

Практическое занятие № 2

РАК ПИЩЕВОДА

1. Цель занятия:

Ознакомить студентов со статистическими данными, патолого-анатомической классификацией, классификацией по стадиям. Описать клиническую картину данного заболевания и ознакомить с принципами лечения.

2. Задачи:

Выработать у студентов онкологическую настороженность, раннюю диагностику и дифференциальную диагностику рака пищевода. Углубить и интегрировать знания и навыки смежных специальностей. Освоить принципы установки стадии заболевания на основании данных клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования, разработать тактику лечения больных.

ПЛАН ЗАНЯТИЙ

№	ОБЩИЕ ВОПРОСЫ	ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЙ	ВРЕМЯ
1.	Организационные вопросы.	Отметки студентов. Осмотр вновь поступивших больных в отделение.	10
2.	Введение.	Определить тему и цель занятий, обосновать актуальность заболевания рака пищевода. Подчеркнуть важность своевременной диагностики и дифференциальной диагностики рака пищевода.	10
3.	Контроль исходного уровня знаний.	Используют контрольные клинические ситуационные задачи.	30
4.	Самостоятельная работа студентов.	Студенты собирают анамнез, осуществляют клинический осмотр, устанавливают диагноз, проводят дифференциальную диагностику, намечают план обследования и тактику лечения.	20
5.	Проводят разбор результатов самостоятельной работы студентов.	Один из студентов ведет прием больных. Студент получает задание поставить предварительный диагноз и наметить план и тактику лечения.	40
6.	Контроль конечного уровня знаний.	Решение контрольных клинических задач. Напишут оценочный лист по данной теме.	45
7.	Заключение	Каждому студенту сообщается общая оценка за занятие. Обсуждаются ошибки и трудности возникающие во время самостоятельного приема больных раком пищевода.	15

Интерпретация клинических, инструментальных и гистологических методов исследования.

Рекомендуемые обязательные исследования для установления диагноза рака пищевода.

	Исследование	Цель
1-й	1 ФЭГДС	Выявление опухолевидного образования в просвете пищевода, определение размеров и

		распространенности опухолевого процесса, прицельная биопсия
	1 Рентгеноскопическое исследование пищевода и желудка с баривой взвесью	Установить наличие опухолевидного образования в просвете пищевода, определение размеров и распространенности опухолевого процесса.
	2 рентгенологическое исследование органов грудной клетки	Исключить наличие метастазов в легких.

Методы обследования больных раком пищевода.

Метод обследования	Описание
Анамнез	Сбор анамнеза; семейного анамнеза относительно опухолевых заболеваний, влияние вредных факторов.
Врачебный осмотр	Измерение АД, веса, роста; выявление наличия опухолевых образований в областях регионарного метастазирования, локальный статус.
Лабораторные исследования	Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма.
Рентгенография	Прямые, боковые обзорные рентгенограммы, рентгеноскопическое исследование органов ЖКТ с баривой взвесью, компьютерная томография.
Дополнительные методы	Ультразвуковая томография для выявления метастатического поражения регионарных лимфатических узлов Одним из главных задач диагностики рака пищевода является морфологическое подтверждения диагноза.

3. Теоретическая часть

Заболеваемость.

Рак пищевода – наиболее часто встречающееся заболевание пищевода. В структуре онкологических заболеваний пищеварительного тракта его доля равна 5-7%, а в структуре всех новообразований человеческого организма – 1,5-2%. Смертность от рака пищевода в ряду других злокачественных заболеваний достигает 5-6%.

В структуре онкологической патологии по Республике Узбекистан рак пищевода занимает 3-е место и составляет 15%, уступая раку желудка (18%) и раку молочной железы (18%).

Факторы, способствующие развитию рака пищевода.

К факторам, способствующим возникновению рака пищевода, относятся систематический прием горячей, обжигающей, грубой, плохо пережеванной пищи. Злоупотребление алкоголем и курение — наиболее известные факторы риска. Каждый из этих факторов по отдельности увеличивает риск развития рака пищевода, но их сочетание дает синергический эффект, создавая добавочный риск. Также эти факторы вызывают

хронические воспалительные процессы, которые при длительном существовании приводят к развитию злокачественных новообразований. Известна также роль пищевых факторов, таких как недостаточность витамина А и рибофлавина. Цинк и молибден — микроэлементы, являющиеся кофакторами нитратредуктазы, — способны оказывать защитное действие на слизистую оболочку пищевода.

Роль других антиоксидантов, в том числе витаминов С и Е, недостаточно изучена. Пищевые канцерогены, например нитрозамины и афлатоксины, также могут способствовать развитию рака пищевода. В провинции Линзань (Китай), где заболеваемость раком пищевода очень высока, существует обычай готовить маринованные овощи с большим количеством специй. Установлено, что частое употребление в пищу курицы с маринованными овощами также увеличивает риск возникновения рака пищевода. Вероятность развития рака пищевода увеличивается и при некоторых других патологических состояниях, к которым относятся химические ожоги или структуры пищевода; тилоз (редкое, аутосомно-доминантное заболевание, характеризующееся гиперкератозом ладоней и стоп); синдром Пламмера-Винсона (Plummer-Vinson), включающий триаду симптомов, а именно: железодефицитную анемию, ахлоргидрию и структуру верхнего отдела пищевода; длительно существующая нелеченная ахалазия; предшествующее облучение средостения; целиакия и хронический нерефлюксный эзофагит (в Азии).

Патологическая анатомия и метастазирование.

Частота поражения различных анатомических частей пищевода различна: рак шейной и верхнегрудной частей пищевода составляет 10%, среднегрудной части — 60%, нижнегрудной и брюшной частей — 30%.

Различают 3 формы рака пищевода:

- язвенный (блодцеобразный, кратерообразный) — растет экзофитно в просвет пищевода.
- узловой (грибовидный, папилломатозный) — имеет вид цветной капусты, обтурирует просвет пищевода.
- инфильтрирующий (скирр, стенозирующий) — развивается в подслизистом слое, циркулярно охватывает пищевод.

По гистологическому строению в 97-99% случаев рак пищевода является плоскоклеточным. В 1-3% случаев обнаруживаются железистые формы, развивающиеся из желез слизистой оболочки пищевода или из дистопированного эпителия.

Метастазирование. При раке пищевода бурное гематогенное метастазирование наблюдается редко. Для раковых опухолей пищевода, в первую очередь, характерно лимфогенное метастазирование. На вскрытиях отдаленные метастазы наблюдают примерно в 52–60% случаев. При раке пищевода метастазирование идет, в первую очередь, в околопищеводные лимфатические узлы. Может наблюдаться также ретроградное метастазирование в лимфатические узлы, расположенные ниже диафрагмы в паракардиальные, левые желудочные лимфатические узлы, а также лимфатические узлы области развилки чревного ствола и клетчатки забрюшинного пространства по ходу брюшного отдела аорты. Нередко встречаются также внутристеночные метастазы, причем расположенные достаточно далеко от видимого края опухоли. Отдаленные лимфо- и лимфогематогенные метастазы рака пищевода наблюдаются в печени, легких, реже в костной системе.

Клинические проявления рака пищевода.

К ранним признакам рака пищевода следует отнести прогрессирующее ухудшение общего состояния больного, снижение аппетита, нарастание общей слабости, снижение

работоспособности, потерю массы тела. Постепенно нарастают эти проявления длительное время остаются незамеченными для самого больного.

Первым, но к сожалению не ранним симптомом рака пищевода является дисфагия – нарушение глотания пищи. Этот симптом наблюдается более чем у 75% больных раком пищевода. Примерно у 2% больных задержка прохождения пищи по пищеводу происходит незаметно. Вернее, больные не фиксируют на этом внимания, хотя и отказываются от приема грубой и сухой пищи. Вначале тщательным пережевыванием пищи и запиванием ее водой удается снять тягостные явления дисфагии, что позволяет больным питаться без ограничений. По мере прогрессирования заболевания дисфагия становится постоянной.

Различают 4 степени дисфагии:

I степень – затруднение прохождения твердой пищи по пищеводу.

II степень – затруднения, возникающие при приеме кашицеобразной и полужидкой пищи.

III степень – затрудненное прохождение жидкости

IV степень – полная непроходимость пищевода.

Примерно в 17-20% случаев заболевание проявляется болью за грудиной или в надчревной области, в спине. Больные чаще отмечают тупую, тянущую боль за грудиной, реже – чувство сдавления или сжатия в области сердца. Боль может возникать в момент глотания и исчезать через некоторое время после того, как пищевод освободится от пищи. Реже боль носит постоянный характер и усиливаться при прохождении пищи по пищеводу. Боль при раке пищевода возникает при раздражении нервных окончаний в изъявшемся и распадающейся опухоли проходящими пищевыми массами. В таких случаях у больных появляется чувство «царапания» или «обжигания». Боль может возникать при усиленных спастических сокращениях пищевода, а также при прорастании опухоли в окружающие пищевод ткани и органы со сдавлением сосудов и нервов средостения. В таком случае она не связана с актом глотания и носит постоянный характер.

При рассмотрении клинических проявлений распространенного рака пищевода следует особое внимание уделить на общее состояние больного. Как правило, у больного отмечается дефицит массы тела. Потеря массы тела связана прежде всего с ограниченным поступлением в организм больного пищи, а не с токсическим влиянием опухолевого процесса.

Икота свидетельствует о вовлечении в патологический процесс диафрагмы. Гиперсаливация может возникать в результате прогрессирующего стеноза пищевода. Охриплость голоса – более редкий симптом, имеющий место при поражении возвратного гортанного нерва. Симптомы поражения нервной системы и мышц являются следствием гиперкальциемии (как проявления паранеопластических реакций) или метастазов в кости.

Диагностика.

Диагностика рака пищевода должна быть комплексной и должна базироваться на данных клинического, инструментальных, морфологического методов исследования. Обследования подразделяются на первичные обязательные и дополнительные.

К первичным обязательным исследованиям относятся:

1. Рентгенологическое исследование грудной клетки в 2-х проекциях;
2. Контрастное полипозиционное исследование пищевода и желудка;
3. Эзофагогастроскопия;
4. Морфологическое исследование биоптата;
5. Ультразвуковая томография средостения, надключичных зон, органов брюшной полости, забрюшинного пространства, органов малого таза;
6. ЭКГ.

7. Фибробронхоскопия;

8. Определение обще клинических анализов крови и мочи.

После проведения первичных обязательных исследований проводят дополнительные исследования.

1. Компьютерная томография грудной клетки и брюшной полости с контрастированием;

2. Диагностическая торакоскопия;

3. Диагностическая лапароскопия - при подозрении на наличие метастазов в органах брюшной полости.

Основным методом диагностики рака пищевода является рентгенологический. Метод позволяет определить форму роста опухоли, локализацию, протяженность, наличие ряда осложнений. Рентгенологически наиболее постоянными симптомами рака пищевода являются: отсутствие перистальтики на участке расположения опухоли, нарушение рельефа слизистой оболочки, дефект наполнения, сужение просвета или инфильтрации стенки органа. При прорастании опухоли в средостение и ее распаде удается проследить нишу. При образовании пищеводно-трахеального свища контраст при глотании попадает в дыхательные пути и контрастирует их.

Применение компьютерной томографии во многом избавляет от инвазивных методов исследования при решении вопроса о проникновении опухоли за пределы пищевода. Компьютерная томография используется и при диагностике метастатического поражения печени, лимфатических узлов брюшной полости.

Эзофагоскопия является обязательным методом исследования при подозрении на рак пищевода. Метод позволяет уточнить локализацию опухоли, протяженность поражения, определить фоновое состояние слизистой. Во время эндоскопического исследования практически во всех случаях удается произвести биопсию опухоли. Положительные результаты морфологического исследования (обнаружение раковых клеток) делают диагноз несомненным.

Фибробронхоскопия выполняется с целью выявления прорастания опухоли пищевода в трахею или в бронх.

Лапароскопически возможно осуществить морфологическое подтверждение метастатического поражения печени, лимфатических узлов, выявить Канцероматоз брюшины, наличие асцита.

Ультразвуковое исследование выполняется с целью выявления метастатических поражений печени, выявления увеличенных лимфатических узлов в регионарных зонах. Ультразвуковое исследование шеи, надключичных зон способствует выявлению метастатических лимфатических узлов.

К задачам обследования относятся: определение локализации опухоли – т.е. отношение локализации опухоли к бифуркации трахеи; определение глубины инвазии стенки органа (T); выявление поражения регионарных лимфоузлов (N); выявление отдаленных метастазов (M); определение соматического статуса - т.е. определение степени риска хирургического вмешательства для каждого конкретного больного.

Дифференциальный диагноз.

Дифференциальная диагностика рака пищевода должна проводиться со следующими заболеваниями пищевода:

1. Аномалии пищевода (врожденное сужение пищевода).

2. Дивертикулы пищевода.

3. Функциональные расстройства пищевода (гиперкинезия и гипокинезия).

4. Ахалазия кардии.

5. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

6. Эзофагиты и язвы пищевода.

7. Аллергические и специфические поражения пищевода.
8. Травмы (ожоги) пищевода и их последствия.
9. Болезни оперированного пищевода.

Ведущим в дифференциальной диагностике рака пищевода с другими заболеваниями является морфологический метод диагностики. Обнаружение в биоптате злокачественных клеток однозначно свидетельствует о наличии рака пищевода. Однако, отсутствие злокачественных клеток в полученном материале ещё не означает отсутствие рака пищевода. Только многократный отрицательный ответ наряду с динамическим наблюдением может позволить высказать относительно благоприятное суждение.

Лечение рака пищевода.

Лечение больных раком пищевода – сложная проблема, в которой все отчетливее выступает необходимость индивидуализации. Для лечения рака пищевода применяются следующие виды лечения – лучевой, лекарственный, хирургический, комбинированный и комплексный.

Современная лучевая терапия практически не имеет противопоказаний при местно-распространенном РП и является доминирующим методом лечения у 80 – 90% пациентов, неоперабельных в связи с распространностью процесса в пищеводе или наличием общих противопоказаний к радикальной операции. В этих целях применяются гамма-излучение радиоактивным Кобальтом и тормозное излучение ускорителей. При этом, у 20-40% больных РП достигается местный эффект, а пятилетняя выживаемость составляет, по данным различных авторов, 0-9%.

Химиотерапия: Лекарственное лечение рака пищевода занимает скромное место, хотя вmono режиме частота лечебных эффектов (полный + частичный эффект) для Цисплатина, 5-Фторурацила и Паклитаксела составляет не менее 20-30%, что свидетельствует об умеренной химиочувствительности опухоли. При комбинированном использовании этих препаратов удается регистрировать лечебные эффекты у 44-55% больных. Лекарственное лечение при раке пищевода в основном используется: с целью эффективности лучевой терапии (радиосенсибилизация); с неоадьювантной целью (при операбельном раке перед хирургическим лечением); с адьювантной целью (после радикального хирургического лечения); с паллиативной целью при местно-распространенных и метастатических формах.

При хирургическом лечении рака пищевода, производят резекции пищевода в различном объёме и методе эзофагопластики. При этом различают следующие виды вмешательств: радикальные, условно радикальные и паллиативные, которые в свою очередь подразделяются на паллиативные резекционные и нерезекционные. Последние по своему существу являются симптоматическими операциями. По времени проведения эзофагопластики – одноэтапные, двухэтапные и трёхэтапные. В настоящее время практически во всех клиниках проводятся экстирпации пищевода с одномоментной эзофагопластикой.

Для пластического замещения удалённого пищевода раньше наиболее часто применяли тонкую и толстую кишки. В настоящее время наилучшим органом для замещения пищевода считается желудок, который обладает высокими пластическими возможностями.

Наиболее часто выполняемая, это операция - Субтотальная внутриплевральная резекция пищевода с одномоментной пластикой желудком по Льюису. Доступ – широкая верхняя срединная лапаротомия с обходом пупка слева, затем переднебоковая

торакотомия в IV-V межреберьях справа. Показания - Рак среднегрудного отдела пищевода (при локализации опухоли с уровня бифуркации трахеи и ниже).

Следующий вид операции это резекция пищевода и кардиального отдела желудка с лимфаденэктомией с внутриплевральным эзофагогастроанастомозом по Гэрлоку. Наиболее широкое распространение эта операция получила под названием операции Осава-Гэрлока. Доступ - широкая верхняя срединная лапаротомия с обходом пупка слева с последующей переднебоковой торакотомией в VI-VII межреберьях слева или комбинированная торакофренолапаротомия слева. Показания – Рак нижней трети пищевода.

Следующий вид, широко применяемая ранее и которая в последние десятилетия практически не выполняется, это экстирпация пищевода по Добромыслову-Тореку. Доступ – верхняя срединная лапаротомия с обходом пупка слева, переднебоковая торакотомия в IV-V межреберье справа, разрез на шее.

Показания – 1. Рак пищевода, при протяжённости опухоли более 3 см., на уровне бифуркации трахеи и выше; 2. Опухоль больших размеров любой локализации, когда нельзя исключить прорастание в жизненно важные органы средостения. 3. Падение гемодинамики во время проведения радикальной операции с планируемой одномоментной эзофагопластикой.

Учитывая, что большинство больных раком пищевода госпитализируются в клиники в запущенных стадиях, когда выполнение радикального хирургического вмешательства невыполнимо, а также наличие практически у всех больных явлений дисфагии, встаёт необходимость проведения симптоматических оперативных вмешательств. К этим видам операций относятся различного рода шунтирующие операции, т.е. наложение обходных анастомозов. При невозможности проведения радикальной операции и лучевой терапии наиболее оптимальным является эндопротезирование пищевода. В случае, когда имеется возможность проведения лучевой терапии и явлениях дисфагии рекомендуется наложение гастростомы.

Усовершенствование, в последние десятилетия, медицинской аппаратуры позволяет производить некоторые виды симптоматических вмешательств под эндоскопическим контролем. К таким методикам относятся: 1. Дилатация опухолевого стеноза. 2. Лазерная реканализация опухолевого стеноза пищевода. 3. Электродеструкция опухоли. 4. Эндоскопическое эндопротезирование пищевода.

4.Интерактивный метод

Метод «мозгового штурма».

1.Первичная диагностика рака пищевода

Ответ:

- А) Анамнез (бессимптомное длительное течение)
- Б) Лабораторные методы исследование(общий анализ крови, мочи, кала) без особых изменений.
- В) ФЭГДС, биопсия (атипические клетки).
- Г) Рентгеноскопическое исследование органов ЖКТ с баривенной взвесью, компьютерная томография.

5.Задания

- А) общие сведения (определение, этиология, частота, классификация).
- Б) клиника и особенности диагностики и дифференциальной диагностики.

- В) интерпретация клинических, инструментальных, рентгенологических и других методов исследования.
Г) определение тактики лечения.

6.Раздаточный материал

1. Наглядные пособия (анатомия пищевода, локализация опухолевого процесса, классификация).
2. Рентгенологические снимки, данные КТ исследования.

Рентгеноскопическое исследование пищевода с бариевой взвесью.

На рентгенограммах определяется стойкое сужение просвета пищевода за счет инфильтрации стенок среднегрудного отдела пищевода, резко суживающее просвет органа. Над сужением определяется расширение просвета пищевода.

3. Видеоматериал (эндоскопическое исследование пищевода, макропрепарат)

При ФЭГДС в нижнегрудном отделе пищевода визуализируется экзофитное образование 2x1,5 см резко суживающее просвет пищевода. Инфильтрация охватывает все стенки пищевода. Далее гастроскоп ввести не удается.

7. Ситуационные задачи

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

Больной Г 67л. обратился с жалобами на чувство «застревания» пищи за грудиной, слабость, похудание. Житель Хорезма. Болеет в течение 4 мес. При осмотре состояние относительно удовлетворительное, истощения нет, слегка ослаблен. Кожные покровы бледные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Живот мягкий, безболезненный; печень, селезенка не увеличены. Стул склонный к запорам.

При рентгенологическом исследовании по месту жительства выявлено сужение просвета пищевода в средней трети.

Вопросы: 1. Ваш предварительный диагноз.
2. Методы обследования.
3. Тактика лечения.

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ

1. Кормление больного через зонд?

Ответ практические навыки №1.

Цель: парентеральное питание.

Показания: невозможность кормление через рот.

Оснащение: зонд, щприц Жане, глицерин.

Этапы выполнения

1. Уложить больного на спину.
2. Врач находится справа от больного.
3. Конец зонда смочить в глицерине.
4. Через нос ввести желудочный зонд в желудок.
5. Зафиксировать наружный конец зонда лекопластырем к коже носа, щеки.
6. В правую руку взять шприц Жане, а в левую зонд.
7. Сначала отсосать содержимое желудка.
8. Ввести чистую воду в объеме 700 мл.
9. Повторно отсосать до полного очищения желудка.
10. Ввести 100-150 мл бульона, закрыть зонд на 1 час.
11. В промежутках между кормлениями зонд должен быть открыт (для декомпрессии желудка)

8. Тесты

1. Какой рентгенологический симптом характерен для язвенно-инфилтративной опухоли пищевода:
 - A. симптом ниши
 - B. дефект наполнения
 - C. симптом лужицы
 - D. симптом козырька
 - E. правильного ответа нет
2. К химическим канцерогенным веществам относятся
 - A. все перечисленные
 - B. полициклические ароматические углеводороды и гетероциклические соединения
 - C. ароматические азотосоединения и аминосоединения
 - D. нитрозосоединения
 - D. металлы, металлоиды и неорганические соли.
3. Укажите наиболее информативный метод диагностики рака пищевода:
 - A. фиброзоэфагоскопия с биопсией
 - B. радиоизотопное исследование пищевода
 - C. рентгенография пищевода
 - D. пневмомедиастинография
 - E. электрокимография пищевода
4. Гистологическая структура рака пищевода в большинстве случаев:
 - A. плоскоклеточный рак
 - B. adenокарцинома
 - C. скиррозная опухоль
 - D. саркома
 - E. перстневидно-клеточный рак
5. Причины смерти больных при опухоли пищевода:
 - A. местные осложнения, кровотечения, свищи, истощение
 - B. общая интоксикация
 - C. декомпенсация сердечно-сосудистой системы

Д. метастазы в легкие, печень, кости
Е. механическая желтуха

6. Карцинома *in situ* в классификации TNM соответствует

- А. 0 стадии
- В. 1ст
- С. 2ст
- Д. 3ст
- Е. 4ст

7. На поперечных срезах грудной клетки при рентгеновской компьютерной томографии нельзя

- А. определить доброкачественный или злокачественный характер новообразования
- В. точно локализовать опухоль
- С. рассчитать ее размеры
- Д. оценить плотность и однородность опухоли

8. Под термином неоадъювантная химиотерапия рака пищевода понимают

- А.оценку эффективности предоперационной химиотерапии по степени лекарственного патоморфоза для определения дальнейшей тактики лечения
- В. послеоперационную химиотерапию
- С. профилактическую химиотерапию
- Д. предоперационную химиотерапию

9. К побочным реакциям химиотерапии рака пищевода относятся

- А. тошнота и рвота
- В. диарея
- С. агранулоцитоз
- Д. нефротоксичность
- Е. нет верного ответа

10. Показаниями к химиотерапии у больных злокачественными опухолями рака пищевода являются

- А. все верно
- В. нет верного ответа
- С. неоперабельные рецидивы
- Д. отдаленные метастазы

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ

№	Балл	Оценка	Уровень знаний студента
1.	86-100	отлично	Студент владеет базовыми знаниями по анатомии, гистологии и патологической анатомии, может рассказать этиологию и патогенез рака пищевода, знает ранние признаки заболевания и принципы онкологической настороженности, знает патолого-анатомическую классификацию, способен обсуждать вопросы проведения дифференциальной диагностики рака пищевода. Знает принципы классификации по стадиям и по системе TNM рака пищевода. Может правильно составить план обследования больного с целью выявления рака пищевода. -Умеет грамотно собрать анамнез и поставить

			<p>предварительный диагноз, при необходимости направить больного на консультацию к специалисту.</p> <p>-Умеет распознавать по клиническому течению стадии и формы рака пищевода, разъяснить сущность клинических симптомов (местных, общих и симптомов осложнений);</p> <p>- Знает дифференциальную диагностику рака пищевода с другими заболеваниями пищевода. Знает и может интерпретировать дооперационные и послеоперационные осложнения рака пищевода</p> <p>- Знает и может составить план клинико-лабораторных и инструментальных исследований;</p> <p>- Умеет распознавать и интерпретировать данные УЗИ, рентгеновских исследований при раке пищевода.</p> <p>-знает принципы реабилитационных и профилактических мероприятий по предупреждению заболевания</p> <p>-Составить план диспансерного наблюдения и реабилитации на постгоспитальном этапе и проведение реабилитационных и профилактических мероприятий по предупреждению осложнений, рецидива заболевания.</p>
2.	71-85	хорошо	<p>Студент относительно хорошо владеет базовыми знаниями по анатомии, гистологии и патологической анатомии, имеет представление об этиологии и патогенезе рака пищевода, может пересказать ранние признаки заболевания и принципы онкологической настороженности, имеет представление о патолого-анатомической классификации, способен обсуждать вопросы проведения дифференциальной диагностики рака пищевода. Знает принципы классификации по стадиям и по системе TNM рака пищевода. Может правильно составить план обследования больного с целью выявления рака пищевода.</p> <p>-может собрать анамнез и поставить предварительный диагноз.</p> <p>-Умеет распознавать по клиническому течению стадии и формы рака пищевода, разъяснить сущность клинических симптомов (местных, общих и симптомов осложнений);</p> <p>- Ориентируется в дифференциальной диагностике рака пищевода с другими заболеваниями пищевода.</p> <p>- Знает и может составить план клинико-лабораторных и инструментальных исследований;</p> <p>- Может распознавать и интерпретировать данные УЗИ, рентгеновских исследований при раке пищевода.</p> <p>- может пересказать проведение реабилитационных и профилактических мероприятий по предупреждению заболевания</p>

3.	55-70	Удовлетворительно	<p>При наличии достаточно удовлетворительных знаний по теме рака пищевода студент может пересказать проведения дифференциальной диагностики рака пищевода с различными патологическими состояниями брюшной и грудной полости.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Имеет представление о патогенезе классификации клинике, и дифференциальной диагностики заболевания; - Имеет представление о методах диагностики: лабораторных и инструментальных - Имеет представление о мерах профилактики и реабилитации.
4.	0-54	Неудовлетворительно	Не имеет представление, не знает или имеет смутное представление о раке пищевода. Студент не готов к занятию

9. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Этиология и патогенез рака пищевода.
2. Классификация рака пищевода по системе TNM, .
3. Клинические проявления рака пищевода.
4. Первые признаки позволяющие заподозрить рак пищевода.
5. Методы диагностики, применяемые для выявления рака пищевода
6. Методы получения гистологической верификации.
7. С какими заболеваниями приходится дифференцировать рак пищевода.
8. Тактика лечения
9. Основные методы лечения рака пищевода.