

Г. М. Сагателян

Комбинированное, гастроскопическое и рентгенологическое исследование желудка при раке его

В диагностике рака желудка, в ранних стадиях его развития, наряду с рентгеновским методом исследования, исключительное значение имеет также гастроскопия.

Гастроскопия, являясь лучшим методом непосредственного обозрения слизистой оболочки желудка, долгое время находилась в забвении. Благодаря усовершенствованию прибора, начиная с 1932 года она стала сравнительно часто применяться. Однако следует подчеркнуть, что и по настоящее время метод гастроскопии не вошел в практику в широком масштабе. Причиной этого является пока еще существующее ошибочное мнение о его опасностях для больных.

Наряду с этим, за последнее время некоторыми исследователями переоценивается метод гастроскопии в диагностике ранних форм рака желудка, не учитывается ограниченность его возможностей, а также тот факт, что не всегда и не всех больных можно гастроскопировать. Надо отметить также и то обстоятельство, что в желудке имеются так называемые «слепые зоны», для гастроскопа недоступные, а именно: малая кривизна в своей верхней и антральной частях, пилорический канал и кардиальная часть; изменения, находящиеся в этих отделах, остаются вне поля зрения гастроскопа.

Поэтому при допущении наличия рака в этих отделах возникает необходимость применения также рентгенологического метода исследования. Шехтер и Головиниц [8] в своих выводах, сделанных на основании обобщения 300 случаев гастроскопических исследований, фиксируют внимание на то, что эти два метода, применяемые комплексно, являются весьма ценными и в диагностике сомнительных случаев заболевания желудка очень полезными.

Н. Е. Смирнов [7] на основании своего опыта приходит к заключению о том, что «при более частом и своевременном применении гастроскопии можно ожидать, что опухоли будут диагностироваться чаще и при этом в стадии, когда они могут быть еще с успехом, т. е. своевременно, оперированы». Смирнов находит, что гастроскопическое исследование дает более точное представление об анатомическом строении опухоли, ее распространении, наличии метастазов, а следовательно, дает указания и для последующей операции. Автор считает рак верхнего отдела желудка гастроскопически легко определяемым в противовес рентгенологическому исследованию, которое по его мнению для этого отдела

желудка является неполноценным. В одном случае рентгенологически им был просмотрен рак величиною с яйцо, развившийся в верхнем отделе желудка, гастроскопически же с большой легкостью опухоль была диагностирована.

Шехтер и Головиници [8] в этом вопросе высказывают мнение совершенно противоположное. Они говорят, что гастроскопическое исследование имеет явную недостаточность при определенных условиях. По их мнению кардиальная часть остается недоступной гастроскопическому исследованию, даже при раковом поражении верхней трети тела желудка. Эндоскопически они иногда констатировали лишь наличие опухоли, а степень ее распространения кверху большей частью оставалась невыясненной.

В этом вопросе мы разделяем мнение Шехтера и Головиници. Безусловно, по сравнению с другими отделами желудка рентгенологическое исследование кардиального отдела представляет большие затруднения, и диагностические ошибки по отношению к этому отделу высоки. Однако при внимательном подходе и применении наиболее эффективных методов рентгенологического исследования можно добиться значительных успехов и тем самым увеличить процент диагностированных случаев. Что же касается гастроскопического исследования, то для последнего кардиальная область желудка входит в число «слепых зон». Неудачи в гастроскопическом определении опухоли в этом отделе таким образом находятся вне возможности исследователя и вызваны чисто техническими обстоятельствами.

Таким образом, мы видим, что в диагностике рака желудка, в частности ранних форм его, большое значение имеет гастроскопия. Однако нужно сказать, что этот метод, имея такое значение, все же в наших клиниках широко не применяется и прав Лурья [5], который, подчеркивая значение гастроскопии в диагностике ранних форм рака желудка, предлагает широкое применение в клиниках и онкологических институтах.

Среди других методов исследования желудка самым надежным методом является рентгенологический. Это в настоящее время признается не только рентгенологами, но и клиницистами. Исследование рельефа слизистой в последнее время является обязательным для всех случаев заболеваний желудка. Оно приобрело колоссальное значение для дифференциации злокачественных опухолей, в частности для раннего распознавания таковых.

Однако не всегда удается выявить случай рака желудка в его начальном периоде развития, и не мало бывает случаев пропущенного рака желудка. Поэтому рентгенологический метод необходимо сочетать с другими, главным образом, гастроскопическим методом исследования, само собой разумеется не умаляя значения клиники.

Во всех тех случаях, когда при рентгенологическом исследовании остаются сомнения в характере поражения, мы в обязательном порядке прибегаем к гастроскопии, что и в большинстве случаев обеспечивало хорошие результаты.

По литературным данным все те авторы, которые применяли рентгенологический и гастроскопический методы в сопоставлении друг с другом [1, 2, 3, 4, 6, 9], получали лучшие результаты, чем те авторы, которые пользовались только одним из вышеуказанных методов диагностики в отдельности.

Нижеприведенная таблица ясно иллюстрирует результаты комбинированного применения рентгенологического и гастроскопического методов:

Авторы	Количество случаев	Совпадение данных гастроскопич. с рентгеном.		Ошибки					
				Рентген.		Гастроскопия		Оба вместе	
		абсол. количество	%	абсол. количество	%	абсол. количество	%	абсол. количество	%
Шехтер и Голвиничи	40	33	82,5	4	10	1	2,5	2	5
Смирнов	68	56	80,8	6	8,5	2	2,9	4	5,8
Фунт	30	22	70,3	2	6,6	3	10	3	10
Гутцайт	30	21	70	3	10	6	20	0	—
Наш материал	43	36	83,4	3	7	3	7	1	2,3

Как видно из таблицы, у всех приведенных авторов в подавляющем большинстве случаев данные рентгенологического и гастроскопического исследований совпадают. В незначительных случаях получают ошибочные результаты при том или другом методе исследования. Ошибки же обоих методов в одном и том же случае выражаются лишь в незначительных цифрах. Из сказанного вытекает необходимость применения обоих методов в комбинации, так как они являются взаимно дополняющими. Там, где один из этих методов оказывается бессильным в силу ряда обстоятельств, другой выявляет истинную картину заболевания.

Исходя из соображений, упомянутых выше, мы с самого начала исследования больных проводили комбинированный рентгенологический метод с гастроскопическим. В каждом отдельном случае изучение больного начиналось с рентгенологического исследования, включающего все существующие основные рентгенологические методы (рентгенография в различных проекциях, прицельные моментальные снимки и пр.). Лишь после этого, через день-два, больной подвергался гастроскопическому изучению. Этой последовательности мы придерживались исходя из того, что предварительным рентгенологическим исследованием устанавливалось не только наличие в желудке того или иного патологического процесса, но и выяснились возможности применения у данного пациента гастроскопирования, иначе говоря, уточнялись показания и противопоказания для этого вида исследования. Поступая таким путем, мы предупреждали возможные повреждения и нежелательные осложнения, которые могли бы иметь место при применении гастроскопии без предварительного рентгенологического изучения больного.

Сопоставляя результаты, полученные комбинированным исследованием больных вышеуказанными методами, мы получали нижеследующую, с диагностической точки зрения, довольно эффективную картину

Наше данное сообщение охватывает 43 больных, страдающих раком желудка, окончательно подтвержденным оперативно или аутопсией.

Как показывает вышеприведенная таблица из 43 больных, в 36 случаях как гастроскопические, так и рентгенологические исследования одинаково дали правильные результаты.

В остальных же 7-ми случаях имели место те или иные расхождения диагнозов, а именно: у 3-х ошибочными оказались рентгенологические данные, между тем как гастроскопия правильно отражала патологический процесс. У других 3-х обнаруживалась явная несостоятельность гастроскопического исследования при правильных результатах рентгенологического. У одного же больного как рентгенологический, так и гастроскопический методы дали ошибочный результат.

Отмеченные выше 7 случаев неправильных диагнозов касались или гипердиагнозов, указывающих на наличие опухоли там, где ее нет, или же имеющаяся опухоль была пропущена.

Касаясь 36 больных, у которых имело место полное совпадение результатов рентгенологического и гастроскопического исследований, мы должны особо подчеркнуть уточняющее локализацию и размеры опухоли значение гастроскопического метода.

На основании вышеуказанных данных становится несомненным, что при изолированном применении лишь одного из вышеуказанных двух методов мы имели бы больше неправильно диагностированных случаев, чем это мы наблюдали при комбинированном их применении.

Мы находим необходимым остановиться коротко на 7-ми больных с расходящимися диагнозами.

1. Больной Б. Т., лет. 6. № 5016, 51 лет. Поступил на амбулаторный прием в Институт рентгенологии и онкологии 9 IX—1950 г. с жалобами на острые боли в желудке, усиливающиеся после еды, тошноту и изредка рвоту. Больным себя считает около 6 лет. Вышеуказанные явления временами исчезают, в последнее время стали носить постоянный характер.

Желудочный сок: общая кислотность—20, свободная соляная кислота—0, связанная—6.

Рентгенологическое исследование: желудок разворачивается по гипотоническому типу, в форме крючка. Складки слизистой в верхних отделах расширены, мешасты перестроены. В антральном отделе они прерываются. В этом же отделе со стороны большой кривизны отмечается дефект наполнения. Тут же имеется довольно ясно выраженный участок распада (раковая ниша) с неровными контурами. Эвакуация сохранена. Луковица 12-перстной кишки без изменений. Через 24 часа н. С. нормальное заполнение толстых кишок. Заключение: рак антрального отдела желудка с изъязвлением (блюдообразный).

Гастроскопия: перед гастроскопией выкачано около 100 мл секретов, слизистой консистенции, с примесью крови. Слизистая тела желудка гиперемизована. Складки расширены и извилисты. Растяжимость стенок хорошая. Вход в антрум в виде узкой горизонтальной щели. Антрум сам не виден. Слизистое озерко небольших размеров, темносерого цвета.

Заключение: хр. гипертрофический гастрит.

Операция. Резекция желудка (фак. хир. клиника): чашеобразная карцинома нижней трети желудка.

Гистология—аденокарцинома.

В данном случае рентгенологически был поставлен правильный диагноз, что показало явное преимущество рентгенологического метода исследования перед аэрогастроскопией. Рак был локализован в антральном отделе, а расположение антрума по отношению к телу желудка было почти под прямым углом, что не давало возможности гастроскопически обозреть этот отдел, в результате чего такой рак остался незамеченным.

2. Б-ой Э. В., ист. бол. № 2408, 80 лет. Поступил в Институт рентгенологии и онкологии 20/III—1950 г. с жалобами на боли в подложечной области после еды, тошноты, чувство тяжести в желудке после приема пищи, главным образом грубой. Отрыжки воздухом, иногда с примесью пищи. В последнее время быстро теряет в весе. Страдает около 7 лет.

Желудочный сок: общая кислотность—6, связ. HCl—0, свобод. HCl—0.

Рентгенологическое исследование: желудок гипотоничен, в форме удлиненого крючка. Складки слизистой расширены. На малой кривизне средней трети тела желудка имеется довольно большая ниша, с четкими контурами. Желудок по направлению к выходу воронкообразно суживается и приобретает нечеткие контуры. Перистальтика в этом отделе почти исчезает. Эвакуация затруднена. Под экраном по вышеуказанному отделу прощупывается плотное образование.

Заключение: рак и язва желудка.

Гастроскопия: перед гастроскопией выкачано около 100 мл жидкости слизистой консистенции. Слизистая гиперемирована, оранжево-красного цвета. Складки слизистой утолщены, ячеистые. Стенки желудка в нижнем отделе резко ригидны и не поддаются надуванию. Вход в антрум в виде арки, с неровными контурами, как бы изъеденные.

Заключение: рак желудка?

Секция—рак желудка (скирр) и каллезная язва малой кривизны.

В этом же случае рентгенологический метод дал правильный диагноз, а гастроскопия не выявила во-первых язву на малой кривизне и точно не могла определить характер имеющихся изменений в нижнем отделе желудка, а лишь указала на поражение, подозрительное на рак.

3. Б-ой А. Е., ист. бол. № 2011, 50 лет. Явилась в Институт рентгенологии и онкологии 18/V—1949 г. с жалобами на постоянные боли в подложечной области, усиливающиеся после приема пищи, на вздутие и чувство полноты в желудке, отрыжки, тошноту и временами рвоту. В последнее время отмечается прогрессирующее похудание.

Рентгенологическое исследование: гипотонический тип разветвления желудка, в форме крючка. Складки слизистой в верхней отделе тела желудка образуют ненормальный рельеф, давая картину центрального дефекта наполнения. Нижние отделы не изменены. Эвакуация нормальная. Луковица 12-перстной кишки не изменена. Через 24 часа Р. С. отмечается явление гипермоторности толстых кишок.

Заключение: рак желудка.

Гастроскопия: перед гастроскопией выкачано около 120 мл жидкости. Слизистая гиперемирована. Складки слизистой гипертрофированы, отчетливы, растяжимость стенок хорошая. Вход в антрум в виде треугольной щели, в центре выделяется пилорическое отверстие в виде звездочки.

Заключение: хр. гипертрофический гастрит.

На основании данных рентгенологического исследования больной была предложена операция, от чего она отказалась. Спустя через 6 месяцев больная была доставлена в фак. хирургическую клинику г. Еревана, где при операции был обнаружен рак желудка в иноперабельной стадии, вследствие чего резекция не была произведена. Больная скончалась через короткое время.

В настоящем случае также выявляется явное преимущество рентгенологического метода исследования перед гастроскопическим.

Гут также локализация ракового процесса явилась неблагоприятной для гастроскопического исследования, что и привело ее к неправильным результатам.

Все эти приведенные три случая являются демонстративным доказательством об ограничении гастроскопического метода исследования в связи с локализацией процесса в так называемых «слепых зонах» для гастроскопа.

Перехожу теперь к описанию случаев, где, наоборот, гастроскопическое исследование показывало преимущество перед рентгенологическим методом в смысле правильности полученных результатов.

4. В-ой С. М., лет. б. № 9255, 64 лет. Колхозник, поступил в Институт рентгенологии и онкологии 13 VI—1951 г. с жалобами на постоянные, тупые боли в эпигастриальной области, усиливающиеся после приема пищи, чувство тяжести, тошноты, частые рвоты, иногда появляющиеся непосредственно после еды. Отмечает похудание. Аппетит хороший, но больной не охотно принимает пищу, дабы не вызвать боли.

Желудочный сок: общая кислотность—16, свободная HCl—0, связанная HCl—13, реакция на кровь—положительная.

Рентгенологическое исследование: гипертонический желудок, в форме крючка. Складки слизистой расширены. В среднем отделе задней стенки желудка отмечается участок просветления, в форме удлиненного треугольника, по всей вероятности вызванное в результате набухания и инфильтрацией складки слизистой. Эвакуация замедлена. Луковица 12-перстной кишки без изменений.

Заключение: имеющаяся картина говорит за образование опухоли, желательно хирургическое вмешательство.

Гастроскопия: перед гастроскопией выкачано около 100 мл секрета, с примесью крови и желчи. Слизистая гиперемирована. Складки слизистой сильно расширены, в особенности на задней стенке. Цвет их красно-розовый. Растяжимость стенок всего желудка хорошая. Слизистое озерко довольно больших размеров, серо-зеленого цвета. Вход в антрум в виде арки.

Заключение: хр. гипертрофия, гастрит.

От хирургического вмешательства больной отказался. При повторном исследовании, через 4 месяца после первого исследования, имеется только расширение складок. Описанных явлений при первом исследовании у больного не оказались. В настоящий момент больной себя чувствует очень хорошо и субъективные явления также у больного исчезли. Больной находится под наблюдением.

В этом случае со стороны рентгенологического исследования допущена неправильная трактовка утолщенных складок, принимая их как инфильтративное изменение, в результате чего был поставлен диагноз опухоли, однако гастроскопическое исследование дало истинную картину заболевания.

5. Б-ая К. Г., лет. б. № 37, 41 года. Прислана в Институт рентгенологии и онкологии на консультацию с подозрением на рак желудка 22/VI—1951 г. Жалобы больной: острые боли, связанные с приемом пищи. Считает себя больной с 1945 года. Боли локализованы в области желудка, отмечает тошноту, иногда рвоту, а также похудание. Аппетит плохой.

Желудочный сок: общая кислотность—40, свободная HCl—20, связанная HCl—20.

Рентгенологическое исследование: ортотонический желудок, в форме обычного крючка. Складки слизистой умеренно расширены: контуры желудка гладкие. В полости желудка имеется округлой формы образование с неровными контурами.

свободно смещающаяся в полости желудка под давлением руки. Эвакуация своевременная. Луковица 12-перстной кишки без изменений.

Заключение: вышеуказанное образование нужно дифференцировать между большим полипом на ножке и безножом.

Гастроскопия: перед гастроскопией выкачано около 50 мл жидкости слизистой консистенции. Слизистая розового цвета. Складки слизистой расширены. Отмечается довольно большой подвижный бугристый полип в среднем отделе желудка, исходящий из задней стенки его. Местами на поверхности полипа отмечаются сероватого цвета участки, с неясной картиной, что ярко выделяется на обычной окраске полипа. Растяжимость стенок хорошая.

Заключение: полип желудка на ножке с подозрением на озлокачествление. Предложена операция.

При операции удален полип размером в крупный орех. Поверхность полипа сильно бугристая, как будто состоит из мелких многочисленных образований (операция от 26/VI—1951 г.).

Патолого-анатомическая картина: над уровнем сглаженной окружающей поверхности слизистой возвышается новообразование на ножке в виде полипа. Образование это плотно на ощупь, размеры его в диаметрах сечения 2,5×3 см, поверхность полипа неровная, мелко-бугристая, как бы состоящая из отдельных мелких полипов, сливающихся вместе. На разрезе образование представляется покрытой неравномерной толщины слизистой бледно-красного цвета, под ней имеется полнокровная строма.

Микроскопическое исследование: в срезах из разных мест отмечается, что железы слизистой удлинены, строение их местами то четкое, то стертое. Между железами мелкокруглоклеточковый инфильтрат лимфоцитов. Эпителий желез то неясно дифференцированной, то цилиндрической, то кубической формы. В некоторых местах дифференцировка клеток отсутствует, эпителиальные клетки разной формы и величины, разно окрашиваются, расположены в беспорядке. Такие же эпителиальные клеточные элементы имеются в подслизистой в виде скоплений.

Диагноз: Polypus carcinomatosa.

В этом случае гастроскопия более близко подошла к разрешению диагноза, а между тем рентгенологический метод дал сомнительный диагноз.

б. Б-ой М. Г., 37 лет, вет. б. № 5048, поступил в Институт рентгенологии и психологии 3/XI—1950 г. с жалобами на постоянные тупые боли в эпигастриальной области, усиливающиеся после приема пищи. Больным себя считает около 5 месяцев. Временами отмечает тошноты, иногда рвоты.

Желудочный сок: общая кислотность—60, связанная соляная кислота—20, свободная—20. Реакция на кровь—отрицательная.

Рентгенологическое исследование: желудок разворачивается по ортотопическому типу в форме крючка. Складки слизистой в фундальном отделе резко деформированы. На фоне газового пузыря, со стороны кардиального отверстия отмечается небольшая тень от новообразования. При исследовании этого отдела контрастным веществом определяется неровность контуров вышеуказанного образования. Нижние отделы желудка заметно не изменены. Эвакуация своевременная. Луковица 12-перстной кишки без изменений. Через 24 часа Р. С. толстые кишки равномерно заполнены.

Заключение: рак кардиального отдела желудка.

Гастроскопия: через гастроскопию выкачано около 120 мл слизистой жидкости. Гастроскоп прошел в желудок с легкостью. Складки слизистой умеренно расширены. Цвет слизистой красно-розовый. Растяжимость стенок желудка хорошая. Малая кривизна гладкая. Вход в антрум в виде вертикальной арки. Пилорическое отверстие не видно.

Заключение: умеренно выраженный гипертрофический гастрит. Так как у больного рентгенологически был диагностирован рак верхнего отдела желудка, то

больному была предложена операция, от чего он отказался. В дальнейшем он находился под наблюдением и систематически исследовался. При повторных исследованиях у больного было констатировано улучшение состояния. В настоящее время у больного нет никаких жалоб.

Таким образом, в этом случае также гастроскопически были правильно трактованы имевшиеся в желудке явления. Рентгенологическое же исследование допустило ошибку, принимая за опухоль утолщенные складки свода желудка.

Что же касается 7-го случая, то оба метода, как гастроскопический, так и рентгенологический, допустили ошибку.

Больной М. Е., 59 лет, ист. б. № 775, поступил в Институт рентгенологии и онкологии (3/IX—1951 г. с жалобами на постоянные боли в эпигастральной области, усиливающиеся после приема пищи, изжоги, отрыжки, временами рвоты, худеет. Больным себя считает 6 месяцев. Желудочный сок: общая кислотность—18, свободная соляная кислота—0, связанная соляная кислота—0, реакции на кровь и на молочную кислоту отрицательные.

Рентгенологическое исследование: гистологический тип развертывания желудка, формы крючка. Складки слизистой атрофические. Препилорическая часть желудка несколько ригидна. В антральном отделе имеются множественные, округлой формы мелкие просветления с четкими контурами. Среди этих просветлений одно выделяется своей величиной и неровностями контуров. Эвакуация своевременная. 12-перстная кишка без изменений. Толстые кишки в норме.

Заключение: хронический ригидный антральный гастрит, полипоз желудка с подозрением на озлокачествление.

Гастроскопия: перед гастроскопией выкачано около 150 мл жидкости слизистой консистенции. Слизистая красно-розового цвета. По стенкам входа в антрум отмечаются мелкие бугорки, с гладкими поверхностями, цвета слизистой. Растяжимость стенок нижнего отдела желудка ограничена.

Заключение: полипоз желудка.

Операция: рак антрального отдела с разбросанными мелкими узлами.

Гистология: атипичный аденокарцинома.

В этом случае мелкие бугорки симулировали полипы и дезориентировали нас, вследствие чего рентгенологически был поставлен диагноз полипоза и лишь только подозрение на озлокачествление, гастроскопически же был поставлен диагноз полипоза, т. к. основная масса опухоли находилась в препилорическом отделе и следовательно не была доступна для гастроскопа.

Таким образом, оба метода допустили диагностическую ошибку.

В ы в о д ы

1. На основании вышеуказанных данных становится несомненным, что при изолированном применении лишь одного из вышеуказанных двух методов мы имели бы больше неправильно диагностированных случаев, чем это мы наблюдали при комбинированном их применении.

2. Применение этих двух методов не умаляет значения какого-нибудь одного из них, а, наоборот, они являются взаимодополняющими, и комплексное применение их должно быть обязательным, что имеет несомненно большое значение для ранней диагностики рака желудка.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. С. Н. Анфилогов и М. М. Бальшакова—Опыт сопоставления и взаимного сочетания гастроскопического и рентгенологического исследования рака желудка. Журн. Советская медицина, 7, 1950.
2. А. И. Гагман—К усовершенствованию техники гастроскопии. Русская кл., т. 12, в. 68, 1929.
3. К. Гутцейт—Гастроскопические явления в оперированных желудках. Русско-немецк. медицинский журнал, т. 5, 1926.
4. С. М. Кацнельсон—Пути и методы одновременного распознавания рака желудка. Журн. Врач. дело, 9—10, 1945.
5. Р. А. Лурья—Задачи и перспективы диагностики рака желудка. Журн. Советская медицина, 9, 1944.
6. Г. М. Сагатеян—О гастроскопии, ее значении и диагностике заболеваний желудка, в особенности рака желудка. Вопросы рентгенологии и онколог., т. 1, Ереван, 1950.
7. Н. С. Смирнов—Гастроскопия. Методика, техника применения и клиническое значение, 1948.
8. И. А. Шехтер и В. А. Головиничиц—Рентгено-гастроскопические и патолого-анатомические параллели при опухолевых и язвенных заболеваниях желудка. Тр. научной сессии Центр. науч.-исслед. института рентгенологии и радиологии им. В. М. Молотова, 1949.
9. Л. А. Якобсон—Гастроскопия. Русская кл., том 12, в. 68, 1929.

2. ԻՐ. Ստղաբեկյոճ

ՍՏԱՍՈՔՍԻ ՀԱՄԱԿՑԱԿԱՆ, ՌԵՆՏԳԵՆԱԲԱՆԱԿԱՆ ԵՎ
ԳԱՍՏՐՈՍԿՈՊԻԿԱԿԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆԸ ՔԱՂՑԿԵՂԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա Մ Փ Ո Փ Ո Ւ Մ

Ստամոքսի քաղցկեղի դիագնոստիկայի մեջ վաղամամ հայտնաբերման հարցը զբաղում է կենտրոնական տեղ:

Ստամոքսի քաղցկեղի վաղամամ հայտնաբերման հարցը նոր չէ: Իրաժադումը պատմականորեն կապվում է լուծկուժյան մեջ ստամոքսի վիրահատման գործողության հետ, քաղցկեղի դեպքում

Չնայած այդ ուղղությամբ տարված բազմաթիվ աշխատանքներին, ստամոքսի քաղցկեղի վաղամամ հայտնաբերման հարցը դեռ չի կտրելի համարել վերջնականապես լուծված:

Այս հարցի լուծման համար մեծ նշանակություն ունեն ստամոքսի սենսադենարանական և դաստրոսկոպիկական քննությունները:

Ստամոքսի քաղցկեղի վաղամամ հայտնաբերման համար, այդ մեխոյներին յուրաքանչյուրն առանձին վերցրած կարող է հանդիպել զգվարությունների և հետևաբար հանդիլ որոշ դիագնոստիկ սխալներին: Այդ պատճառով անհրաժեշտ է վերոհիշյալ երկու մեթոդները կիրառել համակցված ձևով:

Այդ երկու մեթոդները իրար չեն միտում և չեն նսեմացնում այլ ընդհակառակը միմյանց լրացնում են: Սրանց միասին կիրառումը ապիւ է ալելի էֆեկտավոր դիագնոստիկական արդյունքներ: