

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Д.Л. Пиневиц

2015 г.

Регистрационный № 122-1115



МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА С  
КИШЕЧНОЙ МЕТАПЛАЗИИ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ С  
ПРИМЕНЕНИЕМ ЭНДОСКОПИИ С ОПТИЧЕСКИМ УВЕЛИЧЕНИЕМ  
И ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УЗКОВОЛНОВОГО СВЕТА  
инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»

ГУ «Республиканский научно-практический центр детской хирургии»

АВТОРЫ: к.м.н., доцент К.У. Вильчук, к.м.н. К.Ю. Мараховский,  
к.м.н. М.Г. Девялтовская, Е.В. Ласицкая.

Минск, 2015

Настоящая инструкция по применению (далее - инструкция) предназначена для врачей-педиатров, врачей-гастроэнтерологов, врачей-эндоскопистов учреждений здравоохранения III и республиканского уровней, осуществляющих медицинскую помощь детям.

### ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Дети в возрасте от 7 до 18 лет с диагнозами:

К 29 Гастрит и дуоденит

К 29.3 Хронический поверхностный гастрит

К 29.4 Хронический атрофический гастрит

К 29.5 Хронический гастрит неуточненный

### ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ

Эндоскоп с возможностью оптического увеличения и использования освещения слизистой узковолновым светом длиной волны 430-450 нм.

### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА

Метод включает 2 этапа: 1) клиничко-анамнестический этап; 2) этап применения эндоскопии с оптическим увеличением и использованием освещения слизистой узковолновым светом длиной волны 430-450 нм.

**1-ый этап** – **клиничко-анамнестический** включает выявление изолированной симптоматики в виде умеренных болей в животе; анамнеза, отягощенного по онкологическим заболеваниям у пробандов 1, 2 поколений; определение микроорганизма *Helicobacter pylori* в средах организма.

**2-ой этап** включает применение эндоскопии с оптическим увеличением и использованием освещения слизистой узковолновым светом длиной волны 430-450 нм для выявления характерных изменений микроархитектоники слизистой оболочки желудка.

## ПРИНЦИПЫ ОЦЕНКИ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА

Эндоскопическое заключение включает оценку микроархитектоники поверхности слизистой (S) и оценку микрососудистой архитектоники (V).

### *Характеристика микроструктуры (V+S) нормальной слизистой тела и свода желудка*

При осмотре тела и свода желудка визуализируется регулярный сотоподобный рисунок, сформированный особенностями визуализации субэпителиальной капиллярной сети (СКС). Закрытые полигональные петли СКС окружают каждую ямку/крипту слизистой желудка. Каждая такая кольцеподобная сосудистая структура анастомозирует с соседней с формированием сотоподобной микрососудистой архитектоники, располагающейся ниже эпителия. Такая сосудистая сетка впадает в собирающие вены, которые визуализируются как отдельные ветвящиеся структуры меньшей четкости, так как располагаются на большей глубине и имеют больший диаметр. Описанная характеристика микроструктуры нормальной слизистой тела и свода желудка представлена на рисунке 1.

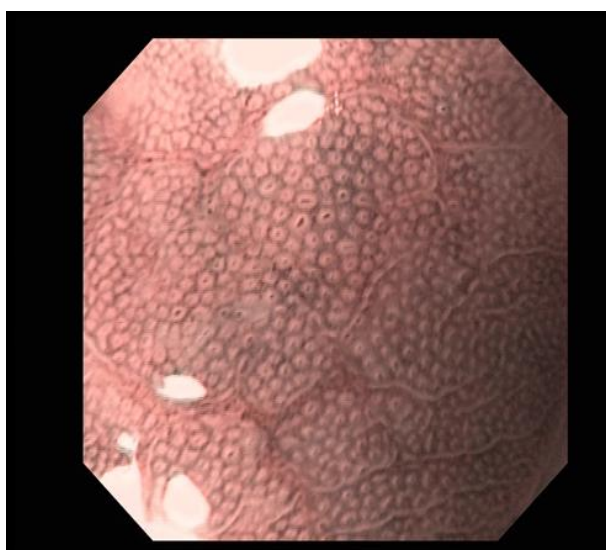


Рисунок 1 – Нормальная слизистая тела желудка

## ***Характеристика микроструктуры (V+S) нормальной слизистой антрального отдела желудка***

Как микрососудистая архитектура, так и микроархитектура поверхности антрального отдела имеет значительные отличия от таковой в теле и своде желудка (рис. 2). При проведении визуализации поверхности слизистой антрального отдела, в частности устья антральных крипт, получаемая картина демонстрирует линейные или сетчатые микрожелобки. В пространстве между желобками визуализируются капилляры в виде повторяющихся как замкнутых, так и незамкнутых петель, апикальная часть которых слегка утолщена.

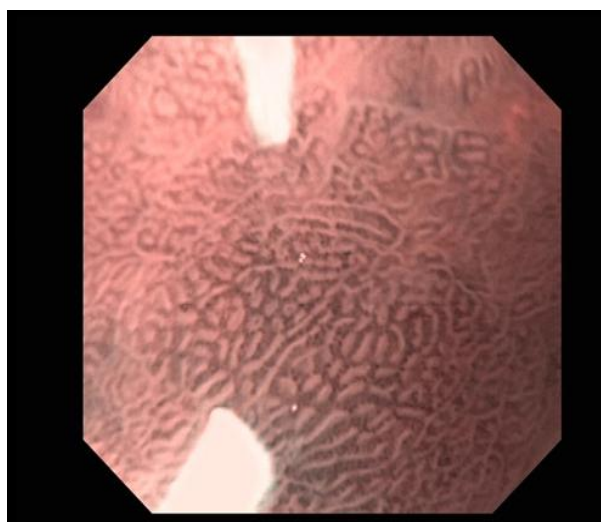


Рисунок 2 – Нормальная слизистая антрального отдела желудка

## ***Характеристика микроструктуры (V+S) слизистой желудка при кишечной метаплазии***

### ***Алгоритм оценки СКС (микрососудистого рисунка)***

В качестве контроля в увеличительной эндоскопии постоянно используется неизменная слизистая желудка. Сначала производится

видеозапись и/или фотографирование краевой зоны изучаемого участка слизистой (зоны поражения), затем идентификация микрососудистой структуры в этой зоне, затем в такой же последовательности исследуется внутренняя зона.

Алгоритм оценки СКС включает следующие параметры:

1. Определение характеристик регулярной субэпителиальной капиллярной сети, окружающей патологический очаг.
2. Исчезает ли регулярная СКС на краю патологического очага.
3. Имеется ли четкая демаркационная граница на уровне исчезновения регулярной СКС.
4. Имеют ли сосуды патологического очага такую же структуру, как и окружающая его СКС.
5. Если сосуды патологического очага и окружающей его СКС различаются, присутствуют ли нерегулярные сосудистые структуры.

При использовании увеличительной эндоскопии с освещением слизистой узковолновым светом длиной волны 430-450 нм визуализируются типичные для тонкокишечной метаплазии участки изменения цветовых характеристик слизистой желудка:

- 1) симптом «бледно-голубые гребни»;
- 2) симптом «белая непрозрачная субстанция».

Симптом «бледно-голубые гребни» связан с наличием микроворсинок щеточной каймы у клеток, характерных для тонкокишечной метаплазии (рис. 3) .

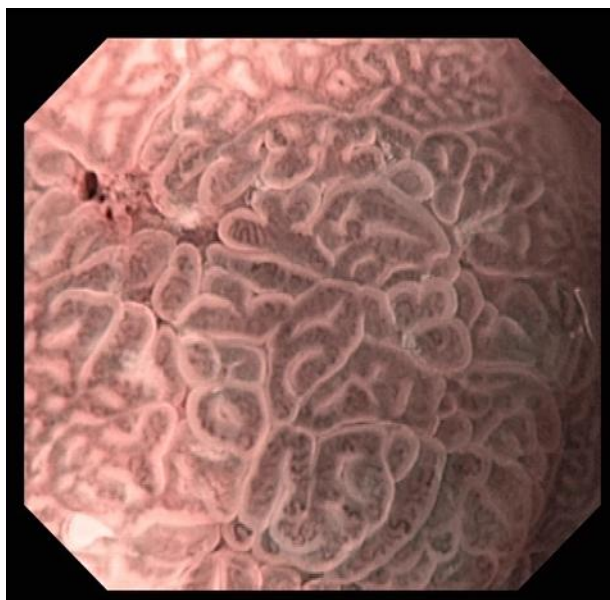


Рисунок 3 – Симптом «бледно-голубые гребни»

Симптом «белая непрозрачная субстанция» выглядит как белый творожистый налет, наличие которого характерно для участков кишечной метаплазии слизистой желудка (рис. 4).

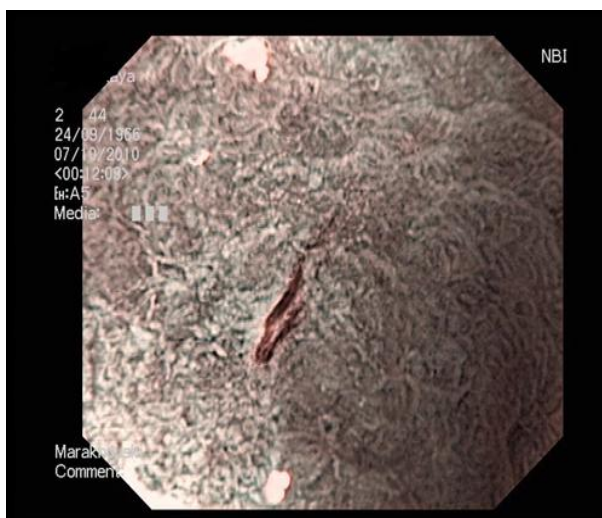


Рисунок 4 – Симптом «белая непрозрачная субстанция»

**ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ МЕТОДА**

При соблюдении настоящей инструкции осложнения исключены.