

ПОЗНАКОМИТЕЛЬНЫЙ ФРАГМЕНТ)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

**Первый Московский ордена Ленина
и ордена Трудового Красного Знамени
медицинский институт им. И. М. Сеченова**

На правах рукописи

ВАСИЛЬЕВ

Юрий Васильевич

**ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА
НЕКОТОРЫХ ПОРАЖЕНИЙ ОРГАНОВ
ДУОДЕНО-ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ**

(специальность — внутренние болезни № 140005)

**Автореферат диссертации
на соискание ученой степени
доктора медицинских наук**

Москва, 1973

(ОЗНАКОМИТЕЛЬНЫЙ ФРАГМЕНТ)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

Первый Московский ордена Ленина
и ордена Трудового Красного Знамени
медицинский институт им. И. М. Сеченова

ВАСИЛЬЕВ

Юрий Васильевич

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА НЕКОТОРЫХ ПОРАЖЕНИЙ ОРГАНОВ ДУОДЕНО-ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ

(специальность — внутренние болезни № 140005)

Автореферат диссертации
на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Москва, 1973

(ОЗНАКОМИТЕЛЬНЫЙ ФРАГМЕНТ)

Работа выполнена во Всесоюзном научно-исследовательском институте гастроэнтерологии Министерства Здравоохранения СССР (директор — академик АМН СССР, профессор **В. Х. Василенко**) и на кафедре пропедевтической терапии I Московского ордена Ленина и ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. И. М. Сеченова (ректор института — член-корреспондент АМН СССР, профессор **М. И. Кузин**).

Научный консультант — Герой Социалистического труда, академик АМН СССР, профессор **В. Х. Василенко**.

Официальные оппоненты — профессор **Ф. И. Комаров**,
профессор **А. С. Белоусов**,
профессор **Р. Т. Панченков**.

Научное учреждение, давшее отзыв о научно-практической ценности диссертации — Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П. А. Герцена.

Защита диссертации состоится *20* *мар* 197 *г.*
на заседании Ученого Совета I Московского ордена Ленина
и ордена Трудового Красного Знамени медицинского института
им. И. М. Сеченова (Москва, Б. Пироговская, 2/6).
Автореферат разослан « » 197 г.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке I Московского медицинского института им. И. М. Сеченова.

Ученый секретарь Ученого Совета института
доктор медицинских наук **А. Е. Дмитриев**.

Проблема своевременной диагностики поражений органов дуодено-панкреатической зоны остается актуальной до настоящего времени. Поэтому вполне оправдано стремление различных исследователей к созданию новой и совершенствованию старой диагностической аппаратуры. В последнее время внимание исследователей все больше привлекает эндоскопический метод исследования двенадцатиперстной кишки (Т. Kozu с соавт., 1970; L. Demling и M. Classen, 1970; Л. К. Соколов с соавт., 1972; В. М. Буянов с соавт., 1973; и др.). Однако большая часть вопросов по эндоскопическому исследованию двенадцатиперстной кишки остаются неизученными. В настоящее время недостаточно изучены методика исследования и эндоскопическая картина различных поражений двенадцатиперстной кишки и большого дуоденального соска, а вопрос о диагностической ценности дуоденоскопии является спорным. Наряду с сообщениями о визуальном осмотре слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки через дуоденофиброскоп в последнее время в иностранной литературе появились сообщения о новом методе исследования — эндоскопической панкреатохолангиографии или так называемой ретроградной панкреатохолангиографии через дуоденофиброскоп (S. Soma с соавт., 1970; G. Brodmerkel и H. Taal, 1972; I. Oi с соавт., 1972; и др.). Имеющиеся в литературе сведения по этому вопросу немногочисленны, неполны и не содержат ряд сведений, без которых проведение эндоскопической панкреатохолангиографии практически невозможно. Учитывая изложенное, мы поставили перед собой следующие задачи: 1) разработать методику эндоскопического исследования двенадцатиперстной кишки; 2) изучить диагностические критерии и особенности эндоскопической диагностики некоторых диффузных и очаговых поражений органов дуодено-панкреатической зоны; 3) сопоставить полученные данные с результатами общепринятого рентгенологического метода исследования; 4) разработать методику эндоскопической панкреатохолангиографии и проанализировать полученные данные.

(ОЗНАКОМИТЕЛЬНЫЙ ФРАГМЕНТ)

Материал и методика работы.

Обследовано 766 больных, страдающих различными заболеваниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. Большинство больных страдали язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и желудка (407); с целью уточнения диагноза часть больных обследованы по поводу подозрения на опухоль органов дуодено-панкреатической зоны, язвенную болезнь и некоторые другие заболевания двенадцатиперстной кишки. Все обследованные нами больные предъявляли жалобы на различной степени выраженности боли в верхней половине живота и диспепсические расстройства. Среди обследованных было 479 мужчин и 287 женщин. Возраст больных — от 13 до 73 лет. Большинство больных (469) было в возрасте от 31 до 50 лет. Обследованные нами больные находились во ВНИИГ МЗ СССР (директор — академик АМН СССР, профессор В. Х. Василенко) и в пропедевтической терапевтической и факультетской хирургической клиниках I ММИ им. И. М. Сеченова (ректор — член-корреспондент АМН СССР, профессор М. И. Кузин), небольшое число больных были направлены на консультацию из других клиник г. Москвы.

Всем больным проведено клиническое, рентгенологическое и эндоскопическое исследование. Рентгенологическое исследование не отличалось от общепринятого и проводилось в различные сроки перед эндоскопическим (от 2 дней до 1 месяца). Для эндоскопического исследования пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки мы использовали гибкий дуоденофиброскоп Олимпус JF типа В, эзофагогастродуоденофиброскоп Олимпус GJF типа Д и эзофагогастродуоденофиброскоп А.С.М.І.

Эндоскопическое исследование двенадцатиперстной кишки проводилось с целью уточнения клинических и рентгенологических данных, а также при расхождении последних. Противопоказания к дуоденоскопии устанавливались с учетом состояния больного. При этом за основу брали противопоказания, установленные к гастроскопии, когда для проведения последней используются гибкие гастрофиброскопы (Л. К. Соколов, 1970; Ю. В. Васильев, 1970; В. Н. Рыжиков, 1970; В. В. Семенов, 1971; и др.).

Одним из важнейших факторов, способствующих проведению полноценного эндоскопического исследования двенадцатиперстной кишки является премедикация. Наши наблюдения показали, что дуоденоскопию можно успешно проводить под местной анестезией. С этой целью мы использовали серноислый атропин, азрон, промедол, метацин в различных сочетаниях и дозировках, непосредствен-

(ОЗНАКОМИТЕЛЬНЫЙ ФРАГМЕНТ)

но перед введением дуоденофиброскопа проводили анестезию области глоточного кольца 1% раствором дикаина или ксилокаином. Тщательно проанализированы результаты эндоскопического исследования верхнего отдела желудочно-кишечного тракта дуоденофиброскопом 371 больного. В 33 случаях (8,8%) не удалось провести дуоденофиброскоп через привратник. Наилучшие результаты получены при введении больному подкожно за 30—45 минут до эндоскопического исследования 1 мл 0,1% раствора сернокислого атропина и приема через рот 2 таблеток азрона. Проведенные наблюдения показали, что местная анестезия области глоточного кольца 1% раствором дикаина (0,5 мл) не уступает анестезии, проведенной ксилокаином (2 мл), а в ряде случаев превосходит ее (лучше снимается рвотный рефлекс).

Эндоскопическое исследование двенадцатиперстной кишки проводилось в положении больного на левом боку на операционном столе ОСУК-2, натошак. По мере продвижения дуоденофиброскопа проводился осмотр нижней трети пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. В отличие от S. Shindo с соавт. (1970) мы полагаем, что рентгенологический контроль при проведении дуоденофиброскопа через привратник не нужен, так как не дает преимуществ, а вынуждает проводить эндоскопическое исследование в рентгеновском кабинете, приводит к ненужному облучению больного и врача. При извлечении дуоденофиброскопа следует во всех случаях проводить повторный осмотр верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Это обусловлено тем, что при введении дуоденофиброскопа отдельные участки слизистой оболочки могут не попасть в поле зрения эндоскопа.

В необходимых случаях производилось фотографирование слизистой оболочки и брался материал на гистологическое исследование. Обработка биопсийного материала и его маркировка проводились по методике, принятой во ВНИИГ МЗ СССР (Л. И. Аруин с соавт., 1970).

С помощью дуоденофиброскопа (объектив на боковой стенке его дистального конца) в 96% случаев удается выявить большой дуоденальный сосок. С помощью эзофагогастродуоденофиброскопов (объектив на торце аппарата) можно осмотреть весь пищевод, желудок, луковицу и в 1/3 случаев нисходящую часть двенадцатиперстной кишки; в 22,8% случаев удается выявить большой дуоденальный сосок.

Проведенные исследования показали, что во всех случаях, когда предполагается провести эндоскопический осмотр двенадцатиперстной кишки, следует проводить одномоментно и эндоскопический осмотр пищевода и желудка.

(ОЗНАКОМИТЕЛЬНЫЙ ФРАГМЕНТ)

Так, на 362 больных, направленных на эндоскопическое исследование с предполагаемым диагнозом язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, при исследовании желудка в 12 случаях выявлена язва тела желудка, в 11 язва антрального отдела желудка и пилорического канала, в 13 эрозии в антральном отделе желудка, в 4 рак тела, в 1 рак и в 6 случаях одиночные полипы в антральном отделе желудка. В остальных случаях отмечена неизменная слизистая или хронический гастрит. Эндоскопический осмотр пищевода не менее важен у больных язвенной болезнью. Так, при анализе результатов эндоскопического исследования пищевода 84 больных, направленных на дуоденоскопию с предполагаемым диагнозом язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, у 24 из них выявлена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (у 7 из этих больных и эзофагит н/з пищевода). Кроме того, у 5 больных выявлен эзофагит терминального отдела пищевода, у 1 рак, у 1 полип и у 1 больного дивертикул пищевода. У 55 больных патологических изменений в пищеводе не выявлено.

Для проведения полноценного эндоскопического исследования двенадцатиперстной кишки, как показали наши наблюдения, иногда необходимо использовать некоторые методические приемы. В частности, при широко зияющем привратнике эндоскопический осмотр луковицы двенадцатиперстной кишки следует начинать методом так называемой «косвенной» чрезпривратниковой бульбоскопии, когда слизистая оболочка луковицы осматривается через зияющий или периодически раскрывающийся привратник. Таким образом нам в 12 случаях удалось диагностировать язву луковицы. Необходимость такого осмотра объясняется тем, что иногда через зияющий привратник язва видна лучше, чем при осмотре ее непосредственно из луковицы. Однако в большинстве случаев привратник сомкнут или раскрывается настолько незначительно, что через него не удается даже частично осмотреть слизистую оболочку луковицы двенадцатиперстной кишки. Поэтому во всех случаях необходимо проводить дистальный конец дуоденофиброскопа в луковицу для прямого ее осмотра. При спастических или рубцовых изменениях в области привратника при обычном эндоскопическом осмотре луковицы двенадцатиперстной кишки иногда в поле зрения дуоденофиброскопа могут не попасть участки слизистой оболочки луковицы, непосредственно прилежащие к дистальному краю пилорического канала. В таких случаях необходимо применять метод так называемой «инверсионной» дуоденоскопии. Дистальный конец дуоденофиброскопа под максимально согнутым углом упирается в переднюю или верхнюю стенку

(ОЗНАКОМИТЕЛЬНЫЙ ФРАГМЕНТ)

луковицы, после чего при поступательном движении дуоденофиброскопа в поле зрения попадает проксимальная часть луковицы и выходящий из пилорического канала дуоденофиброскоп. Осмотр проксимальной части луковицы таким образом был нами успешно проведен в 33 из 37 случаев, при этом в 2 случаях нам удалось диагностировать язву в проксимальной части луковицы двенадцатиперстной кишки. Однако проведение «инверсионной» дуоденоскопии возможно лишь через дуоденофиброскоп. В каких же случаях следует применять дуоденофиброскоп и эзофагогастродуоденофиброскоп? Мы полагаем, что в тех случаях, когда подразумевается поражение пищевода, желудка или луковицы двенадцатиперстной кишки, необходимо проводить исследование эзофагогастродуоденофиброскопом. Лишь в тех случаях, когда нельзя будет полностью осмотреть желудок или луковицу двенадцатиперстной кишки, специально для эндоскопического исследования желудка необходимо использовать гастропиброскоп и для осмотра двенадцатиперстной кишки дуоденофиброскоп. В тех же случаях, где имеется подозрение на патологические изменения в постбульбарной части кишки, большого дуоденального соска и поджелудочной железы, эндоскопическое исследование следует проводить в первую очередь дуоденофиброскопом. Но независимо от предполагаемого места поражения верхнего отдела желудочно-кишечного тракта при кровотечениях эндоскопическое исследование следует начинать эзофагогастродуоденоскопом.

Гистологическое исследование материала прицельных дуоденобиопсий расширяет возможности эндоскопического метода исследования, однако несмотря на тщательное проведение прицельных биопсий через дуоденофиброскоп в 33,3% случаях в препаратах (после взятия биопсии и гистологической обработки биопсионного материала) содержатся лишь обрывки слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, по которым трудно судить о ее состоянии. При использовании эзофагогастродуоденоскопов неудачи отмечены лишь в 5% случаев. Биопсийные щипцы дуоденофиброскопа еще нуждаются в дальнейшем совершенствовании

Эндоскопическая диагностика язв и эрозий слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки

В диагностике язв двенадцатиперстной кишки нередко встречаются значительные трудности (Е. Клаг, 1969; А. М. Зыбов, 1970; С. Г. Вайнштейн и И. М. Жуковский, 1971; М. Ю. Меликова с соавт., 1972; и др.). В связи с этим

(ОЗНАКОМИТЕЛЬНЫЙ ФРАГМЕНТ)

значительный интерес представляет изучение целесообразности проведения дуоденоскопии при обследовании больных язвенной болезнью.

Язвы двенадцатиперстной кишки при дуоденоскопии выявлены у 98 из 766 больных, при этом чаще всего они были одиночными (88,9%) и располагались в луковице (87,9%), реже в постбульбарной части кишки (9,1%). Еще реже отмечено сочетание язв луковицы и постбульбарной части кишки (3%). Наши наблюдения показали, что в ряде случаев в двенадцатиперстной кишке встречаются несколько язв или язвы сочетаются с эрозиями. Поэтому во всех случаях необходимо не ограничиваться обнаружением одной язвы, а следует стремиться осмотреть всю слизистую оболочку. Так, среди 89 больных с наличием язвы в луковице у 9 больных обнаружено еще 1—2 язвы (10,1%) в двенадцатиперстной кишке, а у 17 больных (19,1%) язвы луковицы сочетались с эрозиями.

Язвы луковицы двенадцатиперстной кишки чаще располагались на передней стенке (40,9%), реже на верхней (26,2%), задней (21,4%) или нижней (11,5%) стенках. Поэтому во всех случаях следует проводить тщательный осмотр всей слизистой оболочки луковицы. В 9 случаях обнаружены одиночные постбульбарные язвы. Чаще всего (7) они располагались в области бульбодуоденального сфинктера или несколько дистальнее его, в 1 случае в области верхнего колена двенадцатиперстной кишки и в 1 случае в нисходящей части.

В большинстве случаев язвы были небольших размеров (до 0,5—0,7 см), лишь в отдельных случаях размер язв достигал 1,2 см. Форма язв чаще овальная или круглая (78,8%), реже линейная (13,8%) или неправильная (7,4%). Края язв чаще относительно ровные, в отдельных случаях по краям язв отмечены мелкие зернистые выбухания. Дно язв обычно покрыто белым, беловато-серым или светло-желтым налетом. Гиперемия и отечность слизистой оболочки были обычно больше выражены вблизи язвы. В 47,8% случаев отмечена выраженная конвергенция складок к язве, при этом чаще всего она наблюдалась на передней и верхней стенках. Постбульбарные язвы двенадцатиперстной кишки по своим размерам обычно были больше язв луковицы, что подтверждает данные R. Seyss (1966), P. Hillebrand с соавт. (1966), однако встречались и небольшие язвы.

Таким образом, по основным своим эндоскопическим критериям язвы двенадцатиперстной кишки похожи на небольшие язвы желудка.

У 18 больных изучены гистологические препараты материала прицельных биопсий с участками дна и краев язвы.

(ОЗНАКОМИТЕЛЬНЫЙ ФРАГМЕНТ)

Дно язвы представляло собой некротические массы, инфильтрированные распадающимися лейкоцитами, зону фибриноидного некроза и грануляционную ткань. Края язв были покрыты резко уплотненным гиперхромным недифференцированным эпителием с ядрами, расположенными на разных уровнях. Ворсинки отсутствовали. В отдельных участках были видны очень мелкие крипты. Собственная оболочка была обильно инфильтрирована лимфоидными, плазматическими клетками и лейкоцитами.

Наряду с язвами в луковице двенадцатиперстной кишки в 11,1% случаев обнаружены постязвенные рубцы. В большинстве случаев язвы располагались в умеренно деформированной луковице. По-видимому, лишь глубокие язвы в процессе заживления ведут к значительной деформации луковицы.

Для более точной оценки возможностей дуоденоскопии в диагностике язв двенадцатиперстной кишки у 149 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки сопоставлены результаты рентгенологического и эндоскопического методов исследования, срок между которыми не превышал 10 дней. В 6 случаях, где рентгенологически подозревалась язва двенадцатиперстной кишки, нам не удалось провести полноценное эндоскопическое исследование двенадцатиперстной кишки. Поэтому рассматривая эти случаи, мы за основу условно приняли рентгенологический диагноз. Рентгенологически язва луковицы двенадцатиперстной кишки выявлена в 80,7% случаев у больных с наличием язвы, а эндоскопически в 88,4% случаев. У большинства больных язва локализовалась в деформированной луковице. Анализ полученных данных показал, что за язву луковицы двенадцатиперстной кишки при рентгенологическом исследовании нередко принимаются мелкие дивертикулы и дивертикулообразные карманы, углубления между складками и так называемые «втянутые» рубцы, иногда пропускаются поверхностные язвы.

Таким образом, несмотря на некоторые недостатки дуоденоскопия более надежна в диагностике язв двенадцатиперстной кишки, чем рентгенологическое исследование. Поэтому эндоскопическое исследование двенадцатиперстной кишки должно проводиться во всех случаях, где на основании клинических данных имеется подозрение на язву двенадцатиперстной кишки, при расхождении клинических и рентгенологических данных, а также для контроля результатов лечения.

О наличии эрозий на слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта до последнего времени можно было судить, как правило, лишь по результатам аутопсий и во время

(ОЗНАКОМИТЕЛЬНЫЙ ФРАГМЕНТ)

операции. При дуоденоскопии эрозии слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки выявлены у 57 из 766 больных (7,4%), при этом у 53 больных эрозии располагались в луковице двенадцатиперстной кишки, у 2 больных в постбульбарной части двенадцатиперстной кишки и у 2 больных одновременно в луковице и в постбульбарной части двенадцатиперстной кишки.

Форма эрозий чаще всего была округлой, размеры — от точечных до 0,2 см. У 53 из 57 больных эрозии были множественными. У 30 из этих больных обнаружена деформация луковицы двенадцатиперстной кишки, при этом у 12 больных был отчетливо виден постязвенный рубец.

При гистологическом исследовании биопсийного материала из луковицы двенадцатиперстной кишки 15 больных ни в одном случае эрозии не выявлены на фоне неизменной слизистой. В большинстве случаев (12) преобладал умеренно выраженный дуоденит.

При сопоставлении результатов эндоскопического и рентгенологического исследований двенадцатиперстной кишки ни в одном случае эрозии не выявлены рентгенологически, что свидетельствует о несомненных достоинствах дуоденоскопии. Однако следует отметить, что у 28 из 57 больных рентгенологически подозревалась язва луковицы двенадцатиперстной кишки. Эндоскопически наряду с множественными эрозиями у 17 больных была выявлена и язва.

О диффузных изменениях слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки

Исследованиями последних лет показано, что клиническая картина дуоденитов довольно разнообразна, а рентгенологические критерии дуоденитов часто не соответствуют данным гистологического исследования биопсийного материала (R. Alan с соавт., 1962; P. П. Макось, 1968; M. Bauche и G. Verme, 1972; и др.). Метод «слепых» аспирационных биопсий позволил получить новые данные о состоянии слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. Однако в настоящее время к исследованиям, выполненным с помощью этого метода, следует относиться критически, учитывая ограниченные возможности метода. О месте проведения биопсии, даже выполненной под рентгенологическим контролем, можно судить лишь относительно (G. Gutman с соавт., 1967; G. Kocianova с соавт., 1970; Л. И. Аруин с соавт., 1972).

При проведении дуоденоскопии мы обратили внимание, что слизистая оболочка луковицы чаще и в большей степени подвергается патологическим изменениям, чем дисталь-

СПИСОК РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Об эндоскопии двенадцатиперстной кишки. Клиническая медицина, 1972, 2, 69—72.
2. Эндоскопическое исследование двенадцатиперстной кишки и желудка дуоденофиброскопом. Советская медицина, 1972, 3, 62—65.
3. О методике дуоденоскопии. В кн.: Актуальные вопросы гастроэнтерологии М., 1972, вып. 5, 78—83.
4. Об эндоскопическом исследовании верхних отделов желудочно-кишечного тракта при портальной гипертензии. В кн.: Актуальные вопросы гастроэнтерологии. М., 1973, вып. 6, 264—267.
5. О некоторых особенностях эндоскопического осмотра двенадцатиперстной кишки (инверсионная дуоденоскопия). В кн.: Материалы VIII научно-практической конференции врачей Ульяновской области, посвященной 103-й годовщине со дня рождения В. И. Ленина. Ульяновск, 1973, 48—50.
6. Новый метод диагностики поражений фатерова соска (дуоденоскопия). Клиническая медицина, 1972, 2, 6—8. (Совместно с В. Х. Василенко и Н. Н. Малкеровой).
7. Эндоскопическая диагностика злокачественных опухолей панкреатодуоденальной зоны. Вопросы онкологии, 1972, 7, 84—86. (Совместно с А. С. Логиновым).
8. Ретроградная панкреатохолангиография посредством канюлирования фатерова соска через дуоденофиброскоп. Клиническая медицина, 1972, 7, 36—39. (Совместно с В. М. Саврасовым, М. М. Сальманом, Н. Н. Малкеровой, Г. Н. Соколовой).
9. Эндоскопическая диагностика язв двенадцатиперстной кишки. Советская медицина, 1973, 4, 17—20. (Совместно с В. Х. Василенко).
10. Одномоментный осмотр пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки — новый метод эндоскопической диагностики. Врачебное дело, 1973, 4, 8—10. (Совместно с В. Х. Василенко).
11. Новые методы — в практику ВТЭ. Социальное обеспечение, 1973, 5, 38—41. (Совместно с М. Насыбуллиной).
12. К вопросу о диагностике доброкачественных опухолей двенадцатиперстной кишки. Азербайджанский медицинский журнал. Баку, 1973, 5, 35—37. (Совместно с А. С. Логиновым).
13. Язва двенадцатиперстной кишки в эндоскопическом изображении. В кн.: Актуальные вопросы гастроэнтерологии. М., 1972, вып. 5, 83—86. (Совместно с П. И. Коржуковой, Г. Н. Соколовой, Т. Н. Сергеевко).
14. Слизистая оболочка двенадцатиперстной кишки при некоторых заболеваниях желудочно-кишечного тракта (по данным прицельной дуоденобиопсии). В кн.: Актуальные вопросы гастроэнтерологии. М., 1972, вып. 5, 93—102. (Совместно с Л. И. Аруином, В. С. Городинской, Г. Н. Соколовой).

(ОЗНАКОМИТЕЛЬНЫЙ ФРАГМЕНТ)

15. К вопросу о цитологическом исследовании материала, причально полученного при дуоденофиброскопии. В кн.: Актуальные вопросы гастроэнтерологии. М., 1972, вып. 5, 87—92. (Совместно с Н. Э. Цирульниковой, Т. Н. Петровой, С. И. Рапопортом).

16. К вопросу об эндоскопическом исследовании желудка и двенадцатиперстной кишки у больных детей старшего возраста. В кн.: Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии. Горький, 1972, вып. 9, 69—71. (Совместно с И. В. Лукашевой).

17. Эндоскопическая диагностика язв желудка и двенадцатиперстной кишки. В кн.: Первый Всесоюзный съезд гастроэнтерологов (тезисы докладов к съезду 30 янв. — 2 февр. 1973 г.). М., 1973, 183—184. (Совместно с В. Д. Водолагиным и Б. Г. Смольским).

18. Ретроградная панкреатохолангиография через дуоденофиброскоп. В кн.: Первый Всесоюзный съезд гастроэнтерологов (тезисы докладов к съезду 30 янв.—2 февр. 1973 г.). М., 1973, 490. (Совместно с М. М. Сальманом, В. М. Саврасовым, Н. Н. Малкеровой).

19. О состоянии двенадцатиперстной кишки при хронических гепатитах и циррозах печени по данным эндоскопического исследования. В кн.: Адаптация печени при воздействии факторов внутренней и внешней среды. Материалы межобластной научной конференции 6—8 ноября 1972 г. Благовещенск, 1972, 165—167. (Совместно с А. С. Логиновым и З. Д. Кондашевой).

20. К вопросу о ретроградной холепанкреатографии. В кн.: Материалы III Всероссийского съезда рентгенологов и радиологов. Кемерово, 1972, 102—103. (Совместно с М. М. Сальманом, В. М. Саврасовым, Н. Н. Малкеровой, Г. Н. Соколовой).

21. К вопросу о применении дуоденоскопии в клинической и амбулаторной практике. Труды IX съезда терапевтов УССР. Киев, 1973, 69—70. (Совместно с А. С. Логиновым).

22. Премедикация при дуоденофиброскопии. В кн.: Актуальные вопросы гастроэнтерологии. М., 1973, вып. 6, 134—137. (Совместно с Г. Н. Соколовой).

23. К диагностике панкреатита. В кн.: Актуальные вопросы гастроэнтерологии. М., 1973, вып. 6, 338—341 (совместно с В. М. Саврасовым, М. М. Сальманом).

24. Морфологическое изучение фатерова соска (по материалам прицельной биопсии). В кн.: Актуальные вопросы гастроэнтерологии. М., 1973, вып. 6, 298—305 (совместно с Л. И. Аруином, В. С. Городинской, Н. Н. Малкеровой).

25. Об эндоскопическом исследовании верхних отделов желудочно-кишечного тракта. В кн.: Актуальные вопросы гастроэнтерологии. М., 1973, вып. 6, 10—13. (Совместно с Н. Н. Малкеровой).

26. Дуоденоскопия в диагностике язв двенадцатиперстной кишки. В кн.: Актуальные вопросы гастроэнтерологии и кардиологии. М., 1973, том XXXI, 154—158 (совместно с Г. Н. Соколовой).

27. Ретроградная панкреатохолангиография через дуоденофиброскоп. В кн.: Актуальные вопросы гастроэнтерологии и кардиологии. М., 1973, том XXXI, 159—163.

28. Duodenoscopy in diagnosis of tumors of the duodenopancreatic area. 2-е Конгрес Европееп д'ендоскопие digestive. Paris 3—5 Juillet 1972 (Resume communications). Paris, 1972, 108 (соавтор В. X. Василенко).

29. Duodenoscopy and endoscopic pancreatocholangiography in differential diagnosis of jaundice XIII internisticke dani belgyogyászati napok medical days 27—30 june 1973. Subotika, Yugoslavia. 1973, 21 (соавторы В. X. Василенко, В. М. Саврасов).

(ОЗНАКОМИТЕЛЬНЫЙ ФРАГМЕНТ)

30. Endoscopic and histologic studies of the papilla of Vater. Там же, 21 (соавторы А. С. Логинов, Л. И. Аруин).

МАТЕРИАЛЫ ДИССЕРТАЦИИ ДОЛОЖЕНЫ:

1. На научно-практической конференции врачей-терапевтов лечебных учреждений Московской железной дороги 20 апреля 1971 года.
2. На Гастроэнтерологической секции Московского городского научного общества терапевтов 1 сентября 1971 года.
3. На годичной сессии ВНИИГ МЗ СССР и пропедевтической терапевтической клиники I ММИ им. И. М. Сеченова 2 февраля 1972 года.
4. На пленарном заседании Московского городского научного общества терапевтов 24 мая 1972 года.
5. На заседании 2-го Европейского конгресса по пищеварительной эндоскопии 3 июля 1972 года в Париже (Франция).
6. На Ученом Совете ВНИИГ МЗ СССР и пропедевтической терапевтической клиники I ММИ им. И. М. Сеченова 11 ноября 1971 года.
7. На заседании I Всесоюзного съезда гастроэнтерологов 31 января 1973 года.
8. На научной конференции, посвященной 50-ю образования СССР, 3 декабря 1972 года в г. Боржоми.
9. На IX съезде терапевтов УССР 24 мая 1973 года в г. Днепропетровске.
10. На Ученом совете ВНИИГ МЗ СССР и пропедевтической терапевтической клиники 30 мая 1973 года.
11. На Гастроэнтерологической секции Московского городского научного общества терапевтов 6 июня 1973 года.
12. На годичной сессии ВНИИГ МЗ СССР и пропедевтической терапевтической клиники I ММИ им. И. М. Сеченова 8 июня 1973 года.