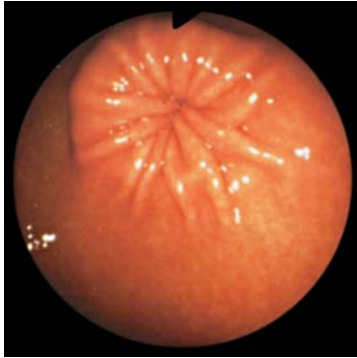


ФІЛЬМ

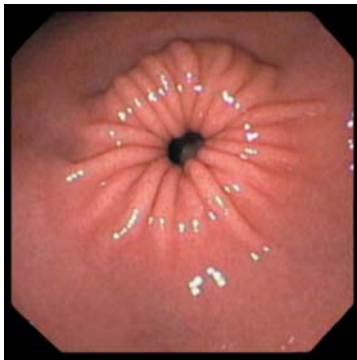




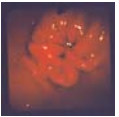
172. Антральна слизова діафрагма.



173. Пілоричний відділ шлунка. Момент перистальтики. Воротар зімкнутий, облямований складками, випнутими у момент проходження перистальтичної хвилі.



174. Надлишкова складчастість слизівки при скороченні воротаря. При інсуфляції після проходження перистальтичної хвилі складки добре розправляються.

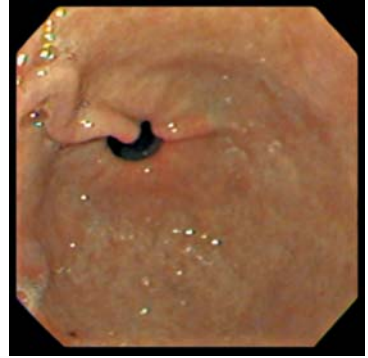


174а

175. Приблизно в 10% пацієнтів у препілоричній ділянці можуть спостерігатися **збільшені складки** (понад 5 мм висотою і понад 1 см шириною). Один з варіантів — аркоподібна складка по малій кривині. Самі по собі вони ще не свідчать про патологію, однак часто трапляються у поєднанні з афтозними ерозіями і папулами антрального відділу. Необхідно також враховувати можливість інфільтративних пухлин.



176. Збільшені препілоричні складки — інший варіант.



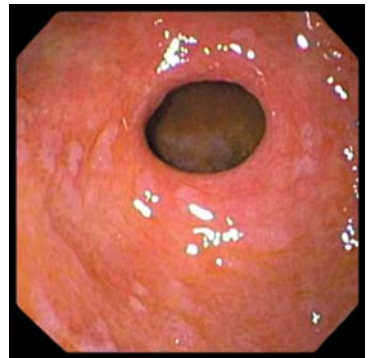
177. Воротар (пілорус) овальної форми. При косому огляді видно, що пілоричний канал має довжину 0,5–1,0 см. Зміна форми воротаря може свідчити про патологію пілоричного каналу або цибулини дванадцятипалої кишки. Проте якщо він симетричний, це малоімовірно: на патологію (напр., рубець) вказують насамперед виражені асиметричні зміни форми.



178. Асиметричний воротар вказує на деформацію, спричинену пілоричною або близько розміщеною (юктапілоричною) виразкою, рубцем.



179. Зяючий воротар. Так описувати його можна при діаметрі понад 1,5 см. Часто супроводжується дуоденогастральним рефлюксом або патологією цибулини дванадцятипалої кишки, проте може бути і випадковою знахідкою, яка не супроводжується симптоматикою. У даному випадку у хворого є ділянки кишкової метаплазії слизівки.

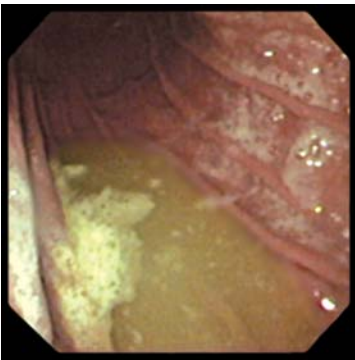




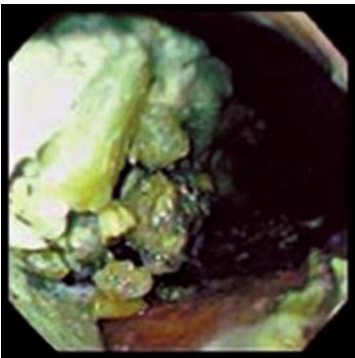
180. Стенозований воротар. Стеноз зумовлений дуоденальною виразкою. За наявності активної виразки звуження посилюється за рахунок набряку і спазму.



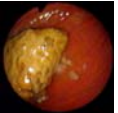
181. Воротар набряклий, слизова застійна. Пілорит.



182. У просвіті шлунка рідина з домішкою жовчі.



183. Бесоар. Утворюється переважно з рослинних волокон, наприклад, плодів хурми (фітобесоар) або з волосся (трихобесоар). На рис.183а і відеокліпі бесоар, який утворився з воску (пацієнт їв мед із стільниками). Крім бесоара в ділянці кута виявлено виразку шлунка.



183а



184a

184. Бесоар. Утворенню безоарів сприяє порушення евакуації зі шлунка (гастропарез, стеноз ворота рота тощо)

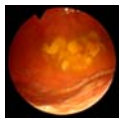


185. Сторонні тіла шлунка (англійські шпильки). Видаленню підлягають сторонні тіла розмірами понад 4x1 см, менші предмети, як звичайно, виходять *per vias naturalis*.

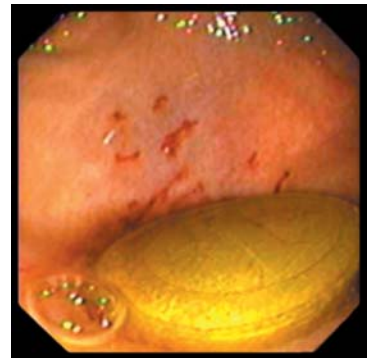


186a

186. Стороннє тіло шлунка. Монета. На рис. 186а нерозчинені таблетки у цибулинні дванадцятипалої кишки у хворого з атрофічним гастритом. На рис. 186б нерозчинені таблетки у того ж хворого у дні шлунка (в "озерці").

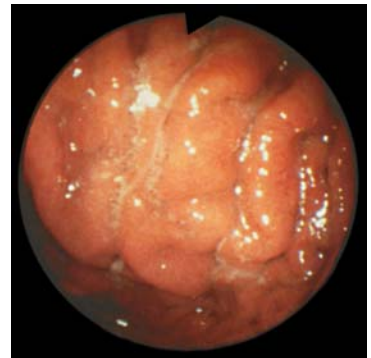


186б



ФІЛЬМ

187. Застійна слизова оболонка. Комбінація гіперемії, набряку і ексудації. Слизова оболонка червона, набрякла, легко ранима, з посиленою секрецією слизу, можуть спостерігатися бляшки білого або жовтого ексудату, складки потовщені. Судинний рисунок не видно, визначаються ділянки плямистої еритеми. У термінології OMED рекомендують уникати назв «поверхневий гастрит» або «гіпертрофічний гастрит» при описі візуальної картини.

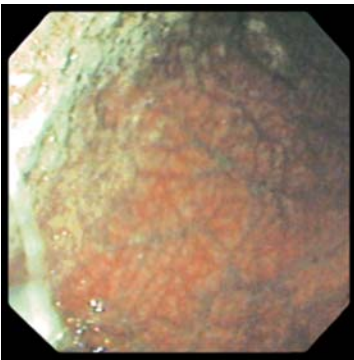




188. Поверхневий гастрит (морфологічний термін). Візуально йому відповідає переважно гіперемована або застійна слизова оболонка. У переважній більшості випадків причиною поверхневого гастриту є *Helicobacter pylori*. Його виявлено також при гістологічному дослідженні у даному випадку. Загалом, нині морфологи вживання терміну “гастрит” обмежили станами, коли при гістологічному дослідженні виявляють запалення. Для уражень епітелію і ендотелію без виражених запальних змін вживають термін “гастропатія”. (Див табл. на стор. 67).



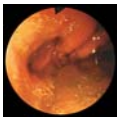
189. Атрофія слизівки тіла шлунка. Чітко видно сітку підслизових судин на фоні витонченої слизової. Діагноз атрофічного гастриту, на відміну від інших морфологічних форм, з достатньою певністю можна ставити на підставі ендоскопічного огляду.



190. Атрофія слизівки шлунка. Діагностувати атрофію, не завжди легко, особливо при надмірному роздуванні шлунка. Це може призвести до хибно-позитивного діагнозу.



191. Рефлюкс-гастрит. Синонімом є термін “лужний гастрит”. Багато сучасних морфологів відносять це ураження до гастропатій (див. табл. на с. 67). Переважно розвивається у хворих, які перенесли оперативні втручання на шлунку. Причиною є пошкодження епітелію жовчаними кислотами, які мають детергентні властивості. Слизова гіперемована або застійна, імбібована жовчю, можуть бути внутрішньослизові крововиливи.



191 а

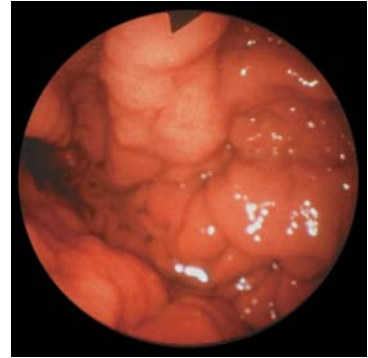


192 а

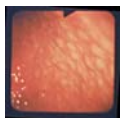
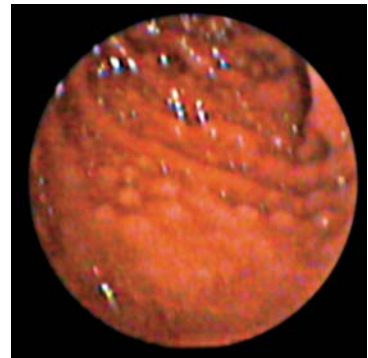
192. Реактивна гастропатія, зумовлена рефлюксом жовчі після резекції шлунка (“Істинний рефлюкс-гастрит”). Характеризується низкою морфологічних особливостей. Візуально — характерний яскраво-червоний колір слизової кукси шлунка, легка ранимість слизівки при контакті.



193. Для характеристики **гіпертрофічних змін** запропоновано багато термінів, найвдалішим з яких є «гіпертрофічна гастропатія». Візуально розрізняють два основні типи гіпертрофії: гіпертрофію в тілі шлунка — складки висотою 1 см і більше, та гіпертрофію в антральному відділі — вузлики 1–3 мм. Тут — гіпертрофія слизівки тіла шлунка.

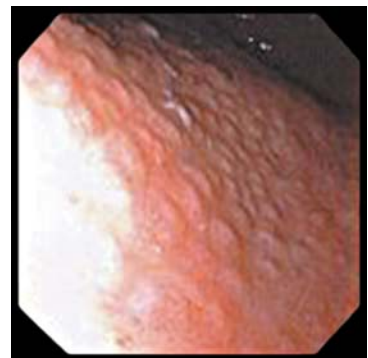


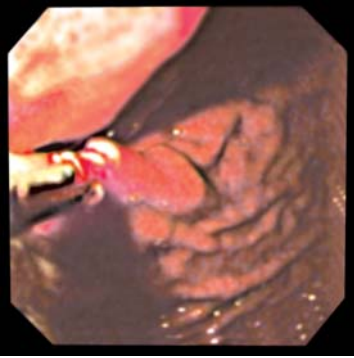
194. Вузлувата слизівка антрального відділу, т. зв. *status mamillaris* (останнього терміну OMED радить уникати). Зумовлена підвищенням шлункових полів.



195 а

195. Вогнищева лімфофолікулярна гіперплазія слизової оболонки антрального відділу при гелікобактер-асоційованому гастриті.

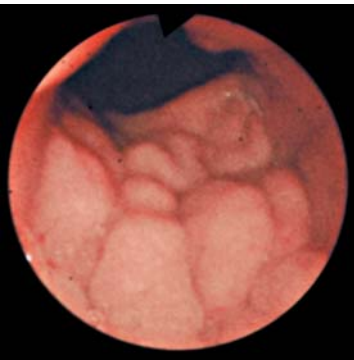




196. Характерна риса нормальних шлункових складок — пластичність. При роздуванні вони стають плоскішими і прямишими. При пальпації біопсійними щипцями вони м'які і при спробі взяти біопсію тягнуться за щипцями. Ригідність і крихкість (легка фрагментація — слизівка не тягнеться за щипцями) при взятті матеріалу для біопсії наводять на думку про злоякісну пухлину. Проте для підтвердження інфільтративної карциноми або й гастропатії Менетріє щипцева біопсія часто неінформативна — необхідна петлева біопсія на всю товщу слизової.



197. Афтозно змінені збільшені складки тіла шлунка. Можуть бути наслідком гіперплазії або інфільтрації: фовеолярної гіперплазії при хворобі Менетріє, залозистої гіперплазії при синдромі Золлінгера-Еллісона, еозинофільного гастриту, злоякісної лімфоми або інфільтративному ракові. Диференціальний діагноз ґрунтується на результатах петлевої біопсії.

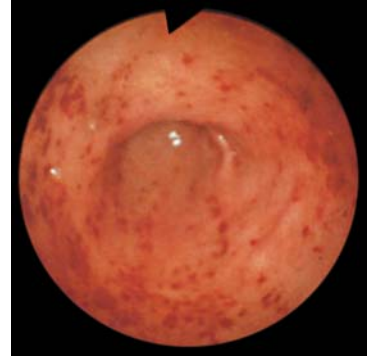


198. Хвороба Менетріє. Пусковим механізмом захворювання може бути цитомегаловірусна інфекція. Клінічно проявляється втратою білка і гіпохлоргідрією. Основна візуальна ознака — гігантські складки, які нагадують звивини головного мозку і не розправляються при інсуфляції повітря.

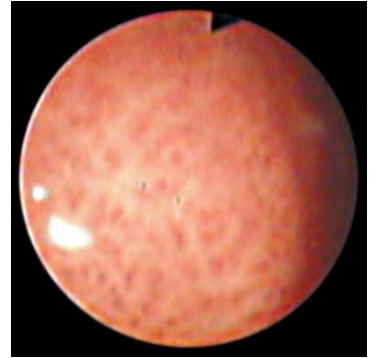


199. Хвороба Менетріє. Гігантські ригідні складки слизової тісно прилягають одна до одної. Поверхня їх нерівна внаслідок проліферативних процесів.

200. Петехії тіла шлунка — субепітеліальні крововиливи або розширення капілярів діаметром 1–3 мм. Їх контури рівні, вони не випинаються над доволишньою слизівкою. Цей термін не вживають для опису активної кровотечі.



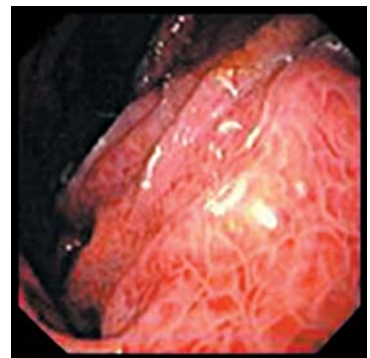
201. Петехії. Слизова оболонка бліда, дещо атрофічна, у деяких ділянках білуватого кольору, з множинними петехіальними вогнищами.

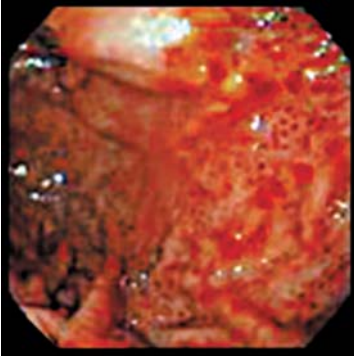


202. Почервоніння слизової оболонки (застійна слизівка) і дрібні червоні цятки («скарлатиноподібний рисунок») при портальній гіпертензії.



203. Гастропатія при портальній гіпертензії. Мозаїчний рисунок — множинні яскраві плями еритеми, облямовані білою сіткою.





204. Гастропатія при портальній гіпертензії. Вишнево-червоні плями, контактна кровоточивість.

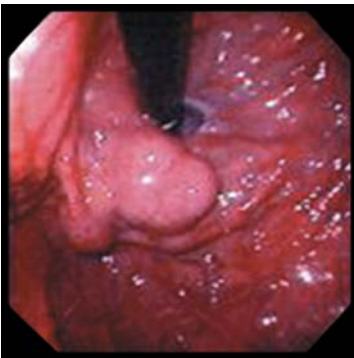


205. Watermelon-шлунок (синдром «кавуна»). Лінійна еритема на складках які розходяться від воротаря. Гістологічно — ектазія поверхневих судин. Як звичайно, супроводжується атрофічними змінами слизівки шлунка і призводить до неінтенсивних повторних шлункових кровотеч із хронічною анемією. Подібна картина також часто трапляється при портальній гастропатії. Нагадувати watermelon-синдром можуть також поздовжні лінійні ерозії в антральному відділі.

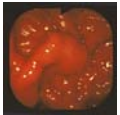


Портальна гастропатія є наслідком портальної гіпертензії з дилатацією капілярів і розкриттям внутрішньослизових судинних шунтів. При морфологічному дослідженні відзначають дилатацію судин як слизівки, так і підслизового шару. Крововиливам у слизівку сприяє тромбоцитопенія, яка розвивається при цирозі печінки. При портальній гастропатії збільшується чутливість слизівки до різних ушкоджуючих чинників: аспірину, алкоголю тощо.

Розрізняють легку форму портальної гастропатії (скарлатиноподібний і мозаїчний рисунок) та важку форму (вишнево-червоні плями, які зливаються між собою і кровоточать, та темно-коричневі плями, зумовлені імпрегнацією гематином субепітеліального шару.



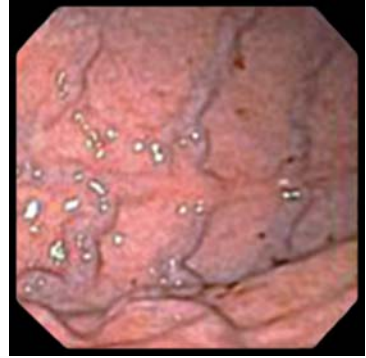
206. Переповнені варикозно розширені вени можуть імітувати поліпоз шлунка. Проте вена має синюватий колір і переважно трапляється разом із варикозно розширеними венами стравоходу. Така комбінація свідчить про портальну гіпертензію.



206а

207. Варикозно розширені вени шлунка.

Ізольоване розширення вен шлунка є ознакою тромбозу селезінкової вени, у даному випадку — при карциномі підшлункової залози.

**208. Ангіектазії антрального відділу шлунка.**

Можуть бути спричинені хворобою Віллебранда, ураженням судин при колагенозах, вадами серця, хронічною нирковою недостатністю, але найчастіше вони трапляються у випадку синдрому Рендю-Вебера-Ослера. Розмір їх коливається від точкового до 1 см.

**209. Синдром Рендю-Вебера-Ослера.** Типові телеангіектазії в антральному відділі шлунка.

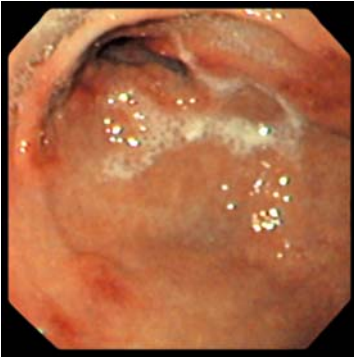
210а

210. Афтозна ерозія (синоніми — проста ерозія, неповна ерозія, які не рекомендовані OMED) — візуально виглядає як біла або жовта пляма (фібриновий ексудат на дефекті слизової), оточена червоним обідком. OMED рекомендує термін “афта” для гострих і хронічних запальних змін, які супроводжуються фібринозно-гнійним ексудатом і ерозуванням. Часто така ерозія розташована на набряклій складці.





211. Афтозна ерозія на гребені різко потовщеної препілоричної складки.



212. Гострі ерозії антрального відділу шлунка. Дефекти слизової оболонки, глибина яких не виходить за межі власної м'язової пластинки слизової оболонки.



206 а



213. Гострі ерозії тіла шлунка. Слизова оболонка гіперемована, застійна, з множинними поверхневими дефектами, які мають чіткі границі. У даному випадку ерозії з ознаками перенесеної кровотечі — нашаруваннями гематину. Зумовлені прийомом нестероїдних протизапальних препаратів (НСПЗП). Підслизові геморагії і дрібні ерозії виявляють у 2/3 пацієнтів, які приймають традиційні НСПЗП, переважно вони виникають у перший місяць лікування і здебільшого мають безсимптомний перебіг.

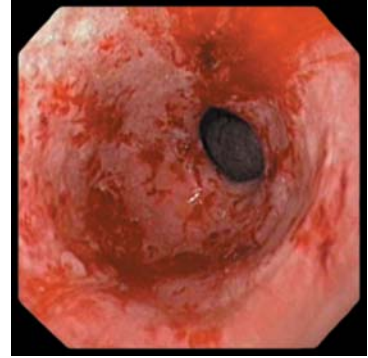


214. Гострі ерозії антрального відділу шлунка, зумовлені прийомом НСПЗП. Причиною ураження слизівки є блокування конститутивної форми циклооксигенази ЦОГ-1 і зниження синтезу простагландинів, а відтак порушення кровоплину у слизівці, зменшення продукції слизу і збільшення агресивності шлункового соку.





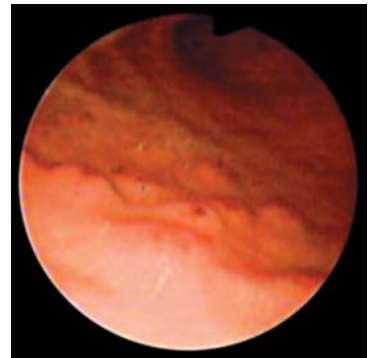
215. Геморагічні ерозії антрального відділу шлунка спричинені прийомом НСПЗП. Дно таких ерозій вкрите червоно-коричневим нальотом гематину. Триваюча капілярна кровотеча на момент огляду.



216. Ерозії і застійний шлунковий вміст у хворого з гострою спайковою кишковою непрохідністю.



217. Папульозна гастропатія. Для неї характерні конічні випинання слизівки діаметром 0,1–1 см, які у гострій стадії можуть бути пупкоподібними або афтозними (з дефектом слизової на верхівці), а у хронічній — простими. OMED рекомендує уникати термінів “повна”, “варіолоформна ерозія”. Папули з ерозіями (афтами) можуть розвиватися як на фоні реактивної гастропатії, так і на фоні гастриту. У випадку гастропатії до ерозій призводить мікрovasкулярна ішемія, а регенераторна фовеолярна гіперплазія навколо неї призводить до утворення папули. У випадку гастропатії запалення обмежене краями і основою ерозії, а при гастриті воно поширюється на *lamina propria*.



218. Лімфоцитарний папульозний гастрит. Папули часто множинні. Характерна картина рядів пакул з верхівковими ерозіями або без них в антральному відділі шлунка в напрямку до ворота рр, найчастіше по гребенях складок. Нині розвиток лімфоцитарного гастриту з утворенням пакул пов'язують із інфекцією *Helicobacter pylori*. Гістологічно — запальна інфільтрація з переважанням плазматичних клітин. Оскільки наявність афтозних пакул сама по собі не дає змоги візуально відрізнити гастрит від гастропатії, біопсію треба брати як з папули, так і на віддалі від неї.

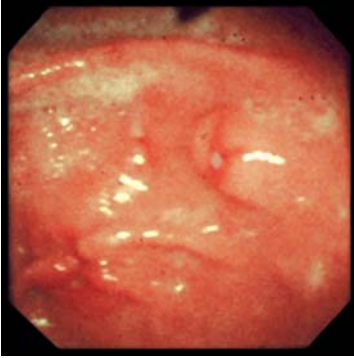


Характеристика гастритів *(Gastroenterology; 108:917-924)*

Морфологічний діагноз	Морфологічні знахідки	Етіологія	Можливі ендоскопічні знахідки	Вірогідні клінічні прояви і ускладнення
Гострий гастрит	Нейтрофільне запалення	<i>H. pylori</i> Представники стрептококів, інші бактерії	Збільшені складки, ерозії, може бути нормальною Еритема, дилатований шлунок, ексудат	Гострий гастроентерит Перфорація, гангрена
Хронічний і активний хронічний гастрит — загальні особливості	Змішане запалення, +/- фовеолярна гіперплазія, ерозії/виразки, кишкова метаплазія, атрофія	<i>H. pylori</i> , <i>H. heilmanii</i> , автоімунний процес	Нормальна слизівка або еритема, нодулярна поверхня, легка ранимість; тонкі складки тіла шлунка з видимими судинами. Рельєфна мозаїчна поверхня слизівки	Диспепсія, виразки шлунка або дванадцятипалої кишки, аденокарцинома, MALT-лімфома, перніціозна анемія. Симптомів і ускладнень може не бути
Особливості окремих форм				
Лімфоцитарний гастрит	Загальні особливості плюс збільшена кількість інтраепітеліальних лімфоцитів	Гіперчутливість до гліадину або інших білків; автоімунний	Хронічний ерозивний гастрит (папули з центральною ерозією), гігантські складки тіла шлунка	Целиакія, хвороба Менетріє, автоімунні стани, <i>H. pylori</i>
Гранульоматозний гастрит	Мультифокальне активне хронічне запалення/виразки/фісури/гранульоми	Хвороба Крона, саркоїдоз	Різноманітна; потовщені складки, виразково-ерозивні ураження	Залежно від захворювання, яке спричинило ці зміни
Еозинофільний гастрит	Скупчення еозинофілів	Ідіопатичний, алергія на ліки або їжу, паразитарний	Випнуті складки в антральному відділі, гіперемія, нодулярна поверхня. Візуальних змін може не бути.	Біль, нудота, блювання, рання поява відчуття ситості, втрата ваги, анемія
Гіпертрофічний лімфоцитарний гастрит	Лімфоцитарний гастрит з різко вираженою фовеолярною гіперплазією	Хвороба Менетріє	Гігантські складки тіла шлунка	Біль, блювання, втрата ваги, може бути гіпопротеїнемія (втрата білка)

Характеристика гастропатій (<i>Gastroenterology; 108:917-924</i>)				
Морфологічний діагноз	Морфологічні знахідки	Етіологія	Можливі ендоскопічні знахідки	Вірогідні клінічні прояви і ускладнення
Гостра ерозивна гастропатія	Мікрovasкулярна ішемія (ерозії), мінімальне вогнищеve запалення	Алкоголь, НСПЗП, інші медикаменти, гіповолемія, стрес, уремія тощо	Ерозії, суб-епітеліальні кровиливи	Кровотечі
Реактивна гастропатія, загальні особливості	Фовеолярна гіперплазія +/- ерозії/ виразки. Запалення немає за винятком зони навколо виразки	НСПЗП, рефлюкс жовчі, уремія	Такі ж як і при гострій ерозивній гастропатії	
Реактивна гастропатія з особливостями, які характерні для рефлюксу жовчі	Загальні особливості з суб-нуклеарними вакуолями	Рефлюкс жовчі	Еритема, ранимість, кровото-чивість	Блювання жовчу, біль, як звичайно, спостерігають після резекції шлунка за Більрот I або II
Реактивна гастропатія з особливостями, які характерні для опромінення або хіміотерапії	Загальні особливості із збільшенням клітин і ядер, вакуолізацією, макро-нуклеолами	Опромінення, хіміотерапія	Виразки, переважно в антральному відділі	Перфорація, біль
Застійна гастропатія ¹	Загальні особливості з поверхневою судинною ектазією +/- мікротромби	Портальна гіпертензія Watermelon-шлунок (синдром "кавуна") Склеродермія	Антральна еритема, червоні плями, мозаїчна поверхня Лінійна еритема на складках які розходяться від воротаря	Цироз печінки, шлункові кровотечі, тромбоз селезінкової вени Атрофія слизової проксимальних відділів шлунка/анемія Склеродактилія, CREST-синдром
Гіпертрофічна гастропатія	Масивна фовеолярна гіперплазія зі слабо вираженим запаленням або без нього	Хвороба Менетріє	Гігантські складки тіла шлунка	Біль, втрата ваги, блювання, +/- втрата білка

¹ Звертаємо увагу читачів, що багато авторів фактично ставлять знак рівності між поняттями "застійна гастропатія" і "портальна гастропатія", вкладаючи при цьому у назву "застійний" смисл застою у мікроциркуляторному руслі. Натомість OMED трактує поняття "застійний" як синонім набряку слизівки і фактично розмежовує застійну і портальну гастропатії. Застійна гастропатія тут є візуальним еквівалентом виражених поверхневого і гіпертрофічного гастритів, яких необхідно верифікувати морфологічно.



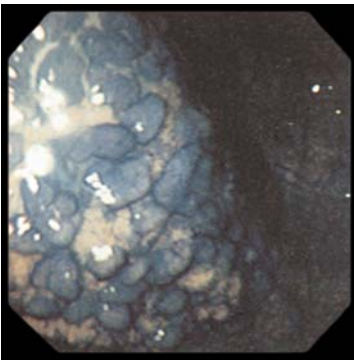
219. Афтозна папула. У гострому періоді на її верхівці є дефект слизівки, вкритий детритом, може бути з гематином. У процесі загоєння він епітелізується, після чого залишається пупкоподібне втягнення.



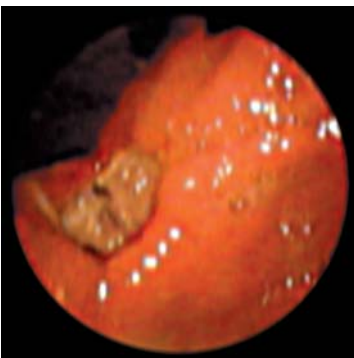
220. Кишкова метаплазія слизівки шлунка. При візуальному огляді можна відзначити сіруваті ділянки метаплазії, блідіші, ніж довоколишня слизівка.



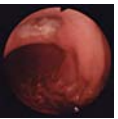
220 а



221. Кишкова метаплазія слизівки шлунка. Фарбування метиленовим синім дає змогу виявляти ділянки як кишкової метаплазії, так і малігнізації.



222. Виразка кута шлунка. Ця зона найтипівша для виразок шлунка, що пов'язують зі стиком різних типів слизової оболонки: тіла і антрального відділу. Виражений запальний набряк тканин навколо виразки створює враження, що площа виразки менша, а глибина більша, ніж насправді. На дні дрібні тромбовані судини. Ознак регенерації немає (активна фаза А1).



222 а





223. Виразка шлунка. У гострій стадії хронічна виразка має округлу форму, її краї високі через виражений запальний набряк та інфільтрацію, вони гіперемовані, з петехіями. На доброякісний характер виразки вказують чіткі рівні контури, гладке дно з фібринозними нашаруваннями, припіднятий гладкий край і мало змінена довколишня слизова оболонка.

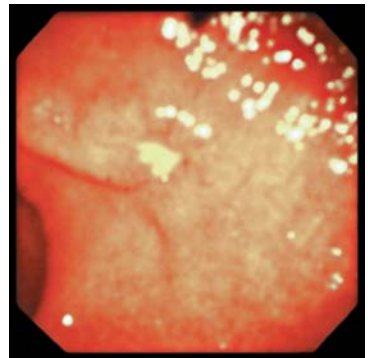


224 а

224. Виразка шлунка. Виразка в ділянці кута шлунка. Відзначено помірне запалення без вираженої деформації шлунка. Краї виразки згладжені, контури виразки мають полігональну форму, глибина її невелика. Це вказує на тенденцію до загоювання. Фаза А2-Н1. На рис. 224а гігантська виразка шлунка

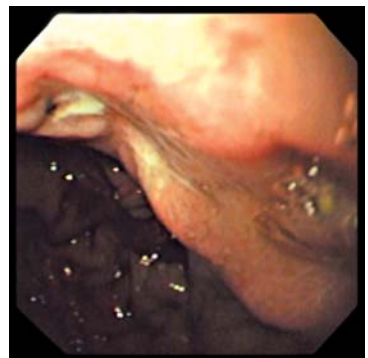


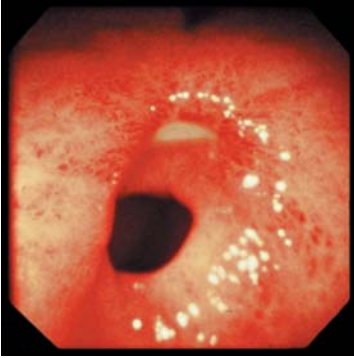
225. Виразка шлунка. Виразка в ділянці кута шлунка. Краї виразки нерівні з елементами грануляційної тканини на периферії основи виразки. Ці ознаки, як і радіальна конвергенція складок, свідчать про загоювання (фаза Н1).



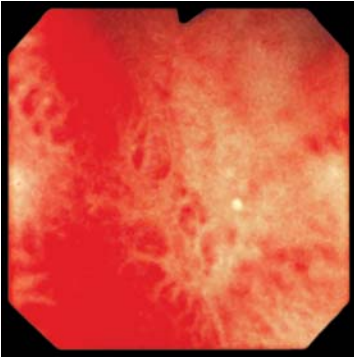
226 а

226. Виразка шлунка. Виразка кута шлунка на стадії загоювання — фібрин в ділянці дна заміщується грануляціями. Помітна тенденція до поділу виразки на кілька кратерів. Такі зміни форми виразки — від круглястої до лінійної або її фрагментація, зменшення при повторних оглядах — є ознаками загоювання (фаза Н2).

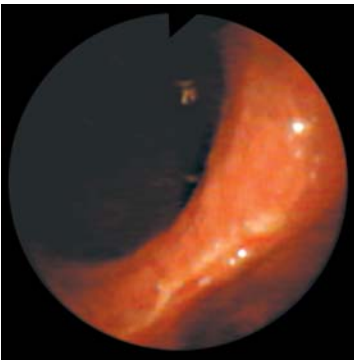




227. Препілорична виразка. Стадія рубцювання.



228. Виразка шлунка. Виразка на стадії червоного рубця (S1). Білі нашарування з дна виразки зникли, регенеративний яскраво-червоний епітелій вкриває дно виразки.

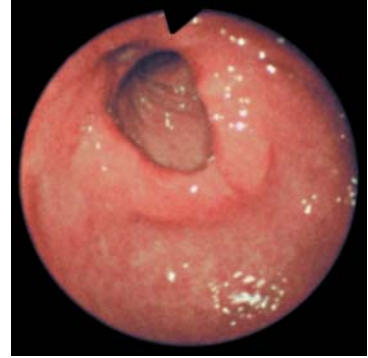


229. Виразка шлунка. Білий післявиразковий рубець у ділянці кута шлунка (стадія S2).



230. Готичний кут шлунка (ознака Геннінга) — зумовлений виразкою або рубцем, які розміщені по малій кривині дистальніше кута шлунка.

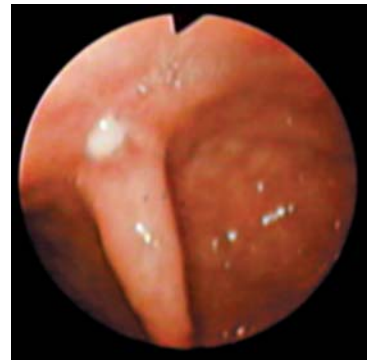
231. Виразка воротаря. Воратар зіяє, функція його порушена.



232. Виразка кута шлунка у стадії загоєння (вигляд у ретрофлексії). Поверхневий дефект слизівки до 5 мм, вкритий фібрином. У даному випадку немає суттєвої деформації стінки шлунка.



233. Виразка шлунка у стадії загоєння. Виражена конвергенція складок до поверхневого виразкового дефекту задньої стінки тіла шлунка.



Класифікація виразок шлунка за Джонсоном

- 1 тип. У ділянці кута шлунка або проксимальніше від нього.
- 2 тип. Виразки I типу, але в комбінації з виразкою дванадцятипалої кишки (або в останній виявлено післявиразковий рубець).
- 3 тип. Виразки препілоричної зони, як звичайно, в межах 2,5 см від воротаря. Іноді виділяють ще 4 тип — гострі НСПЗП-асоційовані виразки; які можуть бути множинними і локалізуватися в будь-якому відділі шлунка.



234. Виразка шлунка у стадії загоєння. Виражена конвергенція складок до післявиразкового рубця.



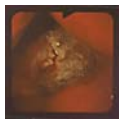
235. Виразка шлунка на стадії рубцювання з деформацією стінки і конвергенцією складок.



236. Виразка шлунка, яка пенетрує в печінку. Дном є рубцево змінена тканина печінки.



236 а



236 а

Фази процесу загоєння пептичних виразок аналогічні до загоєння будь-яких ран і розпочинаються з секреції факторів росту в краях і дні виразки. Запальна інфільтрація оточує некротичні тканини. Під впливом факторів росту відбувається диференціація клітин краю виразки і розвиток грануляційної тканини. Потім настає рання фаза швидкого загоєння — проліферація і швидка міграція епітеліоцитів краю виразки на її дно, ремоделювання грануляційної тканини — зміна запальних клітин фібробластами, і її скорочення із зменшенням дна виразки. Наступною є пізня фаза повільного загоєння, ключовим моментом якої є ангіогенез у грануляційній тканині, що забезпечує її живлення. У цій фазі триває ремоделювання грануляційної тканини, завершується епітелізація. Далі відбувається реконструкція залоз і глибоких шарів слизової і дозрівання спеціалізованих клітин.

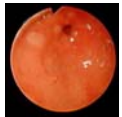
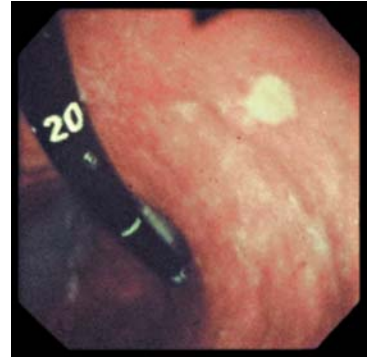


237a

237. Виразка препілоричного відділу шлунка з переходом на воротар. До виразки конвергують складки. Через зяючий воротар видно цибулину дванадцятипалої кишки.

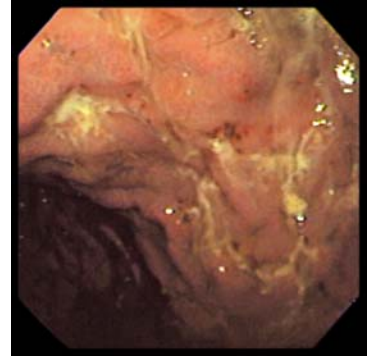


238. Гостра виразка шлунка зумовлена прийомом НСПЗП. Виразка субкардіального відділу шлунка (огляд у ретрофлексії). Краї нерівні, запальний вал не виражений, дно вкрите нашаруваннями фібрину. Пептичні виразки трапляються у 25% пацієнтів, які тривалий час отримують НСПЗП, причому у 15% утворюються виразки шлунка і лише в 10% — виразки дванадцятипалої кишки. Треба зазначити, що НСПЗП не лише спричинюють утворення гострих уражень слизівки, а й сповільнюють загоєння хронічних виразок.

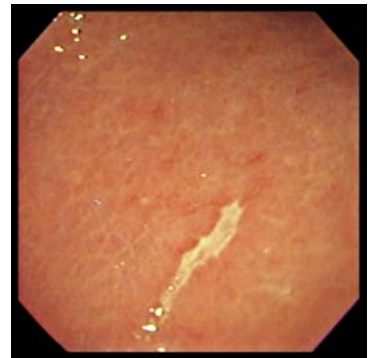


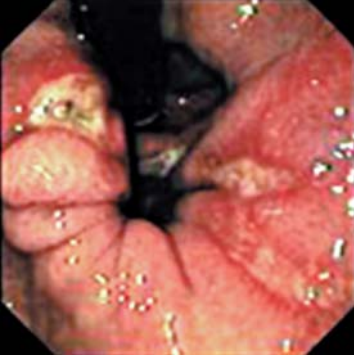
239a

239. Множинні гострі виразкуванняня у хворого, який приймає аспірин. Натиповішим для “аспіринових” уражень є множинні невеликі (до 5 мм) дефекти слизівки з дном, вкритим фібрином. Якщо вони плоскі (поверхневі), то їх вважають ерозіями, проте можуть траплятися і глибокі виразки цього діаметру.

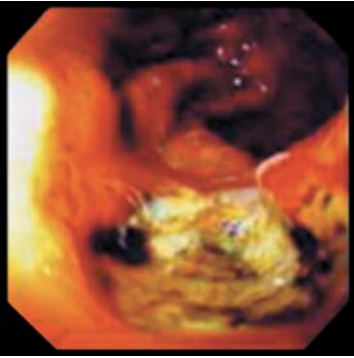


240. Одиначна лінійна гостра виразка тіла шлунка.





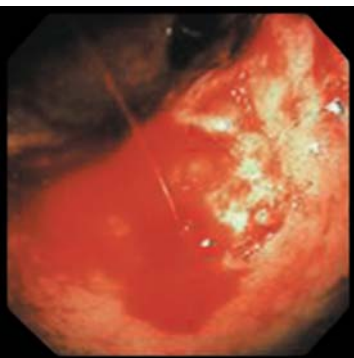
241. Виразка Камерона — виразкування, яке при наявності хіатальної кили утворюється на рівні діафрагми.



242. Сифілітична виразка шлунка. Велика виразка, яка розташована на великій кривині тіла шлунка, на її дні — тромбовані судини і дрібні згортки крові. Її виявлено у хворого з шлунковою кровотечею. Діагноз сифілісу встановлено після біопсії.



243. Обширні виразкування і рубцева деформація після хімічного опіку шлунка (аккумуляторною кислотою). Огляд через 2 тижні після опіку.



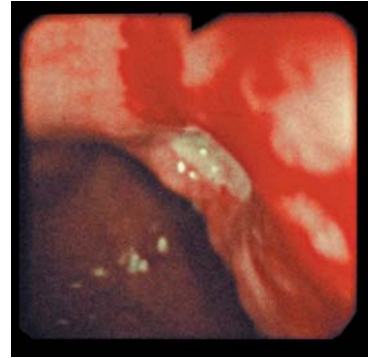
244. Кровотеча з виразки шлунка. Триваюча кровотеча — Forrest Ia. Струменева кровотеча.

Класифікація виразкових кровотеч за Forrest

- 1a** — *триваюча струменева кровотеча (spurting bleeding)*
- 1b** — *підтікання крові (oozing bleeding)**
- 2a** — *видима судина (visible vessel)*
- 2b** — *фіксований згортки на дні виразки (fixed clot)*
- 2c** — *пігментні плями (pigmented (black) spot)*
- 3** — *виразка без видимих ознак кровотечі*

* Деякі автори виділяють також групу 1x — підтікання крові з-під згустка на дні виразки

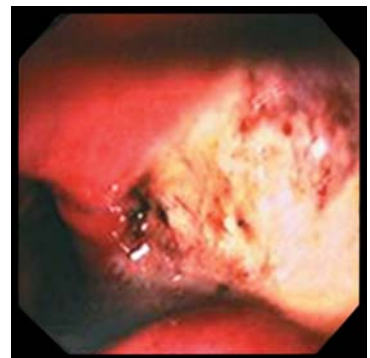
245. Кровотеча з виразки шлунка. Триваюча кровотеча — Forrest Ib. Витікання крові частими краплями.



246. Кровотеча з виразки шлунка. Триваюча кровотеча — Forrest Ib. Підтікання крові з-під згортки на дні виразки.



247. Кровотеча з виразки малої кривини шлунка. Ознаки перенесеної кровотечі — Forrest IIa. На дні виразки видно множинні тромбовані судини, одна з яких дуже велика. Є високий ризик рецидиву кровотечі.





248. Кровотеча з виразки тіла шлунка. Ознаки перенесеної кровотечі — Forrest IIa. Судина, яка виступає над поверхнею виразки, свідчить про високий ризик рецидиву кровотечі.



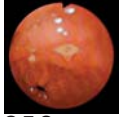
249. Кровотеча з виразки шлунка. Ознаки перенесеної кровотечі — Forrest IIb. Згортки, який фіксований до поверхні виразки. Наявність свіжого згортка крові на дні виразки свідчить про те, що ця виразка була джерелом кровотечі, а ризик рецидиву кровотечі дуже високий.



250. Кровотеча з виразки шлунка. Ознаки перенесеної кровотечі — Forrest IIb. «Згусток-вартовий» — пігментований згусток будь-якого кольору, який фіксований до плоскої основи виразки.

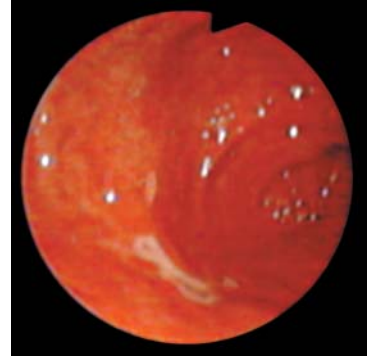


251. Кровотеча з виразки шлунка. Ознаки перенесеної кровотечі — Forrest IIc. Виразка з дрібними тромбованими судинами.

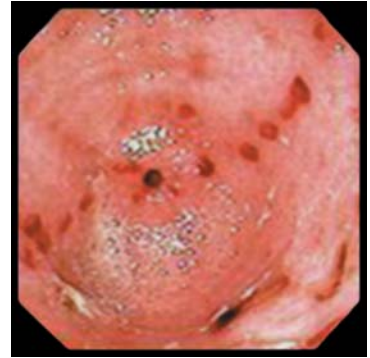


252 а

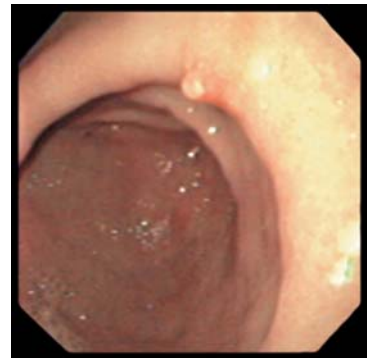
252. Гострі НСПЗП-асоційовані виразки антрального відділу шлунка, ускладнені кровотечею.



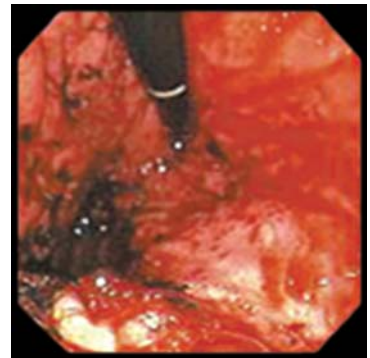
253. Ятрогенні механічні пошкодження слизівки шлунка назогастральним зондом. При обстеженні хворого зі шлунковою кровотечею такі пошкодження можна помилково оцінити як джерело кровотечі.



254. Просте виразкування Дьєлафуа. Помітна анемізація слизівки. Ураження Дьєлафуа (exulceratio simplex) — одиничний дрібний дефект слизівки з кінцевою артерією, яка аномально широка (діаметр відповідає підслизовій артерії). Це ураження не є первинним виразковим процесом. Найчастіше виявляють у проксимальному відділі шлунка. Цю патологію важко виявити в той час, коли кровотеча не триває.



255. Геморагічна гастропатія. Интрагеморагічний період. На стінках слизової шлунка незмінна рідка кров. Локалізованого джерела кровотечі не видно.



Методи ендоскопічного гемостазу

Термічні методи

Електрокоагуляція: монополярна електрокоагуляція, біполярна (мультиполярна) електрокоагуляція, гідродіатермокоагуляція.

Термокаутеризація (за допомогою термозонда)

Лазерна фотокоагуляція

Аргоно-плазмова коагуляція

Ін'єкційні методи

Введення склерозантів (полідоканолу, натрію тетрадецил сульфату), етанолу, розчинів адреналіну, фібринового клею тощо.

Механічні методи

Кліпування, накладання лігатур



256. Ендоскопічний гемостаз — на виступаючу над дном виразки судину накладено кліпси.



257. Ендоскопічна діатермокоагуляція. Діатермічний зонд підведено до дифузно кривавлячої виразки.



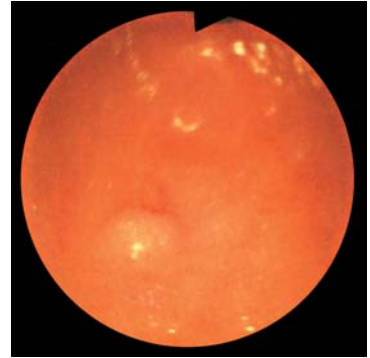
258. Ксантома (ксантелазма) шлунка. Трапляється переважно на фоні атрофічного гастриту.



259. Поліпом прийнято називати будь-який утвір (протрузію) не лише епітеліального, а й сполучнотканинного походження, на широкій основі або на ніжці, який випинається над поверхнею слизової. Поліпи трапляються у 2–3% хворих, яким виконували гастроскопію. Найчастіше виявляють епітеліальні поліпи.



260. Епітеліальні поліпи можуть бути неопластичними (аденоматозними або злоякісними) і пухлинноподібними (не пухлинними). До не пухлинних, які трапляються в 60–90% випадків, відносять вогнищеву (фовеолярну) гіперплазію, гіперплазіогенні поліпи, а також поліпи з фундальних залоз. Фовеолярна гіперплазія (на фотографії) є початковою стадією розвитку поліпів і переважно такі утвори множинні. Це бляшкоподібні або конусоподібні дрібні розростання слизівки шлунка, які трапляються як у тілі, так і в антральному відділі. Слизівка потовщена за рахунок видовження ямок і високих валиків.



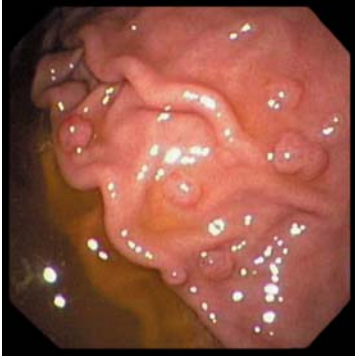
261 а

261. Гіперплазіогенні (гіперпластичні) поліпи містять гіперплазовані шлункові залози і є дисрегенераторними утворами. Можливість малігнізації цих поліпів досі дискутується. Деякі автори вважають, що вони займають проміжне місце між гіперплазією і новотвором, і називають їх гіперпластично-аденоматозними. Однак більшість авторів вважає цей термін неправильним, оскільки в гіперпластичних поліпах не виявляють дисплазії епітелію, визнаючи при цьому можливість прогресування і трансформації гіперпластичного поліпа в аденому.



262. Гіперпластичний поліп. Візуально розрізнити гіперпластичний поліп і аденому важко: це можна з'ясувати лише після гістологічного дослідження. Проте аденоматозні поліпи переважають серед тих, розміри яких перевищують 1,5 см, а менші поліпи у своїй переважній більшості є гіперпластичними. Більшість гіперпластичних поліпів є «сидячими» (хоча трапляються поліпи на довгих ніжках), часто — множинними. У дрібних поліпів слизівка, як звичайно, не відрізняється від довколишньої, але в поліпів розмірами понад 5 мм вона переважно еритематозна, часом — ерозована.





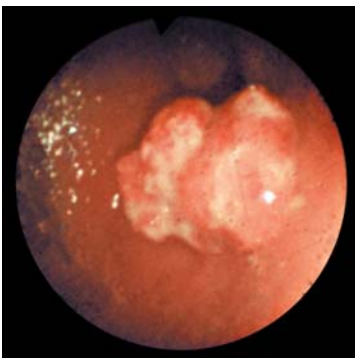
263. Гіперпластичні поліпи (група) великої кривини тіла шлунка. За локалізацією поліпи можуть бути ізольованими, згрупованими і дисемінованими (поліпоз). Множинні гіперпластичні поліпи, як звичайно, виявляють на фоні атрофічного гастриту. Фактично в більшості випадків виявлення раку в зоні, прилеглої до поліпа, виявляють атрофічний гастрит, який власне й супроводжується метаплазією і дисплазією. Зважаючи на це, рекомендують скринінгові обстеження хворих з гіперпластичними поліпами шлунка через кожні два роки.



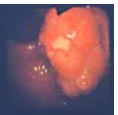
264. Дисеміноване розміщення поліпів (поліпоз) шлунка. Ураження поліпами може охоплювати більшу частину органа і їх кількість може сягати десятків і сотень.



265. Поліпи з фундальних залоз гістологічно являють собою видовжені і кістозно розширені фундальні залози без ознак метаплазії або запалення. Це дрібні поліпи на широкій основі (до 5 мм діаметром) з гладкою поверхнею, бліді. Як звичайно, вони множинні, часом можуть вкривати тіло шлунка суцільним килимом. Уперше їх описано у хворих на сімейний аденоматозний поліпоз, однак пізніше виявлено і в інших пацієнтів. У деяких дослідженнях вони становлять до 10% усіх поліпів. Сучасні морфологи відносять ці поліпи до гамартом.



266. Виразкування поліпів можна пояснити механічними і пептичними впливами з боку шлункового вмісту. Важливе значення має також порушення ротофіки самих поліпів.

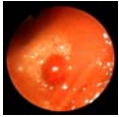
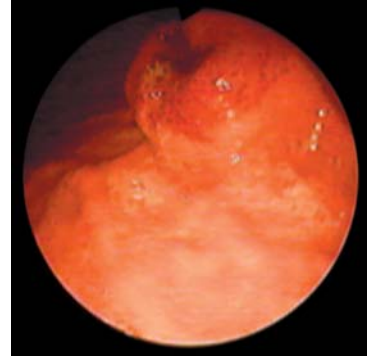


266 а





267. Аденоматозний поліп неправильної грибовидної форми на вузькій основі. Поверхня горбиста, з виразкуванням, місцями кровоточить. Зону кровотечі видно лише в ретрофлексії.



268 а

268. Аденоматозний поліп препілоричного відділу шлунка на короткій ніжці. Ці поліпи, як звичайно, солітарні, трапляються у всіх відділах шлунка. Поверхня їх гладка або "часточкова", при детальному огляді поліп нагадує ягоду шовковиці. Розміри поліпів доцільно визначати шляхом вимірювання відкритими щипцями.

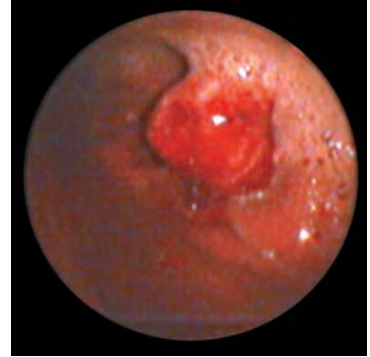


268 б

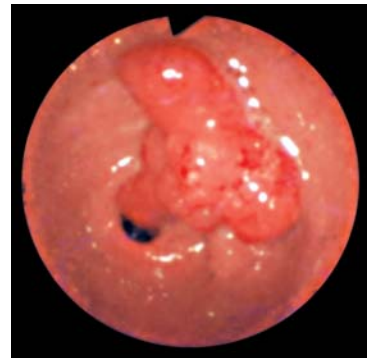


269 а

269. Великий поліп шлунка. Аденоматозний поліп з дисплазією.



270. Аденоматозний поліп препілоричного відділу шлунка.

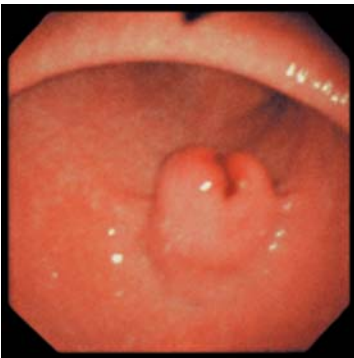


Порівняння гіперпластичних і аденоматозних поліпів шлунка

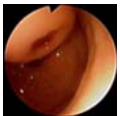
	Гіперпластичні поліпи	Аденоматозні поліпи
Величина понад 2 см	< 10%	> 80%
Конфігурація	Гладка або часточкова	Сосочкова
Наявність ніжки	< 30%	> 40%
Множинність	> 30%	0
Одночасна наявність карциноми	< 10%	> 40%
Мікроскопічні особливості		
Злоякісна трансформація	0	++
Анаплазія	Відсутня	Суттєва
Гіперплазія	Слабка або помірна	Суттєва
Пілорична метаплазія	Суттєва	Відсутня або слабка
Кишкова метаплазія	Відсутня або слабка	Суттєва
М'язова тканина	Наявна	Відсутня
Кістозні залози	Часто	Рідко
Запалення	Виразене	Не виразене



271. Лейоміоми при ендоскопічному дослідженні виглядають як пухлиноподібні утвори круглястої форми, величина яких сягає 6–8 см. Чіткість контурів залежить від глибини залягання пухлини у стінці шлунка. Поверхнево розміщені пухлини випинаються у просвіт шлунка, чітко окреслені; слизова, яка їх вкриває, нормальна або витончена, малорухома, з гладкою поверхнею.



272. Лейоміома шлунка з усіх підслизових пухлин шлунка трапляється найчастіше. На доброякісний характер вказує чіткість контурів і відмежованість від довколишніх тканин. Характерним для лейоміом є пупкоподібне вдавлення на верхівці, де може утворюватися ерозія, або й глибока виразка.

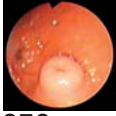


272 а

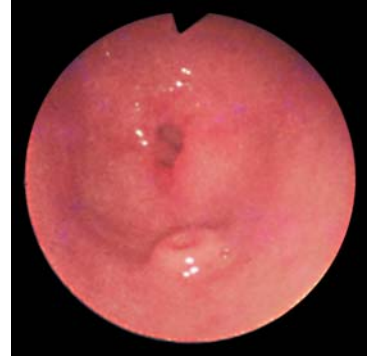




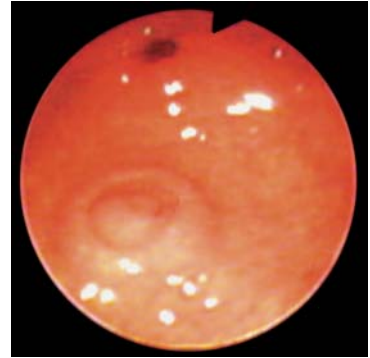
273. Аберантна (додаткова, ектопічна) підшлункова залоза в антральному відділі шлунка. Рідкісний утвір, який за розмірами рідко перевищує 1 см і за виглядом схожий на лейоміому. Може містити протоку, яка закінчується сліпо.



273a



274. Аберантна підшлункова залоза (варіант).



275. Аберантна підшлункова залоза (варіант).

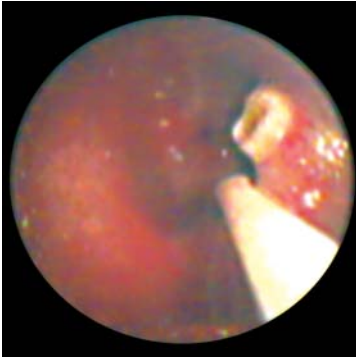


276. Ендоскопічна поліпектомія. Петлю накинута на ніжку поліпа.





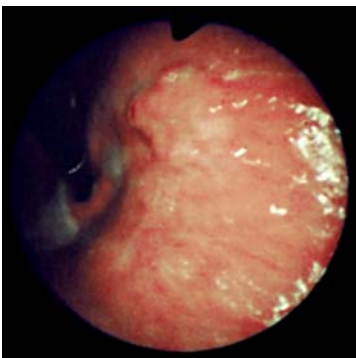
277. Ендоскопічна поліпектомія. Петлю за-
тягнуто при основі поліпа. Початок електроексцизії.
Електроексцизію проводять короткими імпульсами,
часто — в режимі чергування різання і коагуляції.



278. Ендоскопічна поліпектомія. Ніжка по-
ліпа після його відсічення.



**279. Ранній рак шлунка. Тип 1 — випну-
тий.** Малігнізований поліп. Порівняно рідкісний
тип ранніх раків. Як звичайно, для таких пухлин ха-
рактерний вищий ступінь диференціації, ніж для за-
глиблених і виразкових.



**280. Ранній рак шлунка. Тип 1 — випну-
тий.**



281. Ранній рак шлунка. Тип 2а — припіднятий.

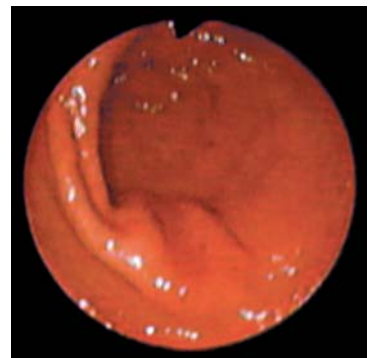


Хоча нині немає класифікації гістологічних форм раку шлунка, яка б цілком задовольняла усі вимоги, однак з епідеміологічного і патологічного поглядів найбільш прийнятною є класифікація за *Lauren*. Згідно з нею, аденокарциному шлунка поділяють на два типи:

Інтестинальний тип виникає внаслідок трансформації клітин, які морфологічно відповідають кишковій метаплазії. Загалом цей тип раку частіше високодиференційований, для нього характерніший екзофітний ріст і, як звичайно, він супроводжується гістологічними ознаками хронічного ураження слизівки. Виникнення цього типу раку пов'язують з факторами харчування і тривалою інфекцією певними штамми *H. pylori* (саме за рахунок цього типу зменшується частота раку шлунка в останні десятиліття в розвинутих країнах).

Дифузний тип виникає переважно *de novo* з клітин, які не знали перед цим метаплазії, він слабо пов'язаний з відомими передраковими змінами і станами. Для нього характерні також молодший середній вік пацієнтів, слабша диференціація пухлини та інфільтративно-виразковий тип росту, локалізація переважно у проксимальних відділах шлунка. Етіологія його невідома, виникнення цього типу раку пов'язують зі спадковими чинниками.

282. Ранній рак шлунка. Тип 2а — припіднятий.





283. Ранній рак шлунка. Тип 2b — плесканий. Такі ранні раки діагностувати найважче.

Форми раннього раку шлунка

(за класифікацією Японського товариства гастроінтестинальних ендоскопістів)

1 Випнутий
(*protruded*)



2c Вдавлений
(*depressed*)



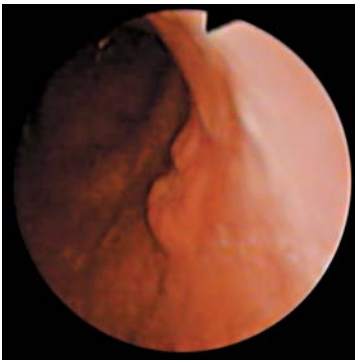
2a Припіднятий
(*elevated*)



3 Підритий
(*excavated*)



2b Плесканий
(*flat*)



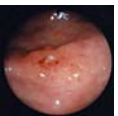
284. Ранній рак шлунка. Комбінований тип 2a+2c.



285. Ранній рак шлунка. Тип 2c — вдавлений.

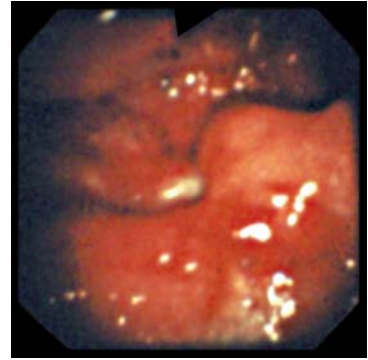


285a



285b

286. Ранній рак шлунка. Тип 3 — заглиблений. Дно такої виразки може бути вільним від злоякісного росту — ракові клітини можуть виявлятися лише по краю виразкування. Вважають, що форми 2b і 3 становлять до 70% усіх ранніх карцином.



Сучасна верифікація за допомогою ендоскопічної ультразвукографії того, що ділянка малігнізації справді є раннім раком і не проростає глибші шари, дає змогу виконувати ендоскопічну резекцію пухлини.

Методи ендоскопічної резекції слизівки

(за Н. Inoue et al., 1999)

I. Без всмоктування (Suction).

1. "Strip-off" біопсія (ін'єкція і різання).
2. "Double-snare" поліпектомія (підйом і різання).
3. Ендоскопічна резекція з ін'єкцією гіпертонічного розчину NaCl+адреналін (ін'єкція і надсічення голковим папілотомом з подальшим видаленням виокремленої ділянки слизівки за допомогою поліпектомічної петлі).
4. Ендоскопічна резекція слизівки за допомогою трубки-кожуха з каналом для поліпектомічної петлі (підйом і різання за допомогою кожуха).

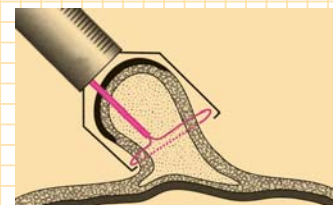
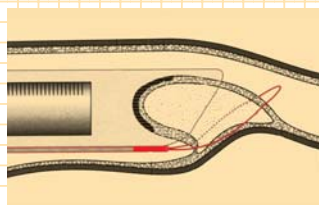
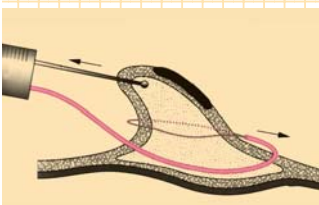
II. Із всмоктуванням.

1. Ендоскопічна резекція слизівки стравоходу за допомогою трубки-кожуха (метод *Mauiuchi*).
2. Ендоскопічна резекція слизівки за допомогою ковпачка.
3. Мукозектомія стравоходу за допомогою від'ємного тиску (модифікований метод *Mauiuchi*).
4. Ендоскопічна резекція слизівки з накладанням лігатур.
5. Просте всмоктування (накладання петлі і присмоктування цільової ділянки слизівки через інструментальний канал ендоскопа).

А) Резекція слизівки шляхом комбінації ін'єкції, підйому і різання.

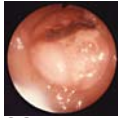
Б) Резекція слизівки за допомогою трубки-кожуха.

В) Резекція слизівки за допомогою ковпачка.

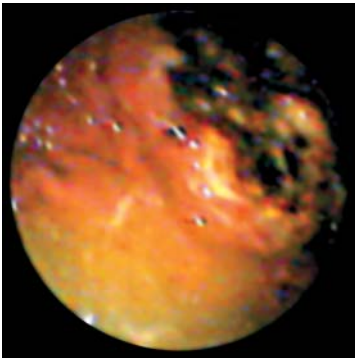




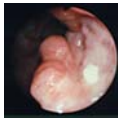
287. Поліпоподібна форма раку шлунка. Рак кардіального відділу (інверсійний огляд). Останнім часом у країнах Заходу через зменшення захворюваності на інтестинальний тип раку шлунка відзначають зростання питомої ваги раку проксимальних відділів шлунка. Поліпоподібна форма раку у шлунку трапляється порівняно рідко — за даними різних авторів, від 3 до 20%, переважно в тілі шлунка.



287а



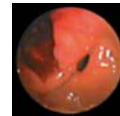
288. Виразкова форма раку шлунка (злоякісне виразкування) — II тип за Борманом. Частий тип раку: 20–40% усіх пухлин. Це виразкування із горбистими, припіднятими або плескатими краями. Вважають, що це виразкування екзофітного раку, причому можуть домінувати процеси екзофітного росту або виразкування. Дно таких виразок, як звичайно, вкрите грануляційною тканиною, хоч і там можуть бути ділянки пухлинного росту.



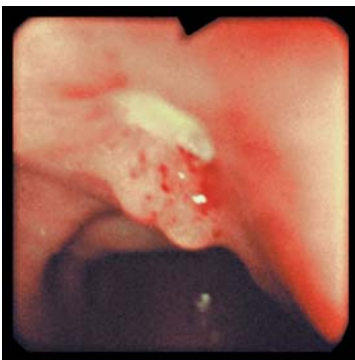
288б



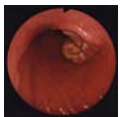
288в



288а



289. Виразкова форма раку шлунка (злоякісне виразкування). II тип за Борманом. Як нині вважає більшість дослідників, частота справжньої малігнізації виразки шлунка є низькою (порядку 1%) навіть при тривалому анамнезі. У переважній більшості випадків виразкування було злоякісним із самого початку, чого не виявили через недостатню кількість шматочків, взятих для біопсії і потенційну можливість епітелізації злоякісних виразок.



289а



Форми розповсюдженого раку шлунка за Борманн (Borrmann)

1. Поліпоподібний

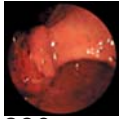
2. Виразковий

3. Інфільтративно-виразковий

4. Інфільтративний²



² OMED пропонує також виділяти 0 тип – ранній рак і тип 5 – розповсюджений рак, який не підлягає класифікації. Звертаємо увагу читачів на деякі розбіжності у трактовці 2 і 3 типів раку у традиційній класифікації за Borrmann і у версії, яку пропонує OMED (2 тип – виразкоподібний (“злоякісне виразкування”), 3 – грибоподібний (як звичайно, з виразкуванням)). Виходячи з трактовки ілюстративного матеріалу у IV виданні термінології OMED, який стосується 2 типу раку, ми вважаємо доцільнішим традиційний поділ за Borrmann, який чіткіше розмежовує екзофітний і ендофітний типи росту. (Прим. авт.).



290a

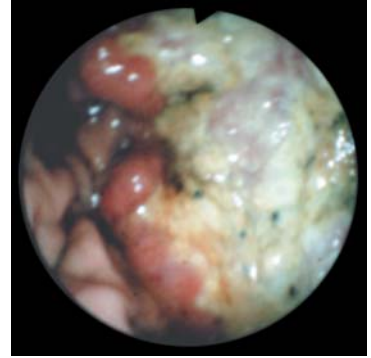


290б



ФІЛЬМ

290. Виразкова форма раку шлунка. II тип за Борманом. Характерний блюдцеподібний вигляд пухлини. Вал навколо виразкування є пухлиною, що полегшує гістологічну верифікацію.



ФІЛЬМ

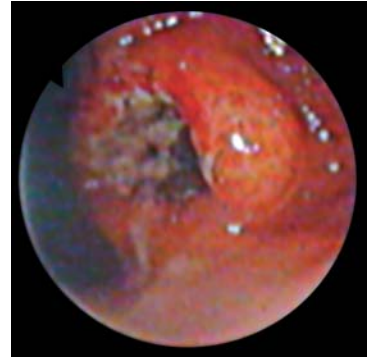


ФІЛЬМ

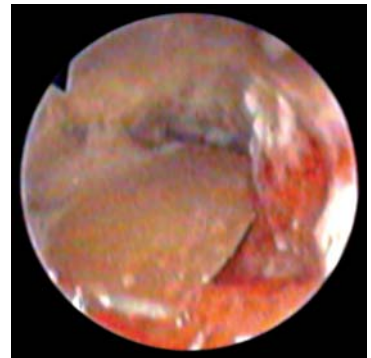


ФІЛЬМ

291. Рак пілоричного відділу шлунка (злоякісне виразкування). У даному випадку є циркулярне ураження пілоричного відділу із стенозом і виразкуванням.

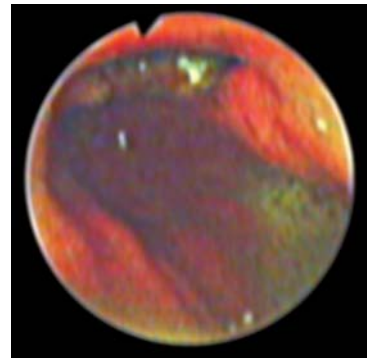


292. Рак пілоричного відділу шлунка із стенозом і виразкуванням. Попередній випадок (вигляд зблизька). Видно стороннє тіло — кістку, яка затрималася в ділянці стенозу.



ФІЛЬМ

293. Виразкова форма раку шлунка (злоякісне виразкування) по задній стінці тіла шлунка. Внаслідок розпаду пухлини утворилася шлунково-тонкокишкова норичця. Огляд дуже затруднений через надходження у шлунок великої кількості тонкокишкового вмісту з жовчю.



**Ознаки для диференціювання
доброякісних і злоякісних виразок**

Ознаки	Доброякісні виразки	Злоякісні виразки
Дно	Як звичайно, гладке і гомогенне	Як звичайно, нерівне
Край	Рівний, слизова має інтактний вигляд	Нерівний, його порушують пухлинні вузли
Край відносно довоколишніх складок	Край і складки зливаються рівномірно	Складки “обриваються” або деформуються пухлинним ростом
Розміри	Малі виразки (при розмірах до 1 см доброякісні в 95% випадків)	Великі виразки (при розмірі понад 20 см злоякісні у 20% випадків)



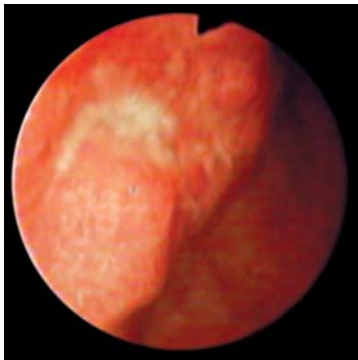
294. Інфільтративно-виразковий рак шлунка. III тип за Борманом. Порівняно рідкісний тип раку шлунка — 10–15% усіх пухлин. Зона інфільтративного росту навколо виразки часто може виглядати просто як потовщені складки з незміненою слизівкою аж до краю виразки. У таких випадках рак найважче диференціювати від доброякісних виразок. Біопсію слід брати чітко з краю виразки, а також із дна. Інфільтративний тип росту пояснює, чому можна не виявити пухлинного росту, якщо біопсію взято поряд з виразкуванням з потовщених складок.



294 а



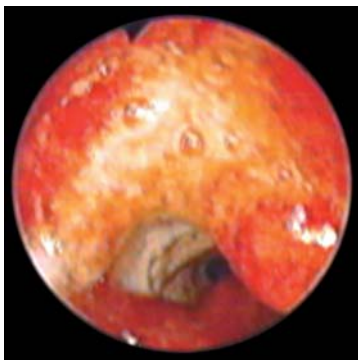
294 б



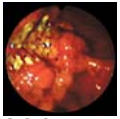
295. Інфільтративно-виразкова форма раку задньої стінки тіла шлунка. Нашарування ексудату і крихкість слизівки затруднюють диференціальний діагноз.



295 а



296. Інфільтративно-виразкова форма раку шлунка.

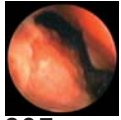


296 а



296 б



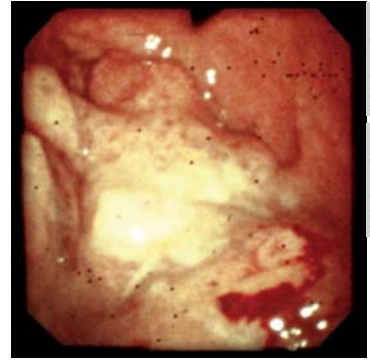


297 а



297 б

297. Інфільтративний рак шлунка. IV тип за Borrrann. Цей тип раку шлунка доволі частий: 30–50% усіх пухлин за даними різних авторів. Частіше він трапляється в тілі шлунка. При підслизовому рості пухлини ендоскопічна діагностика цього типу раку доволі складна. Вона ґрунтується на «побіжних» ознаках: ригідності стінки шлунка в ділянці ураження, згладженості рельєфу слизової. Уражена ділянка дещо випнута, складки нерухомі, погано розправляються повітрям, перистальтика ослаблена або відсутня.



ФІЛЬМ



ФІЛЬМ

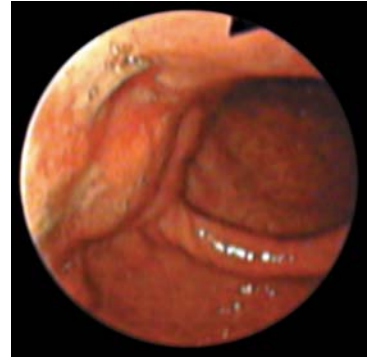


ФІЛЬМ



ФІЛЬМ

298. Інфільтративний рак шлунка. Одною з ознак інфільтративного раку шлунка є «ефект шельфу». У даному випадку дистальний край інфільтративної пухлини тіла шлунка доволі різко припіднятий над не ураженою зоною. Гістологічна верифікація при простій щипцевої біопсії пролематична: інфільтративний ріст пухлини відбувається насамперед у підслизовому шарі.

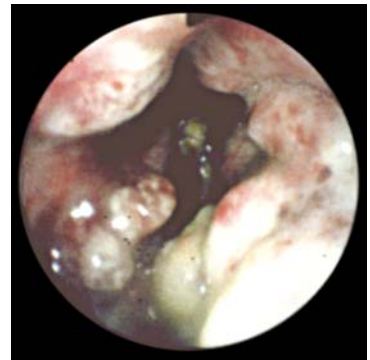


ФІЛЬМ

299. Інфільтративний рак шлунка. При розповсюдженні процесу шлунок перетворюється у вузьку, малорухому трубку або набуває вигляду «шкіряної пляшки» (*linitis plastica*).

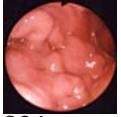


300. Інфільтративний рак шлунка. Процес розповсюджується на всі шари стінки шлунка. Типова ендоскопічна картина «злякисного» рельєфу: «неживий» вигляд слизової, у забарвленні якої переважають сірі тони.

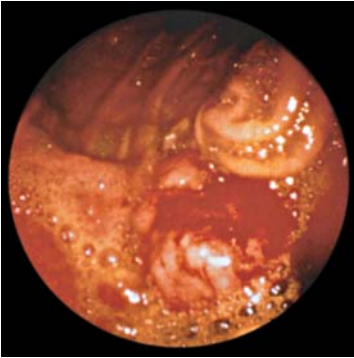




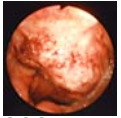
301. Інфільтративний рак шлунка. Складки ригідні, слизова потовщена, вкрита брудно-сірими нашаруваннями. При гістологічному дослідженні — аденокарцинома.



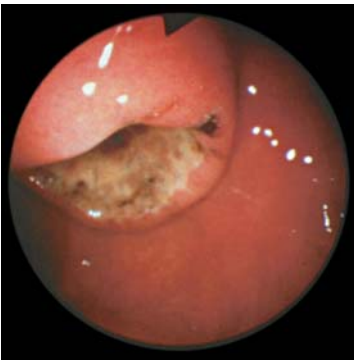
301a



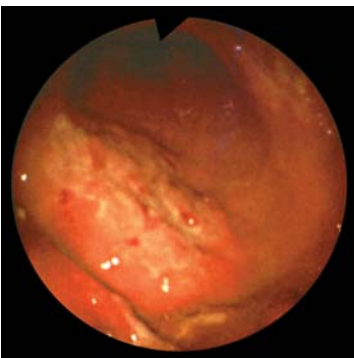
302. Рак куksi шлунка. За сучасними оцінками, ризик раку куksi шлунка через 20 і більше років після неонкологічної резекції зростає в 12 разів порівняно із загальною популяцією. Факторами, які сприяють розвитку пухлини вважають атрофічний гастрит (внаслідок денервації куksi і видалення гуморально активного антрального відділу) та рефлюкс жовчі.



302a



303. Лімфома шлунка. За різними даними, становлять від 3 до 19% усіх злоякісних новоутворів шлунка. За останні десятиріччя відзначають зростання частоти захворюваності на лімфому шлунка. Лімфоми важко відрізнити візуально як від аденокарциноми, так і від доброякісних захворювань. Лімфоми часто мають одиничні або множинні виразки на поверхні, однак можуть нагадувати інфільтративний або поліпоподібний рак. На відміну від аденокарциноми, лімфома шлунка на ранніх стадіях добре піддається лікуванню.



304. Лімфома шлунка. Нагадує інфільтративну аденокарциному.

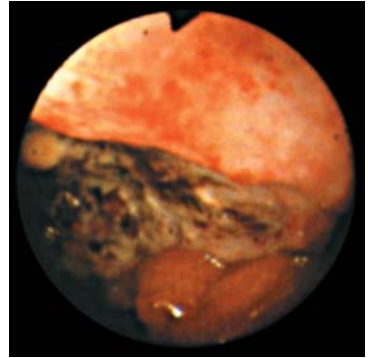


304a

305. Мальтома (mucosa-associated lymphoid tissue — MALT, MALT-lymphoma) — В-клітинна лімфома низького ступеня злоякісності, яка розвивається з лімфоїдної тканини, асоційованої зі слизовою оболонкою. Лімфоми однаково часто трапляються як в тілі шлунка, так і в антральному відділі. Нерідко їх виявляють випадково при вивченні біоптатів. Розвиток мальтоми пов'язаний з інфекцією *H. pylori*, повідомляють про ремісію високодиференційованих MALT лімфом шлунка після ерадикації *H. pylori*. Ефективною є променева терапія.



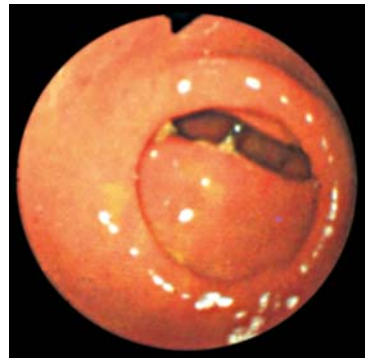
306. Лейоміосаркома шлунка. Саркоми становлять 1–2% злоякісних пухлин шлунка.



307. Вигляд кукси шлунка після резекції за Більрот І. Слизова оболонка яскраво-червона, застійна. Біля анастомозу видно лінійний рубець після ушивання кукси по малій кривині. Кукса погано роздувається повітрям через його безперешкодне надходження у тонку кишку.



308. Стан після пілоропластики за Гейнке-Мікулічем. Характерна деформація зони ворота у формі подвійного кільця.

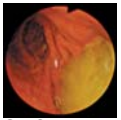




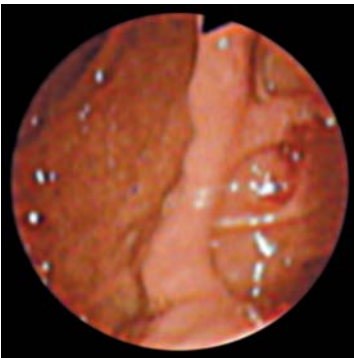
309. Стан після гастродуоденостомії за Жабуле. Воротар стенозований (за межами поля зору). Видно отвір анастомозу і циркулярні складки низхідного відділу дванадцятипалої кишки.



310. Гастроентероанастомоз. Видно гастроентероанастомоз “бік у бік”, накладений в антральному відділі, і воротар.



310a



311. Задній шлунково-кишковий анастомоз.



312. Гастроентероанастомоз після операції за Більрот II (модифікація за Гофмейстером-Фінстерером). Видно анастомотичний гребінь і широкий просвіт привідної і відвідної петель.



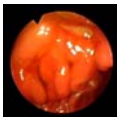
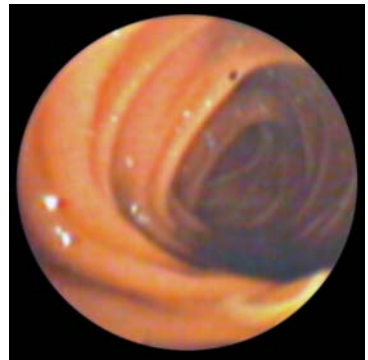
313. Гастроентероанастомоз після операції за Більрот II.



314. Ентеро-ентероанастомоз при операції за Більрот II у модифікації на довгій петлі з міжкишковим анастомозом за Брауном. Завдяки браунівському анастомозу (на фото) вдається звести до мінімуму явища жовчного рефлюксу у шлунок.



315. Порожня кишка у хворого з резекцією шлунка за Більрот-II.

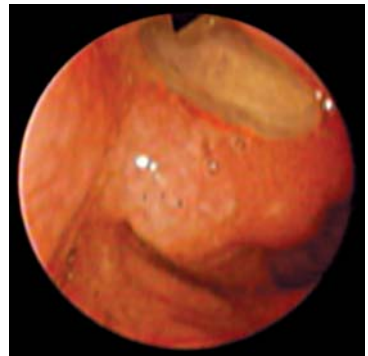


316a

316. Пептична виразка порожньої кишки. Стан після операції за Більрот II. Виразка розміщена на гребені анастомозу.



316b





317. Пептична виразка гастроєюноанастомозу. На рис.317а ерозії відвідної петлі порожньої кишки.



317а



317б



318. Рубцеве звуження гастроентероанастомозу.



319. Лігатура в ділянці гастроєюноанастомозу.



320. Гастростома. На відеокліпі показано виконання черезшкірної гастростомії з допомогою і під контролем ендоскопа.



ФІЛЬМ

ДВАНАДЦЯТИПАЛА КИШКА І ПАНКРЕАТОБІЛІАРНА СИСТЕМА

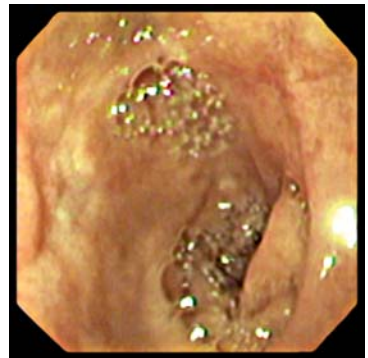
321. Цибулина дванадцятипалої кишки.

Це розширена ділянка дванадцятипалої кишки, яка розміщена між воротарем і верхнім згином дванадцятипалої кишки. Як звичайно, цибулина має довжину 4–6 см і діаметр 2–3 см. Виділяють передню і задню стінки, велику і малу кривини і верхівку цибулини. У перспективі видно постбульбарний відділ.



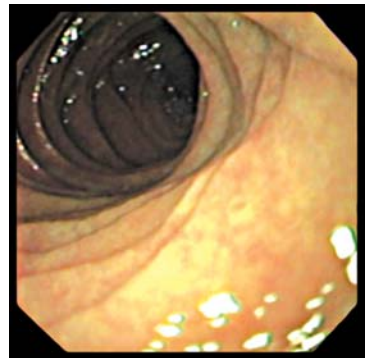
322. Цибулина дванадцятипалої кишки.

Після проведення ендоскопа через воротар цибулина, як звичайно, скорочена, але при інсуфляції повітря розтягується. Слизівка блідіша, ніж у шлунку. Оскільки цибулина з'єднує воротар із низхідною частиною дванадцятипалої кишки, то переважно вона йде в латерально-дорзальному напрямі. Тому верхівку цибулини, як звичайно, видно на 3 годині поля зору, а по центру поля зору буде передня стінка цибулини. У даному випадку верхній згин дванадцятипалої кишки доволі гострий, що може затруднити пряме проходження у низхідний відділ.



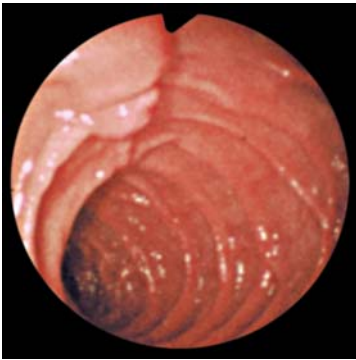
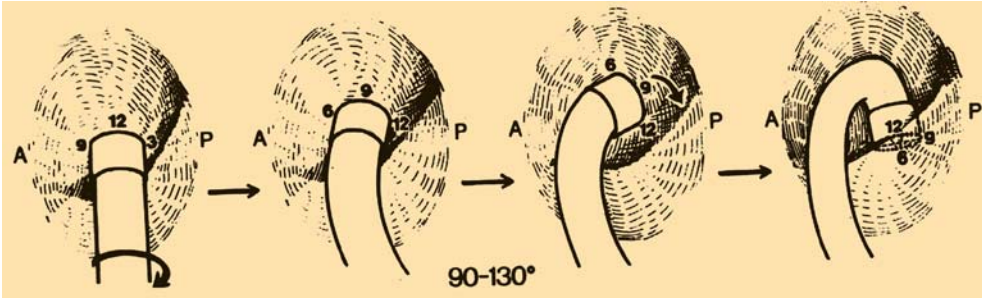
323. Постбульбарний (низхідний) відділ

розташований між верхнім і нижнім згинами дванадцятипалої кишки і вкритий циркулярними складками. Лише у 30% вдається пройти у низхідний відділ прямим шляхом. У цьому випадку передню стінку буде видно на 9 год., задню — на 3 год, латеральну — на 12 год. і медіальну — на 6 год. поля зору.

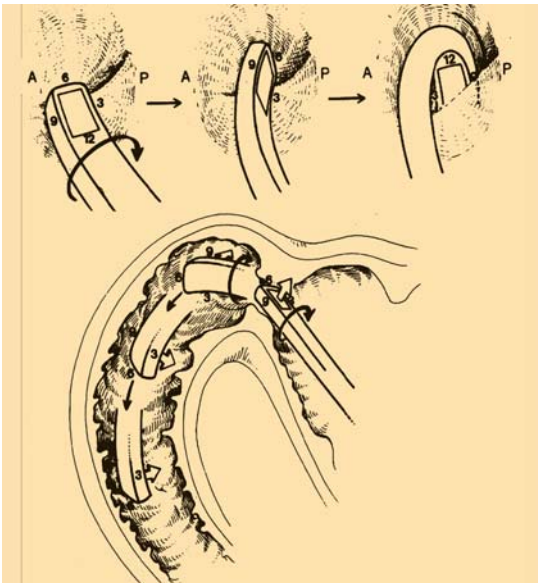


ФІЛЬМ

324. У випадку гострого верхнього згину дванадцятипалої кишки для проведення ендоскопа у низхідний відділ необхідно застосувати **непрямий маневр**. Він полягає у: а) ротації ендоскопа за годинниковою стрілкою на 90–130°; б) відхиленні кінця апарата вправо за верхній дуоденальний згин; в) відхиленні кінця апарата догори, після чого він встановлюється паралельно медіальній стінці низхідного відділу.

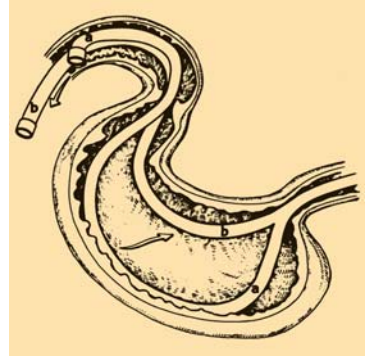


325. У випадку застосування **прийому непрямого проведення ендоскопа з торцевою оптикою** у низхідний відділ дванадцятипалої кишки, на відміну від шлунка і цибулини передню стінку кишки буде видно на 3 години поля зору, задню — на 9 год., латеральну — на 6 год., і медіальну — на 12 год. У даному випадку великий дуоденальний сосочок, який розміщений на медіальній стінці, видно на 11 год.

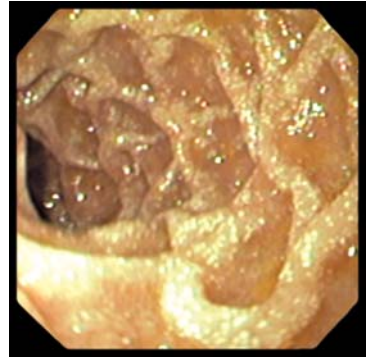


326. Для проведення дуоденоскопа з боковою оптикою у низхідний відділ дванадцятипалої кишки теж застосовують **непрямий прийом**. Після проведення лінза стає навпроти медіальної стінки низхідного відділу (де, як звичайно, міститься великий дуоденальний сосочок). На відміну від моменту проходження через шлунок, передню стінку кишки буде видно на 3 год. поля зору, а задню — на 9 год. поля зору.

327. Для проведення ендоскопа у нижню частину низхідного відділу дванадцятипалої кишки використовують **феномен парадоксального руху вперед**. Для цього кінчик апарата зачеплюють за складку, після цього ендоскоп підтягують на себе, випрямляючи “петлю”, яка утворилася у шлунку. Після цього кінець ендоскопа парадоксально просувається уперед по дванадцятипалій кишці.



328. Нормальна слизова оболонка низхідного відділу дванадцятипалої кишки. Циркулярні складки (Керкрінга) ніжні, тонкі (товщиною 1–2 мм і висотою 2–4 мм) не розправляються при інсуфляції повітря.



В анатомії великого дуоденального сосочка виділяють три елементи
(За М. О. Blackstone):

- а) каптуроподібну складку, яка нависає відразу над устям (маргінальну складку за OMED);
- б) Устя, яке має вигляд кільцеподібної еритематозної і зернистої складки;
- в) суцільну або розщеплену надвоє поздовжню складку, яка йде відразу нижче від устя (вуздечку за OMED).

OMED виділяє також поздовжню складку над сосочком, яка відповідає термінальному відділу загальної жовчної протоки і випинається при її дилатації.

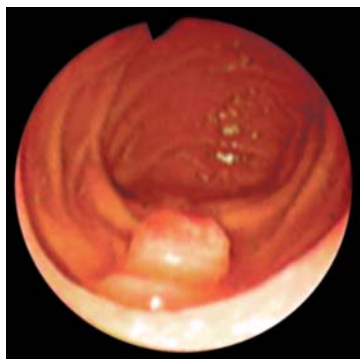


Залежно від вигляду каптуроподібної складки виділяють три типи великого дуоденального сосочка:

- а) **Папілярний тип.** Діаметр каптуроподібної складки не набагато більший, ніж устя, і менший ніж 10 мм.
- б) **Півсферичний сосочок.** Діаметр каптуроподібної складки значно більший, ніж устя, і становить 10–15 мм. Трапляється найчастіше.
- в) **Плоский сосочок.** Каптуроподібна складка рудиментарна (< 4 мм) або взагалі відсутня.



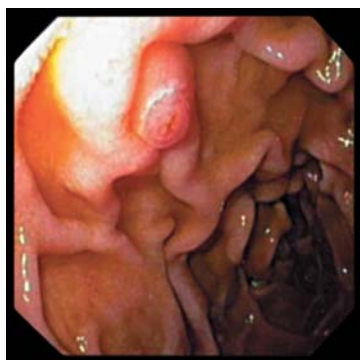
329. Великий дуоденальний сосочок (papilla Vateri), як звичайно, розміщений на середній частині медіальної стінки низхідного відділу дванадцятипалої кишки. Типово це випнутий або плоский вузлик, що відрізняється від оточуючої слизівки жовто-оранжевим кольором поверхні. Він може мати одне або два устя. Огляд через ендоскоп з торцевою оптикою.



330. Великий дуоденальний сосочок. Папілярний тип.



331. Великий дуоденальний сосочок. Плоский тип сосочка.



332. Великий дуоденальний сосочок. Півсферичний тип.

333. Великий дуоденальний сосочок. У даному випадку сосочок розташований у дивертикулі.



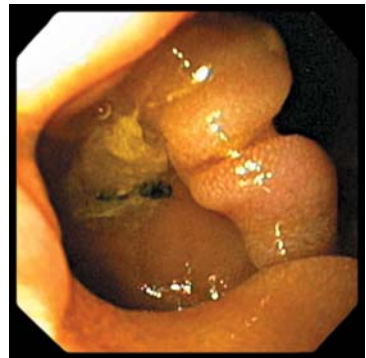
334. Малий дуоденальний сосочок. Його видно на передньому плані. На задньому плані — великий (фатерів) сосочок. Малий дуоденальний сосочок, як звичайно, розміщений на 2 см проксимальніше від великого і ближче до передньої стінки дванадцятипалої кишки.



335. Устя великого дуоденального сосочка при огляді зблизька.



336. Дивертикул низхідного відділу дванадцятипалої кишки. Дивертикули найчастіше виявляють у постбульбарному (низхідному) відділі дванадцятипалої кишки.





337. Дивертикул низхідного відділу дванадцятипалої кишки (огляд через ендоскоп з торцевою оптикою). Відразу дистальніше від дивертикула видно фатерів сосочок.



338. Псевдодивертикул цибулини дванадцятипалої кишки. Наслідок рубцювання виразки. Кратери виразок видно на 1 і на 7 год.



339. Псевдодивертикули цибулини дванадцятипалої кишки. Результат рубцювання множинних виразок цибулини дванадцятипалої кишки. Найбільший псевдодивертикул видно по передньому контуру цибулини, проксимальніше (відразу за воротарем) по задній стінці — ще один псевдодивертикул. Фактично на воротарі по нижньому контуру — глибоке втягнення малого діаметру.

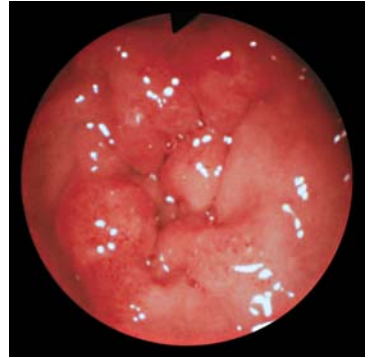


340. Варикозне розширення вен дванадцятипалої кишки. Трапляється іноді при портальній гіпертензії або пухлинах цієї зони. У даному випадку — ускладнене кровотечею.

341. Телангіектазія дванадцятипалої кишки.



342. Виражене запалення слизівки цибулини дванадцятипалої кишки. Слизівка набрякла, з вираженою вогнищевою гіперемією. OMED рекомендує уникати терміну “дуоденіт” і описувати такі зміни як застійну слизову оболонку.



343. Виражена точкова еритема — картина «перець з сіллю».



344. Виражений бульбіт з ерозіями.

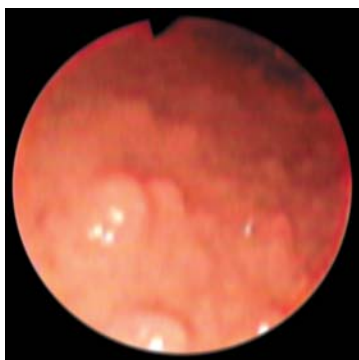




345. Застійна слизівка і ерозії цибулини і постбульбарного відділу дванадцятипалої кишки (ерозивний дуоденіт). OMED рекомендує називати такі зміни “застійною дуоденопатією” (“бульбопатією”).



346. Ерозії цибулини і постбульбарного відділу дванадцятипалої кишки (ерозивний дуоденіт).



347. Нодулярна слизова оболонка дванадцятипалої кишки спостерігається при гіперплазії бруннерових залоз або гіперплазії лімфоїдної тканини. Часто поєднується з хронічним дуоденітом. Може бути дифузною або вогнищевою. Основною причиною збільшення кількості бруннерових залоз нині вважають харчову алергію.

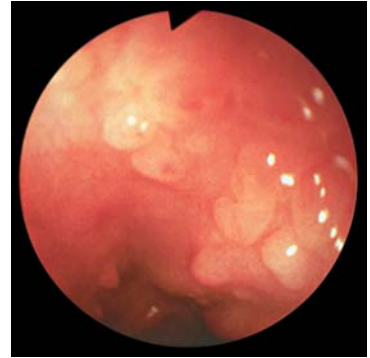


348. Нодулярна слизова оболонка дванадцятипалої кишки.

349. Зерниста слизова оболонка дванадцятипалої кишки при хворобі Віппла. Це інфекційне захворювання бактеріальної етіології (збудник — *Tropheryte whippelii*), при якому слизівка інфільтрована макрофагами, що містять залишки бактерій. Проявляється мальабсорбцією, лімфаденопатією, артральгією і неврологічною симптоматикою. Часто є приховані шлунково-кишкові кровотечі і ураження серцево-судинної системи.



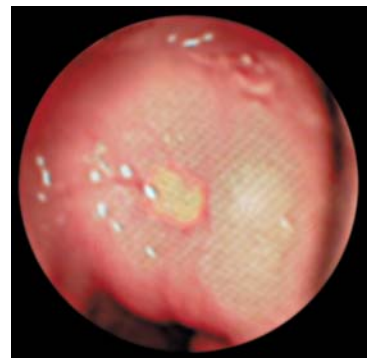
350. Гетеротопія слизівки шлунка в цибулині дванадцятипалої кишки — гетеротопічні ділянки припідняті порівняно з довколишньою слизівкою.



351. Виразка передньої стінки цибулини дванадцятипалої кишки. Вигляд крізь воронку. Виражений набряк країв виразки, гостра фаза захворювання.



352. Виразка верхньої стінки цибулини дванадцятипалої кишки. Краї рівні, чіткі, дно неглибоке, виповнене нашаруваннями фібрину.





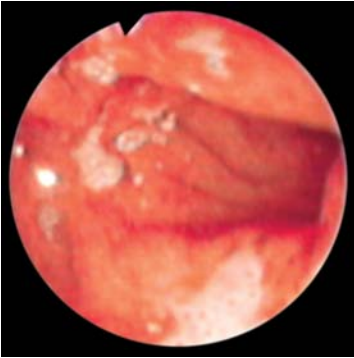
353. «Виразки, що цілуються» (дзеркальні) дванадцятипалої кишки. Виразки розміщені на передньо-нижній і задньо-верхній стінках. Цибулина деформована. Виразка на передньо-нижній стінці на момент огляду прикрита піною. Для точної діагностики слід активно застосовувати змивання піни і слизу струменем води під час огляду.



353а



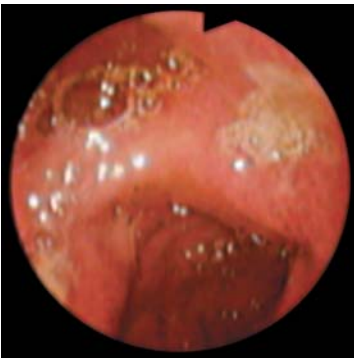
353б



354. Множинні виразки цибулини дванадцятипалої кишки на фоні ерозивного бульбіту. Виразки плоскі, різного розміру, мають полігональну форму. Слизова застійна, червоного кольору. Пацієнтка має тривалий анамнез виразкової хвороби.



355. Юкстапілорична виразка цибулини дванадцятипалої кишки.



356. «Виразки, що цілуються», і псевдодивертикул цибулини дванадцятипалої кишки.



357. Між набряклими складками слизівки цибулини дванадцятипалої кишки видно частину кратера виразки. Пройти мимо неї і повністю оглянути не вдається через звуження просвіту. Таке звуження у гострому періоді не обов'язково стійке: під впливом сучасної противиразкової терапії запалення стихає і прохідність кишки може повністю відновитися. Тому у таких випадках доцільні повторні огляди через 10-14 днів.



358. Стеноз цибулини дванадцятипалої кишки. Видно післявиразковий рубець і звуження просвіту.



359. Виразка цибулини дванадцятипалої кишки. Виражена конвергенція складок до виразки, фібринові нашарування на дні виразки імбібовані жовчю.



360. Виразка цибулини дванадцятипалої кишки у стадії загоєння (фрагментації). По передній стінці цибулини псевдодивертикул.





361. Виразка цибулини дванадцятипалої кишки у стадії фрагментації — стадія «саямі».



361a



ФІЛЬМ



362. Білий післявиразковий рубець цибулини дванадцятипалої кишки.



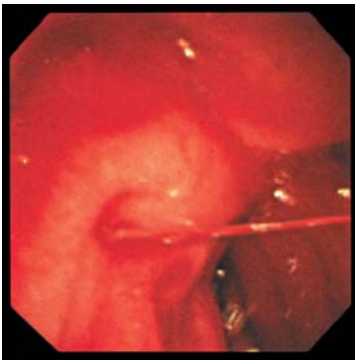
ФІЛЬМ



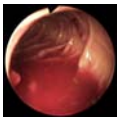
ФІЛЬМ



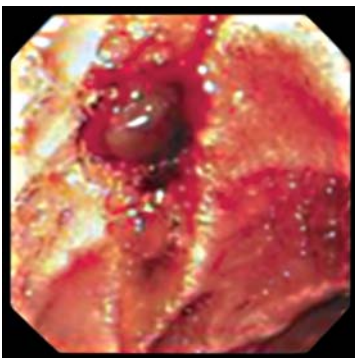
ФІЛЬМ



363. Кривавляча виразка цибулини дванадцятипалої кишки. Інтрагеморагічний період, струменева кровотеча, Forrest 1a.



363a



364. Кривавляча виразка задньої стінки цибулини дванадцятипалої кишки — Forrest 2b. Постгеморагічний період — на дні виразки згусток-вартовий.



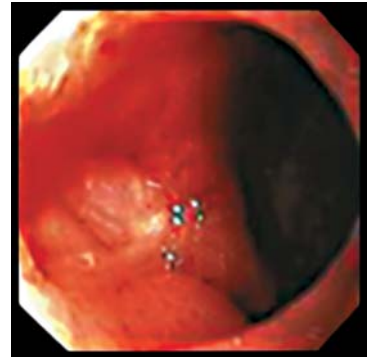
365. Кривавляча виразка дванадцятипалої кишки — Forrest 2a. На дні виразки видно тромбовані судини. Виражена ульцерогенна деформація цибулини дванадцятипалої кишки.



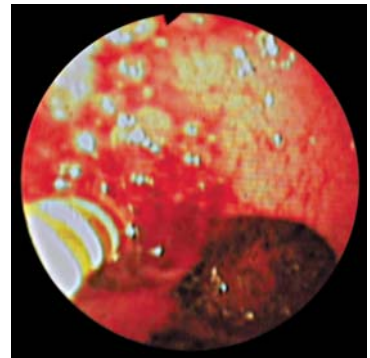
366. Кривавляча виразка цибулини дванадцятипалої кишки. Видно дві виразки — кровотеча була з меншої виразки, яка прикрита згустком (на 7 год.).

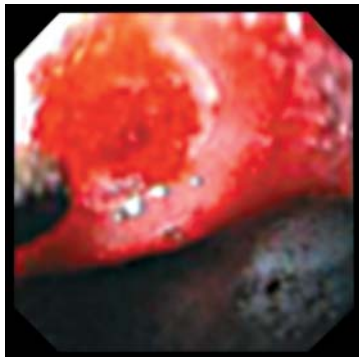


367. Кривавляча виразка задньої стінки цибулини дванадцятипалої кишки. Інтрагеморагічний період, дифузна кровотеча — Forrest 1b.



368. Коагуляція з метою з профілактики рецидиву кровотечі з дуоденальної виразки — до згустка на дні виразки підведено біполярний електрод.

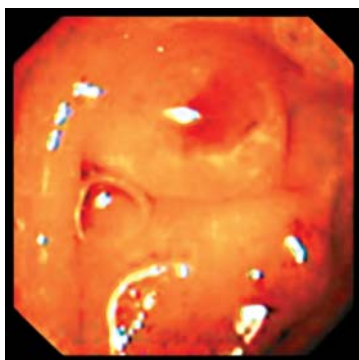




369. Підведення термозонда до кривавлячої дуоденальної виразки.



370. Ділянка коагуляції термозондом на дні виразки. Кровотечу зупинено.

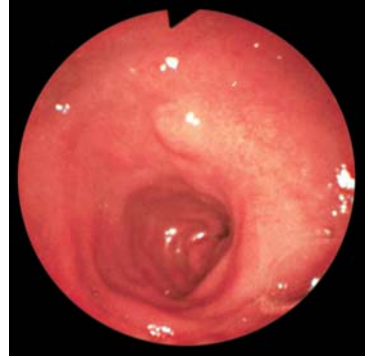


371. Гемобілія.



372. Ліпома цибулини дванадцятипалої кишки.

373. Аденома з залози Бруннера.



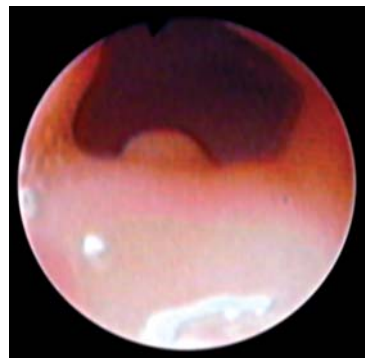
374. Тубуло-вільозна аденома дванадцятипалої кишки.



375. Гіперпластичний поліп дванадцятипалої кишки.



376. Гіперпластичний поліп дванадцятипалої кишки відразу за воротарем.

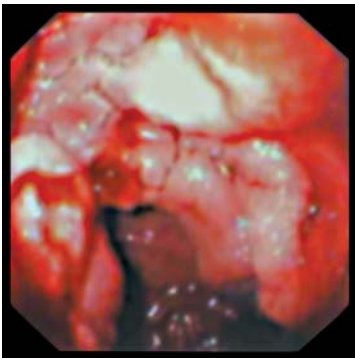




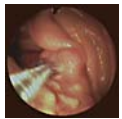
377. Парагангліома — пухлина, яка походить з парагангліїв. Цей термін вживають стосовно пухлин, які походять з нехромафінних парагангліїв. Трапляється рідко. Локалізація її різноманітна, що зумовлено розповсюдженістю в організмі нехромафінних парагангліїв.



378. Карциноїд. Виявлено у хворої з шлунково-кишковою кровотечею. За виглядом нагадував плоский поліп.



379. Аденокарцинома низхідного відділу дванадцятипалої кишки. Первинний рак дванадцятипалої кишки трапляється рідко — біля 1% усіх пухлин верхніх відділів травного каналу.



379а

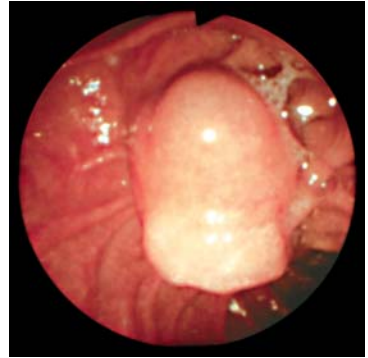


380. Рак великого дуоденального сосочка (первинний ампулярний рак). Становить до 2% усіх злоякісних пухлин верхніх відділів травного каналу і до 10–15% усіх пухлин цієї зони.

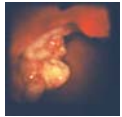
381. Аденокарцинома великого дуоденального сосочка.



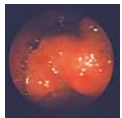
382. Аденокарцинома великого дуоденального сосочка.



383. Аденокарцинома головки підшлункової залози з проростанням у дванадцятипалу кишку.



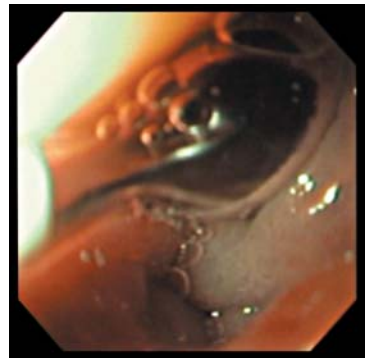
379a



379a



384. Деформація і стеноз цибулини дванадцятипалої кишки після висічення кривавлячої виразки. Момент балонної дилатації.

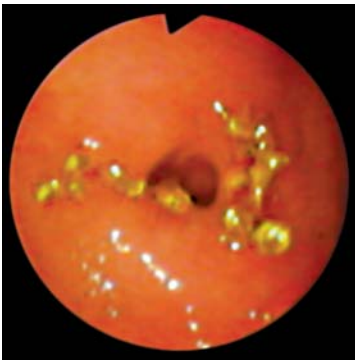




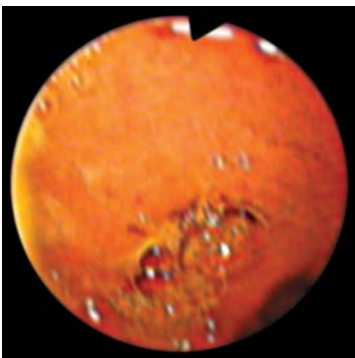
385. Вигляд місця стенозу після дилатації.



386. Шовна лігатура цибулини дванадцятипалої кишки після ушивання перфоративної виразки передньої стінки.



387. Холедоходуоденоанастомоз. По краю анастомозу видно лігатури.



388. Холедоходуоденоанастомоз. Отвір анастомозу по передній стінці дванадцятипалої кишки відразу за цибулиною. З нього у кишку постійно надходить жовч, що різко затруднює огляд.

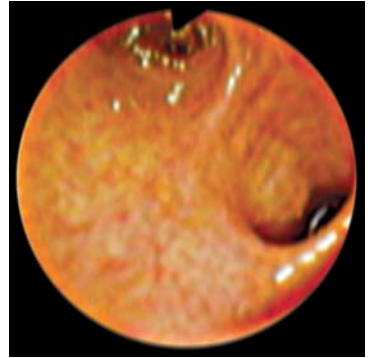




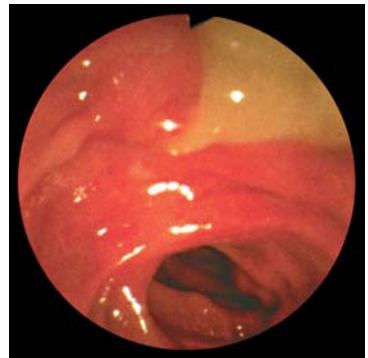
389. Холедоходуоденоанастомоз великого діаметру (співмірний з діаметром кишки). По краю анастомозу видно лігатури. Проксимальна частина загальної печінкової протоки, яка різко дилатована, зліва.



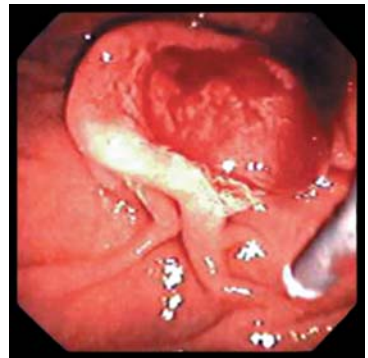
390. Гепатикоскопія. Ендоскоп з торцевою оптикою введено через анастомоз (див. попередній рисунок) у різко дилатовану загальну печінкову протоку. Видно каріну і часткові печінкові протоки. Слизівка протоки без виражених запальних змін.



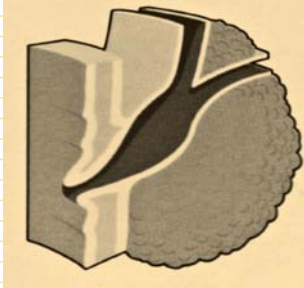
391. Важкий холангіт. Виділення з устя холедоха жовчі з гноєм.



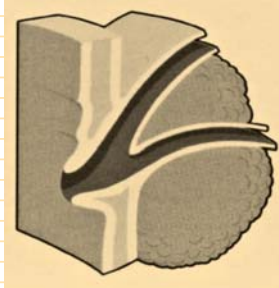
392. Папіліт. Великий дуоденальний сосочок збільшений, при пальпації щільний, слизівка наблякла, застійна.



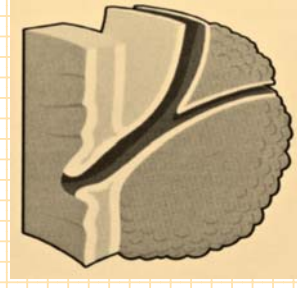
Впадіння загальної жовчної і панкреатичної проток у дванадцятипалу кишку: варіанти норми



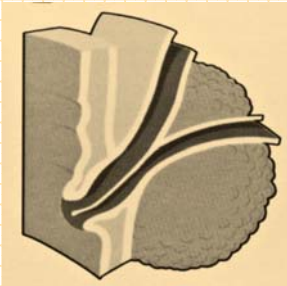
Обидві протоки впадають у коротку широку ампулу, холедох відходить під кутом приблизно 30°.



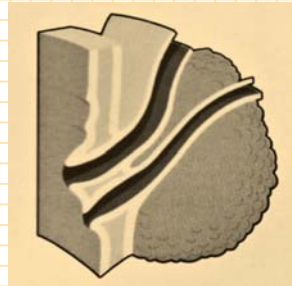
Обидві протоки впадають в ампулу, при цьому вірсунгова протока є продовженням ампули, а холедох впадає під кутом, близьким до 80°.



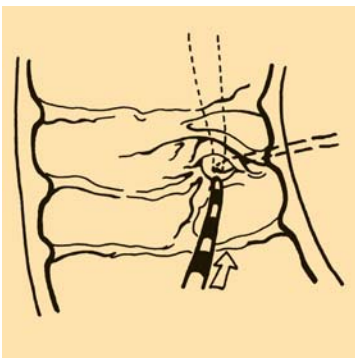
Обидві протоки впадають у вузьку довгу ампулу у вигляді розвилки під однаковим кутом.



Обидві протоки впадають в ампулу, але розділені в ампулі тонкостінною перегородкою (мембраною).



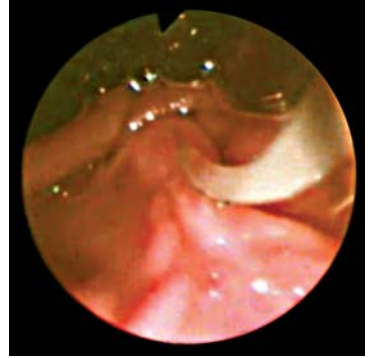
Обидві протоки окремо впадають в дванадцятипалу кишку.



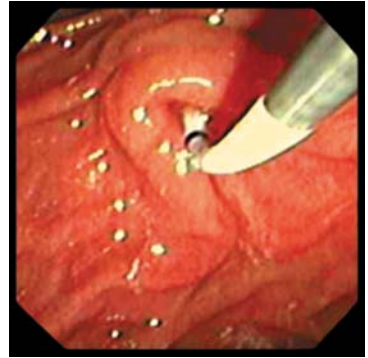
393. При канюлюванні холедоха кінець ендоскопа повинен перебувати дещо нижче від сосочка, вустя якого повинно бути видно на 12 год. Якщо апарат ввести задалеко, то кут канюлювання буде надто гострим і сосочок може зникнути з поля зору (тоді треба частково випустити повітря з дванадцятипалої кишки і підтягнути ендоскоп). Канюлю треба встановлювати по осі протоки і канюляція холедоха повинна відбуватися без особливого опору. Слід рентгенологічно перевірити локалізацію канюлі ще до введення контрастної речовини для виключення її перебування у панкреатичній протоці.



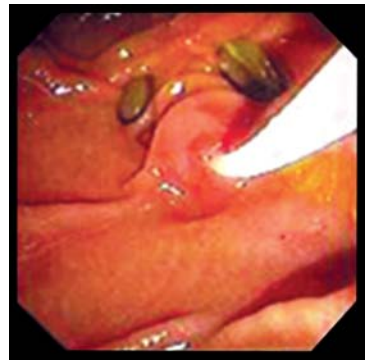
394. Канюлювання великого дуоденального сосочка. Якщо канюля потрапляє у панкреатичну протоку, її треба видалити і повторити процедуру з тим, що кінець канюлі підняти елеватором догори відразу після того, як його введено у вічко сосочка. Ймовірність успішної канюляції зростає, якщо канюлю встановити уздовж верхньої стінки (склепіння) ампули.



395. Канюлювання великого дуоденального сосочка. У випадках біліарної гіпертензії і дилатації протоки бажано перед введенням контрастної речовини виконати декомпресію протоки — аспірувати жовч. Це зменшує ризик біліарної інфекції і бактеріємії.

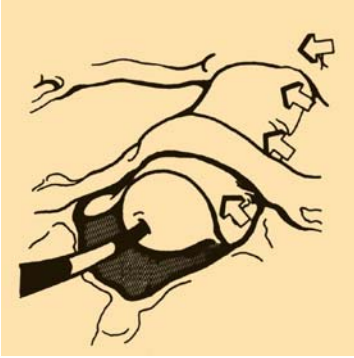


396. Канюлювання великого дуоденального сосочка. Катетер введено в гирло великого дуоденального сосочка. З обох боків від нього видно два дивертикули. На відеокліпі — дивертикул злівабіля основи сосочка.

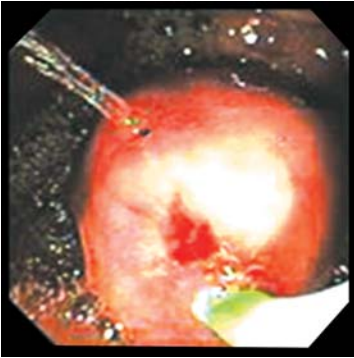


397. Великий дуоденальний сосочок міститься в дивертикулі. Дивертикули поряд з сосочком не є рідкістю, особливо в людей похилого віку. Вони затруднюють канюлювання сосочка, а іноді унеможливають його.

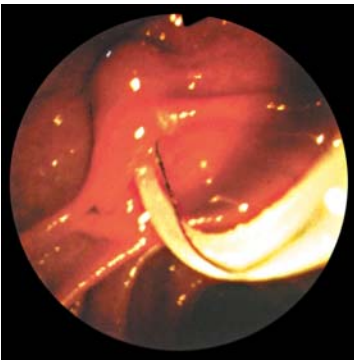




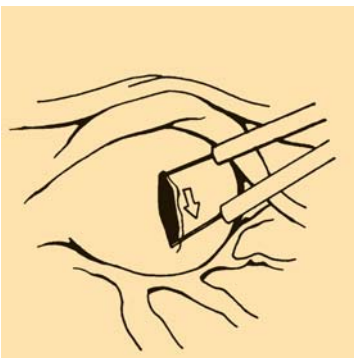
398. Якщо великий дуоденальний сосочок міститься в дивертикулі, то поздовжня складка, яка вкриває дистальну частину загальної жовчної протоки (стрілки), йде по задній стінці дивертикула. Полегшити його канюляцію можна, випустивши частину повітря з дванадцятипалої кишки — кінчик ендоскопа може зміститися в порожнину дивертикула. Після канюляції складку видно ліпше, оскільки сосочок можна вивести з дивертикула у дванадцятипалу кишку.



399. Спонтанна холедоходуоденальна норичця. При введенні контрасту у протоку він надходить через норичцю у просвіт дванадцятипалої кишки.



400. Ендоскопічна папілосфінктеротомія. Папілотом введено в загальну жовчну протоку, розпочато надсічення. Протяжність папілотомного розрізу залежить від довжини інтрамуральної частини загальної жовчної протоки, протяжності сфінктера Одді, наявності і довжини спільної частини загальної жовчної і панкреатичної проток, а також від вираженості стенотичних процесів і їх поширення.

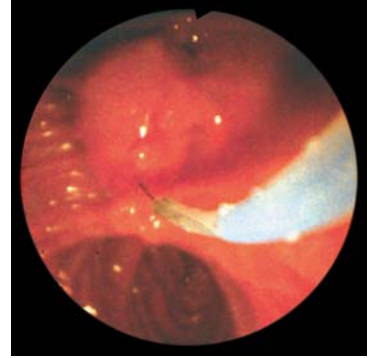


401. Якщо стандартна техніка канюлювання великого дуоденального сосочка не дає успіху, то виконують “сліпе” розсічення верхньої стінки інтрамуральної частини загальної жовчної протоки голковим папілотомом. Цей метод небезпечніший через вищу частоту кровотеч, гострого панкреатиту тощо. Тому його повинен виконувати лише досвідчений спеціаліст і в жодному разі не з метою просто діагностичної холангіографії, а у випадках, коли справді необхідна декомпресія протоки (холангіт, механічна жовтяниця).

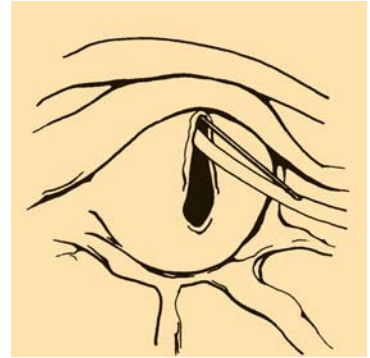




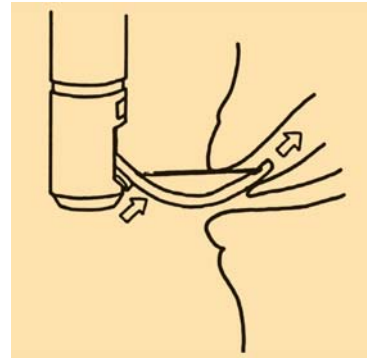
402. Папілотомія. Надсичення верхньої стінки папіли голковим папілотомом.



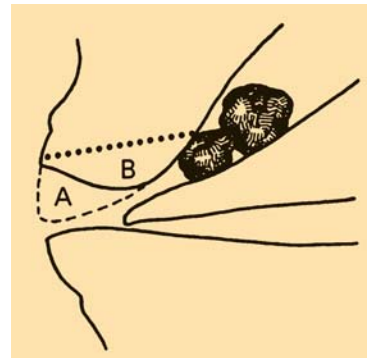
403. Папілосфінктеротомія. Розріз може проходити через каптуроподібну (маргінальну) складку, тоді як поперечна складка переважно є верхньою межею для розрізу через зростання ризику перфорації. Він також зростає, якщо розріз відхиляється від осі протоки.

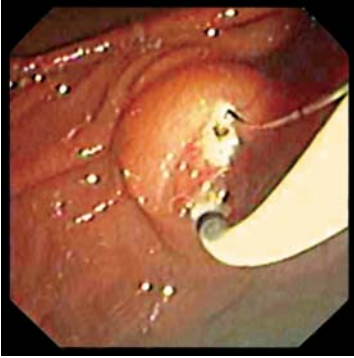


404. Папілосфінктеротомія. Для ефективного різання тканин треба, щоб струна папілотома контактувала з ними на невеликому протязі (< 5 мм). У подальшому папілотом просувають уперед і продовжують розріз, комбінуючи збільшення кривизни дуги папілотома і підйому елеватора. Можна також відхилити кінець апарата уперед. Бажано уникати видалення папілотома з отвору до завершення розрізу, оскільки повторне введення може бути затrudнене.



405. Папілосфінктеротомія. Треба уникати такого розтинання верхньої стінки сосочка, при якому інтрамуральна частина загальної жовчної протоки залишається нерозсіченою (А). У такому випадку отвір буде недостатній для видалення каменів. Пунктиром (Б) позначено лінію необхідної глибини розрізу.

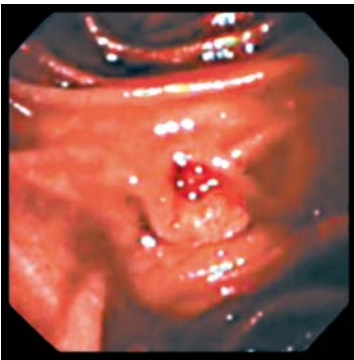




406. Папілосфінктеротомія. Положення петлі папілотома контролюють рентгенологічно. Бажано виконувати розріз невеликими порціями, після кожного етапу контролюючи стан сосочка і положення папілотома.



407. Папілосфінктеротомія. Розсічено інтрамуральну частину загальної жовчної протоки вище від великого дуоденального сосочка. Внаслідок цього утворився широкий анастомоз між загальною жовчною протокою і дванадцятипалою кишкою. Сигналом, що волокна сфінктера Одді пересічено, є потік жовчі, який може містити гній і дрібні конкременти.

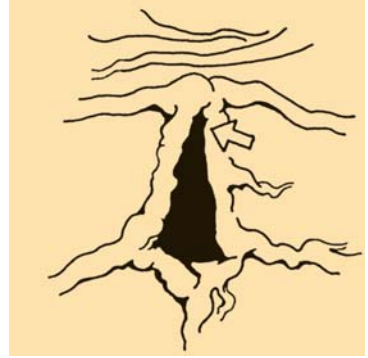


408. Папілосфінктеротомія. Можливу кровотечу як ускладнення слід оцінювати лише через кілька секунд після розрізу — у перші секунди домішка крові у жовчі є нормою.



409. Папілосфінктеротомія. Кровотеча.

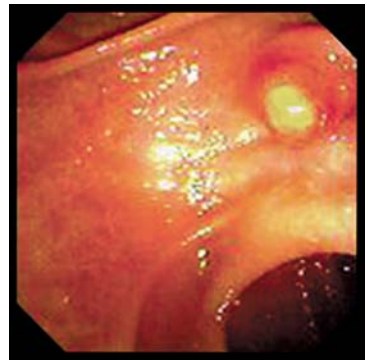
410. Вигляд великого дуоденального сосочка після **широкої папілотомії**. Орієнтиром для введення інструментів (кошика, балонного катетера) у загальну жовчну протоку є верхній кут розрізу.



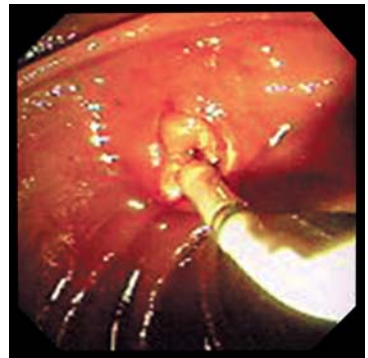
411. Вигляд великого дуоденального сосочка у віддаленому періоді після папіло-сфінктеротомії.



412. **Защемлений камінь** у вічку великого дуоденального сосочка.



413. **Часткова папілотомія**, яку виконано для того, щоб ввести балонний катетер і видалити конкремент.

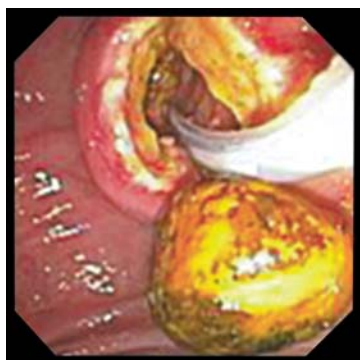




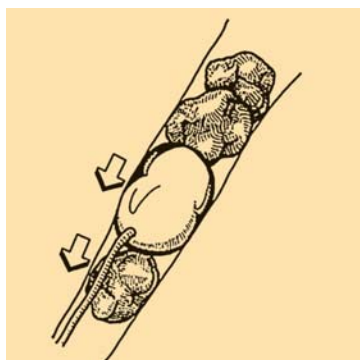
414. Видалення конкремента з ампули великого дуоденального сосочка за допомогою балонного катетера. На відеокліпі — видалення каменя з допомогою кошика Дорміа.



415. Випинання верхньої стінки холедоха внаслідок вклинення конкремента в ампулі.



416. Ендоскопічна папілотомія при вклиненому камені, який відішов після розсічення верхньої стінки папіли.

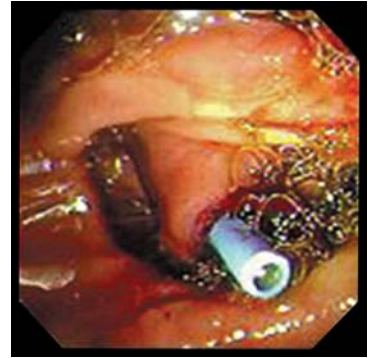


417. Якщо в термінальному відділі холедоха міститься ціла група ("колонка") конкрементів, то видалити їх треба по одному, починаючи з найбільш дистального.

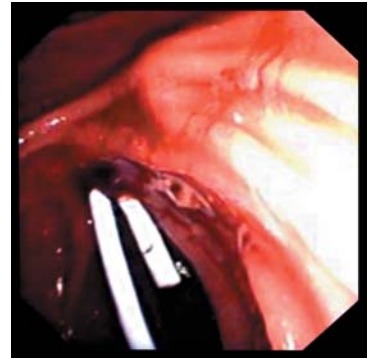
418. Якщо при спробі видалити конкремент кошик заклинило, то спроба його насильного видалення загрожує перфорацією. Треба його повністю розкрити, а тоді просунути максимально далі, вище за найбільш проксимальний конкремент. При зворотньо-поступальних рухах вдається вивільнити захоплений камінь. Лише після цього кошик затягують і видаляють.



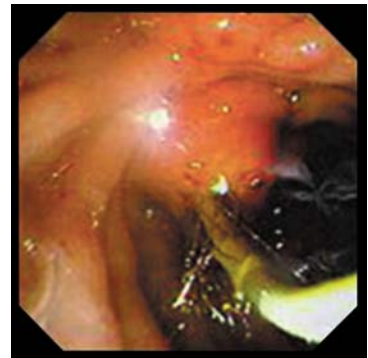
419. У холедох вставлено стент.

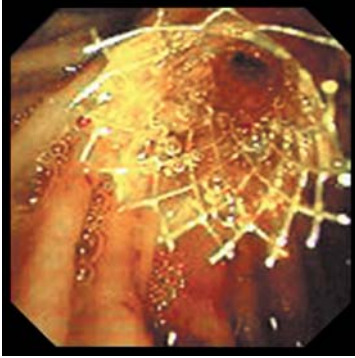


420. Два стенти вставлено у загальну жовчну і вірсунгову протоку.



421. Встановлення сітчастого стента.





422. Сітчастий стент повністю розправлений.



423. Контрольна холангіограма після встановлення сітчастого стента.



424. Холецистопанкреатохолангіограма. Норма. Контрастовані загальна жовчна, печінкова і панкреатична протоки та жовчний міхур.



425. Холецистопанкреатохолангіограма. Норма. Контрастовані загальна жовчна і печінкові протоки. Жовчний міхур відсутній.

426. Ендоскопічна ретроградна холангіо-панкреатографія (ЕРХПГ). Холедохолітіаз. Загальна жовчна протока різко розширена, візуалізується конкремент, у дистальній частині — зонд з роздувним балоном.



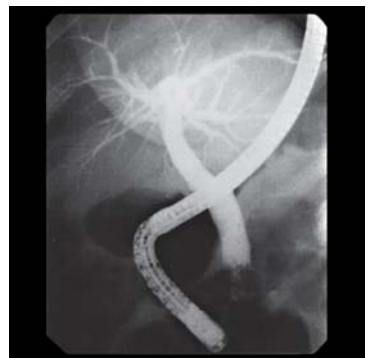
427. Ендоскопічна ретроградна холангіографія. Холедохолітіаз після лапароскопічної холецистектомії. Холедох різко розширений, візуалізується конкремент. Жовчний міхур відсутній, видно кліпси на куксі міхурової протоки і на міхуревій артерії. Відзначається підтікання жовчі в черевну порожнину з ложа міхура. Хворому було виконано папілотомію з видаленням конкремента і встановленням стента. Одуjuanня.



428. Ендоскопічна ретроградна холангіографія. Рак головки підшлункової залози зі стенозом печінкової протоки на віддалі.



429. Ендоскопічна ретроградна холангіографія при ампулярному раку. Дилатовані жовчні протоки, «обрив» холедоха.

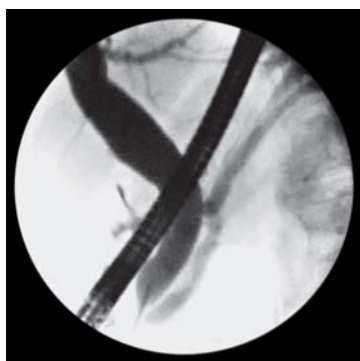




430. Ендоскопічна ретроградна холангіографія. Склерозуючий холангіт. Дифузне звуження проток усіх рівнів.



431. Панкреатографія. Хронічний панкреатит. Дилатована і звивиста вірсунгова протока. Дилатований холедох



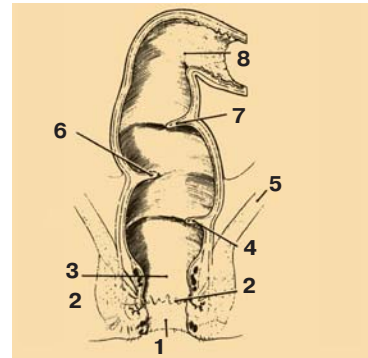
432. Ретроградна холангіопанкреатографія. Типова картина при **стенозуючому папіліті**. Лійкоподібне звуження термінального відділу холедоха.



433. Ретроградна холангіопанкреатографія. У загальну жовчну і вірсунгову протоку введено два **стенти**.

ТОВСТА І КЛУБОВА КИШКА

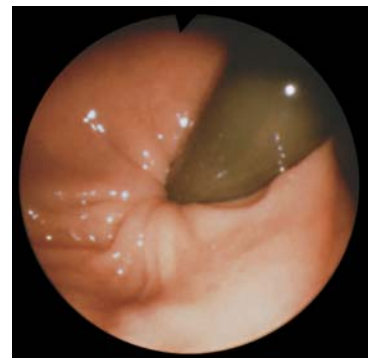
434. Пряма кишка і анальний канал (схема). 1) нижня частина анального каналу; 2) зубчаста лінія; 3) аноректальна лінія; 4) нижня поперечна ректальна складка; 5) levator ani; 6) середня поперечна ректальна складка; 7) верхня поперечна ректальна складка; 8) ректосигмоїдне з'єднання.



435. Анальний канал прямої кишки у нормі зімкнутий, має зірчасту форму із поздовжніми складками. Довжина його становить 2,5–3 см, він іде у передньо-задньому напрямі. Зубчаста лінія є межею між шкірним покривом і слизівкою.



436. Ампула прямої кишки (вигляд у ретрофлексії). Видно верхній край анального каналу.





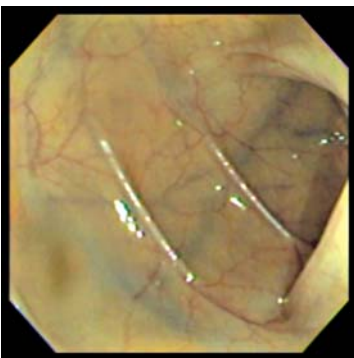
437. Ампула прямої кишки.



438. Поперечні складки (Х'юстона) виражені в надампулярному відділі прямої кишки.



439. Ректосигмоїдний перехід. Термінальна складка.



440. Сигмоподібна кишка. Поздовжні складки відсутні. Півмісяцеві складки тонкі і вдаються у просвіт лише з боків.

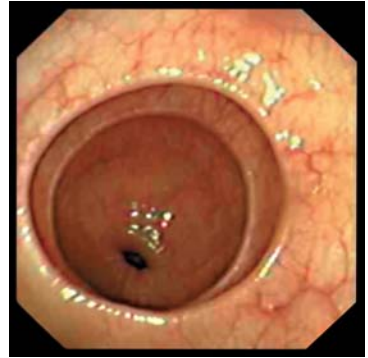


441a

441. Сигмоподібна кишка. Просвіт овальної форми, міжгаустральні (півмісяцеві) складки невисокі, з гострим краєм. Незалежно від відділу кишки міжгаустральні складки дуже еластичні і рухомі, легко тягнуться біопсійними щипцями.



442. Сигмоподібна кишка. Варіант циркулярних складок.

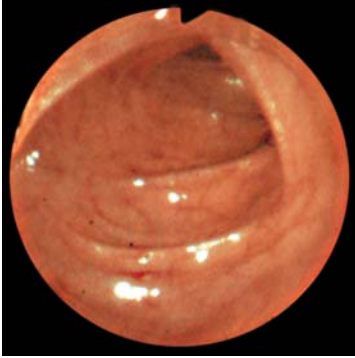


443. Сигмоподібна кишка. У верхній частині сигмоподібної кишки характер складок міняється, вони стають майже циркулярними. Просвіт нагадує букву "О", розширену догори.



444. Сигмоподібна кишка. У тому випадку, коли півмісяцеві складки сигмоподібної кишки особливо виражені, внаслідок гіпертрофії поздовжньої мускулатури вони мають трикутну форму, подібно як у попереочно-ободовій кишці.

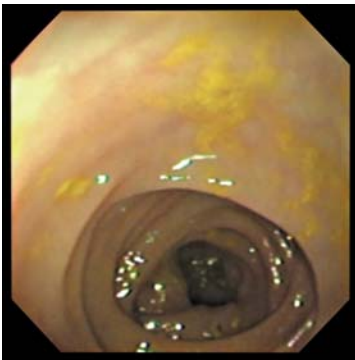




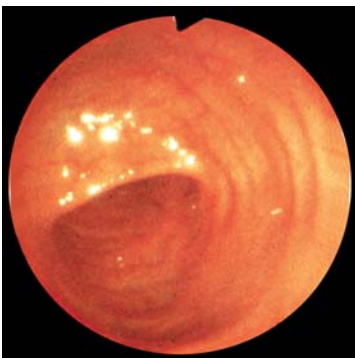
445. Звуження в зоні переходу сигмоподібної кишки в низхідну. Мезентеріальний край сигмоподібної кишки (на 12 годині) утворює гострий кут, за яким вже йде низхідна кишка (розміщена мезоперитонеально).



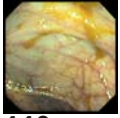
446. Низхідна частина ободової кишки (дистальний відділ). Чітко визначаються складки, які випинаються у просвіт, який має яйцеподібну форму.



447. Низхідна кишка, дистальний відділ. Вона суттєво ширша, ніж сигмоподібна кишка. Складки розміщені одна від одної на більшій відстані, ніж у сигмоподібній кишці.

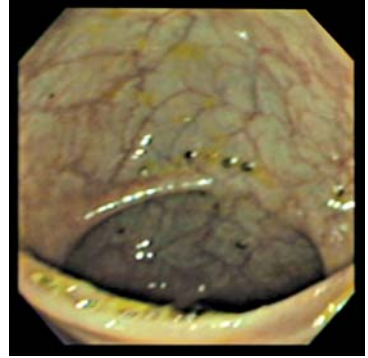


448. Низхідна кишка. Часто у низхідній кишці, особливо у зоні відразу дистальніше селезінкового згину, складки можуть бути цілком відсутні.



449a

449. Низхідна кишка в ділянці селезінкового згину. Особливістю селезінкового кута є складки, які йдуть упоперек оптичної осі ендоскопа. Крізь стінку просвічує селезінка (синювата пляма).



450. Середня частина поперечної ободової кишки. Проглядається на значному протязі. Має вигляд тунеля у формі рівнобедреного трикутника, утвореного міжгаустральними складками. Відстань між складками в середньому становить 1,5–2 см.

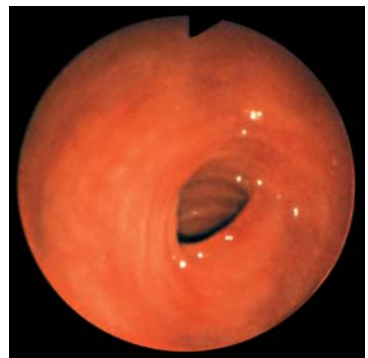


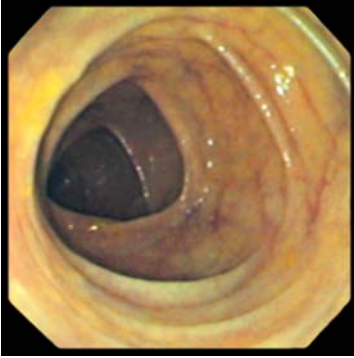
451a

451. Середня частина поперечної ободової кишки. Міжгаустральні складки високі (до 1,5 см), з гострим краєм. Коротка сторона трикутника відповідає протибрижовій стінці.



452. Проксимальна частина поперечної ободової кишки. Видно початок печінкового згину.

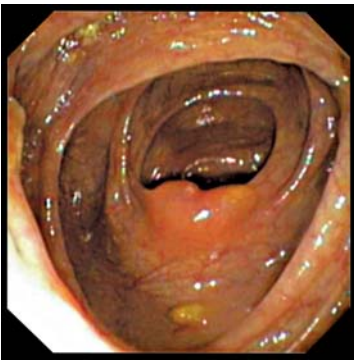




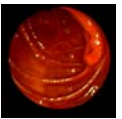
453. Поперечна ободова кишка. Слизова оболонка цього відділу перлисто-білого кольору, складки високі, утворюють рівнобедрений трикутник з дещо закругленими вершинами (варіант).



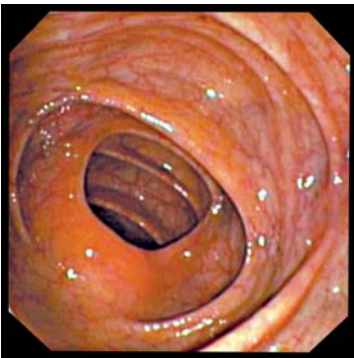
454. Печінковий згин ободової кишки. У ділянці власне печінкового кута утворюється сліпий мішок значних розмірів. Ця ділянка позбавлена типових кутоподібних міжгаустральних складок. Вхід у висхідну кишку розміщений донизу і допереду від купола печінкового кута, рідше — дотради. Крізь стінку просвічує нижня поверхня печінки (синювата пляма).



455. Дистальна частина висхідної кишки. Просвіт ширший, ніж у поперечній ободовій кишці, але його трикутна форма зберігається. Міжгаустральні складки розміщені нерегулярно, вищі (їх висота може перевищувати 2 см), край їх залишається гострим. У перспективі видно ілеоцекальну заслінку.

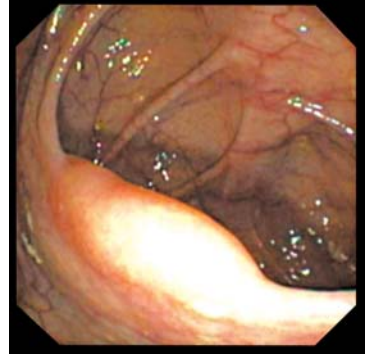


455 а

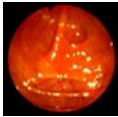
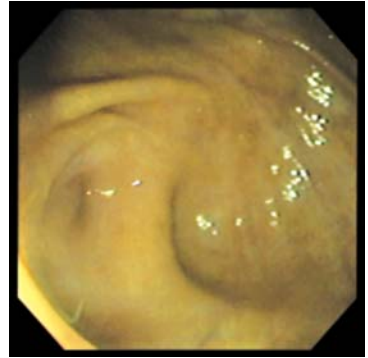


456. Висхідна кишка. Відстань між півмісяцевими складками і розмір гаустр у цьому відділі також збільшується (до 2–3 см)

457. Проксимальний відділ висхідної кишки. Видно контури баугінієвої заслінки, яка є межею висхідного відділу. Заслінка може випинатися у просвіт кишки або ж майже не вирізнятися чи й навпаки — мати вигляд заглиблення у стінці.

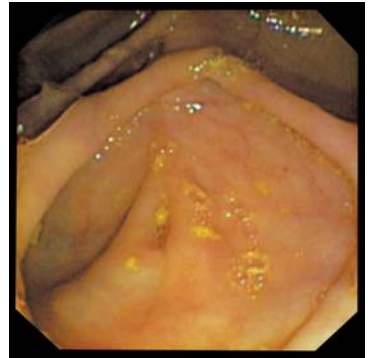


458. Купол сліпої кишки. Особливістю цього відділу є тенії, що сходяться, іноді їх не видно. При роздуванні сліпа кишка може розтягуватися до значних розмірів (до 15 см).

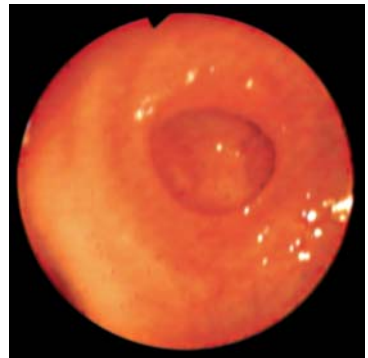


459 а

459. Купол сліпої кишки. Міжгаустральні складки на куполі сліпої кишки мають характерний вигляд «розпорки», довжина їх при цьому 3–5 см і висота — 5–10 мм, край залишається гострим. В центрі трикутника, утвореного ними, видно отвір червоподібного відростка.

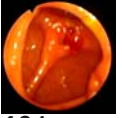


460. Широкий ліycopодібний отвір червоподібного відростка.





461. Вічко червоподібного відростка. На рис. 461а вічко паростка у хворого з апендикулярним інфільтратом.



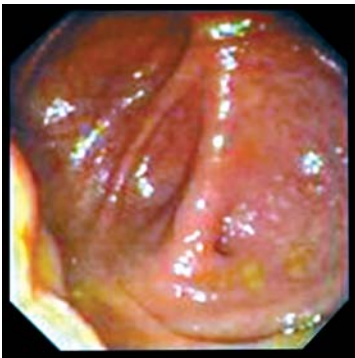
461а



ФІЛЬМ



462. Після апендектомії кукса червоподібного відростка може мати поліподібний вигляд.



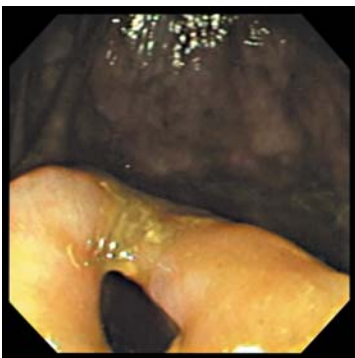
463. Баугінієва заслінка. Видно нависаючу верхню складку з сідлоподібним заглибленням. Отвір спрямований до купола сліпої кишки. Купол сліпої кишки має трабекулярний вигляд.



463а



ФІЛЬМ



464. Баугінієва заслінка. Момент безпосередньо перед введенням колоноскопа в термінальний відділ клубової кишки. Ілеоцекальна заслінка відкрита.

Типи баугінієвої заслінки

(за К. Nagasako, Т. Takemoto, 1973)

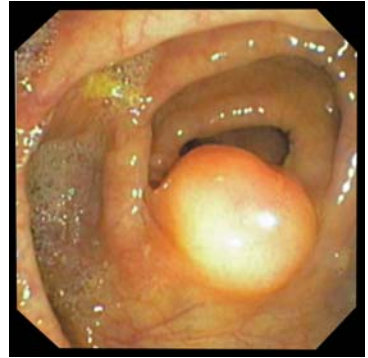
Губоподібний тип. Помірно випнута складка, отвір міститься між її верхньою і нижньою частиною.

Папілярний тип. Куполоподібне випинання з отвором на верхівці.

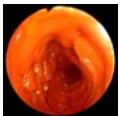
Проміжний тип.

За Н. Shinya, вигляд баугінієвої заслінки залежить від вмісту термінального відділу клубової кишки: якщо вона спорожнена і нерухома — заслінка має губоподібний вигляд; якщо кишка повна і готова спорожнитися — папілярний вигляд. Якщо кишка наповнена лише частково, заслінка має проміжну форму.

465. Баугінієва заслінка. Варіант.



466. Термінальний відділ клубової кишки. Діаметр кишки порівняно невеликий (2–3 см), стінка з нечіткими циркулярними складками Керкрінга, яких може не бути (на відміну від дванадцятипалої або порожньої кишки, в яких вони дуже виражені). Судинний рисунок відсутній.



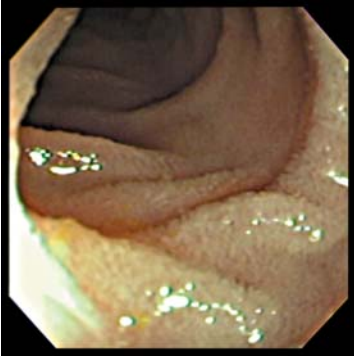
467 а

467. Термінальний відділ клубової кишки. Характер поверхні слизової цього відділу дуже м'який — у людей середнього і похилого віку вона частіше гладка і навіть блискуча. Натомість у молодих людей (до 30 р.) слизова оболонка часто вкрита гіперплазованими лімфоїдними фолікулами різних розмірів.

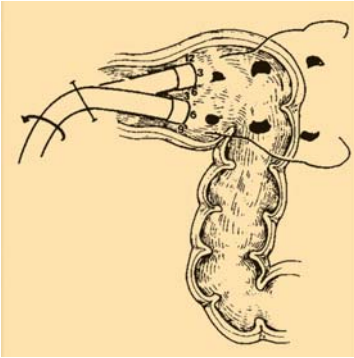


ФІЛЬМ

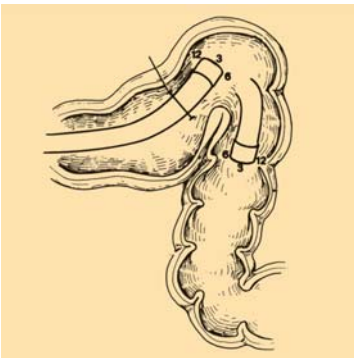
ФІЛЬМ



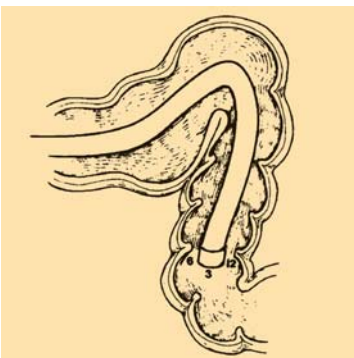
468. Термінальний відділ клубової кишки. Слизова всяяна численними дрібними лімфоїдними фолікулами і має зернистий вигляд.



469. Техніка колоноскопії. Положення лінзи після введення колоноскопа у пряму кишку (пацієнт лежить на лівому боці). Тут кінчик апарата відхиляють назад до крижової кістки. Обертання за годинниковою стрілкою веде до того, що кінчик апарата відхиляється до правої стінки кишки. Кут ректосигмоїдного згину, який утворений верхньою х'юстоною складкою і має вигляд гребеня, видно при цьому на 6 годині циферблату.

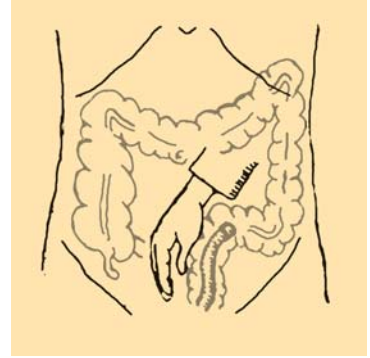


470. Техніка колоноскопії. Проходження ректосигмоїдного згину. Кінець апарата згинають донизу і в такому положенні проходять ректосигмоїдний згин. Оскільки сигмоподібна кишка йде не лише вліво, а й допереду від прямої кишки (і з'єднує її з низхідною кишкою, яка розміщена більш допереду), то проходження полегшується при комбінації згинання кінця апарата донизу і вправо, а також обертання його проти годинникової стрілки (при цьому зігнутий донизу кінець зміщується вправо, тобто до живота хворого).

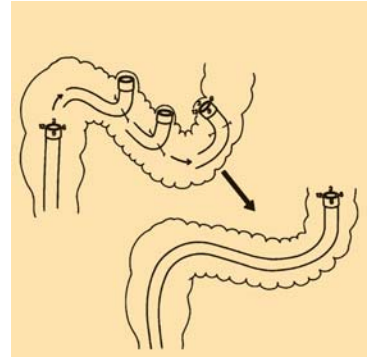


471. Техніка колоноскопії. Положення колоноскопа після інтубації сигмоподібної кишки. В ідеалі кінчик апарата треба просувати по сигмоподібній кишці так, щоб весь час бачити її просвіт. Якщо він впирається у стінку кишки, колоноскоп треба трохи підтягнути і кінець відігнути догори. Для полегшення проходження сигмоподібної кишки застосовують прийом її випрямлення і зборування на апараті. При спробах колоноскопії методом "проштовхування" кишка розтягується і утворює велику дугу.

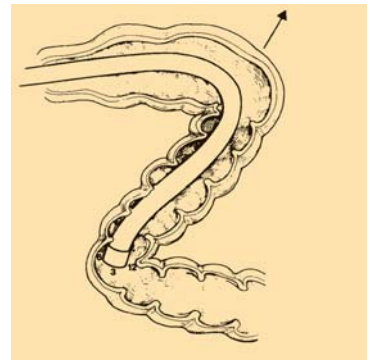
472. Зовнішня компресія. Полегшити проведення колоноскопа можна шляхом натискання рукою (що виконує асистент або пацієнт) на черевну стінку посередині між лобком і пупком або дещо лівіше. Цей прийом дає змогу запобігти зміщенню сигмоподібної кишки за цю ділянку і утворенню непрохідних для колоноскопа петель. Утворення петлі пов'язане із відхиленням кінчика апарату у бік спини хворого (протилежно до напрямку переходу сигмоподібної кишки у низхідну). Скоригувати це зміщення можна шляхом обертання колоноскопа проти годинникової стрілки одночасно з компресією.



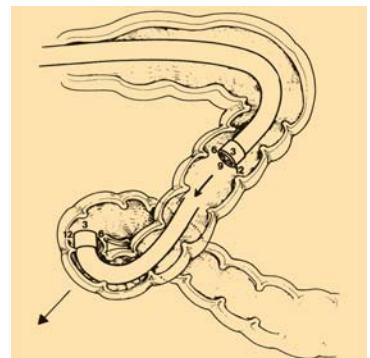
473. Техніка випрямлення і зборювання сигмоподібної кишки. Кінець апарату загинають догори у бік брижового краю кишки і, зачепившись ним за складку, підтягують апарат. Кишка при цьому збирається на колоноскопі у гармошку. Після цього апарат проводять уперед звивистими рухами або струшуючи ним при цьому. Такий маневр при потребі повторюють кілька разів. У результаті спрямлюється кут з'єднання сигмоподібної кишки з низхідною, його досягають при меншій довжині введеної частини колоноскопа і вдається запобігти утворенню гамма-петлі.



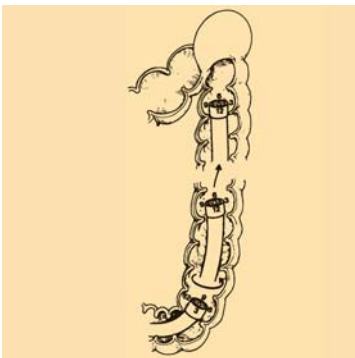
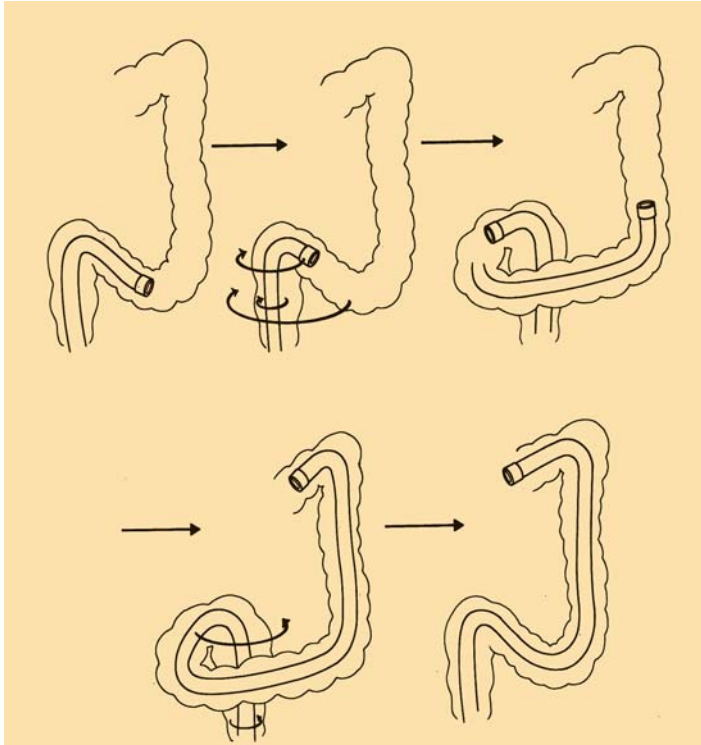
474. Техніка колоноскопії. Після інтубації сигмоподібної кишки до з'єднання її з низхідною в ідеалі кут цього з'єднання видно на позиції 12 годин. Після цього згинання кінця апарату догори дає змогу ввійти до низхідної кишки. Якщо сигмоподібна кишка більш-менш випрямлена (див. вище), то зайти до неї можна таким чином: кінець колоноскопа фіксують зігнути догори і його повільно підтягують. При цьому відбувається подальше випрямлення сигмоподібної кишки, що спричиняє парадоксальний поступальний рух кінця колоноскопа уперед і його проходження у низхідну кишку.



475. Техніка колоноскопії. Якщо кут з'єднання сигмоподібної кишки з низхідною видно на позиції 6 годин і ви відчуваєте спонтанне відхилення кінця колоноскопа униз, то можна думати, що у процесі проходження сигмоподібної кишки утворилася гамма-петля, яка перешкоджає проходженню в низхідну кишку (такий варіант трапляється частіше, ніж попередній). У цьому випадку апарат треба підтягнути на себе і повторно спробувати пройти вперед.



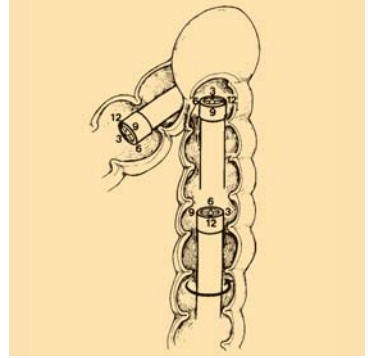
476. Техніка колоноскопії. Альфа-маневр. Якщо сигмоподібна кишка утворює надлишкові петлі (доліхосигма) і стандартний прийом її випрямлення не вдається, досягнути з'єднання її з низхідною кишкою дає змогу альфа-маневр. Його починають з вкладання пацієнта на спину і обертання колоноскопа на 180° проти годинникової стрілки (Б), внаслідок чого сигмоподібна кишка зміщується вправо і вперед від прямої кишки (В). Після цього полегшується проходження як сигмоподібної (В), так і низхідної кишки (Г). Після того, як колоноскоп проведено за селезінковий згин (Г), альфа-петлю можна розвернути (обертанням колоноскопа на 90–130° за годинниковою стрілкою) і виконати зборювання сигмоподібної кишки (Д).



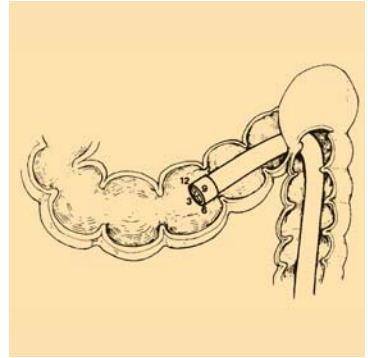
477. Техніка колоноскопії. Проходження низхідної кишки. Спочатку позиція лінзи колоноскопа відповідає тій, яка була перед проходженням з'єднання сигмоподібної кишки з низхідною. Під час подальшої інтубації кінчик апарата відхиляється дореду, а інструмент обертається за годинниковою стрілкою. Цьому є дві причини: по-перше, передня стінка кишки є зоною найменшого опору, а по-друге пацієнта повертають на спину (тоді як апарат порівняно фіксований).¹ Відтепер брижовий край кишки буде видно на 9 годин циферблату. При проходженні низхідної кишки запобігають розтягуванню сигмоподібної кишки шляхом натискання рукою на черевну стінку (як описано вище).

¹ Якщо виконували альфа-маневр, то пацієнта повернули на спину раніше.

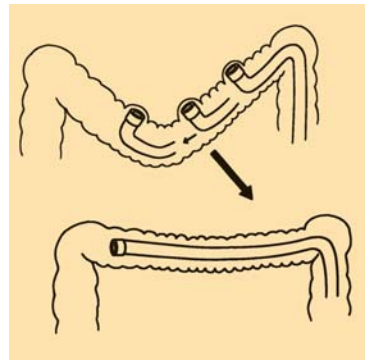
478. Техніка колоноскопії. Позиція лінзи колоноскопа під час проходження селезінкового згину. Кут селезінкового згину спочатку буде видно на 9 годин циферблату. Після додаткового повороту апарата за годинниковою стрілкою цей кут буде вже на 6 год. Тепер згинання кінця апарата вниз полегшить його проведення в поперечну ободову кишку.



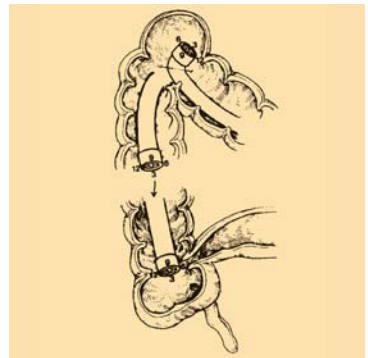
479. Техніка колоноскопії. Унаслідок високої мобільності поперечної ободової кишки в ній легко втратити орієнтування, яке було встановлено під час проходження селезінкового згину. Орієнтування можна відновити, якщо селезінковий згин проходили, коли його кут був на 6 год., а поперечна ободова кишка довга, звисає донизу до малого тазу і формує доволі гострий кут. Якщо ви не робили більше обертальних рухів апаратом, цей кут буде видно на 12 год. циферблату.

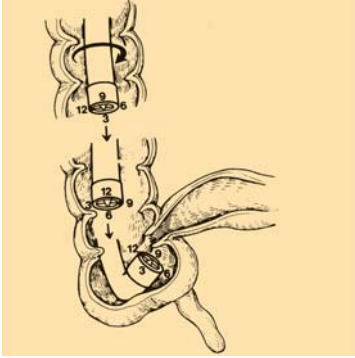


480. Техніка колоноскопії. Підйом і випрямлення поперечної ободової кишки. Дистальні (вже пройдені) відділи поперечної ободової кишки зборюють на колоноскопії шляхом серії згинань його кінця догори і підтягування, зачепившись за складку («hooking-lifting-telescoping»-маневр). Допомогти у проходженні поперечної ободової кишки і запобіганні її спусканню вниз до тазу із утворенням надмірної дуги можна також шляхом компресії рукою в епігастрії дещо справа від середньої лінії, після того, як кінець колоноскопа проведено за цю лінію.

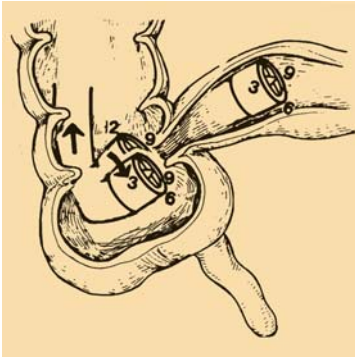


481. Техніка колоноскопії. Позиція лінзи колоноскопа під час проходження печінкового згину, висхідної і сліпої кишки. Якщо згин поперечної ободової кишки було видно на 12 годині, то кут печінкового згину буде видно на 6 годині, а протибрижовий край — на 12 годині. Щоб увійти у висхідну кишку, кінець колоноскопа треба зігнути вниз. Якщо ви не змогли увійти у висхідну кишку, то подальший рух вперед призведе до згинання апарата в печінковому куті вгору до протибрижового краю (при цьому можна побачити колоноскоп). Кінець колоноскопа треба підтягнути і повторити маневр.





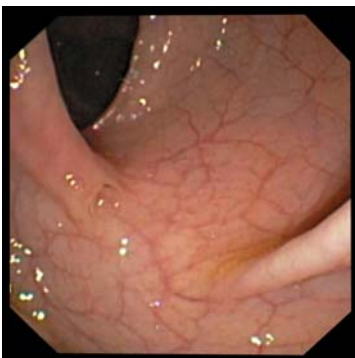
482. Техніка колоноскопії. Якщо через печі-
нковий згин вдалося пройти відносно легко, то брижо-
вий край висхідної кишки і ілеоцекальну заслінку ви-
дно на 6 годині. Гирло апендикса найчастіше видно у
задній частині купола сліпої кишки. Проте висхідна
кишка частіше розміщена дозаду від поперечно-
ободової. При проходженні печінкового згину в такому
випадку відхилений донизу кінчик апарата обер-
тається за годинниковою стрілкою. Відтак брижейко-
вий край кишки і баугінієву заслінку буде видно на 9
годині.



483. Техніка колоноскопії. Проведення ко-
лоноскопа в термінальний відділ клубової кишки. Коли
після досягнення купола сліпої кишки кінець колоно-
скопа зігнути догори, то можна побачити баугінієву за-
слінку. Якщо її отвір відкритий і його видно на 6 год.
(рис. 432), то легке розгинання в напрямі отвору і під-
тягування апарата спричинять «парадоксальний»
поступальний рух уперед і дадуть змогу інтубувати
клубову кишку.

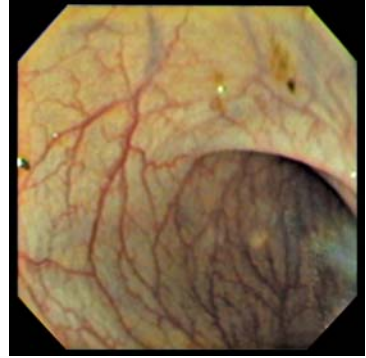


484. Внутрішня поверхня товстої кишки
вкрита гладкою блискучою слизовою оболонкою і має
однакову мікроскопічну будову на всьому протязі. Чіт-
ко видно підслизовий судинний рисунок.

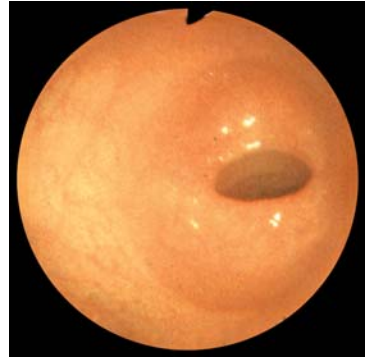


**485. Нормальна слизова оболонка ам-
пули прямої кишки.** При локальній патології
змінюються її колір, характер поверхні і судинний ри-
сунок. Проте вигляд слизової оболонки може також
змінюватися внаслідок загальної патології (напр.,
анемії), а також залежить від якості підготовки кишки
до обстеження, інтенсивності освітлення і спектра лам-
пи та ступеня роздування органа. З усіх відділів тов-
стої кишки у прямій судинний рисунок найбільш вира-
жений.

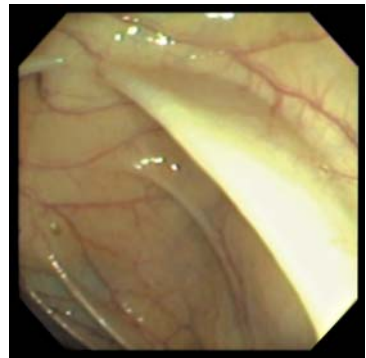
486. Нормальна слизівка сигмоподібної кишки. Нормальна слизова оболонка блідо-рожева, з дещо жовтуватим відблиском і добре видимою сіткою підслизових судин. Судинний рисунок, як звичайно, менш виражений, ніж у прямій кишці. У нормі можна простежити судини принаймні двох або й більше порядків. Проте у сигмоподібній кишці іноді навіть у нормі судинного рисунку може бути не видно.



487. Низхідна кишка. У відтинку, який прилягає до селезінкового згину не є рідкістю відсутність судинного рисунку без гістологічних змін.



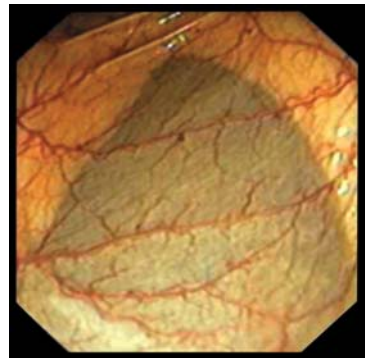
488. Поперечно-ободова кишка. При інтенсивному освітленні слизівка цього відділу має перлисто-білий колір з легким рожевим відтінком. Судинний рисунок, як звичайно, вираженіший, ніж у сигмоподібній або низхідній кишках, видно великі судини.

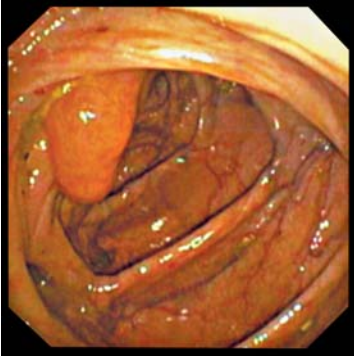


489. Печінковий кут ободової кишки. Крізь слизівку переднього сектора протибрижейкового краю просвічує печінка (зеленувато-синювата зона).



489a

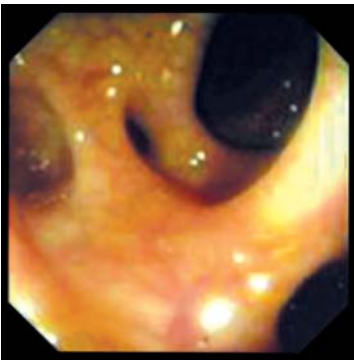




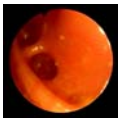
490. Висхідна кишка. Внаслідок більшої ширини кишки при тій самій силі світла слизівка освітлюється гірше і здається червонішою.



491. Спазм потовщених високих складок сигмоподібної кишки багато ендоскопістів пов'язують із клінікою синдрому подразненої кишки (варіант із закрепамми).



492. Дивертикули товстої кишки. Такі великі дивертикули можуть затруднити ідентифікацію просвіту кишки. У товстій кишці найчастіше трапляються несправжні дивертикули, яких вважають "хворобою західної цивілізації". З віком частота дивертикулів зростає.



492 а



493. Механізм утворення дивертикулів товстої кишки. У точках, де артерії малого калібру (*vasa recta*), які живлять слизову оболонку, проникають крізь циркулярний шар м'язових волокон, утворюються "слабкі місця", через які можуть випинатися назвні (подібно до гриж) слизова оболонка і підслизовий шар. Тому це так звані несправжні дивертикули.



494 а

494. Множинні несправжні дивертикули товстої кишки — дивертикульоз. Дивертикули, як звичайно, розміщені у два або в чотири ряди. Дивертикульозом називають наявність одного або більше дивертикулів кишки незалежно від того, чи є клінічні прояви. Дивертикулярна хвороба — це наявність дивертикулів з клінічною симптоматикою, але без ознак запалення. Дивертикуліт — запалення одного або кількох дивертикулів з відповідною симптоматикою і можливими ускладненнями.



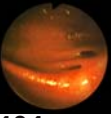
494 б



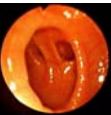
ФІЛЬМ



ФІЛЬМ



494 в



494 г



495 а

495. Дивертикулярна хвороба. Вічко дивертикула закрито каловим каменем. Така обструкція може призвести до запалення дивертикула, а в подальшому — до його перфорації: мікроперфорації у периколярну клітковину з утворенням мікроабсцесу та інфільтрату, зрідка — флегмони заочеревинної клітковини або перфорації у вільну черевну порожнину з розлитим перитонітом.



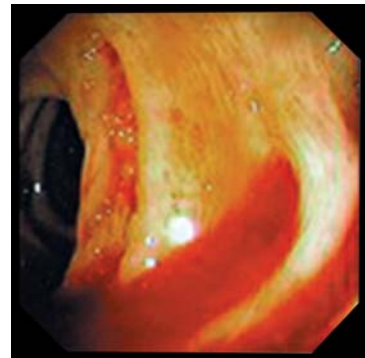
ФІЛЬМ

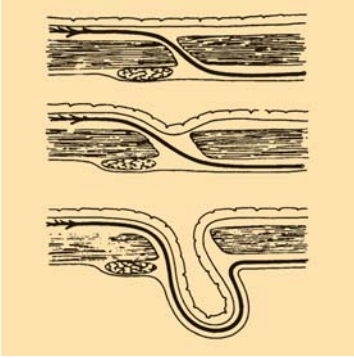


496. Дивертикуліт. Найчастішим ускладненням дивертикулярної хвороби є дивертикуліт. Слизова навколо шийки дивертикула застійна, інфільтрована. Як звичайно, запалення поширюється на парадивертикулярну клітковину з розвитком перидивертикуліту, часом із формуванням великих абсцесів. Перфорація у вільну черевну порожнину трапляється рідко.



497. Кровотеча з дивертикула. Після ангіодисплазій дивертикули є найчастішим джерелом кровотеч з нижніх відділів травного каналу. Товстокишкові кровотечі частіше розвиваються при дивертикульозі без запалення, ніж при дивертикуліті. Тривалість та інтенсивність таких кровотеч дуже варіабельні.





498. Дивертикулярні кровотечі є артеріальними. Вважають, що вони зумовлені потоншенням медії *vasa recta*, в тому місці, де вони проходять у ділянці купола дивертикула. Вважають, що запалення не є чинником, що сприяє кровотечі, вона рідко виникає навіть при ускладненому дивертикуліті.



499. Дивертикули сигмоподібної кишки. У вічку лівого дивертикула видно випнуту судину, яка була причиною кровотечі.



500. Ангіектазія товстої кишки (OMED не рекомендує вживати термін “ангіодисплазія”, який коректний лише щодо вроджених утворів). На підставі розміру виділяють два типи судинних уражень слизовки товстої кишки: а) дрібні ураження (< 5 мм у найбільшому розмірі); б) великі ураження (5 мм і більше). За генезом ангіектазії можуть бути вродженими, наслідком дії механічних чинників, гіпоксемії та дегенеративних змін. Як вважають, вони є результатом дилатації капілярів через обструкцію підслизових вен різного генезу.

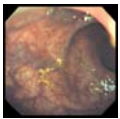
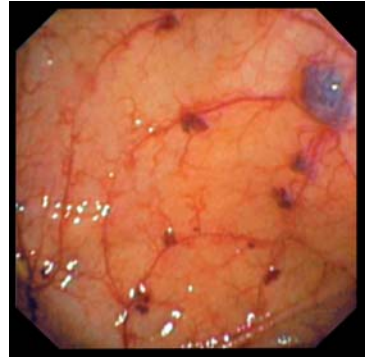


501. Ангіектазія. Має вигляд утвору червоного кольору різної форми і розміру: крапки, плями, “лапа з пазурами”, павука тощо. Ангіектазії можуть бути одиничними і множинними, вродженими і набутими, плоскими і випнутими. Частіше трапляються у правій половині товстої кишки. З віком їх частота зростає. Є одною з найчастіших причин товстокишкових кровотеч, особливо інтрентуючих і помірних за інтенсивністю.

502. Телеангіектазія або артеріо-венозна мальформація. Червона пляма з нечіткими краями, яка блідне при натисканні. Типова для спадкової телеангіектазії (хвороби Ослера-Рендю-Вебера). Не слід робити спроби взяти біопсію через ризик масивної кровотечі!

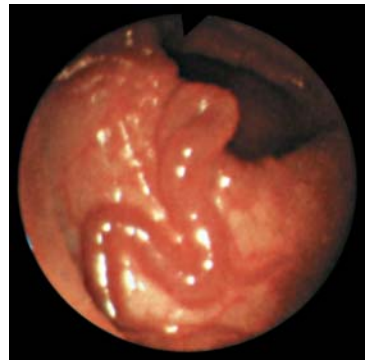


503. Флебектазія.



504а

504. Варикозно розширена вена висхідної кишки. Найчастіше такі вени трапляються у хворих з портальною гіпертензією (особливо після ерадикації варикозно розширених вен стравоходу) у прямій і сигмоподібній кишці, рідше — у сліпій і висхідній. На рис.504а розширені вени у пацієнта з раком прямої кишки.



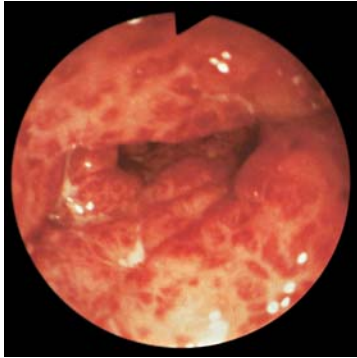
ФІЛЬМ

505. Меланоз сигмоподібної кишки. Ця пігментація є наслідком тривалого прийому проносних засобів (сени). Пігмент відкладається в макрофагах слизової оболонки. Пігментація проксимальних відділів товстої кишки вираженіша, ніж у прямій кишці.





506. Глистна інвазія. Гострик у сліпій кишці.



507. Ішемічний коліт. Гостра фаза. Слизівка нерівномірно повнокровна, легко ранима, можуть бути множинні дрібні крововиливи. На цій стадії зміни ще зворотні, без розвитку важчих уражень. При недостатній системі колатералей в ураженій ділянці транзиторна ішемія стає незворотною. Характерний перемістий біль в животі в поєднанні з тенезмами. Ішемічний коліт може виникати як внаслідок оклюзії великих або малих артерій (емболії, тромбози, артеріїт) чи (дуже рідко) — вен, так і внаслідок системних розладів кровообігу при шоку, застійній серцевій недостатності, дегідратації тощо.



508. Ішемічний коліт. Поверхневі некротичні зміни слизової оболонки з сірчаво-жовтими нашаруваннями. Такий ішемічний коліт проявляється кривавими випороженнями у поєднанні з болем, проте останнього може і не бути. Найчастіше ураження локалізується в ділянці селезінкового кута — зона між басейнами васкуляризації верхньої і нижньої брижових артерій, в якій найслабший кровоплин.



509. Ішемічний коліт. Запальні зміни поширюються на підслизовий і м'язовий шари. Перебіг процесу повільний, з розвитком грануляційної тканини і поступовим рубцюванням, що призводить до утворення сегментарних структур, які нагадують зміни при хворобі Крона або ендодфітному раку.

У перебігу ішемічного коліту виділяють три стадії

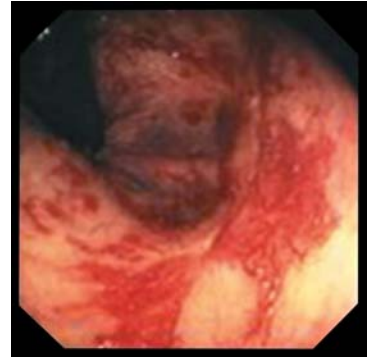
(за умови відсутності трансмурального некрозу і перфорації кишки):

1. Гостра стадія (перші 72 години). У перші 24 години на слизівці еритематозні ділянки чергуються з блідими (що відповідає транзиторній ішемії). На другу добу зони гіперемії зливаються між собою, з'являються підслизові петехії і дрібні поверхневі виразки. Міжгаустальні складки потовщені внаслідок набряку.

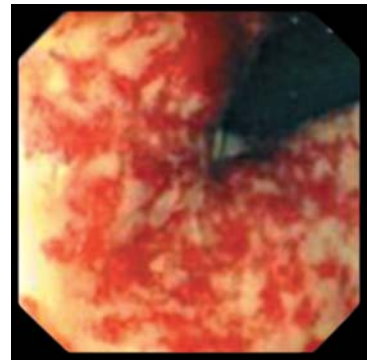
2. Підгостра стадія (від 3 до 7 діб). Виявляють видовжені і серпігінозні виразки. У деяких випадках переважає гострий запальний екссудат.

3. Хронічна стадія (до 3 міс.). Повне загоєння може тривати від 2 тижнів до 3 місяців, найчастіше воно відбувається в межах 6 тижнів. Після цього слизівка може бути цілком нормальною, або на ній виявляють залишкову зернистість. При гоєнні глибоких і обширних виразок утворюються стриктури.

510. Пострадіаційний коліт. Цей стан не є рідкістю при променевої терапії пухлин органів малого таза. Серед пацієнтів, які отримали понад 3000 рад, він трапляється з частотою 5–10%. При колоноскопії можна виявити блідість і непрозорість слизової оболонки (внаслідок підслизового фіброзу), телангіектазії, у гострому періоді також можна відзначити еритему і легку ранимість слизівки, а у віддаленому періоді — стриктури.



511. Променовий коліт. Розвинувся після опромінення передміхурової залози. Розвитку променевого коліту сприяє похилий вік і наявність атеросклерозу, що посилюють чутливість судин до опромінення та сприяють розвитку променевого ендартеріту.



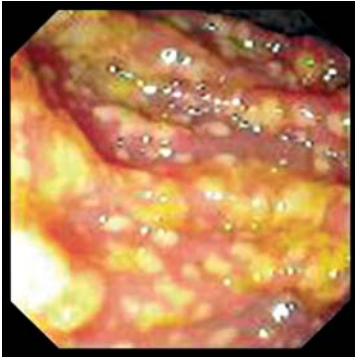
512. Коліт при хворобі Бехчета. Глибока виразка, яка нібито вибита пробійником, характерна для хвороби Бехчета. Трапляються також довгі глибокі лінійні виразки на фоні неспецифічної еритеми, у такому випадку диференціальний діагноз із хворобою Крона можна встановити лише за допомогою біопсії, однак це також важко. Допомогти встановити діагноз можуть такі позакишкові прояви, як рецидивуючий тромбофлебіт і ураження центральної нервової системи.





513. Коліт, індукований нестероїдними протизапальними препаратами (НСПЗП).

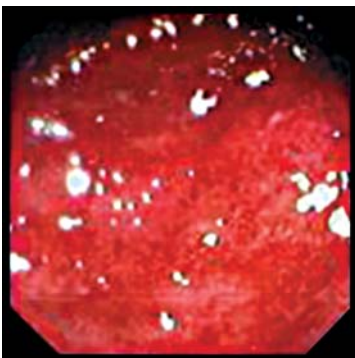
Як вважають, НСПЗП можуть спричинити усі види колітів. Виразки частіше виникають у правих відділах ободової кишки. Основною причиною вважають не блокування синтезу простагландинів, а місцеву дію препаратів на клітини. Ураження товстої кишки трапляється значно рідше, ніж НСПЗП-асоційована гастропатія, однак, вірогідно, частіше, ніж прийнято думати.



514. Псевдомембранозний коліт. Коліт, який розвинувся після курсу лікування антибіотиками широкого спектру дії і зумовлений надмірним ростом бактерій *Clostridium difficile* — суто анаеробної грампозитивної палички. Видно дифузні фібринозні нашарування.

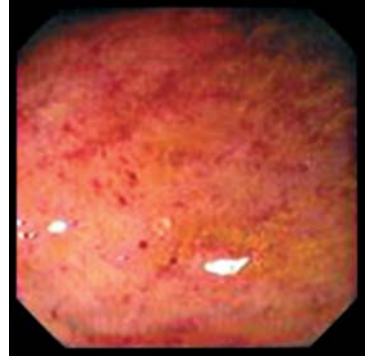


515. Псевдомембранозний коліт. Вогнищеві фібринозні нашарування.



516. Сальмонельозний коліт. Дифузна гіперемія, судинний рисунок видно зле, візуалізуються лише великі судини першого і другого порядку.

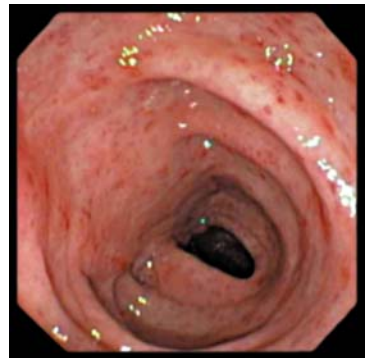
517. Цитомегаловірусний коліт. Слизова застійна, червоного або рожевого кольору. Видно множинні екхімози і петехії. Судинний рисунок не проглядається.



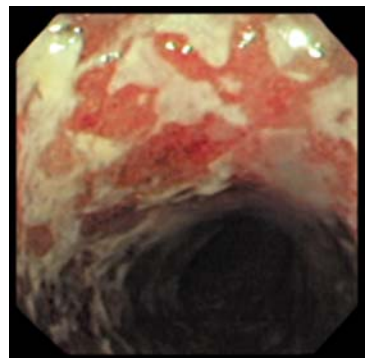
518. Виразковий коліт (у вітчизняній літературі вживається термін «неспецифічний виразковий коліт»). Стадія мінімальної активності або латентна (за класифікацією OMED). Слизова оболонка зерниста, легко ранима. Судинний рисунок відсутній.



519. Виразковий коліт. Геморагічна стадія — червона набрякла слизівка без видимих судин із вираженою контактною кровоточивістю або спонтанною кровотечею.

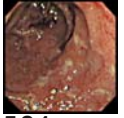


520. Виразковий коліт. Гнійна стадія — зміни як у попередньому випадку, крім того — гнійний ексудат.





521. Виразковий коліт. Виразкова стадія — малі і великі виразки.



521 а



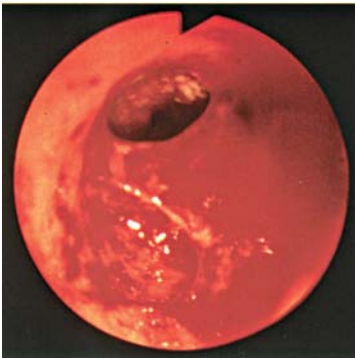
522. Хронічний виразковий коліт.



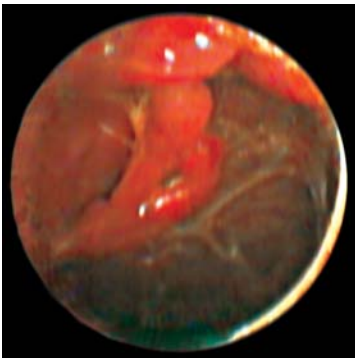
522 а



522 б



523. Виразковий коліт. Кровотеча. Спровокована спробою пройти через ділянку стенозу.



524. Виразковий коліт. Виразково-поліпоподібна стадія — з виростами слизової оболонки — поліпоподібними містками і виступами запаленої слизової оболонки.





525 а

525. Виразковий коліт. Втрата кишкою гаустрації із звуженням просвіту – «тубуляризація». Виникає внаслідок гіпертрофії власної м'язової пластинки слизівки.



526. Виразковий коліт. Помірна активність.



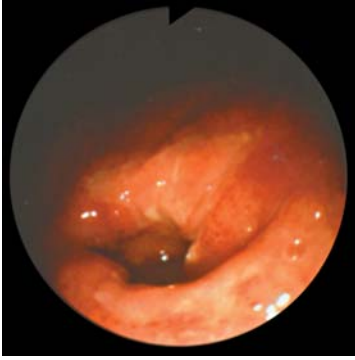
527 а

527. Виразковий коліт. Набряк міжгаустральних складок з їх потовщенням і притупленням особливо очевидний в поперечно-ободовій кишці.

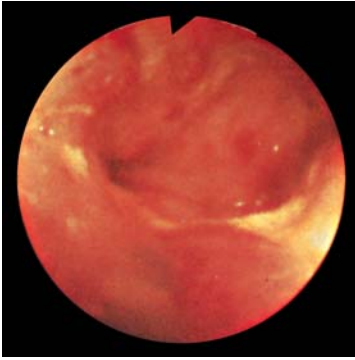


Ступені активності виразкового коліту

Латентна.	<i>Змінений або відсутній судинний рисунок слизової, зернистість.</i>
Мінімальна активність.	<i>Вогнищева або дифузна еритема. Ранимість слизової (контактна кровоточивість).</i>
Помірна активність.	<i>Слизово-гнійний ексудат. Одиначні або множинні невеликі (<5 мм) виразки, яких є менше ніж п'ять на 10-сантиметровий сегмент кишки.</i>
Важкий коліт.	<i>Множинні великі виразки (> 5 мм), яких більше ніж п'ять на 10-сантиметровий сегмент кишки. Спонтанні кровотечі.</i>



528. Виразковий коліт. Ураження термінального відділу клубової кишки – т. зв. висхідний або ретроградний (англ. - backwash) ілеїт. Трапляється лише при тотальному ураженні товстої кишки з порушенням функції баугінієвої заслінки.



529. Виразковий коліт. Стриктура, зумовлена вираженою локальною м'язовою гіпертрофією. Наявність слизу і гною свідчить про активне запалення.



530. Хвороба Крона. Афтоїдна стадія (за класифікацією OMED). Дрібні виразки на поверхні слизової оболонки.



531. Хвороба Крона. Виразкова стадія. Виразки із звивистими краями, набрякла, ранима слизівка. Така візуальна картина нагадує виразковий коліт, і для диференціальної діагностики потрібна біопсія.



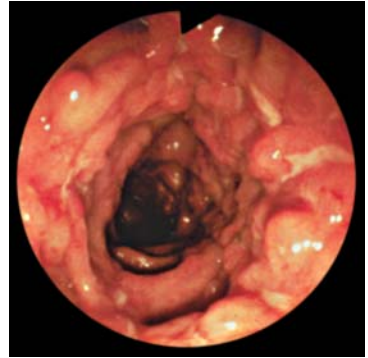
532 а



532. Хвороба Крона. Виразкова стадія. Видовжені виразки із вираженими краями. Картина характерна саме для хвороби Крона.



533. Хвороба Крона. Слизова у вигляді бруківки – глибокі фісури і звивисті виразки.



534. Хвороба Крона. Стенозуюча стадія. Виражена рубцева деформація.

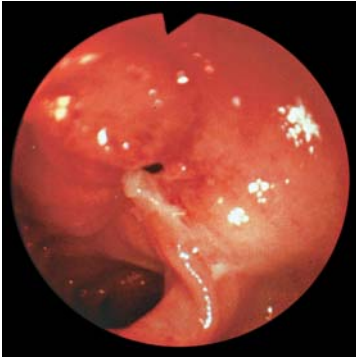


Ступені активності коліту при хворобі Крона

Латентна.	<i>Змінений або відсутній судинний рисунок слизової, зернистість.</i>
Мінімальна активність.	<i>Вогнищева або дифузна еритема.</i>
Помірна активність.	<i>Афтозні або невеликі (<5 мм) виразки, яких є менше ніж п'ять на 10-сантиметровий сегмент кишки.</i>
Важкий коліт.	<i>Множинні великі виразки (> 5 мм), яких більше ніж п'ять на 10-сантиметровий сегмент кишки.</i>

Колоноскопична диференціальна діагностика виразкового коліту і хвороби Крона

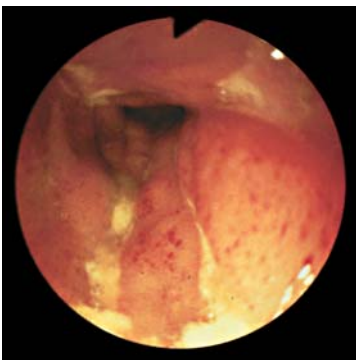
Ознаки	На користь діагнозу виразкового коліту	На користь діагнозу хвороби Крона
Фон, на якому виявлено виразки	Виразки розміщені на еритематозній, крихкій слизівці	Виразки можуть бути оточені незміненою слизівкою
Характер ураження кишки	Неперервне	Асиметричне, сегментарне
Ураження прямої кишки	Наявне і неперервне	Відсутнє або сегментарне
Баугінієва заслінка	При тотальному ураженні зяє, без виразкування	Стеноз або виразкування



535. Хвороба Крона. Нориця між петлями кишки.

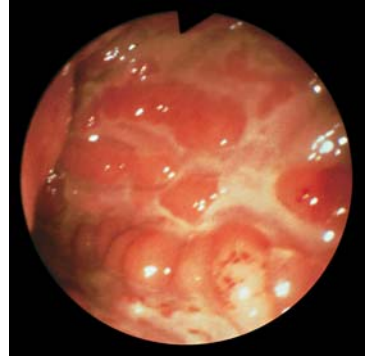


536. Хвороба Крона. Втрата кишкою гау-страції. Ці зміни виникають як при виразковому коліті, так і при хворобі Крона. Стінка кишки рубцево змінена.



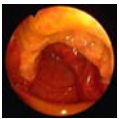
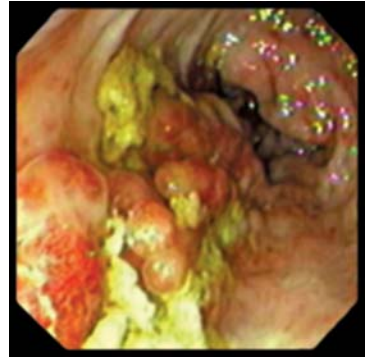
537. Хвороба Крона. Ураження термінального відділу клубової кишки – набряк, точкові кровиливи, ерозії.

538. Хвороба Крона. Ураження термінального відділу клубової кишки — слизівка — слизівка має вигляд бруківки.



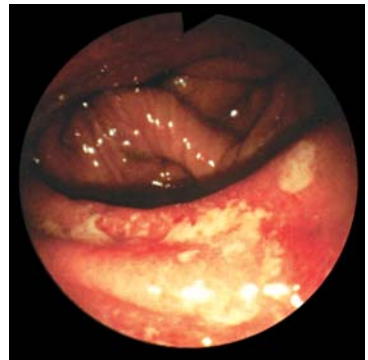
539 а

539. Хвороба Крона. Запальні псевдополіпи. Така картина при хворобі Крона трапляється рідше, ніж при виразковому коліті.



540 а

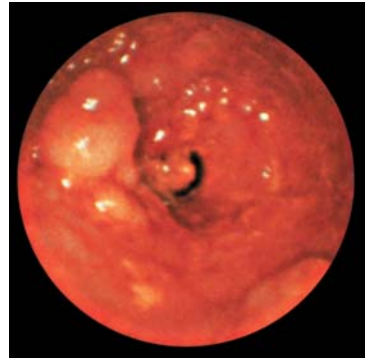
540. Хвороба Крона. Ураження баугінієвої за-слінки.



540 б



541. Рецидив хвороби Крона у ділянці ілео-колоанастомозу зі стенозуванням.

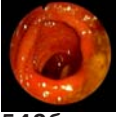




542. Ілеоколоанастомоз. Нормальний вигляд ілеоколоанастомозу у віддаленому періоді. Легка горбистість по лінії шва.



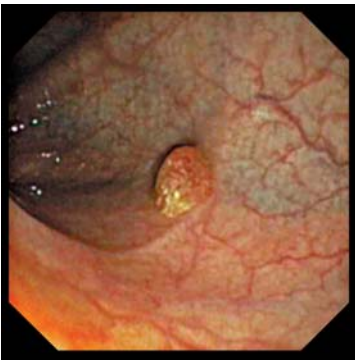
542 a



542 b



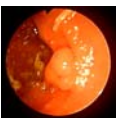
543. Солітарна виразка прямої кишки. Рідкісне захворювання, яке характеризується ректальними кровоточами, виділенням слизу, тенезмами. Часто буває нетримання калу і порушення частоти дефекацій. Дуже часто виявляють випадіння прямої кишки. Виразки переважно локалізуються на передній стінці прямої кишки на відстані 5–10 см від ануса. Слизівка наколо них може бути грубозерниста, при пальпації — індурована. Як вважають, захворювання зумовлене аномальним взаємозв'язком між тиском у прямій кишці та рухами її передньої стінки в ділянці аноректального кута.



544. Аденоми є найчастішим типом поліпів і взагалі пухлин товстої кишки (хоча деякі дослідники стверджують, що гіперпластичні поліпи трапляються частіше). Вони можуть мати широку основу або ніжки різної довжини і діаметра.



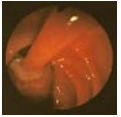
545. Одиничний аденоматозний поліп на широкій основі. Спорадичні аденоми частіше є одиничними. У товстій кишці їх найчастіше виявляють у сегменті між селезінковим згином і ректосигмоїдним переходом.



545 a



546. Не лише поліпоз, а й **спорадичні аденоми** можуть мати спадкову генетичну причину: серед братів і сестер таких пацієнтів ризик колоректального раку майже удвічі більший, ніж у популяції. Тут — півсидяча аденома (англ. — semipedunculated за OMED).



547 а

547. Аденома на ніжці. Ніжка може сягати кількох сантиметрів у довжину. Аденоми на ніжці найвірогідніше є тубулярними: якщо аденома тубулярно-вільозна, то ніжка, імовірно, порівняно коротка і товста.



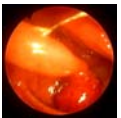
547б



ФІЛЬМ

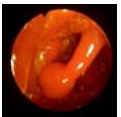


548. Тубулярна аденома без ніжки. Найчастіший різновид аденом товстої кишки (до 75—87% усіх аденом). Їх розміри коливаються від кількох міліметрів (найчастіше — до 1 см) до кількох сантиметрів (великі тубулярні аденоми – рідкість). Поверхня маленьких аденом гладка, а великих – переважно часточкова. Складається з розгалужених трубчастих структур, оточених власною пластинкою слизової оболонки.



549 а

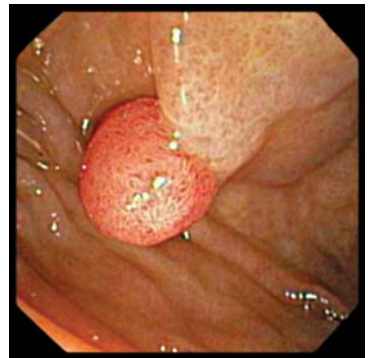
549. Тубулярна аденома. Дрібні тубулярні аденоми частіше мають широку основу, із збільшенням розмірів частіше бувають розміщені на ніжці. Поліп має дещо червоніший колір, ніж довколишня слизова оболонка, однак ніжка вкрита незміненою слизівкою.



549 б



ФІЛЬМ





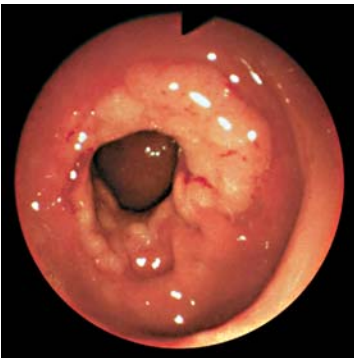
550. Тубуло-вільозна аденома. Із збільшенням розмірів аденом зростає ймовірність вільозного компонента та ступінь дисплазії епітелію. Тубуло-вільозними називають аденоми, в яких менш виражений гістологічний компонент становить не менше 25%.



551. Вільозна (ворсинчаста) аденома. Ця доброякісна епітеліальна пухлина складається з тонких пальцеподібних виростів сполучної тканини власної пластинки слизової оболонки, вкритих епітелієм. Ризик малігнізації значно вищий, ніж у випадку тубулярних аденом.

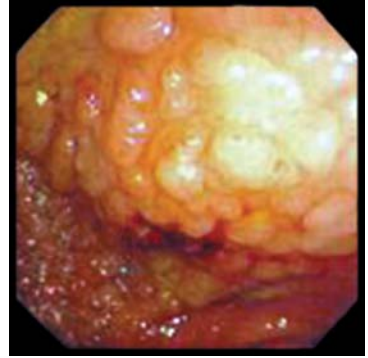


552. Вільозна аденома. Ворсинчасті поліпи як звичайно мають широку основу або розпластані по поверхні слизової. Через недостатнє кровопостачання вони виглядають блідими, поверхня їх зерниста або нагадує цвітну капусту.



553. Вільозна аденома. Стланка форма. Переважно має діаметр понад 1 см. Ці пухлини можуть поширюватися циркулярно і сягати значних розмірів. Консистенція ворсинчастої аденоми м'яка, поверхня легко травмується і кровоточить.

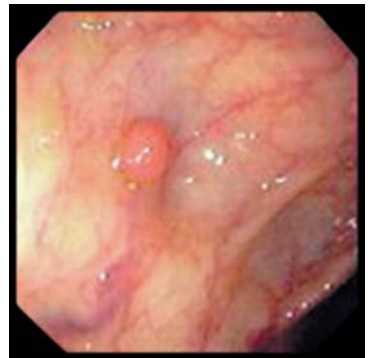
554. Дифузний аденоматозний поліпоз товстої кишки. Поверхня слизової оболонки всіяна сотнями або й тисячами аденоматозних поліпів.



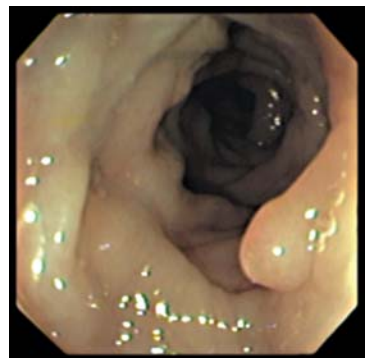
555. Малігнізований аденоматозний поліп. Аденокарциному частіше виявляють у великих ворсинчастих аденомах на фоні дисплазії високого ступеня. Поліпоподібна форма раку візуально мало відрізняється від ворсинчастого поліпа і може мати ніжку будь-якої довжини. Зона малігнізації — на 5-й год. (тут поверхня поліпа особливо нерівна).



556. Гіперпластичний поліп. Можуть бути солітарними і множинними, частіше трапляються в дистальному відділі товстої кишки (найчастіше — у прямій кишці). За кольором не відрізняються від оточуючої слизової або дещо блідіші. Для них характерна картина видовжених дилатованих крипт. На відміну від аденом, мітози виявляють в базальній частині крипт, а в напрямі від крипт до поверхні відзначається явне дозрівання клітин. Сповільнена міграція клітин до поверхні призводить до характерного зубчастого вигляду залоз при гістологічному дослідженні.



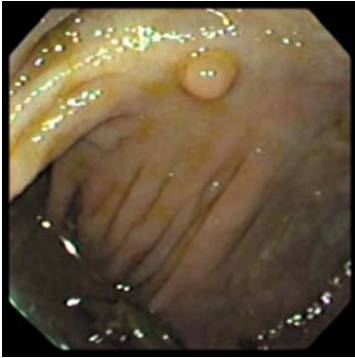
557. Гіперпластичні поліпи переважно мають невеликі розміри (до 5 мм), широку основу і гладку поверхню. Не є неопластичними, тому ризик аденокарциноми низький. Проте макроскопічно невеликі аденоми можуть мало відрізнятися від гіперпластичних поліпів, тому біопсія обов'язкова.



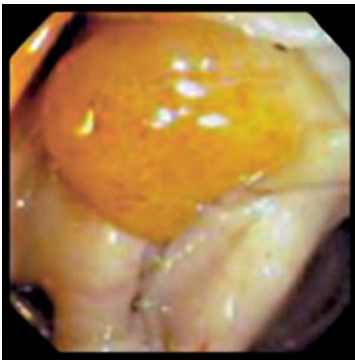
Ризик малігнізації при різних типах колоректальних аденом (%)

(Т. Muto зі співавт.)

Розміри	Гістологічна структура		
	Тубулярні	Тубуло-вільозні	Вільозні
<1 см	1%	4%	10%
1-2 см	10%	7%	10%
> 2 см	35%	46%	53%



558. Гіперпластичні поліпи часто розміщуються на гребенях складок слизової. Гіперпластичні і гамартонні поліпи не є неопластичними.



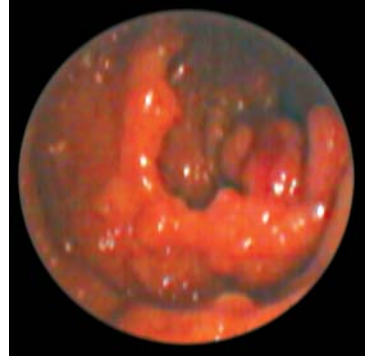
559. Гіперпластичний поліп. У даному випадку він за виглядом нагадує тубулярну аденому. Проте гіперпластичні поліпи не мають потенціалу злоякісного росту.



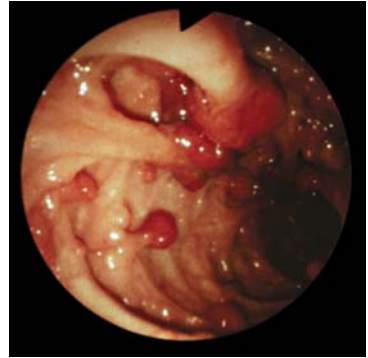
560. Ювенільний поліп. Загалом трапляються рідко, але є найчастішим типом поліпів у дітей та підлітків, хоча можуть виявлятися і в дорослих. Є гамартонними і складаються з ретенційних кіст, наповнених муцином. Більшість їх має ніжку, розміри часто 1—3 см. Поверхня світло-червона, гладка, легко ранима, з вираженою контактною кровоточивістю і часто — з виразкуванням. За наявності понад 100 аденом захворювання розцінюють як аденоматозний поліпоз; для діагнозу ювенільного поліпозу достатньо виявити більше 5 ювенільних поліпів (як звичайно, їх буває 20–50). Як засвідчують деякі автори, в ювенільних поліпах може траплятися аденоматозна тканина.



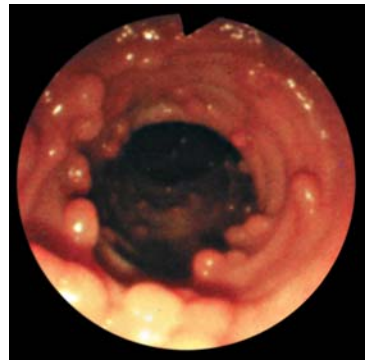
561. Сімейний аденоматозний поліпоз (дифузний сімейний поліпоз). Патологія є облігатним передраковим станом (без колектомії ризик раку сягає 100%). Успадковується за автосомно-домінантним механізмом. Поліпи з'являються рано — на другому десятиріччі життя. Аденоми можуть виникати також в інших відділах травного каналу (у шлунку також ненеопластичні поліпи з фундальних залоз).



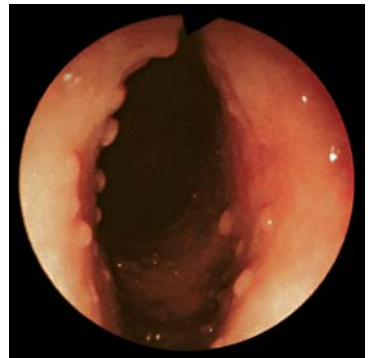
562. Сімейний аденоматозний поліпоз. Аденоми на ніжках. Специфічних гістологічних особливостей поліпи при САП не мають.



563. Синдром Гарднера. Неопластичний поліпозний синдром: аденоми товстої кишки поєднуються з різноманітними мезенхімальними ураженнями (найчастіше – остеомами). Успадковується за автосомно-домінантним механізмом і є облігатним передраком. Вважають, що генетично він близький до САП.

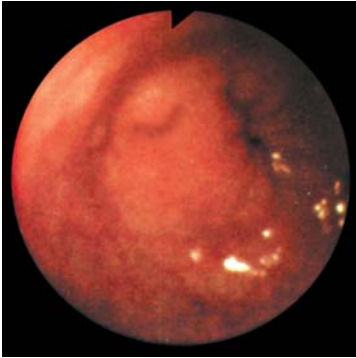


564. Синдром Пейтца-Єгерса. Характерна триада ознак: поліпоз усіх відділів травного каналу, пігментні утвори на шкірі і спадковий характер захворювання. Належить до ненеопластичних поліпозних синдромів, оскільки поліпи є гамартомними. Їх гістологічною особливістю є аномальна гілляста будова м'язових волокон власної пластинки слизівки, які відділяють окремі групи епітеліальних тубул. Епітелій відповідає тому відділові травного каналу, де міститься поліп. Успадковується за автосомно-домінантним типом. Хоча ці поліпи не вважають передраковими, однак повідомляють про підвищений ризик раку травного каналу в таких хворих.





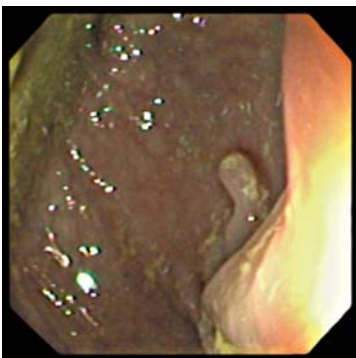
565. Синдром Кронкайт-Канада. Вроджене неспадкове захворювання. Цей ненеопластичний поліпоз (кістозні змінені залози і запалення стромы) супроводжується запаленням слизівки кишки за межами поліпів, поєднується з гіперпігментацією шкіри, алопецією і дистрофією нігтів. Стан хворих важкий через розвиток анорексії і водянистої діареї, надалі настають водно-електролітні розлади, кахексія з ентеропатією і втратою білка.



566. Синдром Ковдена. Множинні дрібні гамартоми травного каналу поєднуються із гіперкератозом, трихолемомами і папіломами шкіри, а також злоякісними пухлинами грудей і щитоподібної залози.



567. Активна кровотеча з верхівки поліпа.



568. Поліпоподібне випинання, яке утворилося внаслідок присмоктування слизівки при евакуації кишкового вмісту.

Поліпозні синдроми

Локалізація	СП	СГ	СТ	ЮПТК**	СКК	ГЮП	СПЕ	ХК
Шлунок	-*	-	-	-	+	+	+	+
Тонка кишка	+	+	-	-	++	++	+++	+
Товста і пряма кишки	+++	+++	+++	+	+++		++	+
Ніс	-	-	-	-	-	+++	+	
Бронхи	-	-	-	-	-	-	+	
Сечовидільна система	-	-	-	-	-	-	+	
Тип поліпа	A	A	A	Ю	Ю	Ю	Г	Г
Наявність у дітей	±	±	-	+	+	+	+	+
Позакишкові прояви	відсутні	<ul style="list-style-type: none"> • Епідермоїдні кісти • Фіброми • Аномалії дентину • Остеоми • Лімфоїдні поліпи • Шлункові прояви • Десмоїдні кісти черевної порожнини • Ретроперитонеальний фіброз Карциноми: <ul style="list-style-type: none"> • щитовидної залози • наднирників • 12-палої кишки 	<ul style="list-style-type: none"> • Медулобластома • Гліобластома • Епендімома • Рак щитовидної залози 		Облисіння Атрофія нігтів		<ul style="list-style-type: none"> Пухлини строми гонад Слизово-шкірна пігментація Ендоцервікальні утвори 	<ul style="list-style-type: none"> Вроджені аномалії Пухлини щитовидної залози Гіпертрофія грудних залоз

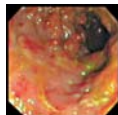
СП — сімейний поліпоз; СГ — синдром Гарднера; СТ — синдром Турко; ЮПТК — ювенільний поліпоз товстої кишки; СКК — синдром Кронкайт-Канада; ГЮП — генералізований ювенільний поліпоз; СПЕ — синдром Пейтца-Єгерса; ХК — хвороба Ковдена. А — аденоматозні поліпи, Ю — ювенільні поліпи, Г — гамартонні поліпи.

* У хворих з сімейним аденоматозним поліпозом у шлунку можуть бути ненепластичні поліпи з фундальних залоз.

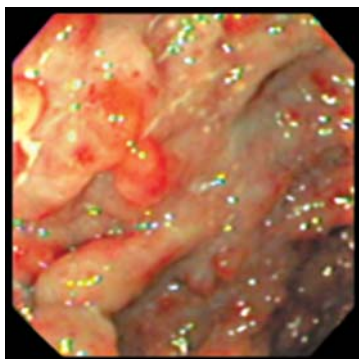
** Багато авторів вважають ЮПТК і ГЮП одним захворюванням.



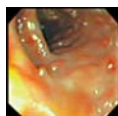
569. Запальні псевдополіпи (вирости слизової оболонки (англ. tags) згідно з рекомендаціями OMED) при виразковому коліті. Поверхня їх гладка і блискуча, а верхівки білуваті порівняно з довколишньою слизівкою.



569a



570. Псевдополіпи при виразковому коліті. У цьому випадку псевдополіпи виглядають червонішими, ніж довколишня слизівка.



570a



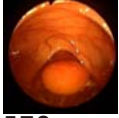
570b



571. Дисплазія у поєднанні з поліпоподібним утвором при виразковому коліті (dysplasia-associated lesion or mass — DALM) Пацієнти з тривалим анамнезом виразкового коліту є групою високого ризику раку товстої кишки (див. с. 171). Тому рекомендують регулярно виконувати їм колоноскопію з біопсією на всьому протязі оглянутої кишки (з інтервалами 10 см). У випадку виявлення дисплазії високого ступеня ризик раку сягає 40%. Ділянки дисплазії можуть не мати візуальних особливостей, бути зернистими, вузлуватими або мати вигляд одиничних або множинних поліпоподібних або бляшкоподібних утворів.

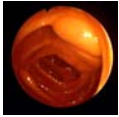
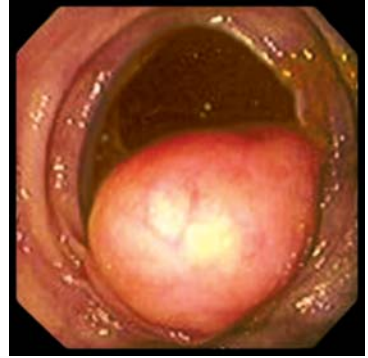


572. DALM. Порівняно рідкісна бляшкоподіна форма. На відміну від запальних псевдополіпів, які переважно еритематозні з ділянками ерозій, ділянки дисплазії гладкі, дещо нерівні без дефектів слизівки. Однак з впевненістю диференціювати ділянки DALM від аденоматозних і запальних поліпів можна лише на підставі множинної біопсії.



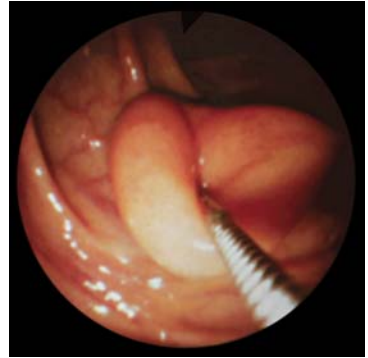
573а

573. Ліпома сигмоподібної кишки. Ліпома випинається у просвіт, має широку основу і добре відмежована від оточуючих тканин. Слизова, яка її вкриває, атрофічна. Як звичайно, ліпоми розміщені у підслизовій основі прямої і ободової кишки. На рис. 573а і кліпі - ліпома висхідної кишки.

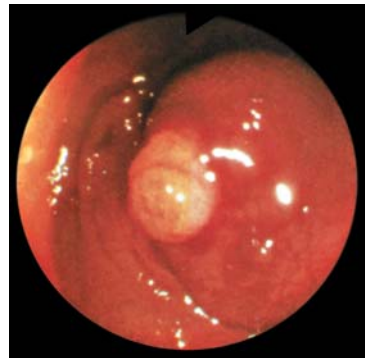


574а

574. Ліпома сигмоподібної кишки. При інструментальній пальпації утворюється еластичне вдавлення — “симптом подушки”. На рис 574а і кліпі дві ліпоми висхідної кишки.

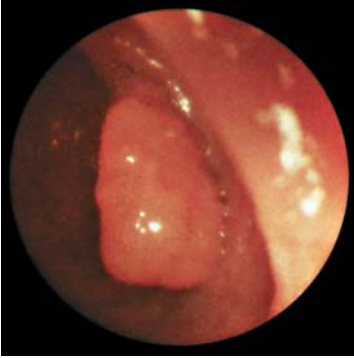


575. Ліпома сліпої кишки. При глибокому «прокушуванні» біопсійними щипцями відзначають характерне виділення жирової клітковини у просвіт кишки.



576. Лейоміома сліпої кишки. Має вигляд поліпа. При гістологічному дослідженні в підслизовій основі виявляють пухлину з хаотично розміщених пуків гладком'язових клітин.





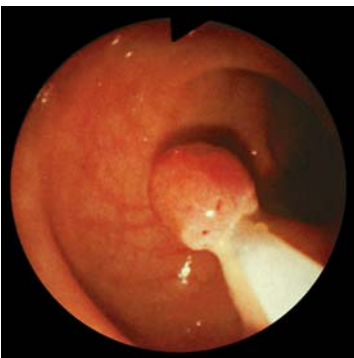
577. Карциноїд прямої кишки. Нейроепітеліальна пухлина, яка може локалізуватися в будь-якому відділі травного каналу (найчастіше — в апендиксі). Клінічними проявами є пронос і припливи жару. Як звичайно, має характерний жовтуватий колір, а слизівка його гладка.



578. Ендоскопічна поліпектомія. Підведення петлі до поліпа (в даному випадку — тубулярної аденоми).



579. Ендоскопічна поліпектомія. Петлю з усіх боків підведено до основи поліпа.



580. Ендоскопічна поліпектомія. Петлю затугнуто на ніжці поліпа. Поліп на короткій ніжці підтягують над поверхнею стінки кишки. Перетинання ніжки виконують, як звичайно, чергуючи режими різання і коагуляції. При правильно вибраній потужності струму перетинання відбувається за 4–5 секунд. Важливо стежити, щоб петля і поліп не торкалася стінок кишки. Великі поліпи можна видаляти по частинах («шматкування»).



581. Ендоскопічна поліпектомія. Поліпектомію виконано успішно, без ускладнень. Проксимальніше ніжки видно видалений поліп.



582. Ендоскопічна поліпектомія. Невеликі поліпи на широкій основі можна видаляти, захоплюючи їх разом з підлеглою слизовою оболонкою і підтягуючи (формування псевдоніжки). Можна також ввести фізіологічний розчин у підслизовий шар під основою поліпа. Альтернативою є механічне видалення біопсійними щипцями — «зкушування» або «гарячими» щипцями.



583. Ендоскопічна поліпектомія. Кровотеча з ніжки. Її зупинено шляхом ін'єкції розчину адреналіну під основу ніжки. Після цього полегшується коагуляція ніжки.



Основні технічні похибки, які можуть призвести до ускладнень при ендоскопічній поліпектомії:

а) захоплення пасма слизівки разом з поліпом;

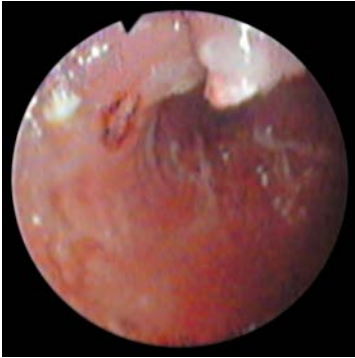
б) накладання петлі вище зони поширення тканини поліпа на ніжку;

в) головка поліпа торкається стінки кишки.





584. Ендоскопічна поліпектомія. Ніжка поліпа після додаткової коагуляції.



585. Ендоскопічна поліпектомія. Опік петлею протилежної стінки кишки.



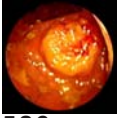
585а

✓ У випадках великих поліпів (1 см і більше) біопсія не доцільна, ліпше відразу виконати поліпектомію з подальшим гістологічним дослідженням. При дрібніших поліпах виконують біопсію і подальшу тактику планують на основі її результатів.

✓ У пацієнтів, яким виконували ендоскопічну поліпектомію, залишається підвищений ризик росту аденоматозних поліпів і виникнення колоректального раку.

✓ Рекомендовано виконувати контрольну колоноскопію через 3 роки після ендоскопічного видалення колоректальної аденоми. Раніше цього терміну повторне обстеження рекомендовано таким групам пацієнтів:

- видаляли дуже великий поліп на широкій основі;
- резекція була неповноцінною;
- видаляли множинні аденоми;
- підготовка кишки під час першої процедури була неповноцінною (внаслідок чого можна було пропустити невеликий поліп).

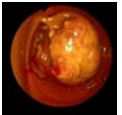
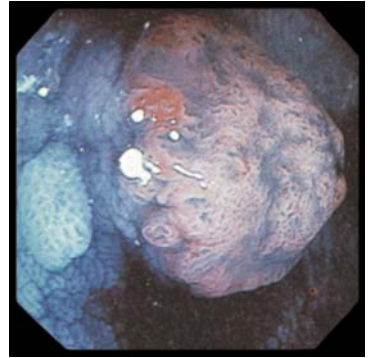


586а

586. Карцинома *in situ*. При гістологічному дослідженні виявлено аденокарциному на верхівці поліпа.

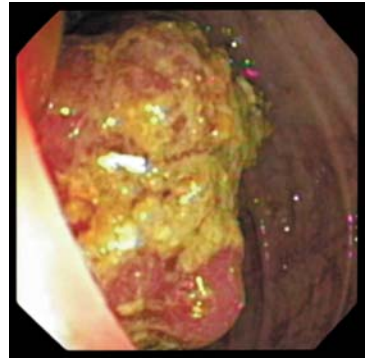


587. Малігнізований поліп. Фарбування індигокарміном поліпшує оцінку поверхні утвору. Нерівномірність забарвлення і неоднорідна текстура дає змогу запідозрити малігнізацію.



588а

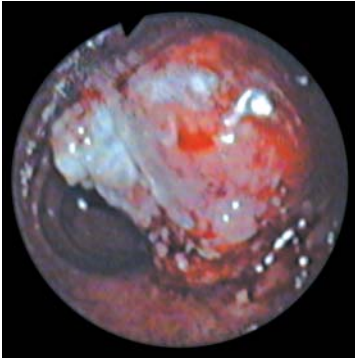
588. Екзофітний рак ободової кишки. Поліпоподібна довгаста пухлина на вузькій основі, яка росте у просвіт кишки і порівняно мало інфільтрує її стінку.



ФІЛЬМ

Критерії, які дають підставу не робити резекцію кишки, якщо видалений поліп був малігнізованим

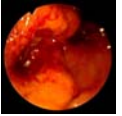
- ✓ поліп мав ніжку;
- ✓ ендоскопічна резекція була повноцінною (ніжка у видаленому препараті має довжину 2 мм і більше);
- ✓ карцинома не є низькодиференційованою;
- ✓ не виявлено інвазії у кровоносні або лімфатичні судини;
- ✓ відстань від зони резекції до пухлини становить не менше 2 мм.



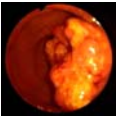
589. Випнутий рак. Ворсиноподібна форма аденокарциноми, для якої характерні розростання, що нагадують цвітну капусту.



590. Грибоподібний рак. Аденокарцинома з розростаннями за типом цвітної капусти по периферії і виразкуванням у центрі.



590а



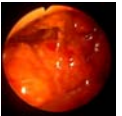
590б



591. Циркулярний інфільтративний рак сигмоподібної кишки.



592. Розповсюджений рак сліпої кишки. Задавнена пухлина з розпадом.



592а



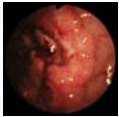
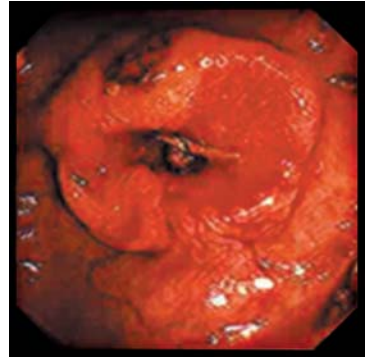


593 а

593. Стенозуючий рак селезінкового згину. Поліпозодібні розростання майже повністю перекривають просвіт кишки. Однак пухлина не є чисто екзофітною, ближче до ендоскопа видно інфільтровану стінку кишки. Така стенозуюча пухлина (як екзофітна, так і ендофітна) може мати виразкування, яке під час еноскопії виявити часто неможливо, оскільки для огляду доступний лише дистальний край пухлини.

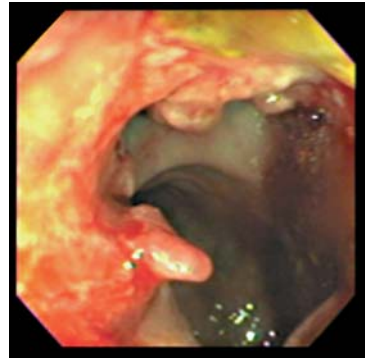


594. Рак на фоні виразкового коліту. Ризик виникнення аденокарциноми при виразковому коліті загалом становить 3–5% і зростає при тотальному ураженні та тривалому анамнезі. Якщо захворювання виникло в дитинстві і триває понад 20 років, ризик раку сягає 30–40%. У хворих на виразковий коліт рак переважно інфільтративний, на відміну від решти популяції, де переважають екзофітні аденокарциноми.



595 а

595. Рак прямої кишки, змішана форма.



596. Стенозуючий рак сигмоподібної кишки. Трубчасте циркулярне виразкування доволі великої протяжності з блюдцеподібним краєм і стенозуванням.





597. Попередній випадок. Ендоскоп проведено далі по ходу пухлини. Видно циркулярне виразкування.



598. Саркома Капоші. Злоякісна пухлина ретикулогістіоцитарної системи з переважним ураженням шкіри. При генералізації або вісцеральному варіанті процесу з'являються кривавлячі пухлинні вузли у внутрішніх органах. Як звичайно, виникає у ВІЛ-інфікованих хворих.



599. Лімфома ободової кишки.



600. Сітчастий стент при неоперабельному раку сигмоподібної кишки.

МІНІМАЛЬНА СТАНДАРТНА ТЕРМІНОЛОГІЯ В ЕНДОСКОПІЇ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ*

Мінімальна стандартна термінологія в ендоскопії травної системи (МСТ, версія 2.0), підготовлена Комітетом з термінології Європейського товариства гастроінтестинальної ендоскопії (ESGE), Комітетом з інформатики Американського товариства гастроінтестинальної ендоскопії (ASGE) і Комітетом з термінології і обробки даних OMED

Терміни для опису стравоходу					
КАТЕГОРІЇ	ТЕРМІНИ	ОЗНАКИ (АТРИБУТИ)	ХАРАКТЕРИСТИКА ОЗНАК	ВІДДІЛИ	
Норма	Норма	Z-лінія	Відстань в см	см від різців	
Просвіт	Розширений (дилятований)			Відділ(и)	
	Стеноз	Тип	З а рахунок стискання ззовні	см від різців	
			Доброякісний внутрішній		
			Злоякісний внутрішній		
		Довжина (см)			
		Прохідність	Є		
			Після дилятації		
			Немає		
		Стискання ззовні ¹	Розмір	Маленький Великий	Відділ(и)
		Перетинка			Відділ(и)
		Кільце (включно кільце Шацького)			Відділ(и)
	Грижа стравохідного отвору діафрагми (хіатальна)	Розмір/Об'єм	Малий		
			Середній		
Великий					
	Розміщення Z-лінії	см від різців			
	Хіатальне звуження (стравохідного отвору діафрагми)	см від різців			
Нижній стравохідний сфінктер ²	Тонус	Зіяє (недостатність)			
		Гіпертонічний (спастичний)			
Ознаки перенесеної операції	Анастомоз	Стравохідно-порожньокишковий	см від різців		
		Стравохідно-шлунковий			
		Стравохідно-товстокишковий			
	Шовний матеріал (лігатури)	Є	В	ідділ(и)	
		Немає			

* Авторське право (Copyright) 1995 належить Європейському товариству гастроінтестинальної ендоскопії (ESGE). Авторське право на переклад і видання МСТ російською мовою належить Російському товариству ендоскопії травної системи (РОЭПС). Усі права захищено.

¹ Термін застосовують лише за відсутності стенозу просвіту.

² Замість терміну "нижній стравохідний сфінктер" можна застосовувати термін "кардія".

КАТЕГОРІЇ	ТЕРМІНИ	ОЗНАКИ (АТРИБУТИ)	ХАРАКТЕРИСТИКА ОЗНАК	ВІДДІЛИ	
Вміст	Стороннє тіло	Тип	Визначити	Відділ(и)	
	Кров	Вигляд крові	Червона рідка	Відділ(и)	
			Згустки		
			Змінена кров (гематин)		
	Іжа			Відділ(и)	
	Жовч			Відділ(и)	
	Стент	Тип	Вказати	Відділ(и)	
Лігатура або гумове кільце	Кількість		Відділ(и)		
	Розміщення	Вільне Фіксоване			
Слизова оболонка	Еритематозна (гіперемована)	Протяжність	Локально	Відділ(и)	
			Вогнищево		
			Дифузно		
	Езофагіт	Ступінь	I ступеня ³	Верхня межа (см від різців)	
			II ступеня		
			III ступеня		
			IV ступеня		
		Кровотеча	Є		
			Немає		
	Стравохід Баррета	Відстань:	Z-лінія	см від різців	
Відстань:		Верхній край шлункових складок	см від різців		
Кандидоз	Протяжність	Локально	Відділ(и)		
		Вогнищево			
		Дифузно			
Склероз слизової оболонки ⁴	Тип	Спонтанний	Відділ(и)		
		Посттерапевтичний			
	Протяжність	Локально			
		Вогнищево Дифузно			
Плоскі ураження	Ектопія слизової оболонки шлунка	Кількість	Одиничні	Відділ(и)	
			Множинні		
Бляшка	Кількість	Одиничні	Відділ(и)		
		Множинні			
Випнуті ураження	Вузлик	Кількість	Одиничний	Відділ(и)	
			Кілька		Множинні
					Протяжність
		Вогнищево	Дифузно		
			Пухлина/утвір ⁵		Розмір
	Середній				
	Великий				
	Тип	Підслизова			
		Грибовидна			
	Циркулярна	З виразкуванням			
Звужує просвіт	Кровотеча	Так	Відділ(и)		
		Ні			
Кровотеча	Ознаки недавньої кровотечі (стигми)	Частково	Відділ(и)		
		Повністю			
		Є	Відділ(и)		
		Немає			
		Є	Відділ(и)		
		Немає			

³ Визначають згідно з класифікацією Саварі-Міллера

⁴ Може також застосовуватися термін "фіброз".

⁵ У США замість терміну "пухлина" застосовують термін "пухлиноподібний утвір"

КАТЕГОРІЇ	ТЕРМІНИ	ОЗНАКИ (АТРИБУТИ)	ХАРАКТЕРИСТИКА ОЗНАК	ВІДДІЛИ
Випнуті ураження	Варикозно-розширені вени	Ступінь ⁶	I ступеня	Відділ(и)
			II ступеня	
			III ступеня	
		Розмір	Оцінений розмір в мм	
		Верхня межа		см від різців
		Кровотеча	Є: струменева	Відділ(и)
			Є: просочування	
			Немає	
		Ознаки недавньої кровотечі (стигми)	Є	
			Немає	
Червоні знаки	Є			
	Немає			
Заглиблені ураження	Розрив Мелорі-Вейса	Кровотеча	Є: струменева	Відділ(и)
			Є: просочування	
			Немає	
	Ознаки недавньої кровотечі (стигми)	Є		
		Немає		
		Немає		
	Ерозія	Кількість	Одинична	Відділ(и)
			Кілька	
			Багато	
	Виразка	Кількість		Відділ(и)
		Розмір (мм)		
		Кровотеча	Є: струменева	
			Є: просочування	
Немає				
Ознаки недавньої кровотечі (стигми)	Є			
	Немає			
Рубець		Відділ(и)		
Дивертикул		Відділ(и)		
Нориця (фістула)		Відділ(и)		
Інше		Вказати	Відділ(и)	

⁶ Визначають згідно з найчастіше вживаною класифікацією (Gastroenterology 1990; 98: 156-162).

Терміни для опису результатів дослідження шлунка				
КАТЕГОРІЇ	ТЕРМІНИ	ОЗНАКИ (АТРИБУТИ)	ХАРАКТЕРИСТИКА ОЗНАК	ВІДДІЛИ
Норма	Норма (нормальний шлунок)			Відділ(и)
Просвіт (порожнина)	Стеноз	Зовнішній вигляд	Ззовні	Відділ(и)
			Доброякісний внутрішньопросвітний	
		Злоякісний внутрішньопросвітний		
		Є		
		Прохідність	Немає	
	Деформація			Відділ(и)
	Підозра на стискання ззовні			Відділ(и)
	Ознаки перенесеної операції	Анастомоз	Більрот-I	Відділ(и)
			Більрот-II	
			Гастроентеростома	
Пілоропластика				
Антирефлюксне втручання				
	Шовний матеріал	Є	Відділ(и)	
		Немає		
Гастростомія	Тип	Хірургічна	Відділ(и)	
		Ендоскопічна	Відділ(и)	
Вміст	Кров	Вигляд крові	Червона рідка	Відділ(и)
			Згустки	
			Гематин (змінена кров)	
	Іжа (залишки)	Тип	Тип безоара, якщо він є	Відділ(и)
	Рідина	Зовнішній вигляд	Прозора	Відділ(и)
Надмірна кількість				
		З жовчю		
Стороннє тіло	Тип	Визначити	Відділ(и)	
Стент	Тип	Різновид	Відділ(и)	
Слизова оболонка	Еритематозна (гіперемована)	Поширення	Локально (обмежено)	Відділ(и)
			Вогнищево	
			Смугами	
			Дифузно	
		Кровотеча	Є	
			Немає	
			Ознаки (стигми) недавньої кровотечі	
	Застійна	Поширення	Локальне	Відділ(и)
			Вогнищево	
			Дифузне	
Зерниста	Поширення	Локальне	Відділ(и)	
		Вогнищево		
		Дифузне		

КАТЕГОРІЇ	ТЕРМІНИ	ОЗНАКИ (АТРИБУТИ)	ХАРАКТЕРИСТИКА ОЗНАК	ВІДДІЛИ
Слизова оболонка	Ранима	Поширення	Локальне	Відділ(и)
			Вогнищеве	
			Дифузне	
		Кровотеча	Є: спонтанна	
			Є: контактна	
			Немає	
	Вузлувата	Поширення	Локальне	Відділ(и)
			Вогнищеве	
			Дифузне	
	Атрофічна	Поширення	Локальне	Відділ(и)
			Вогнищеве	
			Дифузне	
	Геморагічна (кривавляча)	Поширення	Локальне	Відділ(и)
			Вогнищеве	
			Дифузне	
Кровотеча		Є		
		Стигми		
Петехія	Кількість	Одинична	Відділ(и)	
		Трохи		
		Множинні		
	Поширення	Локальне		
		Дифузне		
Плоскі ураження	Пляма	Кількість	Одинична	Відділ(и)
			Кілька	
			Множинні	
		Поширення	Локальне	
			Вогнищеве	
			Дифузне	
		Кровотеча (крововилив)	Так	
			Субепітеліально	
	Немає			
	Ознаки (стигми) недавньої кровотечі	Є		
		Немає		
	Ураження Дьелафуа	Кровотеча	Є: струменева	Відділ(и)
			Є: просочування	
			Немає	
		Ознаки (стигми) недавньої кровотечі	Є	
Немає				
Ангіектазії	Кількість	Одинична	Відділ(и)	
		Трохи		
		Множинні		
	Поширення	Локально		
		Вогнищеве		
		Дифузно		
	Кровотеча	Є		
		Немає		
Ознаки (стигми) недавньої кровотечі		Є		
	Немає			

КАТЕГОРІЇ	ТЕРМІНИ	ОЗНАКИ (АТРИБУТИ)	ХАРАКТЕРИСТИКА ОЗНАК	ВІДДІЛИ
Випнуті структури і ураження	Збільшені складки	Довжина	Локально	Відділ(и)
			Дифузно	
		Тип ⁷	Потовщені	Відділ(и)
	Гігантські			
	Папула (вузлик)	Кількість	Одинична	Відділ(и)
			Кілька	
			Множинні	
		Кровотеча	Є	
			Немає	
	Ознаки (стигми) недавньої кровотечі	Є Немає		
	Поліп	Кількість	Одиничний	Відділ(и)
			Кілька	
			Множинні	
		Ніжка	На широкій основі	
			На ніжці	
		Розмір	Маленький (< 5 мм)	
			Середній (5-20 мм)	
			Великий (> 20 мм)	
		Кровотеча	Є	
			Немає	
	Ознаки (стигми) недавньої кровотечі	Є Немає		
	Пухлина/пухлинноподібний утвір ⁸	Розмір	Маленька	Відділ(и)
			Середня	
Велика				
Діаметр у мм				
Тип		Підслизова		
		Грибоподібна		
		З виразкуванням		
		Інфільтративна		
Циркулярна		Так		
		Ні		
Кровотеча		Є: струменева		
		Є: просочування		
		Немає		
Ознаки (стигми) недавньої кровотечі	Є			
	Немає			
Варикозні вени	Кровотеча	Є: струменева	Відділ(и)	
		Є: просочування		
		Немає		
	Ознаки (стигми) недавньої кровотечі	Є		
Немає				
Шовна гранульома			Відділ(и)	

⁷ Диференціюють на підставі їх зникнення при роздуванні повітрям.

⁸ Останній термін побутує у США.

КАТЕГОРІЇ	ТЕРМІНИ	ОЗНАКИ (АТРИБУТИ)	ХАРАКТЕРИСТИКА ОЗНАК	ВІДДІЛИ	
Заглиблені ураження	Ерозія	Кількість	Одинична	Відділ(и)	
			Кілька		
			Множинні		
		Поширення	Локально		
			Розсіяні ⁹		
		Кровотеча	Є		
	Немає				
	Ознаки (стигми) недавньої кровотечі	Є			
		Немає			
	Виразка	Кількість		Відділ(и)	
			Розмір		Найбільший діаметр у мм
					Форма
		Кратероподібна			
		Кровотеча	Є: струменева		
			Є: просочування		
		Ознаки (стигми) недавньої кровотечі	Немає		
			Тромбована судина		
Тромб-згусток ¹⁰					
Рубець	Кількість	Пігментні плями			
		Немає			
Рубець	Кількість	Одиничний	Відділ(и)		
		Множинні			
Дивертикул			Відділ(и)		

⁹ Цей термін слід вживати у випадку множинних уражень, розсіяних по всій описаній ділянці.

¹⁰ Треба зауважити, що англомовний термін clot означає як "тромб", так і "згусток".

Терміни для опису дванадцятипалої кишки				
КАТЕГОРІЇ	ТЕРМІНИ	ОЗНАКИ (АТРИБУТИ)	ХАРАКТЕРИСТИКА ОЗНАК	ВІДДІЛИ
Норма	Норма (нормальна кишка)			Відділ(и)
Просвіт	Стеноз	Зовнішній вигляд	Ззовні, стискання	Відділ(и)
			Доброякісний внутрішній	
	Злоякісний внутрішній			
	Прохідність	Так		
	Немає			
Деформація	Зовнішній вигляд	Ззовні	Післявиразкова	Відділ(и)
Ознаки перенесеної операції	Вказати	Шовний матеріал	Є	Відділ(и)
		Немає		
Вміст	Кров	Вигляд крові	Червона, рідка	Відділ(и)
			Згустки	
			Змінена кров (гематин)	
	Паразити			Відділ(и)
Стороннє тіло			Відділ(и)	
Стент (протез)	Тип	Вказати		Відділ(и)
Слизова оболонка	Гіперемована	Поширення	Локальне	Відділ(и)
			Вогнищеве	
			Дифузне	
		Кровотеча	Є	
			Немає	
			Ознаки (стигми) недавньої кровотечі	
	Немає			
	Застійна	Поширення	Локальне	Відділ(и)
			Вогнищеве	
			Дифузне	
		Кровотеча	Є	
			Немає	
			Ознаки (стигми) недавньої кровотечі	
	Немає			
Зерниста	Поширення	Локальне	Відділ(и)	
		Вогнищеве		
		Дифузне		
Ранима (крихка)	Поширення	Локальне	Відділ(и)	
		Вогнищеве		
		Дифузне		
	Кровотеча	Є: спонтанна		
Є: контактна				
Немає				
Вузлувата	Поширення	Локальне	Відділ(и)	
		Дифузне		
Атрофічна	Поширення	Локальне	Відділ(и)	
		Вогнищеве		
		Дифузне		

КАТЕГОРІЇ	ТЕРМІНИ	ОЗНАКИ (АТРИБУТИ)	ХАРАКТЕРИСТИКА ОЗНАК	ВІДДІЛИ	
Слизова оболонка	Геморагічна	Поширення	Локальне	Відділ(и)	
			Вогнищеве		
			Дифузне		
		Кровотеча	Є		
			Немає		
			Ознаки (стигми) недавньої кровотечі		Є
Немає					
Плоскі ураження	Пляма	Кількість	Одинична	Відділ(и)	
			Кілька		
			Множинні		
		Поширення	Локальне		
			Вогнищеве		
			Дифузне		
		Кровотеча (крововилив)	Є		
			Немає		
			Субепітеліальний		
	Забарвлення гематином (зміненою кров'ю)				
	Ангієктазія		Кількість	Одинична	Відділ(и)
				Кілька	
		Множинні			
		Поширення	Локальне		
			Вогнищеве		
Дифузне					
Кровотеча	Є				
	Немає				
	Ознаки (стигми) недавньої кровотечі	Є			
Немає					
Випнуті ураження	Поліп(и)	Кількість	Одинична	Відділ(и)	
			Кілька		
			Множинні		
		Розмір	Маленький (< 5 мм)		
			Середній (5-20 мм)		
			Великий (> 20 мм)		
		Ніжка	На широкій основі		
			На ніжці		
	Кровотеча	Є			
		Немає			
	Пухлина (утвір)	Розмір	Маленька	Відділ(и)	
			Середня		
			Велика		
			Діаметр у мм		
		Тип	Підслизова		
			Грибоподібна		
			З виразкуванням		
			Інфільтративна		
Ворсинчаста					
Кровотеча			Є: струменева		
Є: просочування					
Немає					
Ознаки (стигми) недавньої кровотечі	Є				
	Немає				

МІНІМАЛЬНА СТАНДАРТНА ТЕРМІНОЛОГІЯ В ЕНДОСКОПІЇ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ

КАТЕГОРІЇ	ТЕРМІНИ	ОЗНАКИ (АТРИБУТИ)	ХАРАКТЕРИСТИКА ОЗНАК	ВІДДІЛИ	
Заглиблені ураження	Ерозія	Кількість	Одинична	Відділ(и)	
			Трохи		
			Множинні		
		Поширення	Локальне		
			Сегментарне		
			Дифузне		
		Кровотеча	Є		
			Немає		
		Ознаки (стигми) недавньої кровотечі	Є		
	Немає				
	Виразка	Кількість		Відділ(и)	
			Розмір		Найбільший діаметр у мм
			Форма		Поверхнева
		Кратероподібна			
		Лінійна			
		Кровотеча	Є: струменева		
			Є: просочування		
			Немає		
		Ознаки (стигми) недавньої кровотечі	Тромбована судина		
Тромб-згусток					
Пігментна пляма					
Немає стигм					
Рубець	Кількість	Одиничний	Відділ(и)		
		Множинні			
Дивертикул	Гирло (устя)	Велике	Відділ(и)		
		Маленьке			
Нориця (фістула)			Відділ(и)		

Терміни для опису великого дуоденального сосочка (Фатера)				
КАТЕГОРІЇ	ТЕРМІНИ	ОЗНАКИ (АТРИБУТИ)	ХАРАКТЕРИСТИКА ОЗНАК	ВІДДІЛИ
Норма	Норма			Відділ(и)
Нефізіологічні (атипові) виділення або вміст	Кров			Відділ(и)
	Гній			
	Сладж			
	Вколочений камінь			
	Стороннє тіло			
	Паразити			
	Стент (протез)			
Атиповий вигляд	Стеноз	Тип	Доброякісний	Відділ(и)
			Злоякісний	
	Випинання ВДС			Відділ(и)
	Застійний ВДС			Відділ(и)
	Розірваний ВДС			Відділ(и)
	Пухлина/пухлинподібний утвір	Тип	Ворсинчаста	Відділ(и)
			Грибоподібна	
			Інфільтративна	
Ознаки раніше перенесеного ендоскопічного втручання	Тип	Сфінктеротомія: жовчної протоки	Відділ(и)	
		Сфінктеротомія: панкреатичної протоки (вірсунготомія)		
		Сфінктеротомія: жовчної і панкреатичної протоки		
		Надсікання		

Терміни для опису малого дуоденального сосочка (МДС)				
КАТЕГОРІЇ	ТЕРМІНИ	ОЗНАКИ (АТРИБУТИ)	ХАРАКТЕРИСТИКА ОЗНАК	ВІДДІЛИ
Норма	Норма			Відділ(и)
Нефізіологічні (атипові) виділення або вміст	Кров			Відділ(и)
	Гній			
	Стент (протез)			
	Дренаж			
Атиповий вигляд	Застійний ВДС			Відділ(и)
	Розірваний ВДС			Відділ(и)
	Пухлина/пухлинподібний утвір	Тип	Ворсинчаста	Відділ(и)
			Грибоподібна	
			Інфільтративна	
	Ознаки раніше перенесеного ендоскопічного втручання	Тип	Сфінктеротомія	Відділ(и)
Надсікання				

Терміни для опису товстої кишки				
КАТЕГОРІЇ	ТЕРМІНИ	ОЗНАКИ (АТРИБУТИ)	ХАРАКТЕРИСТИКА ОЗНАК	ВІДДІЛИ
Норма	Норма (нормальна кишка)			Відділ(и)
Просвіт	Розширений (дилятований)			Відділ(и)
	Стеноз	Вид	Внаслідок стискання ззовні	Відділ(и)
			Доброякісний внутрішній	
			Злоякісний внутрішній	
		Довжина (см)		
		Прохідність	Так/немає	
	Ознаки перенесеної операції	Тип	Товсто-товстокишковий анастомоз	Відділ(и)
			Тонко-товстокишковий анастомоз	
			Колоанальний анастомоз	
			Ілеоанальний анастомоз	
Колостома				
	Шовний матеріал	Вказати		
Вміст	Кров	Вид крові	Червона, рідка	Відділ(и)
			Згустки	
			Гематин (змінена кров)	
	Стороннє тіло			Відділ(и)
	Паразити			Відділ(и)
	Екссудат			Відділ(и)
Кал			Відділ(и)	
Стент (протез)	Тип	Вказати	Відділ(и)	
Слизова оболонка	Судинний рисунок	Зовнішній вигляд	Норма	Відділ(и)
			Посилений	
		Ослаблений		
		Поширення	Локальне	
			Сегментарне	
		Дифузне		
	Гіперемована	Поширення	Локальне	Відділ(и)
			Сегментарне	
			Дифузне	
	Застійна	Поширення	Локальне	Відділ(и)
			Сегментарне	
			Дифузне	
	Зерниста	Поширення	Локальне	Відділ(и)
			Сегментарне	
			Дифузне	
	Ранима	Поширення	Локальне	Відділ(и)
			Сегментарне	
Дифузне				
Кровотеча		Є: спонтанна	Відділ(и)	
		Є: контактна		
		Немає		
Слизова оболонка з виразкуваннями	Поширення	Із проміжками (незміненої слизової)	Відділ(и)	
		Без проміжків		
	Кровотеча	Є		
		Немає		
Ознаки (стигми) недавньої кровотечі		Є	Відділ(и)	
		Немає		
Петехія	Кількість	Кілька	Відділ(и)	
		Множинні		

КАТЕГОРІЇ	ТЕРМІНИ	ОЗНАКИ (АТРИБУТИ)	ХАРАКТЕРИСТИКА ОЗНАК	ВІДДІЛИ
Слизова оболонка	Псевдомембрана	Поширення	Локальне	Відділ(и)
			Сегментарне	
			Дифузне	
	Меланоз	Поширення	Локальне	Відділ(и)
			Сегментарне	
			Дифузне	
Плоскі ураження	Ангієктазія	Кількість	Одинична	Відділ(и)
			Кілька	
			Множинні	
		Розмір ¹¹	Маленька	
			Середня	
			Велика	
		Поширення	Локальне	
			Вогнищеве	
			Дифузне	
		Кровотеча	Є	
Немає				
Ознаки (стигми) недавньої кровотечі	Є			
Немає				
Випнуті ураження	Поліп(и)	Кількість	Якщо менше, ніж 5: визначити точно	Відділ(и)
			Якщо більше, ніж 5: множинні	
		Поширення ¹²	Локальне	
			Сегментарне	
			Дифузне	
		Розмір	У мм	
		Ніжка ¹³	На широкій основі	
			На ніжці	
		Кровотеча	Є	
			Немає	
	Ознаки недавньої кровотечі (стигми)			
	Псевдополіпи	Поширення	Локальне	Відділ(и)
			Сегментарне	
			Дифузне	
	Ліпома	Розмір	Маленька	Відділ(и)
			Середня	
			Велика	
	Діаметр	У мм		
	Пухлина (пухлинноподібний утвір)	Розмір	Маленька	Відділ(и)
			Середня	
Велика				
Діаметр у мм				
Протяжність			У см	
Тип			Підслизова	
		Грибоподібна		
		З виразкуванням		
		Інфільтративна		
Ворсинчаста				
Обструкція		Частково		
	Цілом			
Циркулярна	Так			
	Ні			
Кровотеча	Є: струменева			
	Є: просочування			
	Немає			

¹¹ Для дрібних ангієктазій розмір можна вказати у мм.

¹² Цей атрибут стосується тільки множинних поліпів.

¹³ При наявності множинних поліпів їх треба описувати усі (система повинна забезпечувати множинне введення).

МІНІМАЛЬНА СТАНДАРТНА ТЕРМІНОЛОГІЯ В ЕНДОСКОПІЇ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ

КАТЕГОРІЇ	ТЕРМІНИ	ОЗНАКИ (АТРИБУТИ)	ХАРАКТЕРИСТИКА ОЗНАК	ВІДДІЛИ
Випнуті ураження	Пухлина (пухлинотподібний утвір)	Ознаки (стигми) недавньої кровотечі	Є	
			Немає	
	Гіпертрофія анальних сосочків		Є	
			Немає	
	Геморой	Кровотеча	Є	
		Немає		
Шовна гранульома	Кількість	Одинична	Відділ(и)	
		Кілька		
		Множинні		
Кондиломи			Відділ(и)	
Заглиблені ураження	Ерозія	Кількість	Одинична	Відділ(и)
			Кілька	
			Множинні	
	Поширення		Локальне	
			Сегментарне	
			Дифузне	
	Кровотеча		Є	
			Немає	
	Ознаки (стигми) недавньої кровотечі		Є	
			Немає	
	Афта	Кількість	Одинична	Відділ(и)
			Кілька	
			Множинні	
	Поширення		Локальне	
			Сегментарне	
			Дифузне	
	Кровотеча		Є	
Немає				
Ознаки (стигми) недавньої кровотечі		Є		
		Немає		
Виразка	Кількість	Одинична	Відділ(и)	
		Кілька		
		Множинні		
Розмір		Найбільший діаметр у мм		
Кровотеча		Є: струменева		
		Є: просочування		
		Немає		
Ознаки (стигми) недавньої кровотечі		Є		
		Немає		
Рубець	Кількість	Одиничний	Відділ(и)	
		Множинні		
Дивертикул	Кількість	Одиничний	Відділ(и)	
		Трохи		
		Множинні		
Устя (вічко)		Велике		
		Маленьке		
Кровотеча		Є: струменева		
		Є: просочування		
		Немає		
Ознаки (стигми) недавньої кровотечі		Є		
		Немає		
Нориця (фістула)			Відділ(и)	
Анальна тріщина				

АНГЛО-УКРАЇНСЬКИЙ ЕНДОСКОПІЧНИЙ СЛОВНИК

A

achalasia ахалазія.

active активний, діючий, ~ bleeding триваюча кровотеча.

activity активність; життєдіяльність, ~ grading system система оцінки активності у ступенях.

acute гострий, ~ diverticulitis гострий дивертикуліт, ~ gastritis гострий гастрит.

adenocarcinoma аденокарцинома.

adenomatous залозистий, аденоматозний, ~ polyp аденоматозний (залозистий) поліп.

adherent прикріплений, фіксований (син. — fixed), ~ clot фіксований згусток.

advanced cancer розповсюджений (запущений) рак.

afferent привідний, ~ loop привідна петля кишки.

agitation збудження, patients ~ збудження пацієнта.

air повітря, ~ insufflation вдування повітря в орган, інсуфляція.

alkaline лужний; ~ reflux esophagitis лужний рефлюкс-езофагіт, ~ reflux gastritis лужний (жовчний) рефлюкс-гастрит.

alpha loop альфа-петля, ~ maneuver, ~ technique альфа-прийм, альфа-поворот (при колоноскопії).

amebic амебний, ~ colitis амебний коліт (амебна дизентерія).

ampulla ампула, ~ of Vater papilla ампула фатерового сосочка.

ampullary ампулярний (тут: той, що стосується ампули фатерового сосочка), ~ adenomas ампулярна аденома, ~ sarcoma ампулярна карцинома.

amyloidosis амілоїдоз, ~ with upper gastrointestinal involvement амілоїдоз з ураженням верхніх відділів травного каналу.

anastomosis аденоматоз, colonic ~ аденоматоз товстої кишки, gastric ~ аденоматоз шлунка.

angiodysplasia ангіодисплазія.

angiod судинний (ангіодний), ~ streaks ангіодні (судинні) смуги.

antrum (gastric antrum) антральний відділ шлунка.

angulation розташування під кутом; викривлення, перегин.

angulus кут.

annular кільцеподібний, ~ pancreas кільцеподібна підшлункова залоза.

anterior передній, ~ duodenal bulb wall передня стінка цибулини дванадцятипалої кишки, ~ stomach wall передня стінка шлунка.

anthraquinones антрахінони (тут — як проносні засоби).

antibiotic антибіотик, також пов'язаний з антибіотиками, ~ colitis коліт, який виникає внаслідок застосування антибіотиків.

antimesenteric протибрижейковий, ~ border протибрижейковий край кишки.

antireflux surgery антирефлюксні операції.

angiodysplasia ангіодисплазія.

antral антральний, ~ gastritis антральний гастрит, ~ incisura антральна вирізка, ~ mucosal diaphragms перетинка слизової оболонки в антральному відділі шлунка, ~ folds антральні складки.

anus задній прохід, анус.

apex верхівка, duodenal bulb ~ верхівка цибулини дванадцятипалої кишки.

aphtha афта; (OMED рекомендує цим терміном позначати білу або жовту пляму, яка оточена червоним обідком. Гістологічно їй відповідає низка змін з наявністю запалення, фібринозно-гнійних нашарувань і ерозій).

aphthoid афтоїдний, афтозний, ~ ulcerations афтоїдні виразкування (виразки), ~ colonic inflammation Crohn's disease запалення товстої кишки з афтоїдними виразками при хворобі Крона.

aphthous афтозний, ~ papula афтозна папула (OMED рекомендує цей термін замість "повна ерозія").

apical апікальний, верхівковий, ~ folds апікальні складки, ~ stenosis верхівковий (апікальний) стеноз цибулини дванадцятипалої кишки.

appearance вигляд; normal ~ нормальний вигляд.

appendiceal пов'язаний з апендиксом, ~ orifice, appendix orifice устя червоподібного відростка.

appendiceal stump куска червоподібного відростка.

areae gastricae шлункові поля.

argon plasma beamer установка для коагуляції струменем аргонної плазми.

arteriovenous артеріовенозний, ~ malformation вроджені артеріовенозні аномалії.

ascending

ascending висхідний, ~ colon висхідний відділ товстої кишки.

aspiration аспірація, ~ from stomach аспірація шлункового вмісту; ~ pneumonia аспіраційна пневмонія.

aspirin аспірин, ацетилсаліцилова кислота, ~ induced bleeding кровотеча, спричинена прийманням аспірину.

atrium передсердя, ~ esophageal compression стискання стравоходу передсердям (дилатованим).

atrophic атрофічний, ~ gastritis атрофічний гастрит.

В

backwash завихрення, ~ ileitis ретроградний ілеїт при виразковому коліті з тотальним ураженням товстої кишки і порушенням функції баугінієвої заслінки, зумовлений закиданням калових мас у клубову кишку.

ballon балон, ~ dilation балонна дилатація.

banding накладання лігатур або кілець, перев'язка, banding of ~ varices, лігування (накладання кілець) на варикси.

barium enema букв. "барієва клізма", англомовний відповідник іригоскопії.

Barrett's esophagus стравохід Баррета (метаплатична заміна плоскоклітинного епітелію стравоходу на залозистий (циліндричний, нерідко з явищами кишкової метаплазії)).

Barrett's ulcers виразка Баррета.

base основа, ulcer ~ основа виразки (син. crater кратер), серед українських ендоскопістів більш поширена назва "дно виразки", cleat ~ чисте дно, aphthous (yellow) ~ афтозне (жовте) дно, вкрите фібрином, necrotic (grey) ~ некротичне (сіре) дно.

basket кошик, Dormia ~ кошик Дормія.

Behcet's disease хвороба Бесє (Бехчета).

benign доброякісний, ~ gastric ulcers доброякісні виразки шлунка, ~ strictures доброякісні стриктури.

bezoar безоар, fitobezoar фітобезоар, trichobezoar трихобезоар.

bile жовч, ~ duct (загальна) жовчна протока, ~ obstruction обструкція жовчної протоки, ~ surgery (biliar surgery) хірургічне втручання на жовчних протоках, ~ reflux рефлюкс жовчі (у шлунок).

Billroth gastrectomy резекція шлунка за Більротом. у англомовній літературі термін "гастректомія" вживають також до резекцій шлунка, часом уточнюючи "partial gastrectomy"; Billroth I procedure операція за Більрот I, Billroth hemigastrectomy, резекція 1/2 шлунка за Більротом.

biopsy біопсія, forceps ~ щипцева біопсія, hot (hot forceps) ~ "гаряча" біопсія, біопсія за допомогою "гарячих" щипців, jumbo ~ "джамбо-біопсія" за допомогою щипців з великими чашечками, strip ~ стрічкова біопсія, "стрип-біопсія", snare ~ петлева біопсія, suction ~ біопсія за допомогою всмоктування.

bleeding (син. hemorrhage) кровотеча; ~ location, ~ site локалізація кровотечі, ~ ulcers кривавляча виразка, ~ location локалізація джерела кровотечі, ~ predisposition схильність до кровотеч, colonic ~ товстокишкова кровотеча, esophageal ~ стравохідна кровотеча, occult ~ прихована кровотеча (виявляють лабораторними методами), oozing ~ підтікання (просочування) крові, spurting ~ струменева кровотеча, upper gastrointestinal ~ кровотеча з верхніх відділів травного каналу.

blind сліпий, "~ technique," техніка проведення ендоскопа всліпу (напр., введення у стравохід ендоскопа з боковою оптикою).

border край (при описові заглиблених уражень), flat ~ плоский край, red ~ червоний (гіперемований) край, bleeding ~ кривавлячий край, petechiae ~ край з петехіями, raised regular ~ рівномірно випнутий край, raised irregular (nodular) ~ нерівномірно випнутий (вузлуватий) край, indistinct ~ нечіткий край.

Borrmann classification gastric cancer ~ класифікація раку шлунка за Борманом.

bouginage бужування.

bowel кишка, кишківник, ~ preparation for colonoscopy приготування пацієнта до колоноскопії.

bridge міст, місток, mucosal ~ місток слизівки (при виразковому коліті).

bridging утворення містків, тут: містків слизівки при виразковому коліті, хворобі Крона.

Brooke-type ileostomy ілеостомія за Бруксом.

Brunner glands брунерові залози, ~ adenoma аденома з брунерових залоз, ~ hyperplasia гіперплазія брунерових залоз.

brushing чищення щіткою, ~ cytology -взяття матеріалу для цитологічного дослідження шляхом зіскобу за допомогою щітки, "браш-біопсія".

С

caliber калібр, розмір, ~ persistence lesions ураження зі стійким розміром.

cancer рак, ~ risk ризик раку, ~ surveillance нагляд (моніторинг) за пацієнтом з онкопатологією, ~ patient хворий на рак, ~ recognition діагностика ракових захворювань.

candidiasis (син. monilliasis) кандидоз, кандидомікоз.

cannulation канюлювання, канюляція.

capillary капіляр, капілярний, ~ dilatation розширення капілярів, gastric ~ies капілярні шлунка, ~ rings angiodysplasia ангіодисплазія з утворенням капілярних кілець.

carcinoid карциноїд, ~ bleeding кровотеча з карциноїдної пухлини.

carcinoma карцинома.

cardia кардія, ~s achalasia ахалазія кардії.

cardiac серцевий, ~ enlargement кардіомегалія, esophageal compression due to ~, стискання стравоходу, спричинене кардіомегалією.

cardial кардіальний (той, що стосується кардіального відділу шлунка), ~ cancer рак кардії, ~ va-

congenital

- rices варикозні вузли в кардіальному відділі шлунка, ~ folds кардіальні складки, ~ retroflexed view огляд кардії у ретрофлексії, ~ rosette розетка кардії.
- cardioesophageal** кардіоезофагальний, ~ bleeding кровотечі зі стравоходу і кардії.
- cardiofundic** кардіофундальний, ~ area кардіофундальна ділянка.
- care** догляд, ширше — ведення хворого, лікування.
- cascade** каскад, ~ stomach каскадний шлунок.
- cathartic** проносне, ~ colon зміни у товстій кишці при зловживанні проносними засобами.
- catheter** катетер, ~ for ERCP катетер для ЕРХПГ.
- caustic** каустичний, їдкий, роз'їдаючий (концентрований луг або кислота), ~ ingestion вживання речовини кислоти або луку (випадково або з метою суїциду), ~ injury хімічний опік, каустичне ушкодження.
- cavernous** кавернозний, ~ hemangioma кавернозна гемангіома.
- cecum** сліпа кишка, ~ adenocarcinoma аденокарцинома сліпої кишки.
- celiac sprue** спру, целиакія (синдром мальабсорбції, глютенова ентеропатія).
- cervical** шийний, ~ esophagus шийний відділ стравоходу.
- channel** канал, ~ ulcer виразка пілоричного каналу (pyloric channel ulcer).
- chemotherapy** хіміотерапія (пухлин).
- choice** вибір, method of ~ метод вибору, ~ of instrument вибір інструмента.
- cholangiography** холангіографія.
- cholangitis** холангіт.
- cholecystectomy** холецистектомія.
- choledochoduodenal** холедоходуоденальний, ~ fistula холедоходуоденальна нориця.
- choledochoduodenostomy** холедоходуоденостомія.
- chronic** хронічний, ~ gastritis хронічний гастрит, ~ pancreatitis хронічний панкреатит.
- circular** циркулярний, OMED рекомендує цей термін вживати у сенсі "круглий" при описі форми ураження (виразки).
- cirrhosis** цироз.
- cleaning** очищення.
- clot** згусток або тромб (зверніть увагу, що в англійській мові ці поняття, як звичайно, не розмежовано).
- cloverleaf** листок конюшини, ~ ulcer scar appearance рубець на місці виразки у формі листка конюшини.
- clubbing** булавоподібне потовщення.
- coagulation** коагуляція, ~ biopsy коагуляційна біопсія.
- cobblestone** бруківка, ~ appearance вигляд (слизівки), що нагадує бруківку, характерний для хвороби Крона.
- coffee ground** "кавова гуща" (вміст шлунка після кровотечі внаслідок окислення гемоглобіну до гематину).
- coil** котушка, змійовик, кільце (змії, каната тощо)
- ~shaped звивистий, спіралеподібний (про варикозно розширені вени).
- colectomy** колектомія.
- colitic cancer** рак на фоні виразкового коліт.
- colitis** коліт, Crohn's disease ~ коліт при хворобі Крона, ulcerative ~ неспецифічний виразковий коліт, amebic ~ амебний коліт, antibiotic ~ коліт, пов'язаний із застосуванням антибіотиків, Behcet's ~ коліт при хворобі Бехчета, contraceptive-associated ~ коліт внаслідок застосування оральних контрацептивів, cytomegalovirus ~ цитомегаловірусний коліт, drug induced ~ медикаментозний коліт, radiation ~ променевий коліт, ~ cystica profunda кістозний коліт.
- colon** товста кишка, ~ adenocarcinoma аденокарцинома товстої кишки, ~ angiodysplasia ангіодисплазія товстої кишки, ~ appearance вигляд (ендоскопічна картина) товстої кишки, ~ bleeding товстокишкова кровотеча, ~ lymphoma лімфома товстої кишки, ~ interposition заміщення стравоходу після його резекції вставкою з товстої кишки.
- colonic** товстокишковий, ~ diverticula дивертикули товстої кишки, ~ erythema еритема слизівки товстої кишки, ~ fistula товстокишкова нориця, ~ fixation фіксація товстої кишки, ~ lumen atypical location атипове розміщення просвіту товстої кишки, ~ lymphoid hyperplasia лімфоїдна гіперплазія товстої кишки, ~ mucosa слизівка товстої кишки, ~ mucosal irritation подразнення слизівки товстої кишки, ~ polyps поліпи товстої кишки, ~ tuberculosis туберкульозне ураження товстої кишки, ~ varices варикозне розширення вен товстої кишки, ~ vasculitis васкуліт з ураженням товстої кишки, ~ volvulus заворот товстої кишки.
- colonoscope** колоноскоп.
- colonoscopic** колоноскопичний, ~ entry technique техніка введення колоноскопа, ~ orientation орієнтація під час колоноскопії, ~ polypectomy поліпектомія за допомогою колоноскопа.
- colonoscopy** колоноскопія, ~ indications показання до колоноскопії, ~ preparation підготовка до колоноскопії, ~ surveillance колоноскопичний нагляд (контрольні колоноскопії).
- color** колір, забарвлення.
- coloration** забарвлення.
- colostomy** колостома, колостомія.
- column** колона, esophageal mucosal ~s поздовжні складки слизівки стравоходу.
- comb-like** гребенеподібний, ~ erythema гребенеподібна еритема.
- common** звичайний, ~ abnormalities часті аномалії, ~ bile duct загальна жовчна протока.
- competence** спроможність, ~ assessment, assessment of ~ оцінка спроможності (напр., анастомозу).
- complications** ускладнення.
- congenital** вроджений, ~ abnormalities вроджені вади розвитку, ~ antral mucosal diaphragm вроджена перетинка слизівки антрального відділу

congestive

шлунка, ~ atresia вроджена атрезія, ~ double pylorus вроджений подвійний воротар, ~ duodenal diaphragm вроджена перетинка дванадцятипалої кишки.

congestive застійний; ~ gastropathy застійна гастропатія, ~ mucosa застійна слизівка (OMED рекомендує таку характеристику при описові набряклої, гіперемованої слизівки з посиленою секрцією).

conscious свідомість, ~ sedation седація.

contamination контамінація (бактеріальне забруднення).

continent стримання, ~ ileostomy утримуюча ілеостомія, incontination нетримання.

contracton скорочення.

contraindications протипоказання.

contrast контраст, ~ media засоби для контрастування (рентгенологічного).

control контроль, controlled hemorrhage зупинена кровотеча.

corrosive корозивний, роз'їдаючий, ~ agents, ~ substance хімічний середник, який спричинює опік (концентрований луг або кислота), ~ esophagitis езофагіт внаслідок хімічного опіку.

Cowden's disease хвороба Ковдена, ~ colonic polyps поліпи товстої кишки при хворобі Ковдена.

crest гребінь, anastomotic ~ гребінь анастомозу.

cricoid персневидний, ~ cartilage персневидний хрящ, ~ endoscope intubation проведення ендоскопа мимо персневидного хряща.

cricodestruction криодеструкція (пухлин).

Crohn's disease хвороба Крона, ~ mucosa appearance вигляд слизівки при хворобі Крона, ~ grading activity оцінка активності хвороби Крона у ступенях, ~ recurrent рецидиві хвороби Крона.

Cronkhite-Canada syndrome синдром Кронкайт-Канада (поліпозний синдром).

crust струп, adherent ~ фіксований струп.

crypt крипта, ~ abscesses крипт-абсцеси (при виразковому коліті).

cystadenocarcinoma цистаденокарцинома.

cystadenoma цистаденома, pancreatic ~ цистаденома підшлункової залози.

cyst кіста.

cytology цитологія, abrasive ~ абразивна цитологія (шляхом зіскобу), exfoliative ~ ексфоліативна цитологія, imprint ~ метод мазків-відбитків, lavage ~ метод змиву (лаваж).

cytomegalovirus цитомегаловірус, ~ colitis цитомегаловірусний коліт, ~ infection цитомегаловірусна інфекція.

D

decompression декомпресія, ~ techniques методи декомпресії.

decrease зниження, decreased знижений, зменшений, ослаблений, ~ elasticity зменшена еластичність.

deformity деформація, extrinsing ~ деформація органа, зумовлена зовнішніми причинами (тиск або

натяг з боку інших органів), intrinsing ~ деформація, зумовлена змінами стінки даного органа (рубець, пухлина тощо).

deroofing букв. — “знімання даху”, розтинання верхньої стінки фатового сосочка, яка є “покривною” для термінального відділу загальної жовчної протоки.

descending низхідний, ~ colon низхідний відділ ободової кишки, ~ colon-sigmoid junction з'єднання сигмоподібної і низхідної кишки, ~ duodenum низхідний відділ дванадцятипалої кишки, ~ duodenal compression стискання низхідного відділу дванадцятипалої кишки.

destruction руйнування, деструкція; foreign body ~ руйнування (фрагментація) стороннього тіла.

development розвиток.

diabetic діабетичний, ~ gastroparesis діабетичний гастропарез.

diagnostic діагностичний, ~ indications показання до діагностичних процедур.

diameter діаметр.

diaphragmatic діафрагмальний, ~ hiatus стравохідний отвір діафрагми; ~ examination обстеження стравохідного отвору діафрагми, ~ impression циркулярне вдвлювання у верхній частині шлунка при ковзній кілі стравоходу на висоті стравохідного отвору діафрагми.

diarrhoea діарея, пронос, diarrheal illnesses захворювання, які перебігають з діареєю.

differentiation диференціація, розрізнення, ~ from cancer розрізнення з раком.

difficulty труднощі.

diffuse дифузний, ~ esophageal spasm дифузний спазм стравоходу.

dilated дилатований, ~ duodenal bulb дилатована цибулина дванадцятипалої кишки.

dilator дилататор.

directed прямий, ~ intubation (technique) “пряме” проведення ендоскопа у низхідний відділ дванадцятипалої кишки (на відміну від непрямого прийому).

dissolution розчинення, руйнування шляхом розмивання; ~ of bezoar розчинення безоара.

distal дистальний; ~ esophagus дистальний відділ стравоходу.

distend розтягнутий (при характеристиці просвіту органа — транзитрно розтягнутий внаслідок роздування повітрям).

distensibility спроможність розтягуватися (про стінку органа при роздуванні повітрям).

diverticula дивертикули, diverticulum дивертикул.

diverticular disease дивертикулярна хвороба.

diverticulitis дивертикуліт.

diverticulosis дивертикульоз.

double подвійний.

double-barreled дводульний, “~” colostomy дводульна (двоцівкова) колостома.

double-ring pyloric deformity postpyloroplasty ~, деформація воротаря у формі подвійного кільця

після пілоропластики за Гейнеке-Мікулічем.
downhill той, що спускається вниз по схилу, “~” varices — рідкісна форма варикозного розширення вен стравоходу при синдромі верхньої порожнистої вени із зворотним потоком крові.
drug ліки, часом вужче — наркотики, ~-induced спричинений ліками, ~-induced abnormalities патологічні зміни, спричинені ліками, ~-induced bleeding кровотеча, пов’язана з прийомом ліків.
duodenal дуоденальний, ~ adenoma аденома дванадцятипалої кишки, ~ bulb apex верхівка цибулини дванадцятипалої кишки, ~ bulb compression стискання цибулини дванадцятипалої кишки, ~ diverticula дивертикули дванадцятипалої кишки, ~ involvement залучення дванадцятипалої кишки у патологічний процес, ~ stenosis стеноз дванадцятипалої кишки, ~ ulcer bleeding кровотеча з цибулини дванадцятипалої кишки, ~ varices варикозне розширення вен дванадцятипалої кишки.
duodenal papilla дуоденальний сосочок, accessory ~ малий дуоденальний сосочок, hooded fold of ~ каптуроподібна складка великого дуоденального сосочка (OMED рекомендує термін marginal fold of ~ маргінальна (крайова) складка), longitudinal fold of ~ поздовжня складка великого дуоденального сосочка, нижче від нього (OMED рекомендує для цієї структури термін frenulum of ~ вуздечка великого дуоденального сосочка, а поздовжньою складкою рекомендують називати проєкцію термінального відділу загальної жовчної протоки).
duodenal papillary orifice устя великого дуоденального сосочка.
duodenitis дуоденіт.
duodenoscope дуоденоскоп.
duodenoscopy дуоденоскопія.
duodenum дванадцятипала кишка.
dyscinetic дискінетичний.
dysphagia дисфагія; ~ aortica дисфагія пов’язана з розширенням аорти і стисканням стравоходу, “~ lusoria” дисфагія спричинена стисканням стравоходу аномальною правою підключичною артерією.

E

early ранній, ~ cancer ранній рак, ~ gastric cancer ранній рак шлунка, protruded ~ gastric cancer випнутий ранній рак шлунка (I тип за Японською класифікацією), elevated ~ gastric cancer припіднятий ранній рак шлунка (IIa тип), flat ~ gastric cancer плоский ранній рак шлунка (IIb тип), depressed ~ gastric cancer вдавнений ранній рак шлунка (IIc тип), excavated ~ gastric cancer підритий ранній рак шлунка (III тип).
Eder-Puestow dilator дилататор Едера-П’єстова.
edge край, ~ of the stoma край анастомозу (стоми).
efferent відвідний, ~ loop відвідна петля кишки.
elasticity еластичність, elastic еластичний.
electrocoagulation електрокоагуляція, bipolar ~ бі-

полярна електрокоагуляція, monopolar ~ монополярна електрокоагуляція.
electrosurgery електрохірургія.
emergencies невідкладні стани, emergency endoscopy невідкладна ендоскопія.
emetogenic спричинений блюванням, ~ esophagogastritis еметогенний езофагогастрит, ~ injury еметогенні ушкодження.
endometrial ендометральний, ~ implants in colon, ендометріоз товстої кишки.
endoprosthesis ендопротез, biliary ~ (stent) біліарний ендопротез (стент).
endoscope ендоскоп, endoscope-induced injury пошкодження, спричинені ендоскопією.
endoscopic ендоскопічний, ~ hemostasis ендоскопічний гемостаз, ~ orientation орієнтація під час ендоскопії, ~ papillotomy ендоскопічна папілотомія, ~ polypectomy ендоскопічна поліпектомія, ~ retrograde cholangiopancreatography (ERCP) ендоскопічна холангіопанкреатографія, ~ technique техніка ендоскопії, ~ treatment ендоскопічне лікування.
endoscopy ендоскопія, ~ units відділення ендоскопії.
enema клізма.
entering входження, ~ common bile duct введення (інструмента) в загальну жовчну протоку.
entry into введення (інструмента) в ...
eosinophilic еозинофільний, ~ granuloma еозинофільна гранульома.
epiphrenic наддіафрагмальний, ~ diverticula наддіафрагмальні дивертикули (стравоходу).
epithelial епітеліальний, ~ polyp епітеліальний поліп, ~ tumor епітеліальна пухлина.
erosion ерозія.
erosive ерозивний, ~ duodenitis ерозивний дуоденіт.
erythema еритема.
erythematous еритематозний, ~ streaks еритематозні смуги.
esophageal стравохідний, ~ “A” ring стравохідне кільце “A”, ~ bleeding стравохідна кровотеча, ~ carcinoma карцинома стравоходу, ~ cardia кардія (стравохідний відділ кардії), ~ diverticula дивертикули стравоходу, ~ erosions ерозії стравоходу, ~ erythema еритема слизівки стравоходу, ~ leukoplakia лейкоплакія стравоходу, ~ lumen просвіт стравоходу, ~ malignancies злоякісні пухлини стравоходу, ~ motor disorders (disturbances) порушення моторики стравоходу, ~ mucosal columns поздовжні складки слизівки стравоходу, ~ spasm езофагоспазм, ~ sphincters сфінктери стравоходу, ~ stricture стриктура стравоходу, ~ ulcerating masses пухлина стравоходу з виразкуванням, ~ varices (cardial varices) варикозно-розширені вени стравоходу, esophageal varices bleeding кровотеча з варикозно-розширених вен стравоходу, ~ veins вени стравоходу, ~ web перетинка стравоходу.
esophagectomy езофагектомія.
esophagitis езофагіт.

esophagogastric

esophagogastric стравохідно-шлунковий, ~ anastomosis езофагогастральний анастомоз, ~ junction езофагогастральне з'єднання.

esophagogastroduodenoscopy (EGD) езофагогастро-дуоденоскопія (ЕГДС).

esophagojejunoscopy езофагоєюноскопія.

esophagus стравохід.

estrogen-associated colitis коліт, спричинений прийманням естрогенів.

"etat mamelonne," status mamillaris вузлуватий гіпертрофічний гастрит (OMED рекомендує уникати цього терміну).

everted вивернутий, ~ appendiceal stump вивернута у просвіт сліпої кишки кукса апендикса.

examination обстеження (огляд), ~ technique техніка обстеження.

excessive надмірний.

exophytic екзофітний, ~ lesions екзофітна пухлина (об'ємний утвір).

expandable спроможний самостійно розширюватися, розправлятися (стені).

extent of involvement determination визначення поширеності ураження.

external ~ compression technique техніка (колоноскопії) із застосуванням притискання ззовні.

extrinsic зовнішній, ~ stomach compression стискання шлунка ззовні.

F

familial сімейний, ~ polyposis coli сімейний поліпоз товстої кишки, ~ polyposis syndrome сімейні поліпозні синдроми.

fecal фекальний, ~ stream diversion відведення калових мас, ~ stream diversion colitis коліт у відключеному дистальному відтинку кишки при накладанні колостоми.

fecaliths каловий камінь, копроліт.

fecaloma каловий камінь, копроліт.

fiberoptic той, що стосується волоконної оптики.

fibrine фібрин, ~ glue фібриновий клей.

fibrosis фіброз.

fibrous-inflammatory фіброзно-запальний, ~ polyps фіброзно-запальні поліпи.

Finney pyloroplasty пілоропластика за Фіннеєм.

fishhook stomach шлунок у формі риболовного гачка.

fistula фістула, нориця.

fixation фіксація.

flexible гнучкий.

flexural pseudolesions псевдопухлина (псевдоураження), яку імітує згин кишки.

fluid рідина, випіт.

focal вогнищевий, ~ erythema фокальна (вогнищева) еритема.

fold складка, converging ~s конвергуючі складки (навколо виразки), gastric ~s шлункові складки, circular ~ циркулярна складка.

follow-up контроль (після операції, лікування), ~ colonoscopy контрольна колоноскопія.

food їжа, ~ bezoar безоар, який утворився з їжі, ~ impaction застрягання їжі у стравоході.

forceps щипці (біопсійні та інші типи).

foreign сторонній, чужий, ~ body стороннє тіло (син. corpus alienum), ~ body removal видалення стороннього тіла.

forward-viewing instrument ендоскоп з торцевою оптикою (оглядом вперед).

frenulum вуздечка, ~ of duodenal papilla вуздечка дуоденального сосочка.

friable пухкий, рихлий, легко ранимий, ~ colonic mucosa розпушена, легко ранима слизівка товстої кишки.

fulguration випалювання (напр. "гарячими" щипцями) поліпа тощо.

fundic фундальний, ~ folds фундальні складки, ~ glands фундальні залози, ~ varices, варикозно розширені вени фундального відділу шлунка.

fundoplication фундоплікація, ~ deformity деформація внаслідок фундоплікації.

fundus дно шлунка, див. gastric fundus.

G

gag reflex блювотний рефлекс.

gallbladder жовчний міхур.

gallstone pancreatitis панкреатит.

gamma loop in colon гамма-петля товстої кишки.

gaping зіяючий, ~ pilorus зіяючий воротар.

Gardner's syndrome синдром Гарднера (поліпозний синдром).

gas explosion вибух газу (ускладнення електровтручань у товстій кишці).

gastrectomy гастректомія, ~ esophagitis езофаріт після гастректомії.

gastric шлунковий; ~ acid reduction зменшення кислотопродукції шлунком, ~ acid secretion шлункова кислотопродукція, ~ angiodysplasia ангіодисплазія шлунка, ~ angle benign ulcer доброякісна виразка кута шлунка, ~ antrum adenomatous polyp аденоматозний поліп антрального відділу шлунка, ~ atrophy атрофія слизівки шлунка, ~ bezoar безоар шлунка, ~ body тіло шлунка, ~ cancer (~ carcinoma, ~ malignancies) рак шлунка, ~ folds складки слизівки шлунка, ~ fundus фундальний відділ шлунка, ~ hyperemia гіперемія слизівки шлунка, ~ hyperrugosity надмірна складчастість (гіпертрофія складок) шлунка, ~ incisurae інцизура (перетинка слизівки) шлунка, ~ lake шлункове озерце, ~ lumen просвіт шлунка, ~ mucosa слизівка шлунка; ~ mucosa abnormalities (~ mucosal abnormalities) ~ mucosa слизівка шлунка, ~ mucosal injury пошкодження, ураження слизівки шлунка, ~ mucus шлунковий слиз, ~ remnant carcinoma (stump carcinoma) рак кукси шлунка, ~ surgery хірургічні втручання на шлунку, ~ tumor пухлина шлунка, ~ varices варикозно розширені вени шлунка, ~ veins вени шлунка, ~ xanthoma ксантома шлунка.

gastritis гастрит.

gastroduodenal гастродуоденальний, ~ area гастродуоденальна зона, ~ artery гастродуоденальна

ileosigmoid

- артерія, ~ fistula гастродуоденальна нориця.
- gastroenterostomy** гастроентеростомія.
- gastroesophageal** шлунково-стравохідний, ~ junction adenocarcinoma аденокарцинома гастроезофагального з'єднання.
- gastrointestinal (GI)** гастроінтестинальний, шлунково-кишковий, ~ bleeding шлунково-кишкова кровотеча.
- gastrojejunal** ~ anastomosis гастроєюнальний анастомоз, син. gastrojejunosomy гастроєюностомія.
- gastroparesis** гастропарез, парез шлунка.
- gastroplasty** гастропластика.
- gastrostomy tube** гастростомічна трубка.
- general** загальний, ~ principles загальні принципи.
- generalized** генералізований, ~ abnormalities генералізовані порушення.
- giant** гігантський, ~ duodenal ulcers гігантські виразки дванадцятипалої кишки, ~ gastric folds гігантські складки шлунка.
- glottis** голосова щілина.
- glycogenic acanthosis** глікогеновий акантоз.
- goblet cell** бокалоподібна клітина.
- grading** класифікація, розподіл за ступенями (стадіями), ~ esophageal varices система оцінки вираженості варикозного розширення вен стравоходу.
- granular** зернистий, ~ colonic mucosa зерниста слизівка товстої кишки (при виразковому коліті).
- granularity** зернистість.
- granulocytopenia** гранулоцитопенія.
- greater** більший, ~ curve of stomach велика кривина шлунка.
- guidelines** рекомендації, керівництво.
- guidewire** струна-направник (провідник), combination of papillotome and ~ комбінація папілотома і провідника.
- Н**
- haemostiptics** кровоспинні засоби (норадреналін, абсолютий етанол тощо).
- healed** загоєний, ~ ulcers загоєна виразка.
- healing** загоєння.
- heater probe** термозонд для коагуляції.
- Heineke-Mikulicz pyloroplasty** пілоропластика за методом Гайнеке-Мікуліча.
- hemangioma** гемангіома.
- hematemesis** блювання кров'ю.
- hematochezia** дефекація калом із значною кількістю малозміненої крові.
- hemigastrectomy** резекція $\frac{1}{2}$ шлунка.
- hemobilia** гемобілія, hepatic ~ гемобілія печінкового генезу.
- hemoclips** гемокліпси.
- hemophilia** гемофілія.
- hemorrhage** кровотеча (див. bleeding), але також і крововилив, напр., subepithelial ~ субепітеліальний крововилив, pinpoint ~ точковий крововилив, petechial ~ петехіальний крововилив.
- hemorrhagic** геморагічний, ~ gastritis геморагічний гастрит.
- hemorrhagic-erosive** геморагічно-ерозивний, ~ gastritis
- tritis геморагічно-ерозивний гастрит.
- hemorrhoidal bleeding** кровотеча з гемороїдальних вузлів.
- hemorrhoid** геморой.
- Henning sign** ознака Геннінга (готичний кут шлунка).
- Henoch-Schonlein vasculitis** васкуліт Шенляйн-Геноха.
- hepatic** печінковий, ~ ducts печінкові протоки, ~ flexure печінковий згин ободової кишки, ~ flexure angulus кут печінкового згину ободової кишки.
- hepatomegaly** гепатомегалія, stomach compression due to ~ стискання шлунка, зумовлене гепатомегалією.
- hereditary** спадковий, ~ hemorrhagic telangiectasia спадковий геморагічний телеангіектазія.
- herpetic** герпетичний, ~ esophagitis герпетичний езофагіт.
- heterotopic** гетеротопічний, ~ gastric mucosa гетеротопічна шлункова слизівка.
- hiatus** стравохідний отвір діафрагми, hiatal hernia грижа стравохідного отвору діафрагми.
- histiocytic** гістіоцитарний, colon ~ lymphoma гістіоцитарна лімфома товстої кишки.
- histologic** гістологічний, ~ confirmation гістологічне підтвердження.
- histoplasmosis** гістоплазмоз, ~ esophageal involvement гістоплазмоз з ураженням стравоходу.
- hooded fold** каптуроподібна, покриваюча складка (великого дуоденального сосочка).
- „hooking-lifting-telescoping” maneuver** прийом “зачеплення-підйом-зборювання” при виконанні колоноскопії.
- hot** гарячий, ~ biopsy technique.
- Houston valves** складки Х'юстона.
- hyperrugosity** надмірна складчастість (напр., при гіпертрофічному гастриті).
- hyperplasiogenous** гіперплазіогенний, ~ gastric polyps гіперплазіогенні поліпи шлунка.
- hyperplastic** гіперпластичний, ~ polyp гіперпластичний поліп.
- hyperplastic-inflammatory** гіперпластично-запальний, ~ polyp гіперпластично-запальний поліп.
- hypertrophic** гіпертрофічний, ~ gastritis гіпертрофічний гастрит, ~ gastropathy гіпертрофічна гастропатія, ~ pyloric stenosis гіпертрофічний стеноз воротаря.
- hypopharynx diverticula** дивертикул гортанної (нижньої) частини глотки (Ценкера).
- I**
- ileocecal** ілеоцекальний, ~ anastomosis ілеоцекальний анастомоз.
- ileocecal valve** ілеоцекальна, баугінієва заслона (заслінка), labial type of ~ губоподібний тип баугінієвої заслони, papillary type of ~ сосочковий тип баугінієвої заслони.
- ileocolic anastomosis** ілеоколоанастомоз.
- ileosigmoid fistula** нориця між клубовою і сигмоподібною кишкою.

ileostomy**ileostomy** ілеостомія.**ileum** клубова кишка, terminal ~ термінальний відділ клубової кишки.**ileus** кишкова непрохідність.**illumination** освітлення.**immunoglobulin** імуноглобулін, ~ deficiency недостатність утворення імуноглобулінів.**impaction** застрягання, вклинення, meat ~ застрягання у стравоході шматка м'яса, food ~ застрягання у стравоході шматка їжі.**inadequate** неадекватний, невідповідний.**incision** розріз, suprarapillary ~ розріз загальної жовчної протоки над папілою.**incisurae** вирізка, gastric ~ шлункова вирізка (перетинка).**incomplete** неповний "~-" gastric diverticulum неповний дивертикул шлунка.**increasing** збільшення.**indeterminate** невизначений.**indications** (and contra-indications) показання (і протипоказання).**indirect** непрямий, ~ technique непрямий метод проведення (ендоскопа).**infection** інфекція.**inferior** нижній, ~ duodenal bulb wall нижня стінка цибулини дванадцятипалої кишки.**infiltrating** інфільтративний, ~ carcinoma інфільтративна карцинома, ~ cardiac cancer інфільтративний рак кардії, ~ colon lymphoma інфільтративна лімфома товстої кишки.**inflammatory** запальний, ~ bowel disease, inflammatory colon disease запальні захворювання кишок, спільний термін для виразкового коліту і хвороби Крона, ~ colonic polyps запальні поліпи товстої кишки.**informed consent** принцип інформованої згоди.**ingestion** приймання їжі, їда.**injection therapy** ін'єкційна терапія.**intensive** інтенсивний, ~ care unit відділ інтенсивної терапії.**interhaustral** міжгаустральний, ~ folds міжгаустральні складки.**interpretive problems** проблеми інтерпретації.**intestinal** кишковий, інтестинальний, ~ obstruction обструкція кишки.**intestine** кишка, кишківник, small ~ тонкий кишківник, large ~ товстий кишківник.**intramucosal** внутрішньослизівковий, ~ hemorrhage крововиливи у слизову оболонку.**intubation** інтубація.**intussusception** інвагінація, stomal ~ інвагінація через стому.**irradiation** опромінення.**irregular** неправильний, нерівний, ~ type duodenal ulcer дуоденальна виразка неправильної форми, ~ edge нерівний край.**irreversible** незворотний.**ischemic** ішемічний, ~ colitis ішемічний коліт, ~ strictures ішемічні стриктури (у товстій кишці).**J****Japanese classification** (early gastric cancer) Японська класифікація (раннього раку шлунка).**jaundice** жовтяниця, obstructive ~ механічна жовтяниця.**jejunal ulcer** виразка порожньої кишки (після накладання гастроєюноанастомозу).**jejunum** порожня кишка.**J-position** "J"-позиція (при інверсійній гастроскопії).**juice** сік, gastric ~ шлунковий сік.**junction** з'єднання, gastroesophageal ~ стравохідно-шлункове з'єднання.**juvenile** ювенільний, ~ colonic polyposis ювенільний поліпоз товстої кишки.**K****Kaposi's sarcoma** саркома Капоші.**Kerckring folds** складки Керкрінга (у тонкій кишці).**kissing ulcers** виразки, "які цілуються" (у цибулині дванадцятипалої кишки).**L****large** великий, "~- particle" biopsy біопсія "великим шматком" яку беруть за допомогою поліпектомічної петлі, large-caliber endoscopes ендоскоп з великим зовнішнім діаметром.**laser** лазер, ~ ablation лазерна абляція, ~ therapy процедури за допомогою лазера (не лише суто терапевтичні, а й такі як зупинка кровотечі, тощо, тобто ті, які виконують за допомогою власне хірургічних лазерів).**lateral** латеральний, ~ wall of duodenum латеральна стінка дванадцятипалої кишки.**laxative** проносний засіб.**leak** протікання.**leiomyoma** лейоміома.**leiomyosarcoma** лейоміосаркома.**lens** лінза, endoscopic ~ positions положення лінзи ендоскопа.**lesion** ураження, вогнищеve захворювання різного генезу травматичного, інфекційного тощо, часто цей термін вживають до пухлин.**lesser curve of stomach** мала кривина шлунка.**leukemia** лейкемія, ~ colon involvement ураження товстої кишки при лейкемії.**leukoplakia** лейкоплакія.**level** рівень, ~ of lesions рівень ураження.**"lift and hook maneuver,"** прийом "піднімання і зачеплення (гачком)" технічний прийом при виконанні колоноскопії.**ligation** перев'язування, накладання лігатур, rubberband ~ накладання гумових кілець (на варикозні вузли).**linear** лінійний, ~ esophageal ulcer лінійні виразки стравоходу.**"linitis plastica"** пластичний лініт (інфільтративний рак шлунка).**lip** губа, upper ~ of ileocecal valve верхня губа баугіні-свої заслони.

“**lipid islands**” ліпідні острівці.

lipoma ліпома.

lipomatosis ліпоматоз, ileocecal valve ~ ліпоматоз біугіневої заслінки.

lithotriptor літотриптор, guidewire ~ літотриптор із струною-провідником.

liver печінка.

long довгий, ~ position “довга” позиція (при гастроскопії).

longitudinal поздовжний, ~ axis поздовжня вісь.

loop петля (кишки).

lower нижній, ~ esophageal sphincter нижній стравохідний сфінктер.

lumen просвіт, ~ appearance вигляд просвіту, colonic ~ просвіт товстої кишки, esophageal ~ просвіт стравоходу.

luminal diameter діаметр просвіту.

luster блиск.

lye лужний, ~ esophageal strictures стриктури стравоходу після опіку лугом.

lymphangioma лімфангіома.

lymphocytic лімфоцитарний.

lymphoid лімфоїдний, ~ follicles лімфоїдні фолікули, ~ hyperplasia лімфоїдна гіперплазія.

lymphoma лімфома, gastric ~ лімфома шлунка.

M

malakoplakia малакоплакія.

malignancy злоякісний новотвір.

malignant злоякісний, ~ esophageal strictures злоякісні стриктури стравоходу, ~ gastric ulcer злоякісна виразка шлунка, ~ obstruction обструкція злоякісною пухлиною, ~ potential злоякісний потенціал.

Mallory-Weiss lesion, Mallory-Weiss tear синдром (розрив) Мелорі-Вейса.

manometry манометрія.

margin край, границя, межа, ~ of healing ulcer край виразки, яка загоюється, ~ of malignant ulcer край злоякісної виразки.

mass-like пухлиноподібний, ~ appearance пухлиноподібний вигляд.

mechanical механічний, ~ cleaning очищення механічним способом, ~ lithotripter механічний літотриптор.

mediastinal середостінний, розміщений у середостінні, ~ lymphoma лімфома середостіння.

melanoma меланома.

melanosis coli меланоз товстої кишки.

melena мелена.

Menetrier's disease хвороба Менетріє.

mesenchymal мезенхімальний, ~ tumor мезенхімальна пухлина.

mesenteric брижейковий, ~ wall брижейкова стінка кишки.

metachronous метакронний, ~ colon cancer метакронний рак товстої кишки кілька пухлин, які виникли у різний час.

metaplastic метапластичний, ~ polyp метапластичний поліп.

metastasis метастаз, metastases to colon метастази у товсту кишку.

metastatic метастатичний, ~ carcinoma to the stomach метастатичний рак шлунка.

middle середній (той, що посередині), ~ part середня частина.

mid-esophageal diverticula дивертикули середньої третини стравоходу.

mid-esophagus середній відділ стравоходу.

mid-transverse colon середня частина поперечної ободової кишки.

minor малий, ~ duodenal papilla малий дуоденальний сосочок.

mobility мобільність.

monitoring нагляд, спостереження.

mortality смертність, ~ rate летальність, смертність.

motor моторний, пов'язаний з моторикою, esophageal ~ disorders розлади моторики стравоходу.

mucobozoar мукобезоар.

mucosa слизова оболонка, слизівка, colonic ~ слизівка товстої кишки, duodenal ~ слизова оболонка дванадцятипалої кишки, esophageal ~ слизова оболонка стравоходу, gastric ~ слизова оболонка шлунка, red swollen ~ червона набрякла слизівка.

mucosal пов'язаний зі слизівкою, esophageal ~ columns поздовжні складки слизівки стравоходу, ~ erythema еритема слизівки, ~ folds складки слизівки, ~ granularity зернистість слизівки, ~ hyperplasia гіперплазія слизівки, ~ ring кільце, утворене слизовою оболонкою, ~ tenting (tenting sign) симптом “шатра”.

mucus слиз, gastric ~ шлунковий слиз, viscous ~ в'язкий слиз.

multifocal багатоголищевий.

multiple множинний, ~ duodenal ulcers множинні виразки дванадцятипалої кишки, ~ gastric polyps поліпоз шлунка.

muscular м'язовий, esophageal ~ ring м'язове кільце стравоходу (кільце типу А).

myoepithelial міоепітеліальний, ~ hamartoma міоепітеліальна гамартома.

N

“**napkin ring**” **colonic carcinoma** карцинома, яка “перетягує кишку, як косинка”, циркулярний стенозуючий рак.

narrowing звуження.

nasobiliary назобілярний, ~ drains назобілярний дренаж.

nasogastric назогастральний, ~ aspiration аспірація через назогастральний зонд, ~ lavage промивання шлунка через назогастральний зонд, ~ suction artifacts, ~ tube injury, ~ tube lesions артефакти (ушкодження), внаслідок присмокування слизівки до отворів назогастрального зонда.

necrotizing некротизуючий, ~ enterocolitis, leukemia некротичний ентероколіт (при лейкозі).

needle aspiration cytology аспіраційна біопсія.

needle knife голковий ніж (папілотом).

Nissen fundoplication фундоплекція за Ніссеном.

nodular

nodular вузлуватий, нодулярний, ~ lymphoid hyperplasia вузлувата лімфоїдна гіперплазія.

nodules вузлики.

non-neoplastic polyps не-неопластичні, непухлинні поліпи, до них відносять гіперпластичні, гамартомні поліпи і запальні псевдополіпи.

nonpeptic непептичний, ~ esophagitis непептичний езофагіт.

nonspecific неспецифічний.

nosteroidal anti-inflammatory drugs нестероїдні протизапальні препарати.

normal нормальний, ~ appearance нормальна картина.

О

obstruction обструкція, обструкційна непрохідність; malignant ~ обструкція злоякісною пухлиною.

obstructive обструктивний.

occluded перетиснутий, закупорений.

occlusion оклюзія, перетискання.

odynophagia одинофагія (біль при ковтанні).

open відкритий, "bite" method метод відкритих щипців (для визначення розміру утвору), ~ cardia sign симптом відкритої кардії (при хіатальній килі).

opening відкриття.

opportunistic infection опортуністична (умовно патогенна) інфекція.

orientation орієнтація.

orifice вічко, устя (дивертикула, протоки тощо).

Osler-Weber-Rendu syndrome синдром Рендю-Вебера-Ослера.

ostium отвір, ileocecal ~ отвір ілеоцекальної заслони.

oval овальний.

"overtube" technique технічний прийом із застосуванням чохла, overtubes чохол, трубка-зонд, через яку або в якій вводять ендоскоп.

Р

pale блідий.

palisade stage палісадна стадія.

pancreas підшлункова залоза, abscess of ~ абсцес підшлункової залози.

pancreatic панкреатичний, ~ cystadenocarcinoma цистаденокарцинома підшлункової залози, ~ duct підшлункова протока, ~ duct sphincter сфінктер протоки підшлункової залози, ~ hemobilia панкреатична гемобілія, ~ rests аберантна підшлункова залоза, ~ secretion секреторна функція підшлункової залози.

pancreatitis панкреатит, acute ~ гострий панкреатит.

pancreatography панкреатографія.

papillotome (sphincterotome) папілотом (сфінктеротом); Erlangen ~ папілотом типу Ерланген, Sohma ~ папілотом типу Сома.

papillotomy папілотомія.

paradoxical парадоксальний, ~ motion парадоксальний рух.

part частина.

passage пасаж, проведення (напр., катетера, зонда).

passing instrument проведення.

pathogenesis патогенез.

patulous зіяючий.

pediatric педіатричний.

peptic пептичний, ~ esophagitis пептичний езофагіт, ~ strictures пептичні стриктури, ~ ulcer пептична виразка.

percutaneous черезшкірний, ~ endoscopic gastrostomy черезшкірна ендоскопічна гастростомія.

perforation перфорація, ~ in colonoscopy перфорація при колоноскопії.

periampullary періампулярний, ~ diverticula періампулярні дифертикули, ~ malignancies періампулярні злоякісні новотвори.

perianal періанальний, ~ fissures періанальні тріщини.

periodic періодичний.

petechia петехія, gastric ~ae петехії шлунка.

pharyngeal глотковий, ~ anesthesia анестезія глотки, ~ diverticulum глотковий дивертикул, ~ pouch глоткова кишеня.

pink рожевий, salmon ~ лососево-рожевий (колір слизівки шлунка).

placement розташування.

plaque бляшка.

plateau плато, ~-like платоподібний.

polyp поліп, pedunculate ~ поліп на ніжці, semi-pedunculate ~ поліп на вузькій основі (на короткій ніжці), sessile ~ "сидячий" поліп (на широкій основі), sessile ~ without clear demarcation поліп на широкій основі без чіткої границі.

polypectomy поліпектомія, ~ by means of biopsy forceps (mechanical) за допомогою біопсійних щипців (механічна), застосовують лише щодо дуже невеликих поліпів, ~ with diathermy поліпектомія за допомогою діатермії, blended current ~ поліпектомія з чергуванням струму в режимі коагуляції і різання, coagulation current ~ поліпектомія з використанням струму лише в режимі коагуляції, piece-meal-technic (endo-loop) ~ видалення поліпа по шматках, ~ with prior injection of the base ("strip-byopsy") з попереднім ін'єкуванням основи поліпа ("стрип-біопсія"), hot biopsy ~ поліпектомія з допомогою щипців для "гарячої" біопсії.

polypoid поліпідний, ~ appearance поліпідний вигляд, ~ carcinoma поліпідна карцинома.

polyposis поліпоз, ~ coli поліпоз товстої кишки, ~ syndromes поліпозні синдроми.

position позиція, ~ of patient положення тіла пацієнта.

postoperative післяопераційний, ~ appearance післяопераційний вигляд, ~ alkaline reflux післяопераційний лужний (жовчний) рефлюкс.

postpolypectomy syndrome постполіпектомічний синдром.

postsurgical післяопераційний, ~ appearance післяопераційний вигляд, ~ aspects післяопераційні аспекти, ~ bleeding післяопераційна кровотеча, ~ examination післяопераційне обстеження, ~ esophagus оперований стравохід, ~ stomach

оперований шлунок, ~ view вигляд після хірургічного втручання.
postvagotomy appearance вигляд після ваготомії.
precautions застереження.
precut papilotomy папілотомія з попереднім надсіченням (голковим папілотомом).
precutting надсічення.
preparation приготування.
primary первинний, ~ duodenal carcinoma первинна карцинома дванадцятипалої кишки.
proctitis проктит.
prominent випнутий, ~ folds випнуті (збільшені) складки.
proximal проксимальний, ~ esophagus проксимальний відділ стравоходу.
pseudocyst псевдокіста.
pseudomembranous псевдомембранозний, ~ colitis псевдомембранозний коліт.
pseudoobstruction псевдообструкція.
purgation очищення кишківника за допомогою проносних засобів (перед колоноскопією).
purulent гнійний.
pus гній.
pyloric воротарний (пілоричний), ~ channel –пілоричний канал (воротаря).
pyloric stenosis стеноз воротаря.
pylorus воротар.

R

radiation опромінення, ~ effect ефект опромінення, ~ therapy променева терапія.
radiology радіологія.
radiotherapy променева терапія, ~ complication ускладнення променевої терапії.
reaching cecum досягнення сліпої кишки (при колоноскопії).
rebleeding рецидивна кровотеча, ~ likelihood вірогідність рецидиву кровотечі, ~ sign симптом рецидиву кровотечі.
recovery відновлення; одужання; реабілітація.
rectal ректальний, що стосується прямої кишки, ~ examination ректальне дослідження, ~ ulcers виразки прямої кишки.
rectosigmoid junction ректосигмоїдне з'єднання.
rectum пряма кишка.
recurrence рецидив.
recurrent рецидивний, ~ cancer рецидивний рак, ~ ulcer рецидивна виразка.
reflux рефлюкс, ~ esophagitis рефлюкс-езофагіт.
remnant кукса, gastric ~ кукса шлунка (син. — stump).
removal видалення; ~ of bolus видалення грудки (шматка) їжі, ~ of suture material видалення шовного матеріалу.
renal нирковий, ~ failure ниркова недостатність.
resection резекція.
resistance резистентність.
respiratory респіраторний, ~ depression from sedation депресія дихання під впливом седативних препаратів.

retain затримувати, кумулювати.
retained food їжа яка затрималася при порушенні евакуації (у шлунку).
retrieval baskets кошик для видалення (каменів, сторонніх тіл).
retroflexed що стосується ретрофлексії, ~ examination огляд у ретрофлексії, ~ maneuver прийом ретрофлексії.
retrograde ретроградний, ~ pancreatography ретроградна панкреатографія.
retroperitoneal ретроперитонеальний, заочеревинний, ~ perforation перфорація з проникненням в заочеревинний простір.
reversed зворотний.
rigid ригідний, нееластичний.
risk ризик.
round круглий, ~ type duodenal ulcer кругла виразка дванадцятипалої кишки.
Roux-en-Y jejunostomy єюно-єюноанастомоз за Ру або "Y"-подібний.
rugal звивистий, зморшкуватий ~ folds звивисті складки.
rugosity складчастість, зморшкуватість.
rupture розрив.

S

saddle-like сідловидний, colon adenocarcinoma with ~ appearance сідловидна аденокарцинома товстої кишки.
salami саямі, термін вживають для опису виразок на стадії загоєння, коли виразка фрагментована і ділянки, вкриті фібрином, оточені зонами грануляцій: ~-type duodenal ulcer виразка по типу саямі, фрагментована виразка.
salmon-pink лосошево-рожевий (колір слизівки шлунка).
"salt and pepper" "перець з сіллю" — в Україні цей термін часто помилково вживають для опису дна виразки з мікротромбами (мається на увазі чорний перець). Натомість в англійській літературі цей термін вживається і рекомендований OMED для опису дуоденіту з ділянками точкової еритеми, розділеними блідішою слизівкою.
salvage порятунок, крайні засоби (з метою порятунку).
sarcoidosis саркоїдоз.
sarcoma саркома, duodenal ~ саркома дванадцятипалої кишки, gastric ~ саркома шлунка, Kaposi's ~ саркома Капоші.
scar рубець, ~ deformities рубцева деформація.
Schatzki ring кільце Шацького (у стравоході).
scleroderma склеродермія.
sclerosing agents склерозуючі засоби (середники).
sclerotherapy склерозуюча терапія.
screening скринінг, ~ examination скринінгове обстеження.
secondary вторинний, ~ peptic ulcer вторинна пептична виразка.
sedation седація.

selective

selective селективний, вибірковий, ~ cannulation селективне канюлювання.

semilunar півмісяцевий; ~ valves of Houston півмісячні складки Х'юстона.

Sengstaken-Blakemore tube зонд Сенгстекена-Блекмора (для зупинки кровотеч з варикозно розширених вен стравоходу).

sentinel "сторожовий", "вартовий"; ~ adenoma сторожова аденома (при раку товстої кишки), "~" clot "згусток-вартовий" на кривавлячій виразці, "~" folds сторожова складка (при пептичному езофагіті).

sepsis сепсис.

serpiginous серпігінозний, ураження, яке нерівномірно розширюється ("розповзається"), має нерівні звивисті або зубчасті краї, амєбоподібну форму, ~ ulcerations серпігінозне виразкування. Термін часто вживають при описі виразок інфекційного генезу (напр., при ЦМВ-інфекції) або при хворобі Крона.

sessile polyps "сидячий" поліп (поліп без ніжки, на широкій основі).

several кілька (множинні, але нечисленні — при описі кількості утворів).

severe важкий, ~ esophagitis важкий езофагіт.

shape форма.

shelf effect ефект "шельфу" (при раку шлунка).

shiny блискучий.

side-viewing instrument ендоскоп з боковим полем зору.

sigmoid сигмоподібний, ~ colon сигмоподібна кишка, ~ intubation інтубація сигмоподібної кишки, straightening technique of ~ bow випрямлення дуги (петлі) сигмоподібної кишки.

sigmoidoscopy сигмоскопія.

significance значущість.

single одиничний, ~ polyp одиничний поліп.

size розмір, ~ measurement, вимірювання розміру, point ~ точковий розмір, minute ~ дрібний розмір, small ~ малий розмір, medium ~ середній розмір, large ~ великий розмір, giant ~ гігантський розмір.

skills навички, ~ required необхідні навички.

skip areas (Crohn's colitis) ділянки, в яких ураження переривається (неуражені), що характерно для хвороби Крона.

sign ознака, симптом, red ~s "червоні знаки" (на поверхні вариксів).

sliding ковзаючий, ковзний; ~ hernia ковзна кила (стравохідного отвору діафрагми).

„slippage” following retroflexion "засліплення" (коли після ретрофлексії гастроскоп впирається у стінку шлунка).

sludge сладж, замазка (напр., вміст холедоха при жовчнокам'яній хворобі).

small intestine bleeding кровотеча з тонкої кишки.

small-caliber endoscope тонкий ендоскоп (напр., pediatric endoscope педіатричний ендоскоп).

smear мазок, ~ preparation приготування мазка.

smooth гладкий.

snare петля, polypectomic ~ поліпектомічна петля.

“sniff” test (for hiatus hernia) "нюхальний" тест для виявлення діафрагмальної кили (пацієнт втягує носом повітря).

solitary одиничний, ~ rectal ulcer syndrome синдром одиничної виразки прямої кишки.

spasm спазм.

specimen зразок, матеріал для аналізу.

sphincter сфінктер, ~ of Oddi сфінктер Одді.

sphincteroplasty сфінктеропластика.

sphincterotome сфінктеротом.

sphincterotomy сфінктеротомія.

spleen селезінка.

splenic flexure селезінковий згин (ободової кишки) splenic flexure angulus кут селезінкового згину.

spot пляма, pigmented ~ пігментна пляма (на дні виразки).

squamous плоскоклітинний ~ carcinoma плоскоклітинний рак, ~ epithelium плоский епітелій, ~ papilloma плоскоклітинна папілома.

staining фарбування, vital ~ прижиттєве фарбування (при виконанні хромоскопії).

stalk ніжка (поліпа).

“steakhouse syndrom” стейкхауз-синдром термін, вживаний до випадків застрягання у стравоході шматків непережованого м'яса (стейка), рідше сирих овочів, часто на фоні вживання алкоголю.

steerhorn stomach шлунок у формі рогу.

stenosis стеноз, duodenal ~ стеноз дванадцятипалої кишки, pyloric ~ стеноз воротаря.

stent протез (стент), ~ placement встановлення стента, ~ with cover стент з покриттям, conventional ~ традиційний стент, selfexpandable ~ стент, який самостійно розправляється (розширюється).

stercoral ulcerations виразкування зумовлені глістною інвазією *S. stercoralis* (стронгілоїдозом).

sterilization стерилізація.

stigmata стигми, ознаки, ~ of recent bleeding стигми недавно перенесеної кровотечі.

stomach шлунок, ~ appearance ендоскопічна картина шлунка, hour-glass ~ шлунок у формі пісочного годинника, leather-bottle ~ шлунок у вигляді шкіряної пляшки (при пластичному лінії).

stoma стома, отвір, анастомоз, ~ appearance вигляд стоми, gastric ~ гастростома.

stomal той, що пов'язаний зі стоною (анастомозом), ~ erythema еритема ділянки анастомозу або зовнішньої стоми, ~ intussusception інвагінація (кишки) через анастомоз, ~ nodules вузлики анастомозу, ~ ulcer виразка анастомозу.

stone камінь, ~s in biliary tract конкременти жовчних шляхів.

streak смуга, erythematous ~s еритематозні смуги.

stress стрес, ~ lesions стресові виразкування, ~ injury стресове ураження, ~ bleeding стресова кровотеча.

stricture звуження, стриктура, ~ dilatation дилатація стриктури, esophagus ~ стриктура стравоходу.

unprepared

structural структурний, ~ abnormalities структурні аномалії, структурна патологія.
stump кукса, ~ (gastric remnant) карцинома рак кишки шлунка.
submucosal підслизовий, субмукозний; ~ polyp підслизовий поліп, ~ tumor підслизова пухлина.
suction всмоктування, ~ artifacts артефакти (ятрогенні пошкодження) внаслідок присмоктування (син. nasogastric tube lesions ушкодження спричинені назогастральним зондом).
superficial поверхневий, ~ duodenal ulcer поверхнева виразка дванадцятипалої кишки, ~ gastritis поверхневий гастрит.
“superficially spreading” gastric cancer рак шлунка з поверхневим поширенням.
superior верхній, ~ duodenal angle верхній згин дванадцятипалої кишки, superior duodenal bulb wall верхня стінка цибулини дванадцятипалої кишки, ~ mesenteric artery верхня брижова артерія.
surface поверхня; lobulated ~ часточкова поверхня, smooth ~ гладка поверхня, umbilicated ~ поверхня з пупкоподібним втягненням, villous ~ ворсинчаста поверхня.
surrounding довколишній.
surveillance нагляд.
suture шов, ~ appearance вигляд ділянки анастомозу (шва), ~ granuloma гранульома у місці шва.
synchronous синхронний, ~ cancer синхронний рак (напр., у товстій кишці).
syphilis сифіліс.
systemic системний, ~ vasculitis системний васкуліт.

Т

targeted прицільний, ~ brushing cytology прицільний забір матеріалу для цитологічного дослідження за допомогою щітки.
tattooing татування, нанесення міток з метою орієнтування перед лікувальною процедурою.
tear розрив, тріщина, Mallory-Weiss ~ розрив Меллорі-Вейса.
technique техніка (виконання процедури).
telangiectasia телеангіктазія, hereditary ~ спадкова телеангіктазія, telangiectatic vessels телеангіктатичні судини.
telescoping technique colonoscopy “телескопічна” техніка колоноскопії, коли кишка зборюється (збирається у гармошку) на апараті, а кінець його при цьому просувається вперед.
tenting sign симптом палатки.
terminal ileum термінальний відділ клубової кишки, ~ involvement залучення в ураження термінального відділу клубової кишки.
texture текстура, будова.
therapeutic терапевтичний, ~ indications показання до лікування.
thermal термічний, ~ methods термічні методи (ендоскопічного лікування).
thoracic грудний, ~ aorta грудний відділ аорти,

esophagus compression by ~ стискання стравоходу грудним відділом аорти.
thrombocytopenia тромбоцитопенія.
thumbprinting appearance картина “вдавлень пальцями”.
„tiger stripes” gastric appearance слизівка шлунка у вигляді “шкуру тигра”.
tip кінчик.
torquing colonoscopic entry введення колоноскопа з допомогою обертальних рухів.
tracheoesophageal fistula трахео-стравохідна норця.
traction тракція, натягування, ~ type diverticula тракційний дивертикул.
transduodenal трансдуоденальний, ~ sphincteroplasty трансдуоденальна сфінктеропластика.
transverse colon поперечноободова кишка, ~ angulus згин поперечноободової кишки, ~ entry technique техніка введення колоноскопа в поперечноободову кишку.
trapping заклинювання, trapped basket заклинений кошичок (під час холодохолітоекстракції).
trauma травма.
tree дерево (як тип анатомічної будови).
triangular трикутний, ~ folds трикутні складки.
trichobezoar трихобезоар.
tuberculosis туберкульоз, ~ colonic involvement туберкульоз товстої кишки.
tumor (tumour) пухлина, fungating ~ грибоподібна пухлина, ulcerated ~ пухлина з виразкуванням.
Turcot's syndrome синдром Турко (поліпозний синдром).
type тип.
typhlitis тифліт.

У

ulcer виразка, ~ base дно виразки, ~ bleeding кровотеча з виразки, ~ healing загоєння виразки, ~ margin край виразки, ~ recurrence рецидив виразки, ~ scar deformity деформація, спричинена загоєнням виразки з утворенням рубця, ~ scar рубець внаслідок загоєння виразки, ~ size розмір виразки.
ulceration виразка, виразкування¹.
ulcerative colitis виразковий коліт.
umbilication пупковидне втягнення (у випадку папул шлунка, підслизових пухлин тощо).
uncommon незвичайний, ~ appearances незвичайний вигляд.
unprepared colonoscopy колоноскопія без підготовки.

¹ В українській мові слово “виразкування”, як звичайно, означає процес, а не утвор. Однак ми вважаємо за доцільне вживати його для позначення певних типів виразкових дефектів: злоякісних виразок тощо, аналогічно до того, як це прийнято у багатьох термінологіях (рос. “изъязвление”, пол. “owrzodzenie”). Це сприятиме адаптації української термінології до світових стандартів і зменшить частоту термінологічних непорозумінь.

uphill

“**uphill**” **flow esophageal varices** висхідний тип варикозно розширених вен стравоходу (стандартний).

U-position “U”-положення (при інверсійному огляді шлунка).

upper верхній, ~ stomach body part верхня частина тіла шлунка, ~ esophageal sphincter верхній сфінктер стравоходу, ~ gastrointestinal bleeding кровотеча з верхніх відділів травного каналу (також upper gastrointestinal tract bleeding, upper GI bleeding), ~ GI tract верхній відділ травного каналу.

uremic уремічний, ~ gastritis уремічний гастрит.

urgent ургентний, невідкладний; ~ endoscopy ургентна ендоскопія.

use застосування, ~ of guidewires застосування направики, ~ of visual cues застосування візуальних орієнтирів.

V

vagotomy ваготомія, ~ effect ефект ваготомії.

valve складка, заслінка, transverse ~ поперечна складка.

valvula клапан, заслінка, valvulae appearance вигляд заслінки (клапана).

variation коливання, відхилення, варіант, ~s from normal варіанти норми.

varix (pl. varices) варикозний вузол, esophageal ~ варикозні вузли стравоходу, gastric ~ варикозні вузли шлунка.

varicoid бородавчастий ~ carcinoma бородавчастий рак (напр. стравоходу).

variegated строкатий.

varioliform варіолоформний, віспоподібний, ~ gastritis варіолоформний гастрит.

vascular судинний, ~ determinants of bleeding судинні детермінанти кровотечі, ~ ectasia розширення судин, ангіоектазія (див. також angiodysplasia, vascular malformations), ~ pattern су-

динний рисунок.

vessel судина, visible ~ видима судина.

vestibulum присінок.

villous вільозний, ворсинчастий; ~ adenoma вільозна аденома, ~ atrophy ворсинчаста атрофія, ~ type dysplasia ворсинчаста дисплазія.

viral вірусний, ~ gastroenteritis вірусний гастроентерит.

visible видимий, ~ vessel видима судина.

visualizing візуалізація, ~ anatomy візуалізація анатомічної структури.

volcano-type ulceration виразкування типу вулкану, трапляється на поверхні лімфом шлунка.

volvulus заворот, sigmoid ~ заворот сигмоподібної кишки.

vomiting блювання.

W

washing промивання, змивання, ~ risk ризик рецидиву кровотечі пов'язаний із змиванням згустка з основи виразки.

web перетинка, antral ~ перетинка в антральному відділі шлунка, esophageal ~ стравохідна перетинка.

wedge resection клиноподібна резекція, ~ gastric deformity деформація шлунка після клиноподібної резекції.

“**white scar**” **stage** стадія білого рубця (при загоєнні пептичних виразок).

Williams biopsy forceps біопсійні щипці Вільямса.

withdrawal відмова.

X

xanthoma (lipid island) ксантома (ліпідний острівець), gastric ~ ксантома шлунка.

Z

Z-line Z-лінія.

Zenker's diverticula дивертикул Ценкера.

Zollinger-Ellison ulcers виразки при синдромі Золлінгера-Еліссона.

АЛФАВІТНИЙ ПОКАЖЧИК

А

- Аберантна підшлункова залоза 83
- Аденокарцинома
 - дванадцятипалої кишки 112
 - підшлункової залози 113
 - стравоходу 16, 41-45
 - товстої кишки 159, 169–172
 - фатерового сосочка (періампулярна) 112, 113
 - шлунка 85–92
- Аденома
 - з залози Бруннера 111
 - товстої кишки 156–159, 161
 - стравоходу 37
 - шлунка 81–82
 - дванадцятипалої кишки 111
- Анальний канал 127
- Ангіктазія
 - дванадцятипалої кишки 103
 - товстої кишки 144
 - шлунка 63
- Антральна слизова діафрагма (кільце) 53
- Афтозна папула 68
- Афтозно змінені складки шлунка 64
- Афтоїдна стадія хвороби Крона 152
- Ахалазія кардії 24, 25

Б

- Балонна кардіодилатація 47
- Баугінієва (ілеоцекальна) заслінка
 - варіанти 133–135, 140
 - виразковий коліт 145
 - хвороба Крона 155
- Безоар 56, 57
- Бехчета хвороба 147
- Бульбіт 103, 104

В

- Варикозне розширення вен
 - дванадцятипалої кишки 102
 - товстої кишки 145
 - шлунка 62, 63
- Варикозно розширені вени стравоходу 25–27
 - зупинка кровотечі 30–31
 - кровотеча 28–29
 - накладання кілець і лігатур 30, 31
 - склеротерапія 30

- система оцінки 29
- фактори ризику кровотечі 27–29
- “червоні знаки” 27
- Великий дуоденальний сосочок (Фатера) 98–102
- вклинений камінь 121, 122
- вуздечка 99
- каптуроподібна складка 99, 119
- папілотомія 119–123
- папілярний тип 99, 100
- півсферичний сосочок 99, 100
- поздовжня складка 99, 119
- плоский сосочок 99, 100
- рак 112, 113
- уста 101
- у дивертикулі 101, 117, 118
- Вени стравоходу - анатомія 26
- Виразка Баррета 13
- Виразка дванадцятипалої кишки 56, 105, 106, 107
 - «виразки, що цілються» 106, 107
 - перфоративна 108
 - стенозуюча 107, 113, 114
 - ускладнена кровотечею 108, 109, 113
 - у стадії загоєння 107, 108
 - фрагментована 107, 108
- Виразка шлунка 68–73
 - «білий рубець» 70
 - гастроентероанастомозу 95
 - гостра 68, 69, 73
 - злаякісна 88–90
 - Камерона 74
 - класифікація 71
 - кривавляча 74–78
 - пенетруюча 72
 - пілоричного каналу 71, 73
 - сифілітична 74
 - у стадії загоєння 69–72
 - фази загоєння 72
 - «червоний рубець» 70
- Виразка стравоходу 20
- Солітарна, прямої кишки 155
- Виразкова кровотеча – класифікація Форрест 75
- Виразковий коліт 149–152, 164, 171
 - виразкова стадія 152
 - висхідний (ретроградний) ілеїт 152
 - геморагічна стадія 149

гнійна стадія 149
 кровотеча 150
 латентна стадія 151
 помірний 151
 псевдополіпи 150, 164
 ступені активності 151
 тубуляризація 151

Виразкування
 після склеротерапії 30
 злоякісне шлунка 88–91

Вирізка (інцизура) антрального відділу шлунка 53

Висхідна кишка 132, 133, 139, 140, 142

Вміст шлунка
 “слизове озерце” 51
 з жовчю 58, 59
 при кишковій непрохідності 65

Ворсинчаста пухлина товстої кишки 158

Watermelon-шлунок (синдром «кавуна») 62

Владіння загальної жовчної і панкреатичної проток у дванадцятипалу кишку (варіанти норми) 116, 117

Г

Гарднера синдром 161

Гастрит
 атрофічний 58
 гіпертрофічний 57, 59
 еозинофільний 60
 класифікація 66
 поверхневий 58
 рефлюкс-гастрит 58, 59

Гастродуоденостомія за Жабуле 94

Гастроентероанастомоз 94, 95, 96
 виразка 95, 96
 рубцеве звуження 96

Гастропатія 58
 геморагічна 77
 гіпертрофічна 59
 класифікація 67
 реактивна 59, 65
 портальна 61, 62

Гастроскопія
 техніка 49
 J-ретрофлексія 49
 U-ретрофлексія 49, 51

Гастростома 96

Геннінга ознака 70

Гепатикоскопія 115

Герпетичний езофагіт 18

Гетеротопія слизівки шлунка в цибулині дванадцятипалої кишки 105

Глиста інвазія 146

Глікогеновий акантоз 36

Глотка 5
 дивертикул Ценкера 332

Гортань 5

Готичний кут шлунка (ознака Геннінга) 70

Грижа стравохідного отвору діафрагми — див. кила стравохідного отвору діафрагми.

Д

Дванадцятипала кишка
 ангіектазія 103

варикозне розширення вен 102
 верхній згин 97, 98
 виразка 106–108, 113
 дивертикул 101, 102
 дуоденіт 103, 104, 106
 ерозії 103, 104, 106
 зерниста слизівка 105
 непрямий маневр при дуоденоскопії 98
 нодулярна слизівка 104
 поліп 111, 112
 постбульбарний (низхідний) відділ 97
 псевдодивертикул 102, 106–108
 рак 112, 113
 техніка огляду 97–99
 цибулина 97

Дивертикули
 дванадцятипалої кишки 101, 102
 кровотеча з дивертикула 143, 144
 стравоходу епібронхіальний 32
 стравоходу наддіафрагмальний 34
 стравоходу середньої третини 34
 товстої кишки 142–144
 Ценкера 32
 шлунка 52

Дивертикуліт 143

Дивертикульоз товстої кишки 143

Дисплазія
 плоского епітелію стравоходу 14–16, 40
 слизівки шлунка 68, 85

Діатермокоагуляція
 монополярна 78
 біполярна 31, 78

Дротяно-сітчастий стент стравоходу 47, 48
 холедоха 123–124
 товстої кишки 172

Дуоденіт 103, 104

Дуоденоскопія, техніка 97–99

Дьєлафуа просте виразкування 77

Е

Езофагоєюноанастомоз 45, 46

Еметогенний езофагіт (з кровотечею) 32

Ендопротез стравоходу 47, 48

Ендоскопічна папілосфінктеротомія 119–123
 “сліпе” розсічення сосочка 119

Ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатикографія (ЕРХПГ) 117, 118, 124–126
 канюлювання загальної жовчної протоки 116–118, 120
 рентгенограми 124–126
 техніка виконання 117–119, 122

Ендоскопічний гемостаз
 накладання лігатур і кілець 30, 31
 при кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу 30, 31
 при кровотечі з виразки шлунка 78
 при кровотечі з виразки дванадцятипалої кишки 109, 110
 при синдромі Меллорі-Вейса 31
 склеротерапія 31

Ентероентероанастомоз за Брауном 95

Епібронхіальний дивертикул стравоходу 32
Ерозії

- Афтозні 63–64
- гострі 64
- дванадцятипалої кишки 103–104
- НСПЗП-асоційовані 22, 64, 73–77
- “повні” (афтозні папули) 68
- стравоходу 11–13
- шлунка 63–65, 68

З

Загальна жовчна протока, варіанти впадіння у дванадцятипалу кишку 116–117, 124
Запальні псевдополіпи 150, 155, 164
Застійна слизова оболонка шлунка 57, 61, 93
Застійна слизова оболонка дванадцятипалої кишки 103, 104
Згусток-«вартовий» 76
Зерниста слизівка дванадцятипалої кишки 105
Зернистоклітинна пухлина (стравоходу) 37
Z-лінія 6–8
Зливний езофагіт (II ступінь за Саварі-Міллером) 12, 13
Злоякісне виразкування шлунка 88, 89, 90
Змішана хітальна кила 9, 10
Зяяння (недостатність) нижнього стравохідного сфінктера 8

І

Ілеоколоанастомоз 155, 156
Інтрамуральний псевдодивертикульоз стравоходу 34
Ішемічний коліт 146, 147

К

Камерона виразка 74
Кандидозний езофагіт 16–18, 34
Канюлювання загальної жовчної протоки 117–119
Капоші (Kaposi) саркома 172
Каптуроподібна складка 99, 119
Кардія 49

- ахалазія 24
- зяяння 8
- рак 42
- спастичний нижній стравохідний сфінктер 25

Карциноід

- дванадцятипалої кишки 112
- прямої кишки 166

Кила стравохідного отвору діафрагми

- ковзна 8, 9, 10
- комбінована 9, 10
- параезофагальна 9, 10

Кишкова метаплазія слизівки шлунка 40
Кільце стравоходу 6

- типу А (м'язове) 6, 23
- Шацького 6, 13, 22, 23

Класифікація ендоскопічних знахідок при езофагіті за Саварі-Міллером 10, 12
Лос-Анджелеська 12
Клубова кишка

- норма 135, 136, 140
- хвороба Крона 154, 155
- висхідний ілеїт при виразковому коліті 152

Ковзна хітальна кила 68
Ковдена синдром 162
Коліт

- ішемічний 146, 147
- неспецифічний виразковий 149–152, 164
- променевий 147
- псевдомембранозний 148
- при хворобі Крона 152–156
- цитомегаловірусний 149
- сальмонельозний 148
- індукований нестероїдними протизапальними препаратами (НСПЗП) 148

Конкремент

- видалення 119–122
- вклинений у фатеровому сосочку 121, 122
- “колонка” конкрементів 122
- холедохолітоекстракція 121, 122

Кривавляча виразка 74–76, 108, 109, 113
Кровотеча

- геморагічна гастропатія 77
- дивертикулярна 143, 144
- з варикозно розширених вен 25–27
- з виразки дванадцятипалої кишки 108, 109
- з виразки шлунка 74–76, 78
- з розриву Меллорі-Вейса 31
- капілярна, при ерозивному гастриті 65
- НСПЗП-асоційована 77
- при виразковому коліті 150
- зупинка 30, 31, 78, 110
- під час поліпектомії 167
- Крона (Crohn) хвороба – див. хвороба Крона

Кронкайт-Канада синдром 162
Ксантома (ксантелазма) шлунка 78
Кукса шлунка

- рак 92
- резекція за Більрот I 93
- резекція за Більрот II 94, 95

Кут шлунка 49, 52, 53, 70

Л

Лазерний гемостаз 78
Лейоміома

- сліпої кишки 165
- стравоходу 39
- шлунка 82

Лімфома

- ободової кишки 172
- шлунка 60, 92, 93

Лімфофолікулярна гіперплазія слизівки шлунка 59
дванадцятипалої кишки 104
Лімфоцитарний папульозний гастрит 65
Linitis plastica 91
Ліпома

- стравоходу 38
- товстої кишки 165
- цибулини дванадцятипалої кишки 110

М

Малий дуоденальний сосочок 101
Мальтома (MALT-лімфома) 93
Меланоз товстої кишки 145
Меллорі-Вейса синдром (розрив) 31

Містки слизівки товстої кишки 150

Н

Наддіафрагмальний дивертикул стравоходу 34
 “Неповний” дивертикул шлунка 52
 Неспецифічний виразковий коліт – див. виразковий коліт
 Нижній стравохідний сфінктер 7, 8
 Низхідна частина ободової кишки 130, 131, 137, 138, 141
 Нодулярний дуоденіт 104
 Нориця
 міжпетельна при хворобі Крона
 стравохідно-трахеальна 48
 холедоходуоденальна 118
 Нормальна слизова оболонка шлунка 50–54, 60
 стравоходу 5–7
 товстої кишки 128–134, 140–142
 клубової кишки 135, 136
 дванадцятипалої кишки 97–99
 НСПЗП (нестероїдні протизапальні препарати) 22, 67, 73, 148

О

Опік
 стравоходу хімічний 21, 36
 шлунка хімічний 74

П

Папілома стравоходу 38
 Папули, папульозна гастропатія 65
 Парагангліома 112
 Парадоксальний рух уперед при дуоденоскопії 99
 при колоноскопії 137, 140
 Параезофагальна кила 9, 10
 Пейтца-Єгерса синдром 161
 Перетинка стравоходу 23
 “Перець з сілью”, вигляд цибулини дванадцятипалої кишки 104
 Перфоративна виразка 72
 Перфорація стравоходу 18, 21, 32
 Петехії шлунка 61
 Печінковий згин ободової кишки 131, 132, 139, 141
 Підритий рак (злоякісне виразкування) стравоходу 42–44
 товстої кишки
 шлунка 87
 Підшлункова залоза аберантна 83
 рак 113, 126
 хронічний панкреатит
 Пілоричний відділ шлунка 54
 Пілоропластика за Гейнеке-Мікулічем 93
 Післявиразковий рубець цибулини дванадцятипалої кишки 108 у шлунку 70
 Плоский (інфільтративний) рак стравоходу 42
 шлунка 60, 91, 92
 товстої кишки

Плоскоклітинна карцинома стравоходу 39, 42, 43, 46

Поліп стравоходу аденоматозний 37
 гіперпластичний 37
 фіброваскулярний 38
 Поліп товстої кишки аденоматозний 156–161
 DALM 164
 тубулярна аденома 157, 166
 тубуло-вільозна аденома 157, 158
 вільозна аденома 158
 на ніжці 157, 160, 169
 на широкій основі 156–160
 ювенільний 160
 гамартомний 159–162
 гіперпластичний 159, 160
 малігнізований 159, 162, 169
 з кровотечею 162
 поліпектомія 166–168
 запальні псевдополіпи 164

Поліп шлунка 79–82
 аденоматозний 79, 81, 82
 гігантський 81
 гіперплазіогенний 79
 гіперпластичний 79, 80
 з виразкуванням 81
 з фундальних залоз 80
 фовеолярна гіперплазія 79

Поліпектомія зі шлунка 83, 84
 з товстої кишки 166–168
 помилки і ускладнення 167, 168

Поліпоз товстої кишки дифузний аденоматозний (сімейний) 159–161
 шлунка 62, 80
 ювенільний 160

Поліпозні синдроми 163
 Гарднера 161
 Пейтца-Єгерса 161
 Кронкайт-Канада 162
 Ковдена 162

Поперечна ободова кишка 131, 132, 139

Променевий коліт 147
 Просте виразкування Дьєлафуа 77

Пряма кишка 136
 анатомія 127
 анальний канал 127
 надампулярна частина 128
 рак 171
 х'юстонові складки 128

Псевдодивертикули цибулини дванадцятипалої кишки 102, 107, 108
 стравоходу наддіафрагмальні 34

Псевдодивертикульоз інтрамуральний стравоходу 34

Псевдокіста підшлункової залози 51

Псевдомембранозний коліт 148

Псевдополіп (виріст слизівки) стравоходу 37

Пухлинний стеноз стравоходу 24, 45

товстої кишки 171, 172
шлунка 56

Р

Рак дванадцятипалої кишки 112
Рак прямої кишки 171
Рак стравоходу 40–45
випнутий (бородавчастий) 42
обструкція стравоходу 44, 45
підритий 43–44
плоский (інфільтративний) 42
поліпоподібний 42
припіднятий (білий) ранній 39
червоний (заглиблений) ранній 39
Рак товстої кишки 40
ворсиноподібна форма 170
грибоподібний 170
екзофітний 169, 170
ендофітний 170, 171
малігнізований поліп 159, 162, 169
in situ 169
підритий (з виразкуванням) 170
стенозуючий 171, 172
Рак шлунка 40, 60, 84, 85–92
виразковий 88–90
дифузного типу 85
інфільтративний 60, 91, 92
інфільтративно-виразковий 90, 91
кардіального відділу 88
кишкового типу 85
класифікація за Borrmann 88
класифікація за Lauren 85
кукси шлунка 92
пілоричного відділу 89
поліпоподібний 88
ранній, вдавнений 86
ранній, випнутий 84
ранній, класифікація 86
ранній, заглиблений (підритий) 87
ранній, плескатиий 86
ранній, припіднятий 85
стенозуючий 89
тіла шлунка 90
Резекція слизівки при ранньому раку 87
Ректосигмоїдний перехід 128, 136
Рефлюкс-гастрит 58, 59
Рефлюкс-езофагіт 8, 10, 11, 20, 40
виразка Баррета 13, 40
гастроезофагальний рефлюкс 8, 10
зливний езофагіт (II ступінь за Саварі-Міллером) 12, 13
класифікація ендоскопічних знахідок при езофагіті 10, 11, 12
лінійний езофагіт (I ступінь за Саварі-Міллером) 11
стенозуючий езофагіт (IV ступінь) 13, 14
сторожова складка 11
стравохід Баррета 14–16
циркулярний езофагіт (III ступінь за Саварі-Міллером) 13
Розрив Меллорі-Вейса 31

С

Саварі-Міллера (Savari-Miller) класифікація важкості езофагіту 10, 11, 12
Сальмонельозний коліт 148
Саркома Капоші 172
Селезінковий гин ободової кишки 131, 139
Сигмоподібна кишка 128–130, 136–141
Симптом шельфу (при раку шлунка) 91
Синдром
Золлінгера-Еллісона 60
Рендо-Вебера-Ослера 63, 145
Меллорі-Вейса 31
Сифіліс 242
Склеродермія
ураження стравоходу 20
ураження шлунка 67
Склеротерапія 30, 78
виразкування 30
Сліпа кишка 134, 139, 165
Солітарна виразка прямої кишки 155
Спастичний нижній стравохідний сфінктер 25
Стан після гастректомії 45, 46
Status mamillaris 59
Стейкхауз-синдром 35
Стеноз
воротаря 56
пухлинний стравоходу 24, 44, 45
пухлинний товстої кишки 171, 172
цибулини дванадцятипалої кишки 107, 113, 114
Стенозуючий езофагіт (IV ступінь) 13, 14
Стент
холедоха
стравоходу 47, 48
товстої кишки
Сторожова складка 11
Сторонне тіло
стравоходу 33, 35, 36
шлунка 57
Стравохід
абдомінальний відділ 7
аденокарцинома 16, 41–43, 45
аортальне звуження 5
ахалазія кардії 24, 25
Баррета 14–16, 40
варикозно розширені вени стравоходу (ступені) 26, 27, 29
вени стравоходу 25–28
верхня третина грудного відділу 5
вхід 5
глікогеновий акантоз 36
грудний відділ 5, 6
дивертикул наддіафрагмальний 34
дивертикул середньої третини (епібронхіальний) 33, 34
Z-лінія 6–8
інтрамуральний псевдодивертикульоз 34
кرواتоча з варикозно розширених вен 28, 29
лейоміома 39
ліпома 38
нижній стравохідний сфінктер 7, 8, 25
опік хімічний 20, 21, 36

папілома 38
 перетинка 23
 плоскоклітинний рак 39, 40
 поліп 37, 38
 псевдодивертикул 14, 32
 псевдополіп 37
 спастичний нижній стравохідний сфінктер 25
 стороннє тіло 33, 35, 36
 стравохідний отвір діафрагми 6
 стравохідно-шлункове з'єднання 6, 7
 хвороба Крона 21
 шлунково-стравохідний пролапс 8
 Стравохідно-трахеальна норича 48
 Стравохідно-шлункове з'єднання 6, 7
 Структура стравоходу 20, 21, 23, 24, 34, 35
 з виразкуванням 24
 опікова 20–22, 36
 проста 23

Т

Телеангіектазія 63, 103, 145, 147
 Термінальний відділ клубової кишки 135, 136, 140
 Термозонд 110
 Техніка колоноскопії 136–140
 альфа-маневр 138
 випрямлення і зборювання сигмоподібної
 кишки 136–138
 підйом і випрямлення поперечнободової
 кишки 139
 Тіло шлунка 49, 50
 виразка 73
 задня стінка (“шлунок у формі клеписдри”) 50
 нормальні складки 50
 рак 90

Ф

Фактори ризику кровотечі з варикозно розширених
 вен стравоходу 27–29
 Флебктазія 25
 Фундоплікація 46, 47

Х

Хвороба Бехчета 147
 Хвороба Менетріє 60
 Хвороба Крона 147, 152–156
 афтоїдна стадія 152
 виразкова стадія 152, 153
 втрата гаустрації (“тубуляризація») 154
 Норича між петлями кишки 154
 псевдополіпи 155
 слизівка з виглядом бруківки 21, 153, 155
 стенозуюча стадія 153
 стравоходу 21
 ступені активності 153
 ураження термінального відділу клубової
 кишки 154, 155
 Холангіт 115
 Холодоходуоденоанастомоз 114, 115
 Холецистопанкреатохолангіографія 124, 126
 норма 124
 рак головки підшлункової залози 113, 126
 стенозуючий папіліт 115
 холодохолітіаз 124, 125

хронічний панкреатит 125
 Хромоскопія 14, 15, 40, 41, 68, 169

Ц

Ценкера дивертикул 32
 Циркулярний езофагіт (III ступінь за Саварі-
 Міллером) 13
 Цитомегаловірусний (ЦМВ) езофагіт 19
 Цитомегаловірусний коліт 149

Ч

Червоподібний відросток 133, 134, 140

Ш

Шацького (Shatski) кільце стравоходу 6, 13, 22, 23
 Шлунково-стравохідне з'єднання 7
 Шлунково-стравохідний пролапс 8
 Шлунок
 атрофія слизівки 58
 аденокарцинома 92
 антральна слизова діафрагма 53, 54
 антральний відділ 49, 50, 52, 53
 безоар 56, 57
 виразка 68–78
 вирізка (інцизура) 53
 воротар 52–56
 watermelon-синдром 62
 гастрит 58, 59, 65, 66
 гастропатія 58, 59, 61, 67, 77
 гастроентеростомія 93–96
 гастростома 96
 дивертикули 52
 дно (склепіння) шлунка 49, 51
 ерозії 63–65
 застійна слизова оболонка 57, 61
 кишкова метаплазія 68
 кровотеча 74–78
 ксантома 78
 кукса 59, 93
 кут 49, 52, 53, 70
 лейоміома 82, 83, 93
 лімфома 60, 92, 93
 linitis plastica 91
 мальтома 93
 “неповний” дивертикул 52
 перистальтична хвиля 50
 петехії 61
 пілоричний відділ 54–56
 поліп 79–82
 портальна гастропатія 61, 62
 ранній рак 84–86
 рак 40, 60, 84–92
 сифілітична виразка 74
 стискання ззовні 51
 стороннє тіло 57
 «шкіряної пляшки» вигляд 91
 шлунковий вміст («слизове озерце») 51
 ятрогенні пошкодження слизівки 73, 77
 Шовна лігатура 96, 114, 115

Я

Ятрогенні пошкодження слизівки шлунка 73, 77

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Бабак О. Я., Фадеенко Г. Д. Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь. Киев: Интерфарма 2000, 176 с.
2. Григор'єв П. Я., Стародуб Є. Л., Яковенко Є. Л. та ін., Хвороби органів травлення: діагностика і лікування. Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. 446 с.
3. Диагностика и лечение кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта с использованием эндоскопических вмешательств. Методические рекомендации МЗ Российской Федерации. Панцирев Ю. М., Федоров Е. Д. и др. М.: Бизнес-школа Интел-Синтез, 2001. 48 с.
4. Ивашкин В. Т., Трухманов А. С. Болезни пищевода. М., Триада-Х, 2000, 180 с.
5. Коваленко В. Л., Куренков Е. Л., Кокшаров В. Н. Патоморфология и морфогенез приобретенных эпителиальных образований желудка. Челябинск, 2001, 344 с.
6. Ковальчук Л. Я., Спіженко Ю. П., Саєнко В. Ф. та ін. Клінічна хірургія (у 2-х тт.) (керівництво) Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. 83,6 др. арк.
7. Луцевич Э. В. Астапенко В. Г., Белов И. Н. Руководство по гастроинтестинальной эндоскопии. Минск. Высшая школа, 1990.
8. МакНелли П. Р. Секреты гастроэнтерологии. М.: Бином, 2001, 1024 с.
9. Онкологія. Під ред. Білінського Б. Т. Львів: Медицина світу, 1998, 310 с.
10. Панцырев Ю. М., Галлингер Ю. И. Оперативная эндоскопия. М.: Мед-на, 1984. 245 с.
11. Пономарев А. А., Курыгин А. А. Редкие неопухольевые заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Л.: 1987, 232 с.
12. Романов В. А. Эндоскопический атлас. М.: Миклош, 1996, 208 с.
13. Руководство по клинической эндоскопии. Под ред. Савельева В. С., Буянова В. М., Лукомского Г. И. М., Мед-на, 1985, 544 С.
14. Саєнко В. Ф., Кондратенко П. Г., Семенюк Ю. С. Велигоцкий Н. Н., Калита Н.Я. Диагностика и лечение острого кровотечения в просвет пищеварительного канала. Ровно: 1997, 384 с.
15. Тамулевичюте Д. И., Витенас А. М. Болезни пищевода и кардии. М.: Мед-на, 1986, 224 с.
16. Эндоскопия пищеварительного тракта / Назаров В. Е., Солдатов А. И., Лобач С. М. и др., М.: Триада-Фарм, 2002, 180 с.
17. Эндоскопия пищеварительной системы. Минимальная стандартная терминология. Ред. Дельво М., Корман Л., Федоров Е. Д., М.: Бизнес-школа Интел-Синтез, 2001. 80 с.
18. Baillie J. Gastrointestinal endoscopy. Basic Principles and Practice. Butterworth-Heinemann Ltd Oxford 1992, 150 P.
19. Blackstone M. O. Endoscopic interpretation. NewYork: Raven Press; 1984.
20. Bohnacker S., Maydeo A., Soehendra N. Variceal Bleeding and Portal Hypertension: Still a Therapeutic Challenge? // Endoscopy. – 1999. – Vol. 31.- N1. -P26-37
21. Bond J.H. Polyp guideline: diagnosis, treatment, and surveillance for patients with colorectal polyps // Am. J. Gastroenterol. 2000 Nov, 95(11): 3053-63.
22. Canto M. I. Staining in Gastrointestinal Endoscopy: the Basics // Endoscopy. – 1999. – Vol. 31.- N6.-P.479-486
23. Diagnosis and Management of Diverticular Disease of the Colon in Adults. Practical Guidelines 1999: Vol. 94; N 11, P. 3110-3121
24. Diseases of the Colon, Rectum and Anal Canal / Ed. J. B. Kirshner and R.G. Shorter, Willims and Wilkins, Baltimore, 1988 726 P.
25. Endoscopic Diagnosis in Gastroenterology / Z. Margatk. With contributions by members of the OMED Terminology Committee. 4th extended and illustrated ed. – Bad Homburg; Englewood, N.J. NORMED Verl., 1999.
26. Falk G. W. Reflux Disease and Barrett's Esophagus // Endoscopy. – 1999. – Vol. 31.- N1.-P.9-16
27. Gastrointestinal pathology Ed. H. Golbman, H. Appelman, N.Kaufman. Williams & Wilkins: 1990, 386 p.
28. Holslege A. Endoscopie von Magen und Duodenum. Falk Foundation, Freiburg, 1995
29. Inoue H., Tani M., Nagai K. et al. Treatment of Esophageal and Gastric Tumors // Endoscopy. – 1999. – Vol. 31.- N1.-P.47-55
30. Kassem A. M. Gastrointestinal Bleeding // Endoscopy. – 2000. – Vol. 32.- N 11.- 845-849.

31. Kida M. Endoscopic Tumor Diagnosis and Treatment // Endoscopy. – 2000. – Vol. 32.- N 11.- 836-844.
32. Larson M. V. Adenomatous polyps of the colon: surveillance and treatment. // Contemporary Internal Medicine. 1997 Sept., 9(9)
33. Meier P. N. ERCP Topics // Endoscopy. – 2000. – Vol. 32.- N 11.- 863-874.
34. Rex D. C. Colon Tumors and Colonoscopy // Endoscopy. – 2000. – Vol. 32.- N 11.- 874-883.
35. Rollhauser C., Fleisher D. E. Ulcers and Nonvariceal Bleeding // Endoscopy. – 1999. – Vol. 31.- N1.-P19-25
36. Rosch T. Gastroesophageal Reflux Disease // Endoscopy. – 2000. – Vol. 32.- N 11.- 826-835.
37. Shim C.-S. Endoscopic Mucosal Resection: An Overview of the Value of different Techniques // Endoscopy. – 2001. – Vol. 33.- N 3.- 271-275.
38. Shim C. S. Staining in Gastrointestinal Endoscopy: Clinical Application // Endoscopy. – 1999. – Vol. 31.- N6.- P.487-496
39. Silverstain F. E., Tytgat G. N. J. Endoskopia przewodu pokarmowego. Krakow, Medycyna Praktyczna, 1998, 372 s.
40. Silvis S. S. Therapeutic Gastrointestinal Endoscopy. New York, Igaku-Shoin, 1990, 420 p.
41. The esophagus (Ed. Donald O. Castell) Little, Brok and Co. 1995. 812 p.
42. Yamada T. Textbook of gastroenterology, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott, 1995.

Web-ресурси

1. Martin D. M., Atlanta South Gastroenterology. Atlas of Gastrointestinal Endoscopy. www.endoatlas.com
2. The GASTROLAB Image Gallery. The GASTROLAB Endoscopy Picture Archives www.gastrolab.net
3. Freitag A. Atlas of Gastroenterology Endoscopy. www.endoscopisher-atlas.de
4. Sulbaran F. Atlas Endoscopy of Gastrointestinal Diseases http://www.luz.vc/ICA/Atlas_med
5. Atlas of Digestive Endoscopy. <http://www.nghd.pt/atlas/atlas.htm>

Навчальне видання

Кімакович Віктор Йосипович, д. мед. н., професор
Грубнік Володимир Володимирович, д. мед. н., професор
Мельниченко Юрій Олександрович, к. мед. н.
Тумак Ігор Миколайович, к. мед. н.

Діагностична і лікувальна ендоскопія травного каналу Атлас

Художньо-технічний редактор
Зиновій Матчак

Комп'ютерна верстка
Мирослав Дуб, Михайло Сенчишин

Формат 70x100/16. Друк офсетний
Гарнітура «Прагматика».
Обл. вид. арк. 10,97. Ум. друк. арк. 16,85

Видавництво «МС». Львів, 79017, вул. Родина Крушельницьких, 14
Тел. (0322) 75-51-12. Факс 97-66-39
Е-пошта: msvitu@mail.lviv.ua. www.msvitu.lviv.ua

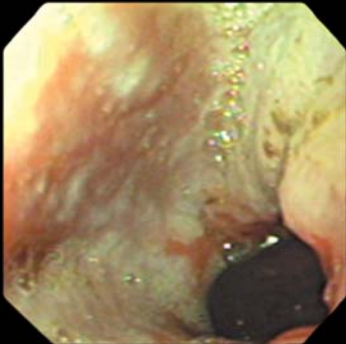
За редакцією

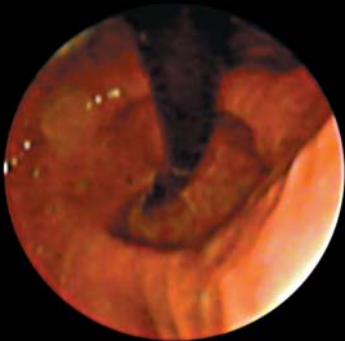
В.Й. Кімаковича, В.В. Грубніка

ДІАГНОСТИЧНА І ЛІКУВАЛЬНА ЕНДОСКОПІЯ ТРАВНОГО КАНАЛУ



Видавництво
«Мс»

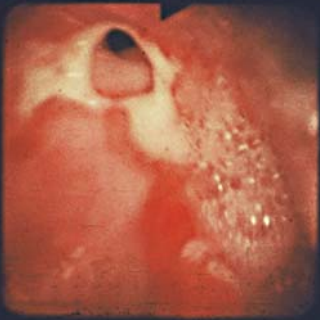






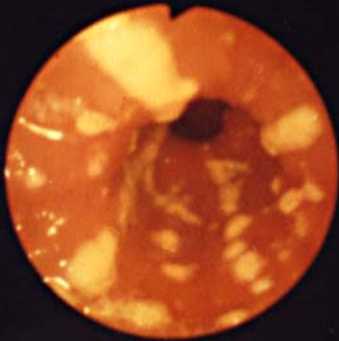
























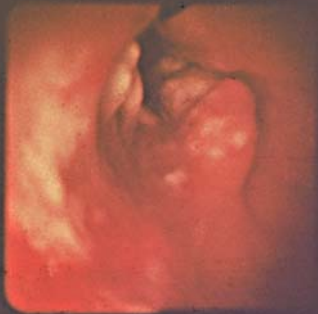




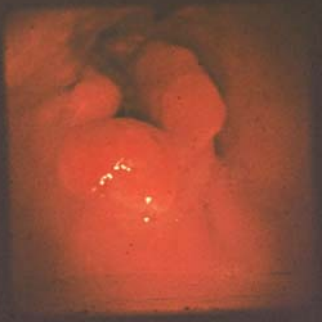




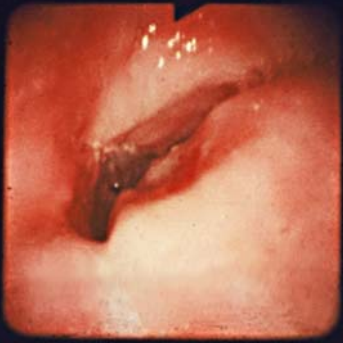








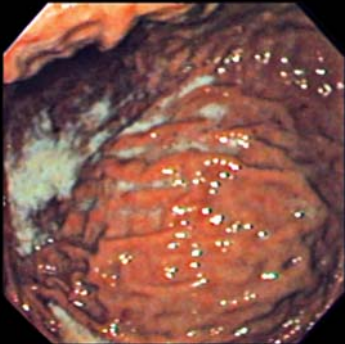






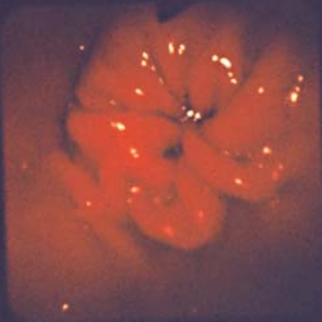






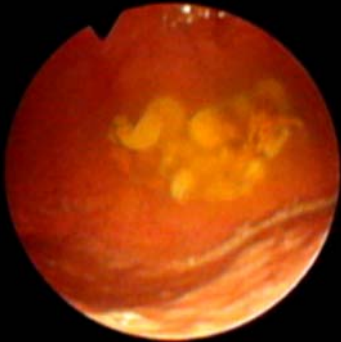




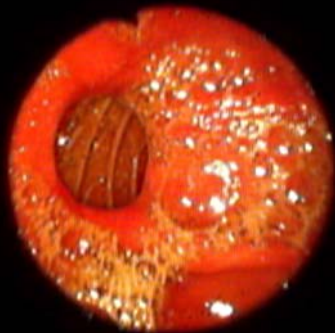


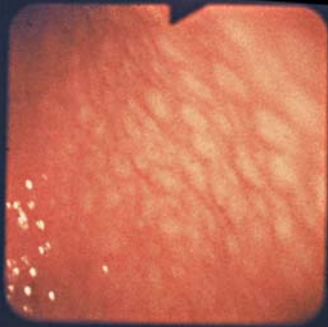






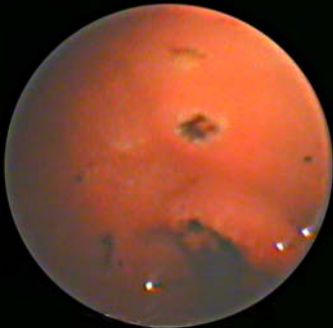
















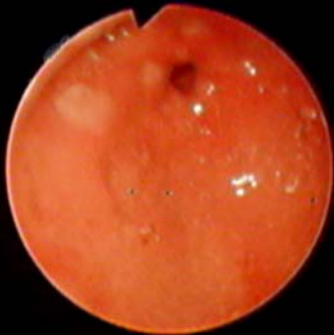


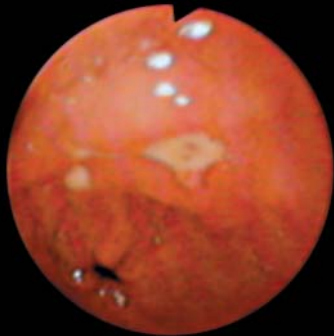




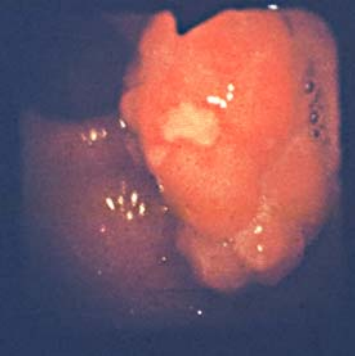










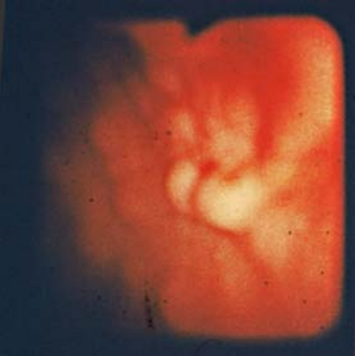




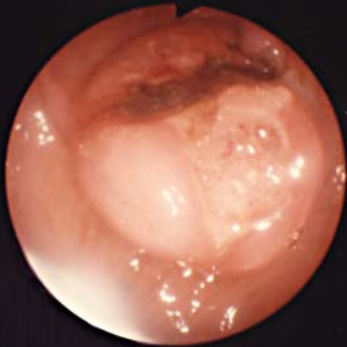












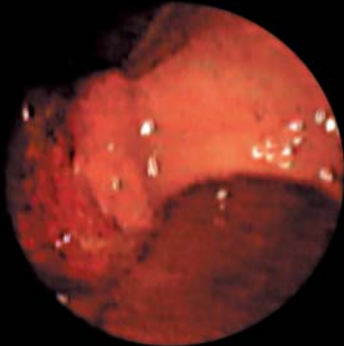




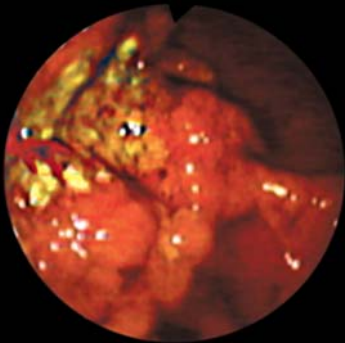












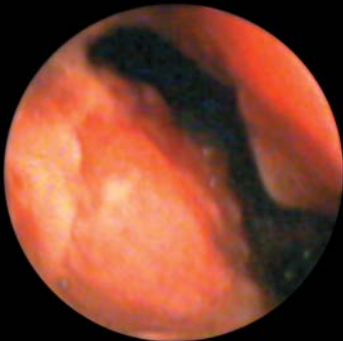


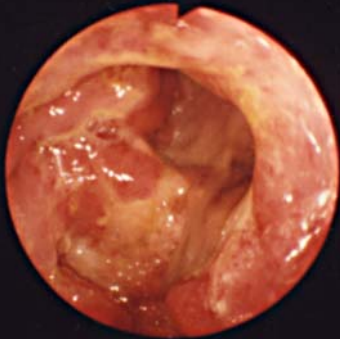


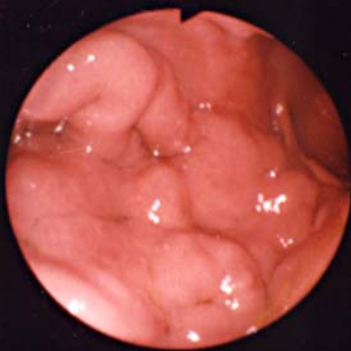






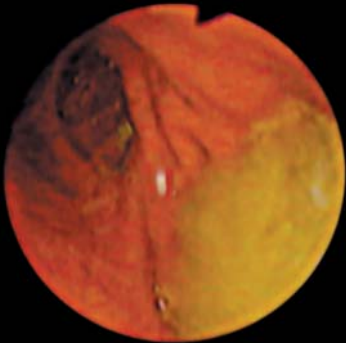




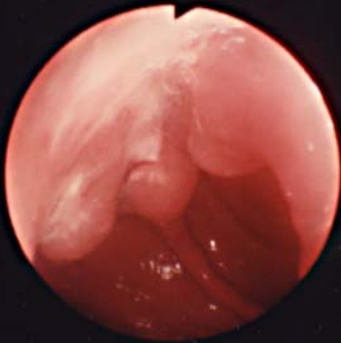


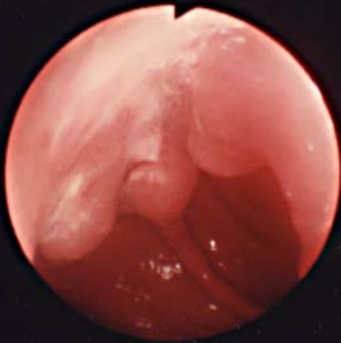








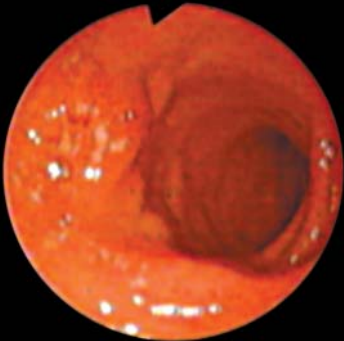


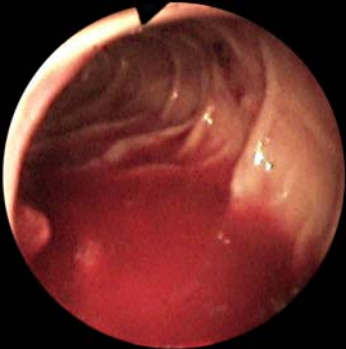








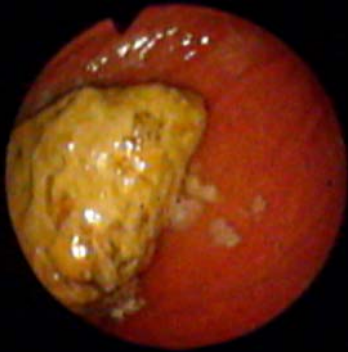


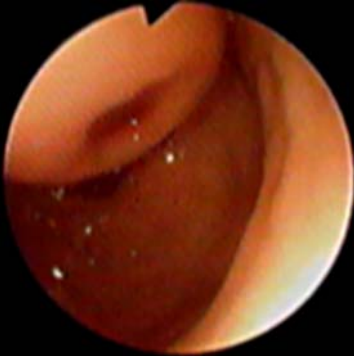






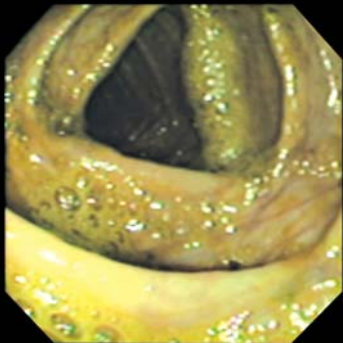


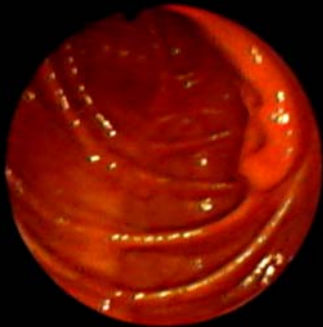




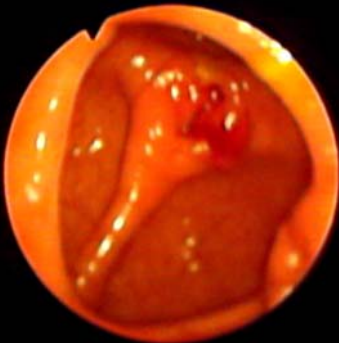










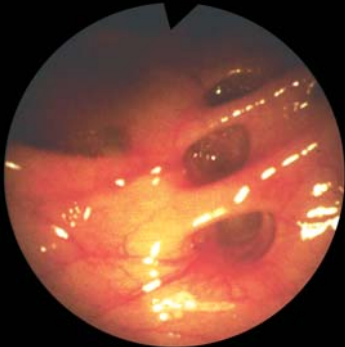


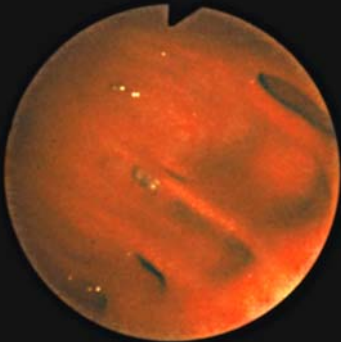


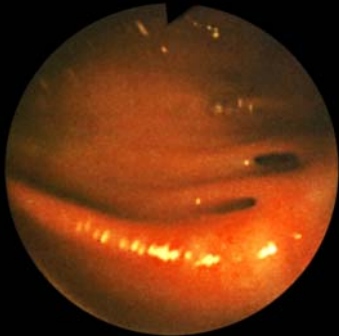






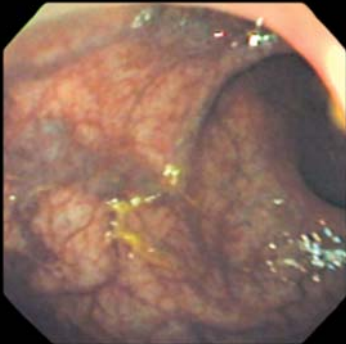


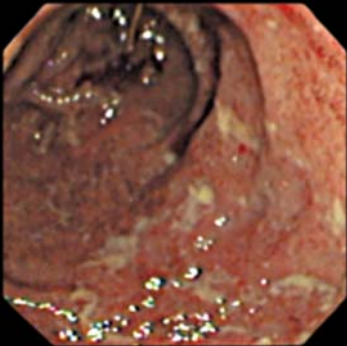


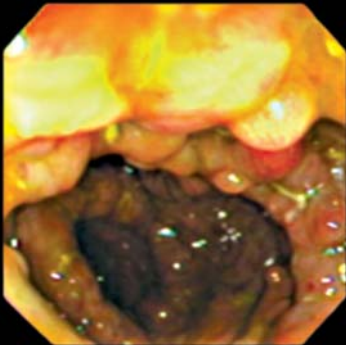




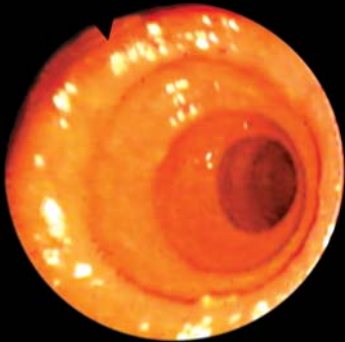




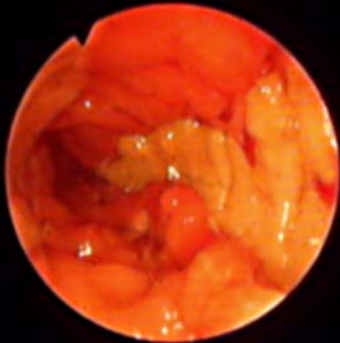






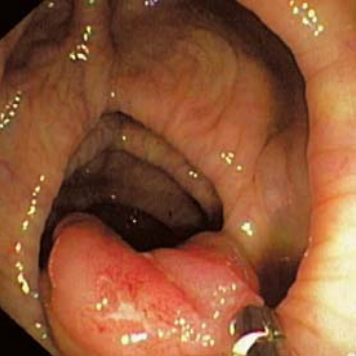


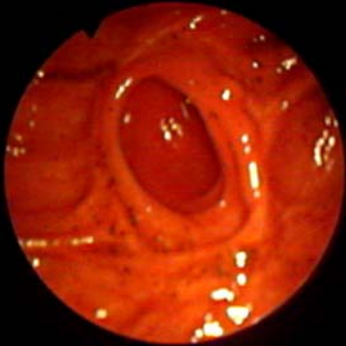




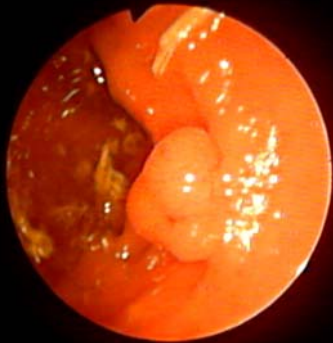




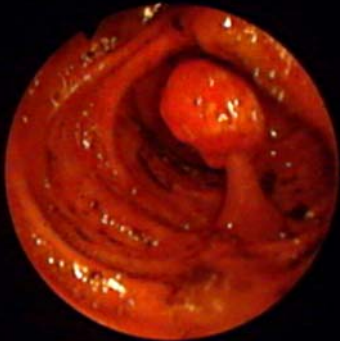






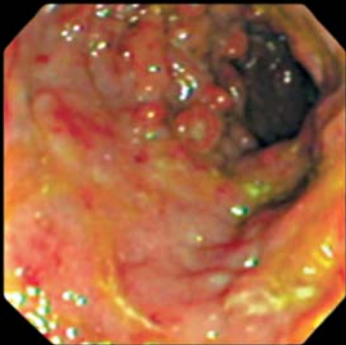






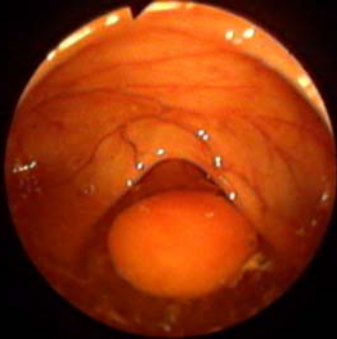


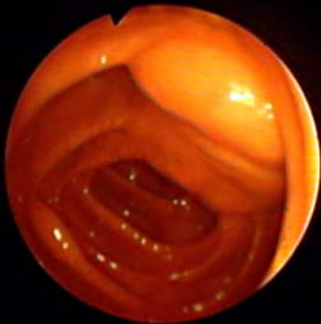




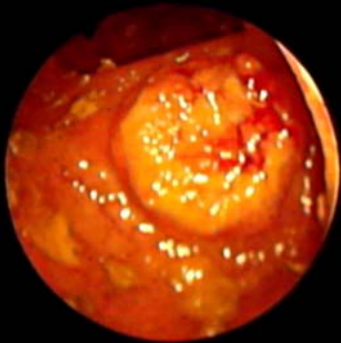




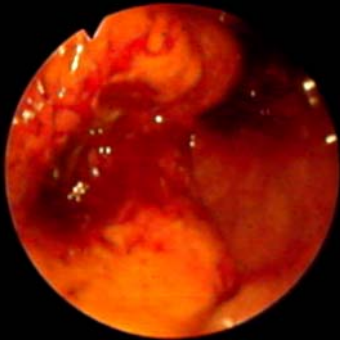


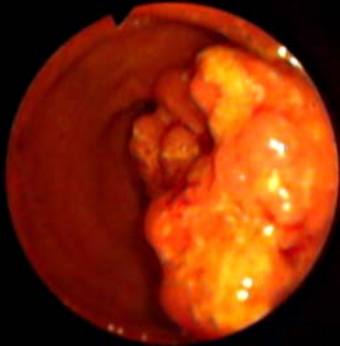










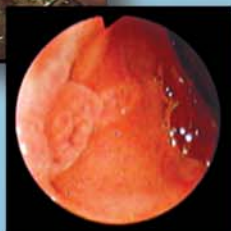








ДІАГНОСТИЧНА І ЛІКУВАЛЬНА ЕНДОСКОПІЯ ТРАВНОГО КАНАЛУ



АТЛАС



OLYMPUS



 **IPSEN**
Innovation for patient care



AstraZeneca 



RANBAXY

