

ЕНДОСКОПІЯ ТРАВНОГО ТРАКТУ

**МІНІМАЛЬНА СТАНДАРТНА
ТЕРМІНОЛОГІЯ**

ЕНДОСКОПІЯ ТРАВНОГО ТРАКТУ

МІНІМАЛЬНА СТАНДАРТНА ТЕРМІНОЛОГІЯ (МСТ)

DIGESTIVE ENDOSCOPY

MINIMAL STANDARD TERMINOLOGY©

Senior Editor: Michel Delvaux MD, CHU Rangueil, F31403 Toulouse Cédex 04, France

ASGE Editor: Louis Y. Korman, M.D. Veterans Administration Medical Center, Washington, DC, 20422 USA.

Status: Version 2.0g Proposed

Date: June 6, 1998

Source: Committee For Minimal Standard Terminology

**Видання українською мовою під редакцією В.І.Нікішаєва.
Т.М.Дзвонківський, О.О.Врублевська, І.І.Лемко, В.В.Бойко.**

Авторське право: європейське товариство гастроінтестинальної ендоскопії (ESGE). Усі права захищені.

Ця передмова повинна бути відображена на кожній копії МСТ, на всіх посібниках і інших матеріалах, які використовують МСТ, включаючи електронні засоби інформації (диски, CD, і т.д.) і додаватися до файлів тексту, завантажених на ці диски чи на Інтернет. Цим самим надається можливість без письмового дозволу, ліцензії чи ліцензійного платежу, використовувати, копіювати або поширювати Мінімальну Стандартну Термінологію (МСТ) для будь-яких цілей, з обов'язковою вказівкою авторського права на будь-яких копіях МСТ при дотриманні наступних умов.

Мета МСТ полягає в тому, щоб створити стандартну термінологію для використання лікарями-ендоскопістами при описі ендоскопічної картини і формулюванню ендоскопічного висновку.

Користувачі МСТ повинні виконувати наступні умови:

- Включати повідомлення про авторське право і терміни, що використовуються в будь-яких копіях МСТ, котрі вони поширюють.
- Не змінювати зміст таблиць, створених в МСТ. Користувачі мають право додавати свої власні графи до існуючої бази даних, якщо вони хочуть внести додаткову інформацію. Якщо нова інформація, котра відповідає даним вимогам, додана до МСТ, то ця інформація повинна бути визначена як додаткова, що не входить в оригінальну версію МСТ. Дана вказівка полегшує обмін інформацією і не створює додаткових термінів.

ЗМІСТ

1.0	ПЕРЕДМОВА.	
2.0	ВСТУП	
2.1	Загальні положення.	
2.2	Ознаки, додаткові характеристики ознак і їхня локалізація.	
2.3	Використання складних термінів.	
2.3.1	Стеноз.	
2.3.2	Червона слизова оболонка, еритема, застійна слизова оболонка, гіперемія.	
2.3.3	Склероз слизової оболонки.	
2.3.4	Ерозія, афта.	
	Пухлина, маса.	
2.3.5	Ангіоектазія.	
2.3.6	Рубець.	
2.3.7	Оклюзія, обструкція.	
2.3.8	Звирозкована слизова оболонка.	
2.4	Локалізація поражень: принципи та рішення.	
2.4.1	Загальні принципи.	
2.4.2	Рішення щодо складних локалізацій.	
2.4.2.1	Кардія, стравохідний отвір діафрагми, нижній стравохідний сфінктер.	
2.4.2.2	Дно шлунка, тіло шлунка й антрум.	
2.4.2.3	Жовчовивідні протоки.	
3.0	СТАНДАРТНА ЕНДОСКОПІЧНА АНАТОМІЯ	
3.1	Можливості	
3.2	Анатомічні ділянки	
3.2.1	Верхні відділи шлунково-кишкового тракту.	
3.2.2	Товстий кишечник.	
3.2.3	ЕРХПГ.	
3.3	Характеристики дослідження.	
3.3.1	Принципи і можливості.	
3.3.2	Список термінів, що описують протяжність дослідження.	
4.0	СТАНДАРТНІ ЕНДОСКОПІЧНІ ТЕРМІНИ.	
4.1	Можливості	
4.1.1	Загальні поняття.	
4.1.2	Додаткові характеристики ознак та їх локалізація.	
4.2	Список термінів для езофагогастродуоденоскопії.	
4.2.1	Список термінів для стравоходу.	
4.2.2	Список термінів для шлунку.	
4.2.3	Список термінів для дванадцятипалої і худої кишок.	
4.3	Список термінів для колоноскопії.	
4.4	Список термінів для ЕРХПГ.	
4.4.1	Список термінів для дванадцятипалої кишки.	
4.4.2	Список термінів для великого дуоденального сосочка.	
4.4.3	Список термінів для малого дуоденального сосочка.	
4.4.4	Список термінів для підшлункової залози.	
4.4.5	Список термінів для жовчовивідних шляхів.	
4.5	Додаткові діагностичні і лікувальні процедури.	
4.6	Ускладнення.	
5.0	ПОКАЗИ ДО ПРОВЕДЕННЯ ЕНДОСКОПІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.	
5.1	Можливості.	
5.2	Покази до дослідження.	
5.2.1	Покази до ендоскопії верхнього відділу шлунково-кишкового тракту.	
5.2.2	Покази до ендоскопії нижнього відділу шлунково-кишкового тракту.	
5.2.3	Покази до ЕРХПГ.	
6.0	ЗАКЛЮЧЕННЯ (Ендоскопічний діагноз).	
6.1	Можливості.	
6.2	Список висновків для верхнього відділу шлунково-кишкового тракту.	
6.2.1	Стравохід.	
6.2.2	Шлунок.	
6.2.3	Дванадцятипала кишка.	
6.3	Список висновків для нижнього відділу шлунково-кишкового тракту.	

6.4	Список висновків для ЕРХПГ.	
6.4.1	Підшлункова залоза.	
6.4.2	Жовчовивідні шляхи.	
7.0	ЛІТЕРАТУРА.	
8.0	ІСТОРІЯ ПЕРЕГЛЯДУ.	
9.0	ІНФОРМАЦІЙНИЙ ДОДАТОК.	
1.0	Доповнення до перегляду.	
2.0	Доповнення до МСТ версії 2.0.	
2.1	Загальні коментарі.	
2.2	Зміни в МСТ.	

Таблиці

Таблиця 1.	Терміни ендоскопічної анатомії верхнього відділу шлунково-кишкового тракту.	
Таблиця 2.	Терміни ендоскопічної анатомії товстого кишечника.	
Таблиця 3.	Терміни ендоскопічної анатомії жовчовивідних шляхів та підшлункової залози (ЕРХПГ).	
Таблиця 4.	Терміни, що описують протяжність і обмеження дослідження для гастродуоденоскопії і колоноскопії.	
Таблиця 5.	Терміни обмеження, що описують протяжність і дослідження при ЕРХПГ.	
Таблиця 6.	Терміни для стравоходу.	
Таблиця 7.	Терміни для шлунку.	
Таблиця 8.	Терміни для дванадцятипалої кишки.	
Таблиця 9.	Терміни для товстого кишечника.	
Таблиця 10.	Терміни для великого дуоденального сосочка.	
Таблиця 11.	Терміни для малого дуоденального сосочка.	
Таблиця 12.	Терміни для підшлункової залози.	
Таблиця 13.	Терміни для жовчовивідних шляхів.	
Таблиця 14.	Терміни для додаткових діагностичних і лікувальних процедур.	
Таблиця 15.	Терміни для ускладнень.	
Таблиця 16.	Покази для дослідження верхнього відділу шлунково-кишкового тракту.	
Таблиця 17.	Покази для дослідження нижнього відділу шлунково-кишкового тракту.	
Таблиця 18.	Покази для виконання ЕРХПГ.	
Таблиця 19.	Список заключень для стравоходу.	
Таблиця 20.	Список заключень для шлунку.	
Таблиця 21.	Список заключень для дванадцятипалої кишки.	
Таблиця 22.	Список заключень для товстої кишки.	
Таблиця 23.	Список заключень для підшлункової залози.	
Таблиця 24.	Список заключень для жовчовивідних шляхів.	

Визначення, символи і скорочення

ASGE	Американське товариство гастроінтестинальної ендоскопії
ESGE	Європейське товариство гастроінтестинальної ендоскопії
OMED	Всесвітня організація ендоскопії травного тракту
ERCP (ЕРХПГ)	Ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія
EGD (ЕГДС)	Езофагогастродуоденоскопія

1.0 Передмова.

МСТ версія 2.0 була підготовлена комітетом з термінології європейської спілки гастроінтестинальної ендоскопії і комітетом інформації американської спілки гастроінтестинальної ендоскопії. Через розходження в стандартних показах для досліджень і стандартних діагнозів у Сполучених Штатах ці розділи не були офіційно схвалені ASGE, але були включені в МСТ версію 2.0.

Даний стандарт заміняє МСТ версію 1.0 і попередню версію термінології ASGE. Зміни в цьому стандарті істотно поміняли попередній підхід до створення термінологічної бази даних. Ці зміни включають:

- Зменшення списку термінів, що розглядаються як мінімальний стандарт,
- Усунення зайвих визначень і модифікація тих, що залишилися,
- Створення списку заголовків, що грукують терміни в менші логічні групи,
- Специфікація ознак термінів, що призначені для модифікації термінів.
- Поліпшений опис ендоскопічних втручань, виконаних для візуалізації відділів гастроінтестинального тракту.

2.0 ВСТУП.

Оскільки комп'ютери стали більш доступними і відносно недорогими, тому збільшився інтерес до їхнього використання для реєстрації результатів досліджень в ендоскопії. Переваги їх застосування полягають в можливості одержати доступ до будь-якої створеної бази даних, робити статистичний аналіз і уникати використання рукописних чи друкованих висновків. У всьому світі було створено значне число ендоскопічних систем звіту, але не існувало ніякої стандартизації використовуваної термінології. В результаті була загублена можливість для аналізу і порівняння даних, зібраних у різних центрах.

Після конференції "Комп'ютери в ендоскопії", організованої професором M. Classen у Мюнхені в 1991, стала очевидною необхідність рішення цієї важливої проблеми. Європейським товариством гастроінтестинальної ендоскопії було поставлене завдання вирішити цю проблему. Був організований комітет під керівництвом професора M. Crespi за участю в ньому багатьох експертів з Бельгії, Франції, Німеччини, Угорщини, Італії, Іспанії та Великобританії¹. Доктор Z. Maratka (Чеська Республіка) був запрошений у цей Комітет завдяки роботі, яку він уже провів по ендоскопічній термінології для OMEД. На початковій стадії, розуміючи необхідність участі представників і інших країн, були запрошені в Комітет і експерти зі США і Японії. Крім того для роботи в Комітеті були запрошені три головних виробники ендоскопів (Fujinon, Olympus і Pentax). Участь виробників була обов'язковою, оскільки вони розвивали власні системи, які необхідно було зробити сумісними. Було також важливо, що б ці компанії були задіяні в обговоренні інших аспектів, таких як якість ендоскопічного зображення, його збереження і передача.

¹ESGE Committee for Minimal Standard Terminology: M. Crespi, Rome, Italy (Chair); J.R Armengol Miro, Barcelona, Spain; S. Brunati, Milan, Italy; M. Classen, Munich, Germany; M. Delvaux, Toulouse, France; J. Escourrou, Toulouse, France; M. Fujino, Yamanashi, Japan; F. Hagenmüller, Hamburg, Germany; O. Lemoine, Brussels, Belgium; Z. Maratka, Prague, Czech Republic; M. Schapiro, Los Angeles, USA; L. Simon, Hungary, W. Swobodnik, Munich, Germany; C. Venables, Newcastle, U.K.; F. Zwiebel, Munich, Germany and the representatives of Fujinon, Olympus and Pentax.

У 1992 та 1993рр., був проведений ряд зустрічей цього комітету, що завершився спільним засіданням групи ESGE і комп'ютерного комітету ASGE. В той же час із складу комітету була створена робоча група для повідомлень на світових конгресах по гастроентерології і гастроінтестинальної ендоскопії.

Список, запропонованих термінів був створений завдяки роботі, виконаної комітетом OMEД під керівництвом професора Z. Maratka. При опублікуванні цього списку, обрані терміни були позначені кодовими номерами, запозиченими з видання OMEД «Термінологія, визначення термінів і діагностичні критерії в ендоскопії травного тракту», 3-є видання. Були зроблені посилання для користувачів, котрі незнайомі з використовуваними термінами. Ці посилання визначали розходження в термінах і доповнювалися відповідними їм мовними еквівалентами, якщо англійська мова не була рідною мовою користувача. В даний час існують видання цієї книги на французькій, німецькій, італійській іспанській і російській мовах.

Для того щоб отримати згоду комітету, було необхідно додати кілька термінів, що спочатку не були включені в класифікацію OMEД. Через те, що ці слова широко використовуються, комітет був змушений включити їх у базу даних, для того щоб зробити її прийнятною для середньостатистичного користувача. Список «ознак», що характеризують кожен термін для його більш повного опису, був обмежений таким, котрий найбільше часто застосовується. В результаті кількість ознак, що характеризують термін, може бути недостатньою для деяких користувачів МСТ, особливо для проведення наукових досліджень. Однак було домовлено, що для реєстрації додаткових ознак кожен ендоскопіст може модернізувати комп'ютерну базу даних на основі МСТ. З цієї причини використовувалися тільки ті терміни, що найбільше часто застосовуються. Недостовірні ознаки, такі як, відстань від різців до ураження, розташованого в шлунку чи відстань від ануса до ураження, розташованого вище прямої кишки, не були включені в базу даних.

МСТ версії 1.0 сформувала базу для передбачуваного впровадження Термінології в Європі і США. Ці дослідження були профінансовані європейською комісією через Gaster Project і American Digestive Health Foundation. Результати цих досліджень створили базу для модифікації і зміни МСТ версії 1.0. Зміни були обговорені і прийняті комітетами ESGE і ASGE і склали мінімальну стандартну термінологію версії 2.0. Спеціальне програмне забезпечення було розроблено, щоб ендоскопісти університетських клінік і приватної практики в Європі могли документувати ендоскопічну картину, використовуючи МСТ версію 1.0. Крім того, програмне забезпечення дозволяло переводити ендоскопічні виснов-

ки на основні європейські мови (англійську, французьку, німецьку, італійську, іспанську) і давало можливість формулювати кінцевий висновок незалежно від того, на якій мові воно було записано.

2.1. Загальні положення.

Терміни змінюються відповідно до досліджуваного органа. Наприклад, термін «езофагіт» може використовуватися тільки для опису стравоходу, тоді як термін «пляма» застосовуємо для шлунку чи товстої кишки, але не для стравоходу. Терміни, використовувані для опису функціональних змін (еластичність стінок, характер перистальтики, функціональне звуження тощо) були виключені з мінімальної термінології тому, що вони були визнані суб'єктивними і неточними для формулювання діагнозу. Крім того, ці терміни могли некоректно трактуватися при застосуванні їх у багатоцентрових дослідженнях.

2.2. Ознаки, додаткові характеристики ознак та їх локалізація.

До кожного терміну для додаткової характеристики була приєднана відповідна визначальна ознака.

Визначальні ознаки – це ряд описових характеристик, таких як розмір, кількість, протяжність тощо. Наприклад, визначальними ознаками для дуоденальної виразки є: розмір (у мм), форма (поверхнева, кратероподібна, лінійна), кровотеча (є, немає чи присутні ознаки недавньої кровотечі-стигмати, визначені відповідно до класифікації Фореста). Кожне ураження описується в розділі, що відповідає досліджуваному органу.

2.3. Використання складних термінів.

Комітет постарався уникнути використання тих термінів, що можуть трактуватися двозначно, неправильно чи неточно. Обрані для мінімальної термінології терміни повинні точно описувати ендоскопічну картину і бути зрозумілі лікарям різних країн. Для створення мінімальної термінології використовувалася англійська мова з обліком деяких незначних розходжень, що існують у термінології в Європі і США. Переклад цих термінів на інші мови повинний базуватися на рекомендаціях ОМЕД.

2.3.1. Стеноз.

Звуження просвіту органа може бути описано різними способами. Такі терміни як «звужений», «стенозований», «стріктура», «стиснення ззовні» були об'єднані в термінології під загальним терміном «стеноз». Той же самий термін використовувався для опису звуження сфінктера, що перешкоджає проведенню ендоскопа чи потребує зусилля для його проведення. Функціональних термінів типу «спазм» не використовували через їх суб'єктивний характер. Для додаткової характеристики терміну «стеноз» використовували кваліфікуючі ознаки: доброякісний чи злоякісний. У випадку, якщо при стенозі фактичного просвіту немає, наприклад аортальне звуження стравоходу, термін «стеноз» не повинен застосовуватись.

2.3.2. Червона слизова оболонка, еритема, застійна слизова оболонка, гіперемія.

Всі вище перераховані терміни описують приблизно ті ж самі зміни слизової оболонки. Було погоджено, що необхідно розрізняти тільки еритематозну і застійну слизову оболонку. Еритема, визначається як локальне чи дифузне почервоніння слизової оболонки, а застійна слизова оболонка – це комбінація еритеми з набряком. З огляду на часткову подібність між цими двома термінами, було вирішено, що гіперемія – це еквівалент еритеми, а набряк – еквівалент застійній слизуватій оболонці. Таким чином, ці терміни можуть бути використані як альтернатива, але не можуть бути застосовані одночасно.

2.3.3. Склероз слизової оболонки.

Цей термін використовується для опису змін слизової і підслизової оболонок, що можуть зустрічатися в стравоході після ендоскопічної склеротерапії варикозних вен. Хоча термін «фіброз» є гістологічним, він був прийнятий як еквівалент «склерозу» тому, що використовується дуже часто. Термін склероз слизової оболонки також застосовується для опису склеротичних змін у нижній третині стравоходу, що виникають у пацієнтів, яким не проводилася ендоскопічна склеротерапія. Для запобігання подвійного значення терміна «склероз» він доповнюється кваліфікуючою ознакою – мимовільний чи посттерапевтичний.

2.3.4. Ерозія, афта.

У термінології, запропонованої ОМЕД, використовувався термін «афта» замість «ерозія». Вважалося, що «ерозія» неточний термін, і він вимагає гістологічного підтвердження. Після тривалого обговорення було вирішено використовувати термін «ерозія» для мінімальної термінології, тому що він застосовується дуже часто в різних мовах. Однак, потрібно точне визначення цього терміну. «Ерозія» - це невеликий поверхневий дефект слизової білого чи жовтого кольору з рівними краями. Вона може кровоточити і в такому випадку термін «ерозія» може використовуватися тільки при видимій слизовій оболонці, не прикритій згустком крові.

Термін «афта» було вирішено використовувати для опису змін у товстій кишці, тому що вони виявляються більш часто в цьому відділі ШКТ і є діагностичним критерієм хвороби Крона. «Афта» - це жовта або біла пляма з червоним вінчиком. Множинні «афти» часто зустрічаються на застійній чи еритематозній слизовій оболонці.

2.3.4. Пухлина, маса.

За рекомендаціями Комітету термін «пухлина» використовується для опису будь-якого пухлинного процесу в незалежності від того, доброякісний він, чи злоякісний. Цей термін не повинний застосовуватися для опису таких змін як гранульоми, папули і т.п., а також для опису таких виступаючих у просвіт органа утворень як поліпи, варикозні вени чи збільшені складки. За рекомендацією ASGE термін «маса» може використовуватися як еквівалент терміну «пухлина», тому що часто пацієнт сприймає термін «пухлина» як злоякісний процес.

2.3.5. Ангіоектазія.

“Телеангіоектазія” і “ангіодисплазія” були згруповані під одним цим загальним терміном, тому що немає ніяких видимих діагностичних критеріїв, щоб розрізнити ці два поняття. Термін «ангіоектазія» може використовуватися для опису вроджених чи набутих судинних вад, що візуалізуються в межах слизової оболонки ШКТ.

2.3.6. Рубець.

Термін «фіброз» вимагає гістологічного підтвердження, тому краще використовувати термін «рубець». Цей термін точніше описує ті зміни слизової, котрі видимі після загоєння виразки чи терапевтичної процедури (ін'єкція склерозантів, лазерна фотокоагуляція).

2.3.7. Оклюзія, обструкція.

Відповідно до термінології, прийнятої OMED, обструкція означає блок (непрохідність) просвіту органа, викликаний якою-небудь перешкодою, наприклад стороннім тілом. Термін «оклюзія» означає закриття просвіту органа яким-небудь процесом, що розвивається в стінці органа (рубцювання в дванадцятипалій кишці, що приводить до розвитку пілоричного стенозу). Обструкція й оклюзія можуть бути повними чи частковими. Однак використання цих двох термінів може викликати труднощі і створює проблеми при перекладі їх на інші мови. Тому було вирішено використовувати термін «обструкція» у двох ситуаціях: 1) наявність екзофітної пухлини, 2) наявність повної чи часткової перешкоди проходу контрасту при рентгенологічному дослідженні жовчних чи панкреатичних протоків, обумовленого наявністю в них каменю, пухлини, стороннього тіла. При використанні терміна «обструкція» необхідно вказувати її характер: повна чи неповна.

2.3.8. Звиразкована слизова оболонка.

Ендоскопісти знають, що існує чітке розходження між множинними виразками і звиразкованою слизовою оболонкою. Дослідження показали, що термін «звиразкована слизова оболонка» часто використовується в Європі і США. Ендоскопісти, що використовують цей термін для опису ендоскопічної картини, вважають, описувані зміни слизової, характерними для неспецифічного виразкового коліту. Тому, термін «звиразкована слизова оболонка» був включений у мінімальну стандартну термінологію. Цей термін повинний використовуватися тільки у випадку дифузного виразкового ураження слизової, за умови, що ендоскопіст відрізняє це ураження слизової від множинних виразок. Однак визнано, що використання цього терміна вимагає подальших досліджень, для того щоб краще визначити його значення і відмінності від терміну «виразка».

2.4. Локалізація пошкоджень: принципи і рішення.

2.4.1. Загальні принципи.

Хоча локалізація пошкоджень – ключовий момент при будь-якому описі ендоскопічної картини, використання такої характеристики як відстань у сантиметрах від передніх різців чи від ануса може застосовуватися лише в деяких досліджуваних органах. Було вирішено, що вказувати відстань у сантиметрах можна в тих досліджуваних органах, що дозволяють це зробити (в стравоході і в прямій кишці).

У деяких випадках для визначення точної локалізації ураження необхідне застосування декількох характеристик (наприклад у шлунку: пухлина, що поширюється по малій кривизні антрального відділу). Наявність множинних пошкоджень також вимагає застосування декількох характеристик для опису точного місця розташування кожного з них.

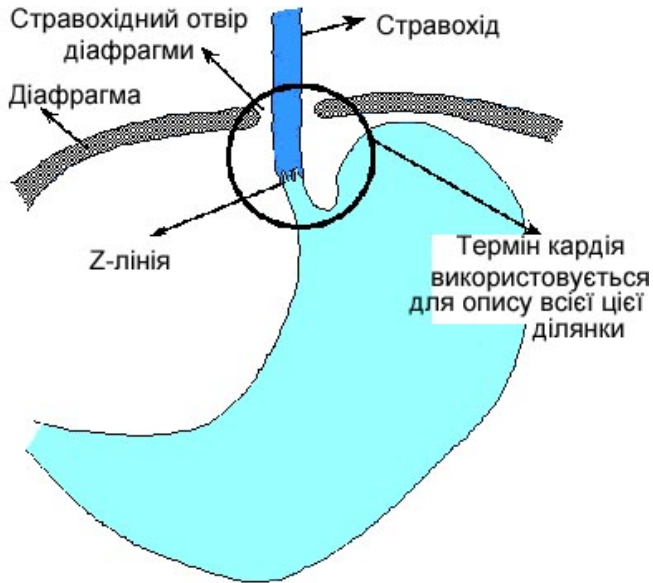
2.4.2. Рішення щодо складних локалізацій.

Серед багатьох локалізацій пошкоджень, використовуваних у термінології, мали місце такі, котрі були погоджені тільки після тривалого обговорення.

2.4.2.1. Кардія, стравохідний отвір діафрагми, нижній стравохідний сфінктер.

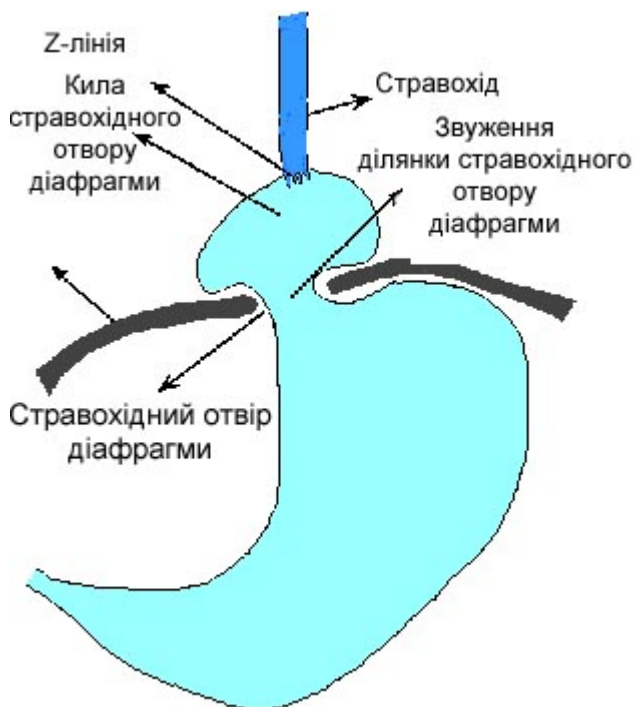
Існують множинні терміни для опису ділянки стравохідно-шлункового переходу (див. мал. 1а). Хоча вони можуть бути точно визначені, часто їх трактують як синоніми і тому застосовують некоректно. Було вирішено не використовувати термін «нижній стравохідний сфінктер» у списку локалізацій ушкоджень для стравоходу, тому що його важко розпізнати і не можна використовувати як відправну точку для визначення місця розташування того чи іншого ураження. Однак цей термін використовується в категорії «просвіт» і дозволяє описувати його зовнішній вигляд (зіяючий чи спазмований).

Термін «стравохідно-шлункове з'єднання» має на увазі перехід стравоходу в шлунок, але звичайно застосовується для опису з'єднання слизових стравоходу і шлунка (Z-лінія). Однак цей термін не може служити для опису локалізації ураження.



Термін «стравохідний отвір діафрагми» описує отвір у діафрагмі, що важко виявити. Крім того, цей термін може створювати труднощі при визначенні кили стравохідного отвору діафрагми. З цих причин був обраний термін «кардія» для опису всієї цієї анатомічної ділянки. Пробні дослідження застосування термінології показали, що це створює проблеми в описі кили стравохідного отвору діафрагми. Спочатку передбачалося, що розмір кили стравохідного отвору діафрагми буде описуватися як «великий» чи «маленький». Однак більшість ендоскопістів описували відстань у сантиметрах між Z-лінією і переходом гладкої, без складок слизової стравоходу в звичайні складки слизової шлунка. З цієї причини термін «звуження ділянки стравохідного отвору діафрагми» був використаний у термінології, що дозволило визначити протяжність плоскої слизової оболонки шлунка всередині кили стравохідного отвору діафрагми (див. мал. 16). Це дозволяє також точніше визначити протяжність стравоходу Барретта.

Мал. 1а



Випробовування МСТ у версії 1.0 показали, що застосування термінів «кардія», «Z-лінія» і «звуження ділянки стравохідного отвору діафрагми» викликало багато складностей. Для роз'яснення цих термінів були зроблені наступні зміни:

- місце розташування Z-лінії (вказується відстань у см. від передніх різців) могло бути ознакою норми, кили стравохідного отвору діафрагми і стравоходу Барретта.
- верхня межа складок слизової оболонки шлунка використовується для виміру довжини стравоходу Барретта. Ця заміна дозволяє більш точно визначити протяжність стравоходу Барретта і кили стравохідного отвору діафрагми, особливо знаючи відстань до Z-лінії і звуження ділянки стравохідного отвору діафрагми.

Мал. 16

2.4.2.2. Дно шлунку, тіло шлунку та антрум.

Термін «дно» застосовується для опису тієї частини шлунку, яка при контрастному рентгенослідженні шлунку, знаходиться під діафрагмою. У термінології ОМЕД термін «дно» визнаний некоректним і замість нього рекомендований термін «склепіння», застосовуваний для опису верхньої частини шлунку, видимої при інверсійному ендоскопічному огляді. В МСТ використовується термін «дно», оскільки він дуже часто застосовується в практиці.

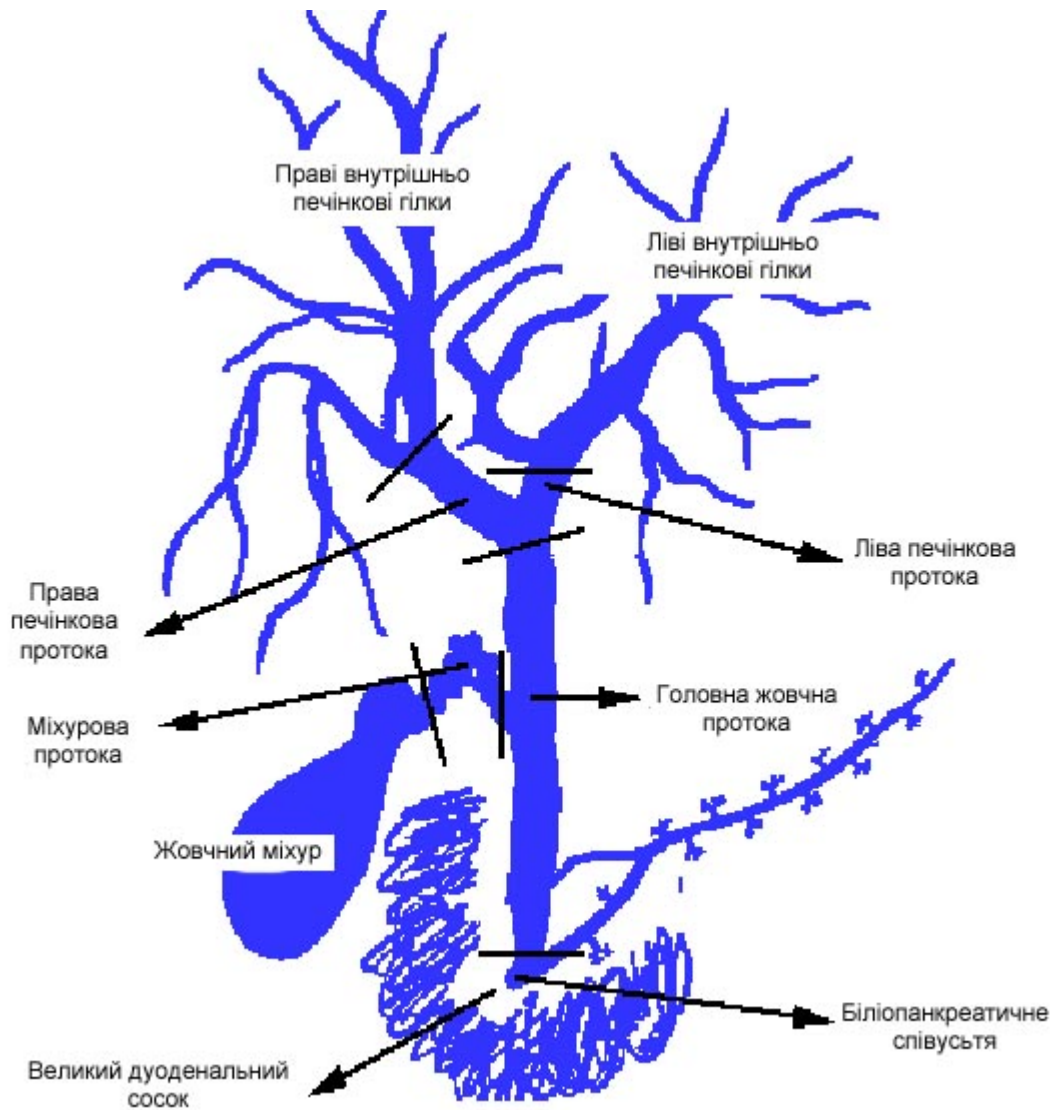
Термін «тіло» описує частину шлунку, розташовану вище його кута. Слизова в цій ділянці має велику кількість складок. Термін «антрум» застосовується для опису дистальної частини шлунка, де слизова не має складок.

2.4.2.3 Жовчовивідні протоки.

Складності зустрічаються в описі жовчовивідних протоків. Анатомічним поділом позапечінкової протоки на «загальну печінкову протоку» і «загальну жовчну протоку» є міхурова протока. Такий поділ не враховує варіабельність

впадіння міхурової протоки і приводить до значних труднощів при спробі ідентифікувати ділянку ураження в межах позапечінкової протоки. З цієї причини було вирішено ідентифікувати ділянку, що називається " головна жовчна протока ", остання містить у собі і загальну печінкову і загальну жовчну протоки. Тоді будь-яке ураження буде локалізуватися в межах верхньої, середньої чи нижньої третини цієї протоки (малюнок 2).

Головні печінкові протоки були визначені як правий і лівий і мають протяжність від воріт печінки до їхнього першого розгалуження. Всі інші протоки в межах печінки називаються внутріпечінковими протоками.



Малюнок 2.

ЕНДОСКОПІЯ ТРАВНОГО ТРАКТУ.

МІНІМАЛЬНА СТАНДАРТНА ТЕРМІНОЛОГІЯ.

3.0 СТАНДАРТНА ЕНДОСКОПІЧНА АНАТОМІЯ.

3.1 Можливості.

Головна мета проекту полягає в тому, щоб розробити «мінімальний» список термінів, які можна було б використовувати для комп'ютерної обробки і реєстрації даних ендоскопічного дослідження органів ШКТ. На ранніх етапах було вирішено не намагатися створити всеосяжну термінологію, тому що досвід групи ASGE показує, що така термінологія не придатна для комп'ютеризації ендоскопічних звітів. Було вирішено, що всі терміни повинні бути добре зрозумілі, і з їх допомогою можна описати більшість змін, виявлених під час ендоскопії. Була виключена надмірна деталізація, а зміни, що рідко зустрічаються, можуть бути описані в графі «вільний текст». Кожен термін був відібраний на підставі, що він буде використовуватися хоча б 1 раз на 100 досліджень. Виключення склали деякі описові терміни (наприклад: паразити), що використовуються в окремих регіонах світу.

На додаток комітет створив список ендоскопічних висновків і показів до ендоскопічних досліджень. Інша мета полягала в забезпеченні стандартизації збереження ендоскопічного зображення і передачі його між різними інсидуальними системами.

Наступний розділ містить терміни, що використовуються для опису локалізації пошкоджень.

3.2. Анатомічні ділянки.

Анатомічні ділянки розділені для зручності на окремі секції. Це - довільне групування і призначене для того, щоб полегшити роботу з МСТ.

3.2.1. Верхні відділи шлунково-кишкового тракту.

Представлена таблиця повинна бути використана для опису локалізації результатів дослідження у верхньому відділі шлунково-кишкового тракту.

Таблиця 1. Терміни ендоскопічної анатомії верхнього відділу шлунково-кишкового тракту.

ОРГАН	ДІЛЯНКА	МОДИФІКАТОР
Стравохід		
	Гортань	
	Верхня третина	
	Середня третина	
	Нижня третина	
	Кардія	
	Весь стравохід	
	Анастомоз	
Шлунок	Кардія	
	Дно	
	Тіло	
	Кут	
	Анtrum	
	Препілоричний відділ	
	Піlorус	
	Весь шлунок	
	Анастомоз	
	Піlorопластика	
Дванадцятипала кишка	Цибулина	Передня стінка
		Задня стінка
		Проксимальна частина
		Дистальна частина
	2-а частина дванадцятипалої кишки (нисхідний відділ дванадцятипалої кишки)	
	Ділянка сосочка	
Анастомоз		

	Повне дослідження дванадцятипалої кишки	
Голодна кишка	Привідна петля порожньої кишки	
	Відвідна петля порожньої кишки	
	Анастомотичний (порожньої кишки) гребінь	

3.2.2. Товстий кишечник.

Наступна таблиця повинна бути використана для опису локалізації результатів дослідження в нижньому відділі шлунково-кишкового тракту.

Таблиця 2. Терміни ендоскопічної анатомії товстого кишечника.

ОРГАН	ДЛЯНКА
Товста кишка	Анус
	Пряма
	Сигмовидна
	Нисхідна ободова
	Селезінковий згин
	Поперечно-ободова
	Печінковий згин
	Висхідна ободова
	Сліпа
	Ілеоцекальний клапан
	Стома
	Вся товста кишка
	Анастомоз
Кукса прямої кишки	
Здухвинна кишка	

3.2.3. ЕРХПГ.

Наступна таблиця повинна бути використана для опису локалізації результатів дослідження отриманих при ЕРХПГ.

Таблиця 3. Терміни ендоскопічної анатомії жовчовивідних шляхів і підшлункової залози (ЕРХПГ).

ОРГАН	ДЛЯНКА	МОДИФІКАТОР	
Підшлункова залоза			
	Вся		
	Голівка		
	Тіло		
	Хвіст		
	Головна протока		
	Додаткова протока		
	Гілки протоків		
Жовчовивідні шляхи			
	Сосочок		
	Жовчно-панкреатичне з'єднання		
	Головна протока		Вся
			Нижня третина
			Середня третина
			Верхня третина
	Міхурова протока		
	Біфуркація		
	Внутріпечінкові протоки		Лівий головний
			Правий головний
			Ліві внутріпечінкові гілки
			Праві внутріпечінкові гілки
		Всі внутріпечінкові гілки	

3.3. Характеристики дослідження.

3.3.1. Принципи і можливості.

Характеристики дослідження вказують і на його обмеження. Протяжність дослідження визначається як анатомічні ділянки, оглянуті під час дослідження. Обмеження дослідження визначене як будь-яка перешкода, що утрудняє адекватне виконання процедури. Визнано, що є деякі співпадіння в протяжності та обмеженні дослідження. Завдання цього розділу полягає в тому, щоб відобразити ті характеристики дослідження, що вказують на завершеність дослідження, будь-які обмеження, що перешкоджають повному дослідженню і будь-які маніпуляції, необхідні для виконання повного дослідження.

Протяжність дослідження визначається найбільш далеко досягнутою анатомічною ділянкою чи списком оглянутих анатомічних ділянок. Для колоноскопії, якщо досягнута сліпа кишка, тоді ця анатомічна ділянка визначає протяжність дослідження. При ЕРХПГ, якщо візуалізується тільки жовчні ходи, тоді необхідно вказати, що цей анатомічний відділ визначає протяжність дослідження.

Обмеження дослідження визначається відповідно до будь-яких перешкод, які є результатом неадекватної підготовки, анатомічних аномалій чи патологічних змін. При колоноскопії якість очищення кишечника - головний фактор, що впливає на якість процедури, особливо, коли ураження має невеликий розмір. Погана підготовка розглядається як обмеження дослідження. Стеноз якого-небудь відділу шлунково-кишкового тракту, що вимагає додаткового втручання, щоб закінчити дослідження, також розглядається як обмеження дослідження. Наприклад, стеноз перешкоджає просуванню ендоскопа, але після дилатації можливе проходження його через цю ділянку. Це також має місце при ЕРХПГ, коли в ендоскопічному висновку потрібно описувати різні втручання, що були зроблені, щоб виконати канюляцію і (чи) контрастування протоків.

3.3.2. Список термінів, що описують протяжність дослідження.

Наступні таблиці повинні використовуватися, щоб визначити протяжність і межі дослідження.

Таблиця 4. Терміни, що описують протяжність й обмеження дослідження для гастродуоденоскопії і колоноскопії.

ТЕРМІН	ОЗНАКИ	ХАРАКТЕРИСТИКА ОЗНАК	ДІЛЯНКИ
Підготовка	Метод	Визначте (вказіть)	
	Якість	Чудова	Ділянка (ки)
		Адекватна	
		Неадекватна: дослідження закінчене	
		Неадекватна: перешкоджає повному дослідженню	
Протяжність дослідження	Досліджені відділи		Ділянка (ки)
Обмеження	Причина	Злука	Ділянка (ки)
		Додаткова петля	
		Стеноз	
		Погана підготовка	
		Нестабільний стан пацієнта (уточнити)	Ділянка (ки)
		Несправність устаткування (уточнити)	

Таблиця 5. Терміни, що описують протяжність і обмеження дослідження при ЕРХПГ.

ТЕРМІН	ОЗНАКИ	ХАРАКТЕРИСТИКА ОЗНАК	ДІЛЯНКИ
Доступ до сосочка	Доступ	Не досягнутий	
		Не знайдений	
		Недоступний	
	Причина	Визначте(вказіть)	
Катетеризація (канюляція)	Протока	Панкреатична	
		Жовчна	
	Результат	Успішна: глибоко	

		Успішна: поверхнево	
		Невдала	
		Не проводилася	
		Підслизове введення	
	Метод	Вільна катетеризація	
		По струнному провіднику	
		Після надсікання	
	Пристрій	Канюля	
		Канюля з металевим кінчиком	
		Папілотом	
		Балонний катетер	
		Манометричний катетер	
Контрастування	Протока	Панкреатична	
		Жовчна	
	Результат	Успішне: повне	
		Успішне: неповне	
		Невдале	
		Не проводилося	
		Рефлюкс контрастної речовини	
		Екстравазація	

4.0 СТАНДАРТНІ ЕНДОСКОПІЧНІ ТЕРМІНИ.

4.1 Можливості.

4.1.1. Загальні поняття.

Терміни були згруповані по типу дослідження (езофагогастродуоденоскопія, колоноскопія і ЕРХПГ), з додатковим списком терапевтичних процедур, що могли бути виконані під час дослідження. Крім того, терміни були згруповані під різними заголовками, що використовуються в OMED термінології, для кожного досліджуваного органа. Є кілька виключень із принципів групування термінів. Найбільше що часто зустрічається - включення постхірургічних змін у рубрику "порожнина (просвіт)". Це не можна називати ураженням, і очевидно, що зміни видимі після перенесеного хірургічного втручання будуть виявлені саме при дослідженні порожнини (просвіту) прооперованого органа (наприклад тонкотовстокишковий анастомоз при дослідженні товстої кишки чи анастомоз по Білрот - 2 при дослідженні шлунка).

Терміни змінюються відповідно до досліджуваного органа. Наприклад, термін «езофагіт» може використовуватися тільки для опису стравоходу, тоді як термін «пляма» застосовуємо для шлунка чи товстої кишки, але не для стравоходу.

Терміни, використовувані для опису функціональних змін (еластичність стінок, характер перистальтики, функціональне звуження і т.п.) були виключені з мінімальної термінології, тому що вони були визнані суб'єктивними і неточними для формулювання висновку. Крім того, ці терміни могли некоректно трактуватися при застосуванні їх у багаточентрових дослідженнях.

4.1.2. Додаткові характеристики ознак і їхня локалізація.

До кожного терміна для додаткової характеристики була приєднана відповідна кваліфікуюча ознака.

Кваліфікуючі ознаки – це ряд описових характеристик, таких як розмір, кількість, протяжність і т.п. Наприклад, кваліфікуючими ознаками для дуоденальної виразки є розмір (у мм), форма (поверхнева, кратероподібна, лінійна), кровотеча (є, немає чи присутні стигмата, визначені відповідно до класифікації Форреста). Кожне ураження описується в розділі, що відповідає досліджуваному органу.

4.2 Список термінів для езофагогастродуоденоскопії.

Наступні терміни повинні використовуватися для опису результатів, отриманих під час дослідження верхнього відділу шлунково-кишкового тракту.

4.2.1. Список термінів для стравоходу.

Наступні терміни повинні використовуватися для опису результатів, отриманих при дослідженні стравоходу.

Таблиця 6. Терміни для стравоходу.

ЗАГОЛОВКИ	ТЕРМІНИ	ОЗНАКИ	ХАРАКТЕРИСТИКА ОЗНАК	ДІЛЯНКИ
Норма	Норма	Z-лінія	Відстань у см	см від різців
Просвіт	Розширений (дилатований)			Ділянка(ки)
	Стеноз	Зовнішній вигляд	Зовні	см від різців
			Доброякісний внутрішньопорожнинний	
			Злоякісний внутрішньопорожнинний	
		Протяжність(см)		
	Прохідність	Так		
		Після дилатації		
		Немає		
	Підозра на стиснення ззовні ²	Розмір	Маленьке	Ділянка (ки)
			Велике	
	Перетинка			Ділянка (ки)
	Кільце (включаючи кільце Шацького)			Ділянка (ки)
	Хіатальна кіла	Розмір / Об'єм	Маленька	
			Середня	
			Велика	
		Z-лінія	см від різців	
	Хіатальне звуження		см від різців	
Нижній стравохідний сфінктер ³	Тонус	Зіяючий(недостатність)		
		Гіпертонічний (спастический)		
Ознаки перенесеної операції, (стан після ...)	Анастомоз	Стравохідно-порожньокишковий	см від різців	
		Стравохідно-шлунковий		
		Стравохідно-товстокишковий		
Шовний матеріал (лігатури)		Є	Ділянка(ки)	
		Немає		
Вміст	Стороннє тіло	Тип	Визначте (вказіть)	Ділянка(ки)
	Кров	Вигляд крові	Червона (незмінена кров)	Ділянка(ки)
			Згустки	
			Змінена кров ("кавова гуща")	
	Їжа			Ділянка(ки)
	Жовч			Ділянка(ки)
	Стент	Тип	Визначте (вказіть)	Ділянка(ки)
	Лігуюче кільце	Кількість		Ділянка(ки)
Розміщення		Вільне		
Кліпса	Число	Фіксоване		
Слизова оболонка	Еритематозна (гіперемована)	Протяжність	Локально	Ділянка(ки)
			Вогнищево	
			Дифузно	
	Езофагіт	Ступінь	I ступеня ⁴	Верхня межа (см від різців)
			II ступеня	
			III ступеня	
			IV ступеня	
	Кровотеча		Є	
			Немає	
	Стравохід Барретта	Відстань:	Z- лінія	см від різців
			Початок шлункових складок	см від різців
	Кандидоз	Протяжність	Локальний	Ділянка(ки)
Вогнищевий				

			Розповсюджений	
	Склероз слизової оболонки ⁵	Тип	Мимовільний	Ділянка(ки)
			Посттерапевтичний	
		Протяжність	Локальний	
			Вогнищевий	
	Розповсюджений			
Плоскі ураження	Ектопія слизової оболонки шлунка	Число	Одиночна	Ділянка(ки)
			Множинна	
	Бляшки	Число	Одиночна	Ділянка(ки)
			Множинні	
Виступаючі структури і ураження(протрузії)	Вузлик	Число	Одиночний	Ділянка(ки)
			Декілька	
			Множинні	
		Протяжність	Локально	
			Вогнищево	
			Дифузно	
	Пухлина-маса ⁶	Розмір	Маленька	Ділянка(ки)
			Середня	
			Велика	
		Тип	Підслизова	
			Грибовидна	
			Звиразкована	
		Циркулярна	Так	
			Немає	
		Звужуюча провіт	Частково	
			Цілком	
		Кровотеча	Є	
			Немає	
Ознаки недавньої кровотечі (стигми, стигмати)	Є			
	Немає			
Варикозно-розширені вени	Ступінь ⁷	I Ступеня	Ділянка(ки)	
		II Ступеня		
		III Ступеня		
	Розмір	Розмір у мм		
	Верхня межа		см від різців	
	Кровотеча	Є: струменева		
		Є: підтікання		
		Немає		
	Ознаки недавньої кровотечі (стигми, стигмати)	Є		
		Немає		
Червоні знаки	Є			
	Немає			
Заглиблені і підриті ураження (дефекти)	Синдром Меллорі-Вейсса	Кровотеча	Є: струменева	
			Є: підтікання	
			Немає	
		Ознаки недавньої кровотечі (стигми, стигмати)	Є	
			Немає	
	Ерозія	Число	Одиночна	Ділянка(ки)
			Декілька	
			Множинні	
Виразка	Число		Ділянка(ки)	
		Розмір (мм)	см від різців	
	Кровотеча	Є: струменева		
		Є: підтікання		
		Немає		

		Ознаки недавньої кровотечі (стигми, стигмати)	Є Немає	
	Рубець			Ділянка(ки)
	Дивертикул	Отвір	Великий Маленький	Ділянка(ки)
		Кровотеча	Є Немає	
		Ознаки недавньої кровотечі (стигми, стигмати)	Є Немає	
		Нориця		Ділянка(ки)
Інший			Визначте	Ділянка(ки)

² Цей термін застосовується тільки при відсутності стенозу просвіту.

³ Кардія може використовуватися замість терміна нижній стравохідний сфінктер.

⁴ Ступені визначені відповідно до класифікації Savary-Miller (Scand. J. Gastroenterol. 1984; 19: 26-44).

⁵ Може також використовуватися термін «фіброз».

⁶ Термін «маса» використовується замість терміна «пухлина» у США.

⁷ Ступені визначені відповідно до класифікації, переважно використовуваної в літературі (Gastroenterology 1967; 52: 810-818; Gastroenterology 1990; 98: 156-162).

4.2.2. Список термінів для шлунку.

Наступні терміни повинні використовуватися для опису результатів, зроблених при дослідженні шлунку.

Таблиця 7. Терміни для шлунку.

ЗАГОЛОВКИ	ТЕРМІНИ	ОЗНАКИ	ХАРАКТЕРИСТИКА ОЗНАК	ДІЛЯНКИ	
Норма	Норма			Ділянка(ки)	
Просвіт (порожнина)	Стеноз	Зовнішній вигляд	Зовні	Ділянка(ки)	
			Доброякісний внутрішньопорожнинний		
		Злоякісний внутрішньопорожнинний			
		Прохідний	Так Немає		
	Деформація			Ділянка(ки)	
	Підозра на стиснення ззовні			Ділянка(ки)	
	Ознаки перенесеної операції (стан після..)	Анастомоз		Більрот-I	
				Біль рот-II	
				Ру	
				Гастроентеростома	
Пілоропластика					
Антирефлюксне втручання					
Мостовидна гастропластика			Є	Ділянка(ки)	
			Немає		
Гастростома	Тип		Хірургічна Ендоскопічна	Ділянка(ки)	
Вміст	Кров	Вид крові	Червона (незмінена кров)	Ділянка(ки)	
			Згустки		
			Змінена кров ("кавова гуща")		
	Їжа	Тип		Тип безоара, якщо він присутній	Ділянка(ки)
	Рідина	Зовнішній вигляд	Прозора	Ділянка(ки)	
			Підвищена кількість З жовчю		
Стороннє тіло	Тип		Визначте(вказіть)	Ділянка(ки)	
Стент	Тип		Різновид	Ділянка(ки)	

Слизова оболонка	Еритематозна (гіперемована)	Протяжність	Локально (обмежено)	Ділянка(ки)
			Вогнищево	
			Смугаста(смугами)	
		Кровотеча	Дифузно	
			Є	
			Немає	
	Застійна (набрякла)	Протяжність	Локально	Ділянка(ки)
			Вогнищево	
			Дифузно	
	Зерниста	Протяжність	Локально	Ділянка(ки)
			Вогнищево	
			Дифузно	
	Ранима	Протяжність	Локально	Ділянка(ки)
			Вогнищево	
			Дифузно	
		Кровотеча	Є: мимовільна (спонтанна)	
			Є: контактно	
			Немає	
	Вузелувата	Протяжність	Локально	Ділянка(ки)
			Вогнищево	
			Дифузно	
	Атрофічна	Протяжність	Локально	Ділянка(ки)
			Вогнищево	
			Дифузно	
Геморагічна	Протяжність	Локально	Ділянка(ки)	
		Вогнищево		
		Дифузно		
	Кровотеча	Є		
		Немає		
		Ознаки недавньої кровотечі (стигми, стигмати)	Є Немає	
Петехія	Кількість	Одинична	Ділянка(ки)	
		Декілька		
		Множинні		
	Протяжність	Локально		
Дифузно				
Плоскі ураження	Пляма (ми)	Кількість	Одинична	Ділянка(ки)
			Декілька	
			Множинні	
		Протяжність	Локально	
			Вогнищево	
			Дифузно	
		Кровотеча	Є	
			Субепітеліально (внутрішньослизово)	
			Немає	
		Ознаки недавньої кровотечі (стигми, стигмати)	Є	
	Немає			
	Виразка Делафуа	Кровотеча	Є: струменева	Ділянка(ки)
			Є: підтікання	
			Немає	
Ознаки недавньої кровотечі (стигми, стигмати)		Є		
	Немає			

Ангіоектазії	Кількість	Одинична	Ділянка(ки)
		Декілька	
		Множинні	
	Протяжність	Локально	
		Вогнищево	
		Дифузно	
	Кровотеча	Є	
		Немає	
	Ознаки недавньої кровотечі (стигми, стигмати)	Є	
		Немає	
Збільшені складки	Протяжність	Локально	Ділянка(ки)
		Дифузно	
	Тип ⁸	Потовщені	Ділянка(ки)
Гігантські			
Папула (вузлик)	Кількість	Одинична	Ділянка(ки)
		Декілька	
		Множинні	
	Кровотеча	Є	
		Немає	
	Ознаки недавньої кровотечі (стигми, стигмати)	Є	
Немає			
Поліп	Кількість	Одиничний	Ділянка(ки)
		Небагато	
		Множинні	
	Ніжка	Немає ніжки	
		Є ніжка	
	Розмір	Маленький (< 5 мм)	
		Середній(5-20 мм)	
		Великий (> 20 мм)	
	Кровотеча	Є	
		Немає	
	Ознаки недавньої кровотечі (стигми, стигмати)	Є	
		Немає	
Пухлина-маса	Розмір	Маленька	Ділянка(ки)
		Середня	
		Велика	
		Діаметр у мм	
	Тип	Підслизова	
		Грибовидна	
		Звиразкована	
		Інфільтративна	
	Циркулярна	Так	
		Немає	
	Кровотеча	Є: струменева	
		Є: підтікання	
		Немає	
Ознаки недавньої кровотечі (стигми, стигмати)	Є		
	Немає		
Варикозні вени	Кровотеча	Є: струменева	Ділянка(ки)
		Є: підтікання	
		Немає	
	Ознаки недавньої кровотечі (стигми, стигмати)	Є	
		Немає	

	Шовна гранульома			Ділянка(ки)
Заглиблені і підриті ураження (дефекти)	Ерозія	Кількість	Одиночна	Ділянка(ки)
			Декілька	
			Множинні	
		Протяжність	Локально	
			Розсіяні ⁹	
		Кровотеча	Є	
	Немає			
	Ознаки недавньої кровотечі (стигми, стигмати)	Є		
		Немає		
	Виразка	Кількість		Ділянка(ки)
			Розмір	Найбільший діаметр у мм
		Зовнішній вигляд	Поверхнева	
			Кратероподібна	
			Лінійна	
		Кровотеча	Є: струменева	
			Є: підтікання	
			Немає	
	Ознаки недавньої кровотечі (стигми, стигмати)	Тромбована судина		
Згусток				
Пігментні плями (чорні точки)				
Немає				
Рубець	Кількість	Одиничний	Ділянка(ки)	
		Множинні		
Дивертикул	Отвір	Великий	Ділянка(ки)	
		Маленький		
Інший		Визначте(вказіть)	Ділянка(ки)	

⁸ Різниця між стовщеними і гігантськими складками повинна бути заснована на зникненні складок у міру інсуфляції повітря.

⁹ Термін «розсіяний» варто використовувати замість терміна «дифузійний» при описі фокусних ушкоджень, розкиданих по всій ділянці.

4.2.3. Список термінів для дванадцятипалої і голодної кишок.

Наступні терміни повинні використовуватися для опису результатів, зроблених при дослідженні дванадцятипалої кишки.

Таблиця 8. Терміни для дванадцятипалої кишки.

ЗАГОЛОВКИ	ТЕРМІНИ	ОЗНАКИ	ХАРАКТЕРИСТИКА ОЗНАК	ДІЛЯНКИ
Норма	Норма			Ділянка(ки)
Просвіт	Стеноз	Зовнішній вигляд	Ззовні	Ділянка(ки)
			Доброякісний внутрішньопорожнинний	
		Злоякісний внутрішньопорожнинний		
		Прохідний	Так	
		Немає		
	Деформація	Зовнішній вигляд	Ззовні	Ділянка(ки)
Ознаки перенесеної операції(стан після ...)	Визначте	післявиразкова		
		Шовний матеріал	Є	Ділянка(ки)
			Немає	
Вміст	Кров	Вид крові	Червона (незмінена кров)	Ділянка(ки)
			Згустки	
			Змінена кров(“кавова гушца”)	
	Паразити			Ділянка(ки)
	Стороннє тіло			Ділянка(ки)
Стент	Тип	Визначте(вказіть)	Ділянка(ки)	

Слизова оболонка	Еритематозна (гіперемована)	Протяжність	Локально	Ділянка(ки)
			Вогнищево	
			Дифузно	
		Кровотеча	Є	
			Немає	
			Є	
		Ознаки недавньої кровотечі (стигми, стигмати)	Є	
			Немає	
			Є	
	Застійна (набрякла)	Протяжність	Локально	Ділянка(ки)
			Вогнищево	
			Дифузно	
		Кровотеча	Є	
			Немає	
			Є	
		Ознаки недавньої кровотечі (стигми, стигмати)	Є	
			Немає	
			Є	
	Зерниста	Протяжність	Локально	Ділянка(ки)
			Вогнищево	
			Дифузно	
	Рихла	Протяжність	Локально	Ділянка(ки)
			Вогнищево	
			Дифузно	
Кровотеча		Є: мимовільна (спонтанна)		
		Є: контактна		
		Немає		
Вузувата	Протяжність	Локально	Ділянка(ки)	
		Дифузно		
Атрофічна	Протяжність	Локально	Ділянка(ки)	
		Вогнищево		
		Дифузно		
Геморагічна	Протяжність	Локально	Ділянка(ки)	
		Вогнищево		
		Дифузно		
	Кровотеча	Є		
		Немає		
		Є		
Ознаки недавньої кровотечі (стигми, стигмати)	Є			
	Немає			
	Є			
Плоскі ураження	Пляма	Кількість	Одинична	Ділянка(ки)
			Декілька	
			Множинні	
		Протяжність	Локально	
			Вогнищево	
			Дифузно	
		Кровотеча	Є	
			Немає	
			Субепітеліально (внутрішньо-слизово)	
			Гематин (змінена кров)	
			Є	
			Немає	
	Ангіоектазія	Кількість	Одинична	Ділянка(ки)
			Декілька	
			Множинні	
		Протяжність	Локально	
			Вогнищево	
			Дифузно	
		Кровотеча	Є	
			Немає	
			Є	
Ознаки недавньої кровотечі (стигми, стигмати)	Є			
	Немає			

Виступаючі структури і ураження (протрузії)	Поліп(и)	Кількість	Одиничний	Ділянка(ки)
			Декілька	
			Множинні	
		Розмір	Маленький (< 5 мм)	
			Середній (5-20 мм)	
			Великий (> 20 мм)	
		Ніжка	Немає ніжки	
			Є ніжка	
	Кровотеча	Є		
		Немає		
	Пухлина-маса	Розмір	Маленька	Ділянка(ки)
			Середня	
			Велика	
		Тип	діаметр у мм	
			Підслизова	
			Грибовидна	
Звиразкована				
Кровотеча		Інфільтративна		
		Ворсинчата		
		Є: струменева		
Ознаки недавньої кровотечі (стигми, стигмати)	Є: підтікання			
	Немає			
	Є			
Заглиблені і підриті ураження (дефекти)	Ерозія	Кількість	Одинична	Ділянка(ки)
			Декілька	
			Множинні	
		Протяжність	Локально	
			Сегментарно	
			Дифузно	
		Кровотеча	Є	
			Немає	
	Ознаки недавньої кровотечі (стигми, стигмати)	Є		
		Немає		
		Виразка	Кількість	Ділянка(ки)
			Розмір	Найбільший діаметр у мм
	Форма		Поверхнева	
			Кратероподібна	
	Кровотеча	Лінійна		
		Є: струменева		
		Є: підтікання		
	Ознаки недавньої кровотечі (стигми, стигмати)	Немає		
		Тромбована судина		
		Згусток		
		Пігментні плями (чорні точки)		
	Рубець	Кількість	Немає	
			Одиничний	Ділянка(ки)
	Дивертикул	Устя (гирло)	Множинні	
Велике			Ділянка(ки)	
Нориця		Маленьке		
			Ділянка(ки)	
Інший		Визначте(вказіть)	Ділянка(ки)	

4.3. Список термінів для колоноскопії.

Наступні терміни повинні використовуватися для опису результатів, зроблених при дослідженні товстого кишечника.

Таблиця 9. Терміни для товстого кишечника.

ЗАГОЛОВКИ	ТЕРМІНИ	ОЗНАКИ	ХАРАКТЕРИСТИКА ОЗНАК	ДІЛЯНКИ ¹⁰
Норма	Норма			Ділянка(ки)
Просвіт	Розширений			Ділянка(ки)
	Стеноз	Зовнішній вигляд	Ззовні	Ділянка(ки)
			Доброякісний внутрішньо-порожнинний	
			Злоякісний внутрішньо-порожнинний	
			Довжина (см)	
		Прохідний	Так/немає	
	Ознаки перенесеної операції (стан після ...)	Тип	Товсто-товстокишковий анастомоз	Ділянка(ки)
			Тонко-товстокишковий анастомоз	
Колоанальний анастомоз				
Плеоанальний анастомоз				
Колостома				
	Шовний матеріал	Визначте(вказіть)		
Вміст	Кров	Вид крові	Червона (незмінена кров)	Ділянка(ки)
			Згустки	
			Змінена кров («кавова гуща»)	
	Стороннє тіло			Ділянка(ки)
	Паразити			Ділянка(ки)
	Ексудат			Ділянка(ки)
	Кал			Ділянка(ки)
Стент	Тип	Визначте(вказіть)	Ділянка(ки)	
Слизова оболонка	Судинний малюнок	Зовнішній вигляд	Норма	Ділянка(ки)
			Посилений	
			Ослаблений(нечіткий)	
		Протяжність	Локально	
			Сегментарно	
			Дифузно	
	Еритематозна (гіперемована)	Протяжність	Локально	Ділянка(ки)
			Сегментарно	
			Дифузно	
	Застійна (набрякша)	Протяжність	Локально	Ділянка(ки)
			Сегментарно	
			Дифузно	
	Зерниста	Протяжність	Локально	Ділянка(ки)
			Сегментарно	
			Дифузно	
	Ранима	Протяжність	Локально	Ділянка(ки)
			Сегментарно	
			Дифузно	
		Кровотеча	Є: мимовільна (спонтанна)	
			Є: контактна	
Немає				
Звизракована слизова оболонка	Безперервність	Переривчасто	Ділянка(ки)	
		Безперервно		
	Кровотеча	Є		
Немає				

		Ознаки недавньої кровотечі (стигми, стигмати)	Є		
			Немає		
	Петехія	Кількість	Декілька	Ділянка(ки)	
			Множинні		
	Псевдомембрана	Протяжність	Локально	Ділянка(ки)	
			Сегментарно		
			Дифузно		
	Меланоз	Протяжність	Локально	Ділянка(ки)	
			Сегментарно		
			Дифузно		
Плоскі ураження	Ангіоектазія	Кількість	Одинична		
			Декілька		
			Множинні		
		Розмір ¹¹	Маленька		
			Середня		
			Велика		
		Протяжність	Локально		
			Вогнищево		
			Дифузно		
		Кровотеча	Є		
Немає					
Ознаки недавньої кровотечі (стигми, стигмати)	Є				
	Немає				
Виступаючі структури і ураження (протрузії)	Поліп	Кількість	Якщо менше ніж 5: визначте(вказіть).	Ділянка(ки)	
			Якщо більше ніж 5: множинні		
		Протяжність ¹²	Локально		
			Сегментарно		
			Дифузно		
		Розмір	У мм		
		Ніжка ¹³	Немає ніжки		
			Є ніжка		
		Кровотеча	Є		
	Немає				
	Ознаки недавньої кровотечі (стигми, стигмати)				
	Псевдополіпи	Протяжність	Локально	Ділянка(ки)	
			Сегментарно		
			Дифузно		
	Ліпома	Розмір	Маленька	Ділянка(ки)	
			Середня		
			Велика		
	Діаметр	У мм			
Пухлина-маса ⁷	Розмір	Маленька	Ділянка(ки)		
		Середня			
		Велика			
		Діаметр у мм			
	Протяжність	У см			
	Тип	Підслизова			
		Грибовидна			
		Звиразкована			
		Інфільтративна			
		Ворсинчата			
Обтуруюча	Частково				
	Цілком				
Циркулярна	Так				
	Немає				

		Кровотеча	Є: струменева	
			Є: підтікання	
			Немає	
		Ознаки недавньої кровотечі (стигми, стигмати)	Є	
	Немає			
	Гіпертрофія анальних сосочків			
	Геморой	Кровотеча	Є	
			Немає	
	Шовна гранульома	Кількість	Одинична	Ділянка(ки)
			Декілька	
Множинні				
Кондиломи				
Заглиблені і підриті ураження (дефекти)	Ерозія	Кількість	Одинична	Ділянка(ки)
			Декілька	
			Множинні	
		Протяжність	Локально	
			Сегментарно	
			Дифузно	
	Кровотеча	Є		
		Немає		
	Ознаки недавньої кровотечі (стигми, стигмати)	Є		
		Немає		
	Афта	Кількість	Одинична	Ділянка(ки)
			Декілька	
			Множинні	
		Протяжність	Локально	
			Сегментарно	
			Дифузно	
	Кровотеча	Є		
		Немає		
	Ознаки недавньої кровотечі (стигми, стигмати)	Є		
		Немає		
	Виразка	Кількість	Одинична	Ділянка(ки)
			Декілька	
			Множинні	
		Розмір	Найбільший діаметр у мм	
		Кровотеча	Є: струменева	
			Є: підтікання	
	Немає			
Ознаки недавньої кровотечі (стигми, стигмати)	Є			
	Немає			
Рубець	Кількість	Одиничний	Ділянка(ки)	
		Множинні		
Дивертикул	Кількість	Одиничний	Ділянка(ки)	
		Декілька		
		Множинні		
	Отвір	Великий		
		Маленький		
	Кровотеча	Є: струменева		
Є: підтікання				
Немає				
Ознаки недавньої кровотечі (стигми, стигмати)	Є			
	Немає			
Нориця			Ділянка(ки)	
Анальна тріщина ¹⁴				
Інший		Визначте(вказіть)		Ділянка(ки)

¹⁰ Необхідно вказувати всі ділянки товстого кишечника, в якому були виявлені ті чи інші зміни.

¹¹ При описі невеликої ангіоектазії. розміри можуть даватися також у мм

¹² Ця ознака застосовується тільки при описі множинних поліпів

¹³ В випадку множинних поліпів, необхідно вказувати локалізацію всіх поліпів

¹⁴ Тріщина – визначення, що заміняє термін «ерозія», котрий не потрібно плутати з ерозивними ураженнями, що відносяться до обо-
дової і товстої кишки.

4.4 Список термінів для ЕРХПГ.

Наступні терміни повинні використовуватися, для опису результатів, отриманих під час дослідження підшлункової залози і жовчовивідних протоків. Вони розділені на анатомічні відділи згідно тому, як вони візуалізуються при ЕРХПГ.

4.4.1. Список термінів для дванадцятипалої кишки.

Терміни, використовувані в таблиці 8 повинні застосовуватися для опису спостережень, зроблених під час дослідження дванадцятипалої кишки.

4.4.2. Список термінів для великого дуоденального сосочка.

Наступні терміни повинні використовуватися для опису результатів, зроблених під час дослідження великого дуоденального сосочка. Рекомендується визначити, чи було розташування сосочка нормальним, парадивертикулярним чи інтрадивертикулярним.

Таблиця 10. Терміни для великого дуоденального сосочка.

ЗАГОЛОВКИ	ТЕРМІНИ	ОЗНАКИ	ХАРАКТЕРИСТИКА ОЗНАК	ДІЛЯНКИ
Норма	Норма			Ділянка(ки)
Патологічні виділення чи вміст	Кров			Ділянка(ки)
	Гній			
	Сладж (замазка, осад)			
	Вклинений камінь			
	Стороннє тіло			
	Паразити			
	Стент			
	Дренаж			
Патологічні зміни	Стеноз	Зовнішній вигляд	Доброякісний	Ділянка(ки)
			Злоякісний	
	Випинання			Ділянка(ки)
	Застійний (набряклий)			Ділянка(ки)
	Розірваний			Ділянка(ки)
	Пухлина	Тип	Ворсинчата	Ділянка(ки)
			Грибоподібна	
			Інфільтративна	
	Ознаки попереднього ендоскопічного втручання	Тип	Сфінктеротомія: жовчної протоки	Ділянка(ки)
			Сфінктеротомія: панкреатичної протоки	
Сфінктеротомія: жовчної і панкреатичної протоків				
Надсікання				
Інший		Визначте(вказіть)		Ділянка(ки)

4.4.3. Список термінів для малого дуоденального сосочка.

Наступні терміни повинні використовуватись для опису спостережень, зроблених під час дослідження малого дуоденального сосочка.

Таблиця 11. Терміни для малого дуоденального сосочка.

ЗАГОЛОВКИ	ТЕРМІНИ	ОЗНАКИ	ХАРАКТЕРИСТИКА ОЗНАК	ДІЛЯНКИ
Норма	Норма			Ділянка(ки)
Патологічні виділення чи вміст	Кров			Ділянка(ки)
	Гній			
	Стент			
	Дренаж			
Патологічні зміни	Застійний(набряклий)			Ділянка(ки)
	Розірваний			Ділянка(ки)
	Пухлина	Тип	Ворсинчата	Ділянка(ки)
			Грибоподібна	
			Інфільтративна	
Ознаки попереднього ендоскопічного втручання (стан після ...)	Тип	Сфінктеротомія	Ділянка(ки)	
		Надсікання		
Інший		Визначте(вказіть)		Ділянка(ки)

4.4.4. Список термінів для підшлункової залози.

Наступні терміни повинні використовуватися для опису спостережень, зроблених під час дослідження підшлункової залози.

Таблиця 12. Терміни для підшлункової залози.

ЗАГОЛОВКИ	ТЕРМІНИ	ОЗНАКИ	ХАРАКТЕРИСТИКА ОЗНАК	ДІЛЯНКИ
Норма	Норма			Ділянка(ки)
Патологія	Розділена підшлункова залоза	Протяжність	Цілком	
			Не цілком	
	Нерівномірна (неправильна)	Протяжність	Локально	Ділянка(ки)
			Сегментарно	
			Дифузно	
	Розширена (дилатована)	Протяжність	Локально	Ділянка(ки)
			Сегментарно	
			Дифузно	
	Розрідження гілок	Протяжність	Локально	Ділянка(ки)
			Сегментарно	
			Дифузно	
	Стеноз	Протяжність	У мм	Ділянка(ки)
	Обструкція	Причина	Камінь	Ділянка(ки)
			Пухлина	
			Інше	
		Повнота	Неповна	
	Повна			
	Камінь	Кількість	Одиничний	Ділянка(ки)
			Множинні	
	Порожнина	Кількість	Одинична	Ділянка(ки)
Множинні				
Діаметр		У мм		
Ланцюг озер			Ділянка(ки)	
Екстравазація			Ділянка(ки)	
Нориця			Ділянка(ки)	
Ознаки попередніх хірургічних втручань (стан після ...)			Ділянка(ки)	
Стент			Ділянка(ки)	
Інше			Ділянка(ки)	

4.4.5. Список термінів для жовчевивідних шляхів.

Наступні терміни повинні використовуватися для опису спостережень, зроблених під час дослідження жовчевивідних шляхів.

Таблиця 13. Терміни для жовчевивідних шляхів.

ЗАГОЛОВКИ	ТЕРМІНИ	ОЗНАКИ	ХАРАКТЕРИСТИКА ОЗНАК	ДІЛЯНКИ
Норма	Норма			Ділянка(ки)
Патологія	Впадіння міхурової протоки ¹⁵	Розташування стосовно сосочки	Менше, ніж у 2 см	
			Більше, ніж у 2 см	
	Нерівномірний (неправильний)	Протяжність	Локально	Ділянка(ки)
			Сегментарно	
			Дифузно	
	Розширена (дилатована)	Протяжність	Престенотично	Ділянка(ки)
			Локально	
			Сегментарно	
			Дифузно	
	Розрідження гілок	Протяжність	Локально	Ділянка(ки)
			Сегментарно	
			Дифузно	
	Стеноз	Протяжність	У мм	Ділянка(ки)
		Кількість	Одиничний	
			Множинний	
		Протяжність	Локальний	
	Сегментарний			
	Підозра на стиснення ззовні (не стеноз)	Розмір	Протяжне	Ділянка(ки)
			Коротке	
	Обструкція	Причина	Камінь	Ділянка(ки)
			Пухлина	
			Інше	
		Повнота	Неповна	
	Повна			
	Камінь	Кількість	Визначте (вказіть), якщо менше, ніж 5	Ділянка(ки)
			Множинні	
		Розмір ¹⁶	У мм	
Дефект наповнення ¹⁷ (не камінь)	Причина	Повітря	Ділянка(ки)	
		Замазка		
		Паразити		
		T-подібний дренаж		
		Інше		
Стент		Визначте(вказіть)	Ділянка(ки)	
Екстравазація			Ділянка(ки)	
Порожнина	Кількість	Одинична	Ділянка(ки)	
		Множинні		
	Діаметр	У мм		
Нориця		Визначте ...	Ділянка(ки)	
Ознаки попередніх хірургічних втручань (стан після ...)		Холецистектомія Холедоходуоденостомія Холедохоентеростомія Холецистоентеростомія Трансплантація печінки	Ділянка(ки)	
Інший		Визначте(вказіть)	Ділянка(ки)	

¹⁵ Цей термін повинний використовуватися тільки для опису неправильно низького впадання міхурової протоки в головну жовчну протоку.

¹⁶ Вказують діаметр найбільшого каменю

¹⁷ Цей термін ніколи не повинний використовуватися для опису каменів

4.5. Додаткові діагностичні і лікувальні процедури.

Наступні терміни повинні використовуватися для опису додаткових діагностичних і лікувальних процедур, виконаних під час ендоскопічного дослідження.

Таблиця 14. Терміни для додаткових діагностичних і лікувальних процедур.

ЗАГОЛОВКИ	ТЕРМІНИ	ОЗНАКИ	ХАРАКТЕРИСТИКА ОЗНАК	ДІЛЯНКИ
Діагностичні процедури	Біопсія	Пристрій	Щипці	Ділянка
			Петля	
			Інше	
		Метод	Холодна	
			Гаряча	
		Мета	Гістологія	
			Мікробіологія	
	Тест на <i>Helicobacter pylori</i>			
	Ураження	Визначте(вказіть)		
	Цитологія	Ураження	Визначте(вказіть)	Ділянка
	Хромоскопія	Тип	Розповсюджена	Ділянка
			Локальна	
	Барвник	Визначте(вказіть)		
	Аспірація рідини			Ділянка
	Флюороскопія	Тип	Визначте(вказіть)	Ділянка
Холангіоскопія	Тип	Визначте(вказіть)	Ділянка	
Ендосонографія	Тип	Використовуйте спеціальну термінологію	Ділянка	
Функціональний вимір	Тип	Визначте(вказіть)	Ділянка	
Лікувальні процедури	Видалення стороннього тіла	Тип		Ділянка
	Поліпектомія	Пристрій	Щипці	Ділянка ¹⁸
			Петля	
		Метод	Холодна	
			Гаряча	
		Результат	Повна	
	Витягування поліпа	Витягнутий		
		Не витягнутий		
	Сфінктеротомія	Розсічення	Так	
		Результат	Успішна	
			Невдала	
	Витягування (екстракція) каменю	Результат	Повне	
			Неповне	
			Невдале	
	Літотрипсія	Тип	Визначте(вказіть)	
		Результат	Успішна	
			Невдала	
	Цистостомія	Тип	Трансшлункова	
			Трансдуоденальна	
	Розміщення струнного провідника	Тип	Визначте(вказіть)	Ділянка(ки)
		Результат	Успішне	
			Невдале	
Розміщення зонда/ дренажу	Тип	Назобілярний		
		Назоцистікусний		
		Назоентеральний		
		Назопанкреатичний		
		Стент		
		Інший		
	Результат	Успішне		

		Невдале	
Черезшкірна гастростомія	Тип	Визначте(вказіть)	
	Тип видалення	Зовнішній	
		Внутрішній	
	Результат	Успішний	
Невдалий			
Дилатація	Тип	Керований буж	Ділянка
		Некерований буж	
		Балонний катетер	
	Розмір ¹⁹		
	Результат	Успішна	
		Невдала	
Пошкодження	Визначте(вказіть)		
Ін'єкційна терапія	Введена речовина	Визначте(вказіть)	Ділянка
	Об'єм	Визначте(вказіть)	
		Невдале	
	Мета	Гемостаз	
		Склеротерапія вен	
		Руйнування пухлини	
		Доставка лікарського препарату	
	Маркірування		
Результат	Успішний		
	Невдалий		
Лігування	Тип	Визначте(вказіть)	Ділянка
	Число	Визначте(вказіть)	
	Результат	Успішне	
		Невдале	
Кліпування	Тип	Визначте(вказіть)	
	Пошкодження	Визначте(вказіть)	
	Результат	Успішне	
		Невдале	
Протезування	Тип	Визначте(вказіть)	Ділянка
	Протяжність	У см чи мм	
	Діаметр	У Fg чи мм	
	Результат	Успішне	
		Невдале	
Резекція слизової	Тип	Визначте(вказіть)	Ділянка
	Ураження	Визначте(вказіть)	
	Результат	Успішна	
		Невдала	
Теплова терапія	Тип	Коагуляція	Ділянка
		Випарювання	
	Пристрій	Монополярний електрод	
		Біполярний електрод	
		Лазер	
		Аргоновий промінь	
	Мета	Гемостаз	
		Руйнування тканини	
	Результат	Руйнування пухлини	
		Успішна	
Невдала			
Фотодинамічна терапія	Тип	Визначте(вказіть)	Ділянка
	Мета	Визначте(вказіть)	
	Результат	Успішна	
		Невдала	
Внутрішньопорожнинне опромінення	Тип	Визначте(вказіть)	Ділянка
	Мета	Визначте(вказіть)	
	Результат	Успішне	

			Невдале	
Інший		Успішний		Ділянка

¹⁸ Описують локалізацію, зовнішній вигляд, розмір і кількість вилучених поліпів.

¹⁹ В Fг.

4.6 Ускладнення.

Наступні терміни повинні використовуватися, щоб описати ускладнення.

Таблиця 15. Терміни для ускладнень.

Ускладнення
Серцево-легеневі
Перфорація
Кровотеча
Панкреатит
Інфекція

5.0 Покази до проведення ендоскопічного дослідження.

5.1 Можливості.

Цей перелік був переглянутий ASGE, але є деякі розходження в застосуванні його між американською і європейською асоціаціями. Списки доповнюються і тестуються. У США покази часто використовуються як обґрунтування ендоскопії. Ознака використовується, щоб визначити покази для ендоскопії, що виконується за загальноприйнятими стандартами. Однак, можливе проведення ендоскопії без наявності показань. Наприклад, пацієнт бажає пройти щорічну колоноскопію навіть при відсутності попереднього анамнезу у відношенні поліпів чи спадкового раку товстої кишки. В даному випадку мета колоноскопії полягає в тому, щоб виключити пухлину, хоча і немає показів до дослідження.

Список рекомендованих комітетом ASGE "Показів" був призначений як засіб оцінки доречності і потреби ендоскопічного дослідження. Цей список був розроблений на основі доречності дослідження в індивідуальному порядку. При обґрунтуванні цього рішення комітет вважає, що більш важливо реєструвати причину ендоскопічного дослідження, ніж суворо відповідність показів до нього.

Тому покази були розділені на такі групи:

1. Симптоми, що дозволяють користувачу реєструвати покази, по яким необхідно проведення ендоскопічного дослідження. Це особливо важливо у важких діагностичних випадках.
2. Хвороби, що входять у список загальних захворювань, для яких ендоскопічне дослідження може знадобитися. Вони можуть бути кваліфіковані як "Підозра ...", "Для виключення ...", "Для спостереження, контролю..." чи "Для терапії ...".
3. Оцінка: цей пункт був представлений у списку "Показів" для того, щоб дозволити реєстрацію досліджень, проведених з метою оцінки статусу якої-небудь частини гастроінтестинального тракту до чи після хірургічного втручання у відсутності визначеної ознаки, що вимагає дослідження цього органа.
4. Діагностичне взяття проби було включено як "Покази", оскільки було визнано, що тільки виконання певних досліджень дають можливість взяти конкретний матеріал.

Запропоновані списки передбачені для кожного дослідження.

5.2 Покази до дослідження.

5.2.1. Покази до ендоскопії верхнього відділу шлунково-кишкового тракту.

Наступні терміни повинні використовуватися для опису показань до виконання езофагогастроуденоскопії.

Таблиця 16. Покази для дослідження верхнього відділу шлунково-кишкового тракту.

СИМПТОМИ.	
Абдомінальний дискомфорт /біль	
Дисфагія	
Гематомезис	
Мелена	
Печія	
Нудота і блювота	
Втрата маси	
Анемія	
Діарея	
ЗАХВОРЮВАННЯ	ОЗНАКА
Пухлина	Підозра
Шлунково-стравохідна рефлюксна хвороба	Встановлений
Виразка	Виключення
Гастрит	Спостереження
Стеноз	Для лікування

Шлунково-кишкова кровотеча	
Варикозні вени	
Передракові захворювання	
Стороннє тіло	
Метастаз невідомого походження	
ОЦІНКА	
Доопераційна	
Післяопераційна	
Скрінінг	
Сімейний пухлинний анамнез	
Атипова процедура	Визначте (вказіть)
Діагностичне взяття проби: Визначте (вказіть)	

5.2.2. Покази до ендоскопії нижнього відділу шлунково-кишкового тракту.

Наступні терміни повинні використовуватися для опису показів до виконання колоноскопії.

Таблиця 17. Покази для дослідження нижнього відділу шлунково-кишкового тракту.

СИМПТОМИ	
Кривавий стілець	
Мелена невідомого походження	
Діарея	
Абдомінальний дискомфорт/ біль	
Порушення функції кишечника	
Анемія	
Втрата маси	
ЗАХВОРЮВАННЯ	
Поліпи	Підозра
Коло-ректальний рак	Встановлений
Товстокишкова непрохідність	Виключення
Дивертикулез	Спостереження
Запальні захворювання кишечника:	Для терапії
Хвороба Крона	
Неспецифічний виразковий коліт	
Заворот кишок	
Ангіоектазії	
Ішемічний коліт	
Псевдомембранозний коліт	
Метастаз невідомого походження	
ОЦІНКА	
Доопераційна	
Післяопераційна	
Приховані (окулярні) кровотечі	
Скрінінг	
Сімейний пухлинний анамнез	
Атипова процедура	Визначте (вказіть)
Діагностичне взяття проби: Визначте (вказіть)	

5.2.3. Покази до ЕРХПГ.

Наступні терміни повинні використовуватися для опису показів до виконання ЕРХПГ.

Таблиця 18. Покази до виконання ЕРХПГ.

СИМПТОМИ	
Жовтяниця	
Біль, зв'язаний з підшлунковою залозою чи жовчовивідними протоками	

Відхилення від норми біохімічних показників	
Печінкові тести	
Панкреатичні тести	
Нестандартні процедури	
ЗАХВОРЮВАННЯ	ОЗНАКИ
Камінь жовчних протоків	підозра
Камінь жовчного міхура	встановлений
Гострий панкреатит	виключення
Хронічний панкреатит	спостереження
Періампулярна пухлина	для лікування
Пухлина підшлункової залози / жовчовивідних протоків	
Холангіт	
Жовчні чи панкреатичні кісти	
Ускладнення після операцій на жовчних шляхах	
Ускладнення після втручань (не хірургічних) на жовчних шляхах	
Закупорка стента	
ОЦІНКА	
Передопераційна	
Післяопераційна	
Діагностичне взяття проб: Визначте (вказіть)	
ТЕРАПІЯ	
Сфінктеротомія	
Витягування каменя	
Стентування : жовчного / панкреатичного протоків	
Видалення чи заміна стента	
Дилатація : жовчного / панкреатичного протоків	
Дренування: жовчної, панкреатичної системи	
Дренування кісти	
Гемостаз	

6.0 ЕНДОСКОПІЧНИЙ ДІАГНОЗ (ЗАКЛЮЧЕННЯ).

6.1. Можливості.

Цей список термінів для кожного дослідження визначає заключення (єдине чи багатокомпонентне), котре ендоскопіст вважає найбільш ймовірним на основі макроскопічних результатів. Це заключення (не обов'язково остаточне) враховує результати будь-яких додаткових процедур типу біопсії / цитології. Діагностичний список був розділений на дві частини: 1) основних заключень, стосовно до очікуваної поширеності; 2) додаткових заключень (більш рідких), внесених у список в алфавітному порядку (в англійській транскрипції). Рішення щодо того, у якому списку з'являється специфічне заключення, ґрунтується на очікуваній частоті виявлення його в Європі. Це "заключення" може бути використе для винесення діагнозу з огляду на всі дані дослідження. Такий діагноз буде ґрунтуватися на синтезі всіх зареєстрованих результатів дослідження. Це необхідно при описі багатьох різних ушкоджень, таких як зміни при запальних захворюваннях у кишковокишковому тракту при колоноскопії.

Комітет рекомендує реєструвати, як всі позитивні, так і "негативні заключення". Це важливо робити в тих випадках, коли характерні ознаки відсутні, як, наприклад, неможливість знайти які-небудь ознаки кровотечі у пацієнта з клінікою шлунково-кишкової кровотечі. Тому пропонується, щоб висновок можна було кваліфікувати в такий спосіб: "безсумнівний", "підозрюваний", "ймовірно не існуючий" і "визначено виключений".

6.2 Список заключень для верхнього відділу шлунково-кишкового тракту.

6.2.1. Стравохід.

Наступні терміни повинні використовуватися при написанні заключень після дослідження стравоходу.

Таблиця 19. Список заключень для стравоходу.

ОСНОВНІ ЗАКЛЮЧЕННЯ	ОЗНАКА
Норма	Підозра на (не виключено)
Рефлюкс езофагіт	Встановлено (визначено)
Варикозне розширення вен	Виключено (не виявлено)
Доброякісна стріктура	Динамічне спостереження

Злоякісна пухлина	Лікування
Стравохід Барретта	
Виразка	
ДОДАТКОВІ ЗАКЛЮЧЕННЯ	
Ахалазія	
Доброякісна пухлина	
Дивертикул	
Нориця	
Стороннє тіло	
Хіатальна грижа	
Синдром Меллорі-Вейсса	
Кандидозний езофагіт	
Нерезфлюксний езофагіт	
Поліп	
Ознаки перенесеної операції, (стан після ...)	
Стан після склеротерапії	
Рубець	
Кільце Шацького	
Підслизова пухлина	

6.2.2. Шлунок.

Наступні терміни повинні використовуватися при написанні заключень після дослідження шлунку.

Таблиця 20. Список заключень для шлунку.

ОСНОВНІ ЗАКЛЮЧЕННЯ	ОЗНАКА
Норма	Підозра на (не виключено)
Гастропатія:	Встановлено (визначено)
Ерозивна	Виключено (не виявлено)
Еритематозна (гіперемія)	Динамічне спостереження
Гіпертрофічна	
Геморагічна	
Атрофія слизової оболонки шлунка	
Підозра на гастрит	Лікування
Портальна гіпертензивна гастропатія	
Виразка шлунка	
Кровоточива виразка шлунка	На додаток до головної ознаки, для цього специфічного терміна, можна використовувати тип кровотечі відповідно до класифікації Форреста: ІА- пульсуюча, ІВ- просочування, ІІА: тромбована судина, ІІВ-фіксований згусток крові, ІІІ: відсутні ознаки кровотечі (<i>дефект під фібрином</i>) <i>Іх-із під щільнофіксованого згустка(при неможливості верифікувати джерело).</i> <i>ІІС- дрібні тромбовані судини</i>
Пептична виразка анастомозу	
Злоякісна пухлина: Визначте якщо доречно: Шлунковий рак	
Поліпи	
ДОДАТКОВІ ЗАКЛЮЧЕННЯ	
Ангіоектазія	
Доброякісна пухлина	
Кровотеча невідомого походження (джерело не виявлене)	
Хвороба Делафуа	
Дивертикул	
Ранній шлунковий рак	
Стиснення ззовні	
Нориця	
Стороннє тіло	

Гастростаз	
Helicobacter pylori	
Папульозна гастропатія	
Паразити (повинні бути додані до списку в деяких країнах)	
Ознаки перенесеної операції, (стан після ...)	
Рубець	
Підслизова пухлина	
Варикозні вени	

6.2.3. Дванадцятипала кишка.

Наступні терміни повинні використовуватися при написанні заключень після дослідження дванадцятипалої кишки.

Таблиця 21. Список заключень для дванадцятипалої кишки.

ОСНОВНІ ЗАКЛЮЧЕННЯ	ОЗНАКА
Норма	Підозра на (не виключено)
Дуоденопатія:	Встановлено (визначено)
Ерозивна	Виключено (не виявлено)
Еритематозна (гіперемія)	Динамічне спостереження
Застійна	Лікування
Геморагічна	
Дуоденальна виразка	
Виразка дванадцятипалої кишки, що кровоточить	На додаток до головної ознаки, для цього специфічного терміна, можна використовувати тип кровотечі відповідно до класифікації Форреста: ІА- пульсуюча , ІВ- просочування , ІІА- тромбована судина , ІІВ- фіксований згусток крові , ІІІ: відсутні ознаки кровотечі (<i>дефект під фібрином</i>). Іх-із під щільнофіксованого згустка при неможливості верифікувати джерелдо кровотечі, <i>ІІС дрібні тромбовані судини</i>
Виразкова деформація дванадцятипалої кишки	
ДОДАТКОВІ ЗАКЛЮЧЕННЯ	
Ангіоектазія	
Доброякісна пухлина	
Кровотеча невідомого походження	
Гіперплазія брунєрових залоз	
Целіакія	
Хвороба Крона	
Дивертикул	
Нориця	
Злоякісна пухлина	
Паразит	
Поліп	
Ознаки перенесеної операції, (стан після ...)	
Рубець	
Підслизова пухлина	
Інше (визначте)	

6.3 Список заключень для нижнього відділу шлунково-кишкового тракту.

Наступні терміни повинні використовуватися при написанні заключень після дослідження товстого кишечника.

Таблиця 22. Список заключень для товстого кишечника.

ОСНОВНІ ЗАКЛЮЧЕННЯ	ОЗНАКА
Норма	Підозра на (не виключено)
Поліп (и)	Встановлено (визначено)
Злоякісна пухлина:	Виключено (не виявлено)

первинна	Динамічне спостереження
рецидивна (післяопераційна/анастомозу)	
Неспецифічний виразковий коліт:	
безсимптомний	
помірної активності	Лікування
вираженої активності	
Хвороба Крона:	
безсимптомна	
помірної активності	
вираженої активності	
Неспецифічний коліт	
Дивертикульоз	
Дивертикуліт	
Радіаційний коліт/проктит	
Геморой	
ДОДАТКОВІ ЗАКЛЮЧЕННЯ	
Ангіоектазія (судинний розлад)	
Кровотеча невідомого походження	
Кондиломи	
Стороннє тіло	
Нориця	
Лейт	
Шемічний коліт	
Лімфома	
Меланоз	
Паразити (повинні бути додані до списку в деяких країнах)	
Поліпоз кишечника	
Пневматоз	
Ознаки перенесеної операції, (стан після ...)	
Післяопераційна стріктура	
Проктит	
Пседомембранозний коліт	
Солітарна виразка	
Ліпома	
Інше, (визначте)	

6.4 Список заключень для ЕРХПГ.

6.4.1. Підшлункова залоза.

Наступні терміни повинні використовуватися при написанні заключень після дослідження підшлункової залози.

Таблиця 23. Список заключень для підшлункової залози.

ОСНОВНІ ЗАКЛЮЧЕННЯ	ОЗНАКА
Невдала панкреатограма	Підозра на (не виключено)
Нормальна панкреатограма	Встановлено (визначено)
Хронічний панкреатит	Виключено(не виявлено)
Пухлина підшлункової залози	Динамічне спостереження
Кіста підшлункової залози	
Стеноз сосочка	
Пухлина ампули сосочка	Лікування
ДОДАТКОВІ ЗАКЛЮЧЕННЯ	
Атипове жовчно-панкреатичне з'єднання	
Кільцеподібна підшлункова залоза	
Розділена підшлункова залоза	
Нориця панкреатичної протоки	
Панкреатичний камінь	
Паразити	
Інше (визначте)	

6.4.2. Жовчовивідні шляхи.

Наступні терміни повинні використовуватися при написанні заключень після дослідження жовчовивідних шляхів.

Таблиця 24. Список заключень для жовчовивідних шляхів.

ОСНОВНІ ЗАКЛЮЧЕННЯ	ОЗНАКА
Невдала холангіограма	Підозра на (не виключено)
Нормальна холангіограма	Установлено (визначено)
Нормальна постхолецистектомічна холангіограма	Виключено (не виявлено)
Нормальна постсфінктеротомічна холангіограма	Динамічне спостереження
Холелітіаз	
Холедохолітіаз	
Холецистолітіаз	
Печінковий літіаз	Лікування (маніпуляції)
Літіаз міхурової протоки	
Літіаз кукси міхурової протоки	
Синдром Міріці	
Біліарна пухлина	
Пухлина головної жовчної протоки	
Пухлина Klatzkin	
Пухлина жовчного міхура	
Сосочковий стеноз	
Ампулярна пухлина	
Оклюдія стента	
ДОДАТКОВІ ЗАКЛЮЧЕННЯ	
Атипове жовчно-панкреатичне з'єднання	
Нориця жовчної протоки	
Оклюдія жовчної протоки	
Витікання жовчі	
Біліарна стриктура	
Хвороба Каролі	
Кіста загальної жовчної протоки	
Холедохоцеле	
Цироз	
Гемобілія	
Сосочковий стеноз	
Паразити	
Склерозуючий холангіт	
Синдром застою	
Гнійний холангіт	
Пухлина жовчного міхура	
Інше (визначте)	

7.0 ЛІТЕРАТУРА.

1. Maratka, Z. Terminology, definitions and diagnostic criteria in digestive endoscopy. Scan J Gastroenterol 1984;19(suppl 103):1-74.
2. American Society for Gastrointestinal Endoscopy Computer Syllabus, ASGE Computer Committee, Manchester, Ma, May, 1984.
3. Kruss, DM. The ASGE database: computers in the endoscopy unit. Endosc Rev 1987;4:64-70.
- 4.. Maratka Z. Databases for gastrointestinal endoscopy [letter]. Gastrointest Endosc 1992;38(3):395-396.
5. Maratka Z, Schapiro M. Terminology and its application to computer-aided data processing in digestive endoscopy. J Clin Gastroenterol 1990;12(2):130-131.
6. Maratka Z. Terminology, Definitions and Diagnostic Criteria in Digestive Endoscopy, Third Edition. Bad Homburg: Normed Verlag, 1994.

7. Crespi M, Delvaux M, Schapiro M, Venables C, Zweibel F. Minimal standards for a computerized endoscopic database. Am J Gastro 1994;89:S144-S153.

8.0 ІСТОРИЯ ПЕРЕГЛЯДУ.

Author	Revision Number	Date	Location
ESGE	1.0a	March 1, 1995	Los Angeles, CA
L. Korman	1.0b	September 5, 1996	Washington DC
L. Korman	1.0c	December 23, 1996	Washington, DC
L. Korman	1.0d	June 12, 1997	Washington, DC
L. Korman	1.0e	November 19, 1997	Washington, DC
L. Korman	1.0f	November 19, 1997	Washington, DC
L. Korman	1.0g	January 21, 1998	Washington, DC
ESGE/ASGE	2.0 ^a	March 6, 1998	Barcelona, Spain
M. Delvaux	2.0 ^b	March 30, 1998	Toulouse, France
L. Korman	2.0 ^c	April 6, 1998	Washington, DC
M. Delvaux	2.0 ^d	April 22, 1998	Toulouse, France
M. Delvaux	2.0 ^e	May 3, 1998	Rome, Italy
M. Delvaux - L.Y. Korman	2.0 ^f	June 3, 1998	Toulouse, France Washington DC
L Korman	2.0 ^g	June 6 1998	Washington, DC

ІНФОРМАТИВНИЙ ДОДАТОК.

Доповнення до перегляду.

Дата: 21 січня 1998 р.

Версія 1.0g представляє відредаговану в США МСТ версію 1.0. Ця редакція була обговорена інформаційним комітетом ASGE 15.11.1997 р. у Вашингтоні. Рішення по включенню списку показів до ендоскопічного дослідження і списку висновків базувалося на результатах попередніх тестів. Було визначено, що ці списки доповнять існуючий список показань ASGE і будуть спрямовані в робочий комітет зі стандартів для перегляду і модифікації. Надалі, більш ретельний аналіз проведених у США тестів показав можливість використання їхніх результатів для модифікації МСТ версії 2.0.

2.0 Доповнення до МСТ версії 2.0.

2.1. Загальні коментарі.

Версія 2.0f базується на аналізі результатів досліджень, проведених у Європі і США. Результати цих досліджень, будуть опубліковані окремо в наукових журналах і будуть підсумовані в публікації розширеної версії МСТ, запропонованої спільно комітетами ESGE і ASGE.

2.2. Зміни в МСТ.

2.2.1. "Головні ділянки" замінені на "ділянка"(ки): в анатомічних розділах відсутні головні ділянки. "Головне" мається на увазі, що є "не головні" ділянки. Більш просте визначення – "ділянка(ки)", ті що отримані з анатомічних таблиць.

2.2.2. Використання терміну "інший": мається на увазі в будь-якій розробленій системі. Повинна завжди бути можливість додати термін, якщо список неадекватний.

2.2.3. Шлунок.

Геморагічна слизова оболонка: немає ніякої потреби в ознаках, що визначають кровотечу. Слизова оболонка, що кровоточить або зі стигматою на ній, визначається як "геморагічна".