ОПУХОЛИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ, ПОДКОЖНОЙ И ДРУГИХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ* С49

Так как первичные злокачественные опухоли мягких тканей являются редкими заболеваниями лечение должно проводиться только в специализированных центрах, располагающих необходимой диагностической, материально-технической базой и квалифицированными кадрами (онкоортопед, химиотерапевт, специализирующийся на лечении сарком костей и мягких тканей, радиолог, патоморфолог, специализирующийся по диагностике опухолей костей и мягких тканей).

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Примечание. Предварительный диагноз может быть установлен по месту жительства по данным осмотра и пальпации опухоли, ультразвукового исследования с обязательной цитологической и морфологической верификацией. Пациенты с установленным или сомнительным диагнозом «саркома мягких тканей» должны быть направлены в специализированный лечебно-диагностический центр для дальнейшего обследования и выполнения открытой биопсии. Окончательный диагноз устанавливается по результатам биопсии с обязательным определением степени злокачественности и проведением иммуногистохимического исследования.

Обязательные процедуры

Врачебный осмотр

ЭКГ стандартная

Компьютерная томография органов грудной полости

Ультразвуковое исследование области локализации опухоли, органов брюшной полости, забрюшинного пространства, регионарных лимфатических узлов

Сцинтиграфия костей

Магнитно-резонансная томография зоны локализации опухоли*

Пункционная биопсия опухоли и/или ее метастазов

Трепанобиопсия опухоли*

Открытая биопсия опухоли*

Консультация заведующего отделением

Консультация анестезиолога

Консилиум онколога, радиолога, химиотерапевта

* – предпочтительный метод

Дополнительные процедуры

Исследование функции внешнего дыхания

Эхокардиография

Пункция костного мозга

Позитронно-эмиссионная томография

Спиральная компьютерная томография зоны локализации опухоли с ангиографией и трехмерной реконструкцией

Магнитно-резонансная томография головного мозга с в/в контрастированием

Консультация специалистов - кардиолога, эндокринолога, невролога и др. (по показаниям)

Ангиография зоны расположения опухоли

Ультразвуковая допплерография сосудов нижних конечностей

Цистоскопия

Колоноскопия

Лабораторные исследования

Определение групповой принадлежности крови (АВ0, резус фактор)

Определение антител к Treponema pallidum

Определение антигена к вирусу гепатита В (HBsAg) в крови

Определение антител к вирусу гепатита С в крови

Определение антител к ВИЧ в крови

Анализ крови общий: до операции, после операции (кратность определяется врачом), перед выпиской

Анализ крови общий при лучевом лечении и химиотерапии не реже 1 раза в неделю на протяжении курса лечения

Анализ мочи общий: до операции, после операции (кратность определяется врачом), перед выпиской

Анализ мочи общий при лучевом лечении и химиотерапии не реже 1 раза в неделю на протяжении курса лечения

Анализ мочи по Нечипоренко, Зимницкому (по показаниям)

Анализ крови биохимический до операции, после операции (кратность определяется врачом)

Коагулограмма

Патоморфологическое исследование операционного материала срочное (по показаниям)

Патоморфологическое исследование операционного материала плановое

Иммуногистохимическое исследование операционного материала плановое

Консультация, пересмотр патоморфологических препаратов

Бактериологическое исследование отделяемого из опухоли (раны) с определением микрофлоры с антибиотикограммой (по показаниям)

Патоморфологическое исследование биопсийного материала с ИГХ исследованием

ЛЕЧЕНИЕ

СТАДИЯ I (T1a,bN0M0G1-2; T2a,bN0M0G1-2)

Хирургическое лечение

Удаление опухоли мягких тканей**

Удаление опухоли мягких тканей расширенное с реконструктивно-пластическим компонентом*

Ампутация конечности**

Ампутация конечности расширенная**

Экзартикуляция конечности**

Межподвздошно-брюшная резекция*

Межлопаточно-грудная резекция*

Эмболизация сосудов кровоснабжающих опухоль*

Примечание. При отрицательном крае резекции (ширина прилежащих к опухоли по всем поверхностям здоровых тканей более 1 см или граница резекции проходит по интактной фасции) проводят динамическое наблюдение.

При минимальном крае резекции (ширина прилежащих к опухоли по всем поверхностям здоровых тканей менее 1 см) проводят динамическое наблюдение, повторное оперативное вмешательство (при наличии технической возможности), лучевую терапию.

При положительном крае резекции проводят повторное оперативное вмешательство (при наличии технической возможности) с послеоперационной лучевой терапией.

Лучевая терапия в самостоятельном плане

Конвенциональная лучевая терапия СОД 60-70 Гр (R графия, КТ, 2-2,5D)**

Конформная лучевая терапия СОД 60-70 Гр (КТ или МРТ разметка, 3D планирование, ускорительный комплекс с МЛК)*

Примечание. Выполняют при отказе больных от операции, при общих противопоказаниях к операции и при нерезектабельном опухолевом процессе.

Послеоперационная лучевая терапия

Конвенциональная лучевая терапия СОД 50-60 Гр (R графия, КТ, 2-2,5D)**

Конформная лучевая терапия СОД 50-60 Гр (КТ или МРТ разметка, 3D планирование, ускорительный комплекс с МЛК)*

Примечание. Проводят после нерадикально удаленной опухоли или невозможности выполнения повторной операции.

Лечебные процедуры

Переливание крови и кровезаменителей

Катетеризация подключичной вены

Эндоскопическое стентирование мочеточников (выполняется перед операцией при локализации опухоли в полости малого таза)

Пребывание в стационаре

Койко-день до начала лечения – до 10 дней

Койко-день после хирургического лечения – 14-20 дней

Койко-день после расширенных и комбинированных вмешательств – 20-45 дней

Койко-день при проведении послеоперационной лучевой терапии – 35-45 дней

Активное наблюдение после лечения (в условиях поликлиники территориального онкологического диспансера или у районного онколога)

Примечание. Проводят ультразвуковое исследование зоны операции, регионарных лимфатических узлов, органов брюшной полости и забрюшинного пространства; компьютерную томографию органов грудной полости; компьютерную томографию и/или магнитно-резонансную томографию зоны операции (по показаниям); сцинтиграфию костей 1 раз в 6 месяцев; цитологическую/морфологическую верификацию всех выявленных очаговых образований

1-2-й год после лечения – 1 раз в 3 месяца

3-4-й год после лечения – 1 раз в 6 месяцев

5-й и последующие годы после лечения 1 раз в год

СТАДИЯ II (T1a,bN0M0G3-4; T2aN0M0G3-4) и СТАДИЯ III (T2bN0M0G3-4)

Комбинированное лечение

Индукционная химиотерапия (первый этап лечения)**

Примечание. Проводят у пациентов, условно моложе 55 лет, при наличии неблагоприятных факторов прогноза (опухоль > 5 см, глубоко расположенная, высокой степени злокачественности), символизирующих о высоком риске наличия микрометастазов и при потенциально чувствительном морфологическом типе опухоли.

Проводят 2-6 курсов химиотерапии с интервалом в 21-28 дней (от 1-го дня химиотерапии). Оценка эффекта после каждого второго курса химиотерапии.

Рекомендуемые схемы химиотерапии:

Схема	**Дозировка**	**периодичность**	**% больных**
MAID Месна Доксорубицин Ифосфамид Дакарбазин	 2500 мг/м^2/сут в/в 1-3 дни 20 мг/м^2/сут в/в кап 1-3 дни 2500 мг/м^2/сут в/в кап 1-3 дни 250 мг/м^2/сут в/в кап 1-3 дни	Интервал 21 день	20
VAI Винкристин Доксорубицин Ифосфамид (с месной)	 1.5 мг/м^2 (не более 2 мг) в/в стр. 1 день 75 мг/м^2 в/в кап. 1 день 2500 мг/м^2/сут в/в кап. 1-4 дни	Интервал 21 день	20
ADIC Доксорубицин Дакарбазин	 90 мг/м^2 в/в кап. 96-час.инфузия (15 мг/м^2/сут с 1-4 дни) 900 мг/м^2 в/в кап. 96-час. инфузия вместе с доксорубицином в одном флаконе (250 мг/м^2/сут с 1-4 дни).	Интервал 21 день	10
AI Ифосфамид (с месной) Доксорубицин	 2000 мг/м^2/сут в/в кап. 1-5 дни 75 мг/м^2 в/в кап. 1 день	Интервал 21 день	100
GemTax Гемцитабин Доцетаксел	 900 мг/м^2 в/в кап. 90 мин. 1 и 8 дни 100 мг/м^2 в/в кап. в 8-ой день	Интервал 21 день	20
При			

рабдомиосаркоме **IVA** Ифосфамид (с месной) Винкристин доксорубицин **CAV** Карбоплатин Доксорубицин Винкристин **IVE** Ифосфамид (с месной) Винкристин Этопозид	 2500 мг/м^2/сут в/в кап. 1-3 дни 1.5 мг/м^2 (не более 2 мг) в/в стр. 1 день 60 мг/м^2 в/в кап. 1 день AUC6 в/в кап. 1 день 60 мг/м^2 в/в кап. 1 день 1.5 мг/м^2 (не более 2 мг) в/в стр. 1 день 2500 мг/м^2/сут в/в кап. 1-3 дни 1.5 мг/м^2 (не более 2 мг) в/в стр. 1 день 150 мг/м^2 в/в кап. 1-3 дни	Чередовать каждый 21 день.	100
Монохимиотерапия Доксорубицин	60-75 мг/м2 в/в кап. 1 день (*или* 30 мг/м^2/сут в/в кап. 1-3 дни)	Интервал 21 день	10
Эпирубицин (фарморубицин)	100 мг/м^2 в/в кап. 1 день	Интервал 21 день	5
Ифосфамид (с месной)	2.5 г/м^2/сут в/в кап. 1-5 дни	Интервал 21 день	10
Гемцитабин	1200 мг/м^2/сут в/в кап. 1 и 8 дни	Интервал 21 день	5
Винорелбин	25-30 мг/м^2/сут в/в кап.	1 раз в нед. в течение 8-10 нед.	5
Трабектидин	1.5 мг/м^2 в/в кап. 24-часовая инфузия	Интервал 21 день	10

Предоперационная лучевая терапия по индивидуальному плану.

Лучевая терапия / лучевая терапия с радиомодификацией

Конвенциональная лучевая терапия СОД 50 Гр (R графия, КТ, 2-2,5D)**

Конформная лучевая терапия СОД 50 Гр (КТ или МРТ разметка, 3D планирование, ускорительный комплекс с МЛК)*

Примечание: Лучевая терапия с радиомодификацией

-гипертермия

При отказе больного от операции возможно проведение химиотерапии с последующей лучевой терапией в самостоятельном плане (**Химиотерапия + лучевая терапия в СОД-60-70 Гр)**

Хирургический компонент

При нерезектабельных опухолях выполняется только при ответе опухоли на проведенное предоперационное лечение и переходе опухоли в потенциально-резектабельное состояние.

При резектабельных опухолях (радикальное удаление потенциально не приводит к выраженным функциональным нарушениям):

Удаление опухоли мягких тканей**

Удаление опухоли мягких тканей расширенное с реконструктивно-пластическим компонентом*

При потенциально-резектабельных опухолях (радикальное удаление приводит к выраженным функциональным нарушениям или может быть выполнено только при помощи калечащей операции):

Удаление опухоли мягких тканей расширенное с реконструктивно-пластическим компонентом*

Ампутация конечности**

Экзартикуляция конечности**

Межподвздошно-брюшная резекция*

Межлопаточно-грудная резекция*

Ампутация конечности расширенная**

Эмболизация сосудов кровоснабжающих опухоль*

Примечание. При положительном крае резекции показано:

– повторное оперативное вмешательство (при наличии технической возможности);

– при невозможности реоперации тактика дальнейшего лечения зависит от степени лечебного патоморфоза.

При отрицательном крае резекции и выраженном лечебном патоморфозе (III–IV степень) показано:

– проведение послеоперационной химиотерапии по схеме, проводимой до операции;

– проведение послеоперационной лучевой терапии, если не проводилась до операции.

При отрицательном крае резекции и невыраженном лечебном патоморфозе (I–II степень) показано:
– проведение послеоперационной химиотерапии со сменой схемы (назначение препаратов, не входивших в предоперационную схему);
– проведение послеоперационной лучевой терапии, если не проводилась до операции.

Послеоперационная лучевая терапия по индивидуальному плану

Конвенциональная лучевая терапия СОД 60-70 Гр (R графия, КТ, 2-2,5D)**

Конформная лучевая терапия СОД 60-70 Гр (КТ или МРТ разметка, 3D планирование, ускорительный комплекс с МЛК)*

Примечание. Проводят после нерадикально удаленной опухоли и/или невозможности выполнения повторной операции

Послеоперационная химиотерапия**

Схемы химиотерапии: см. выше.

Примечание. Проводится по схеме, проводимой до операции. Конкретный состав определяется результатами планового морфологического исследования с определением степени лечебного патоморфоза.

Лечебные процедуры

Переливание крови и кровезаменителей

Катетеризация подключичной вены

Внутривенное введение химиопрепаратов

Имплантация интравенозной порт-системы (при планировании более 4 курсов химиотерапии)

Эндоскопическое стентирование мочеточников (выполняется перед операцией при локализации опухоли в полости малого таза)

Паллиативная и симптоматическая терапия

Примечание. Проводят при прогрессировании заболевания на фоне проводимого лечения или при неэффективности проведения предоперационного лечения пациентов с нерезектабельными саркомами мягких тканей

Обезболивающая терапия

Дезинтоксикационная терапия

Паллиативная химиотерапия

Купирование негативных симптомов

Пребывание в стационаре

Койко-день до начала лечения - до 10 дней

Койко-день при проведении химиотерапии – 5-10 дней

Койко-день при осложнении химиотерапии - до 30 дней

Койко-день после хирургического лечения - 14-20 дней

Койко-день после расширенных и комбинированных вмешательств - 20-45 дней

Койко-день при проведении послеоперационной лучевой терапии - 35-45 дней

Активное наблюдение после лечения (в условиях поликлиники территориального онкологического диспансера или у районного онколога)

Примечание. Проводят ультразвуковое исследование зоны операции, регионарных лимфатических узлов, органов брюшной полости и забрюшинного пространства; спиральную компьютерную томографию органов грудной полости; спиральную компьютерную томографию и/или магнитно резонансную томографию зоны операции (по показаниям); сцинтиграфию костей 1 раз в 6 месяцев; цитологическую/морфологическую верификацию всех выявленных очаговых образований

1-2-й год после лечения – 1 раз в 3 месяца

3-4 й год после лечения – 1 раз в 6 месяцев

5-й и последующие годы после лечения – 1 раз в год

СТАДИЯ IV

(любая T, N1 M0 G1-2 (ограниченное поражение регионарных лимфатических узлов))

Предоперационная лучевая терапия по индивидуальному плану.

Лучевая терапия / лучевая терапия с радиомодификацией

Конвенциональная лучевая терапия СОД 50 Гр (R графия, КТ, 2-2,5D)**

Конформная лучевая терапия СОД 50 Гр (КТ или МРТ разметка, 3D планирование, ускорительный комплекс с МЛК)*

Примечание: Лучевая терапия с радиомодификацией

-гипертермия

Хирургическое лечение

Удаление опухоли мягких тканей**

Удаление опухоли мягких тканей расширенное с реконструктивно-пластическим компонентом*

Ампутация конечности**

Экзартикуляция конечности**

Межподвздошно-брюшная резекция*

Межлопаточно-грудная резекция*

Ампутация конечности расширенная**

Эмболизация сосудов кровоснабжающих опухоль*

Все перечисленные операции при N1 выполняются с регионарной лимфаденэктомией.

Примечание. При отрицательном крае резекции проводят динамическое наблюдение.

При минимальном и положительном краях резекции проводят динамическое наблюдение, повторное оперативное вмешательство (при наличии технической возможности) с лучевой терапией

Послеоперационная лучевая терапия

Первичный очаг

Конвенциональная лучевая терапия СОД 60-70 Гр (R графия, КТ, 2-2,5D)**

Конформная лучевая терапия СОД 60-70 Гр (КТ или МРТ разметка, 3D планирование, ускорительный комплекс с МЛК)*

Примечание. Проводят после нерадикально удаленной опухоли и/или невозможности выполнения повторной операции.

Регионарные лимфатические узлы (по индивидуальному плану)

Конвенциональная лучевая терапия СОД 40-60 Гр (R графия, КТ, 2-2,5D)**.

Конформная лучевая терапия СОД 40-50 Гр (КТ или МРТ разметка, 3D планирование, ускорительный комплекс с МЛК)*

Лучевая терапия в самостоятельном плане / лучевая терапия с радиомодификацией

Первичный очаг

Конвенциональная лучевая терапия СОД 70 Гр (R графия, КТ, 2-2,5D)**

Конформная лучевая терапия СОД 70 Гр (КТ или МРТ разметка, 3D планирование, ускорительный комплекс с МЛК)*

Примечание. Выполняют при отказе больных от операции, при общих противопоказаниях к операции и при нерезектабельном опухолевом процессе.

Примечание: лучевая терапия с радиомодификацией;

-гипертермия.

Регионарные лимфатические узлы(по индивидуальному плану)

Конвенциональная лучевая терапия СОД 70 Гр (R графия, КТ, 2-2,5D)**

Конформная лучевая терапия СОД 70 Гр (КТ или МРТ разметка, 3D планирование, ускорительный комплекс с МЛК)*

Лечебные процедуры

Переливание крови и кровезаменителей

Катетеризация подключичной вены

Внутривенное введение химиопрепаратов

Имплантация интравенозной порт-системы (при планировании более 4 курсов химиотерапии)

Эндоскопическое стентирование мочеточников (выполняется перед операцией при локализации опухоли в полости малого таза)

СТАДИЯ IV

Любая T, N1 M0 G3,4 (ограниченное поражение регионарных лимфатических узлов);

Любая T, N0 M1 любая G (единичные метастазы в одном органе) и

Любая T, N1 M1 любая G (единичные метастазы в одном органе + ограниченное поражение регионарных лимфатических узлов)

Комбинированное лечение

Предоперационная химиотерапия**

Схемы химиотерапии: см. выше.

и/или **Предоперационная лучевая терапия по индивидуальному плану**

Первичный очаг

Лучевая терапия / лучевая терапия с радиомодификацией

Конвенциональная лучевая терапия СОД 50 Гр (R графия, КТ, 2-2,5D)**

Конформная лучевая терапия СОД 50 Гр (КТ или МРТ разметка, 3D планирование, ускорительный комплекс с МЛК)*

Примечание: Лучевая терапия с радиомодификацией

-гипертермия

Регионарные лимфатические узлы (по индивидуальному плану)

Конвенциональная лучевая терапия СОД 40-50 Гр (R графия, КТ, 2-2,5D)**

Конформная лучевая терапия СОД 40-50 Гр (КТ или МРТ разметка, 3D планирование, ускорительный комплекс с МЛК)*

Примечание. При положительной динамике первичного очага и метастазов проводят хирургическое лечение.

При положительной динамике метастазов и отрицательной динамике первичного очага выполняют циторедуктивное удаление первичного очага с/без регионарной лимфаденэктомии (в зависимости от наличия метастазов в лимфатических узлах) и продолжают химиотерапию по прежней схеме.

При отрицательной динамике первичного очага и метастазов, а также при прогрессировании метастатического процесса на фоне проводимого лечения показана паллиативная и симптоматическая терапия.

Хирургический компонент

Удаление опухоли мягких тканей**

Удаление опухоли мягких тканей расширенное с реконструктивно-пластическим компонентом*

Ампутация конечности**

Экзартикуляция конечности**

Межподвздошно-брюшная резекция*

Межлопаточно-грудная резекция*

Ампутация конечности расширенная**

Эмболизация сосудов кровоснабжающих опухоль*

Метастазэктомия**

Все перечисленные операции при N1 выполняются с регионарной лимфаденэктомией.

Примечание. При выраженном лечебном патоморфозе (III–IV степени) показано:
– проведение послеоперационной химиотерапии по схеме проводимой до операции;
– проведение послеоперационной лучевой терапии, если не проводилась до операции.

При невыраженном лечебном патоморфозе (I–II степени) показано:

– проведение послеоперационной химиотерапии со сменой схемы (назначение препаратов, не входивших в предоперационную схему).

– проведение послеоперационной лучевой терапии, если не проводилась до операции.

Послеоперационная лучевая терапия

Конвенциональная лучевая терапия СОД 50-60 Гр (R графия, КТ, 2 2,5D)**

Конформная лучевая терапия СОД 50-60 Гр (КТ или МРТ разметка, 3D планирование, ускорительный комплекс с МЛК)*

Примечание. Проводят после нерадикально удаленной опухоли и/или невозможности выполнения повторной операции.

Послеоперационная химиотерапия**

Схемы химиотерапии: см. выше.

Примечание. Используют те же препараты, что и для предоперационной химиотерапии, конкретный состав определяется результатами планового морфологического исследования с определением степени лечебного патоморфоза.

Интервал между циклами 21-28 дней (от 1-го дня химиотерапии).

Общее число курсов – 2-6.

Оценка эффекта после каждого второго курса химиотерапии.

Лечебные процедуры

Переливание крови и кровезаменителей

Катетеризация подключичной вены

Внутривенное введение химиопрепаратов

Имплантация интравенозной порт-системы (при планировании более 4 курсов химиотерапии)

Эндоскопическое стентирование мочеточников (выполняется перед операцией при локализации опухоли в полости малого таза)

Пребывание в стационаре

Койко-день до начала лечения – до 10 дней

Койко-день при проведении химиотерапии – 5-10 дней

Койко-день при осложнении химиотерапии – до 30 дней

Койко-день после хирургического лечения – 14-20 дней

Койко-день после расширенных и комбинированных вмешательств – 20-45 дней

Койко-день при проведении послеоперационной лучевой терапии – 35-45 дней

Активное наблюдение после лечения (в условиях поликлиники территориального онкологического диспансера или у районного онколога)

1-2-й год после лечения – 1 раз в 3 месяца

3-4-й год после лечения – 1 раз в 6 месяцев

5-й и последующие годы после лечения – 1 раз в год

Нерезектабельные опухоли, поражение отдаленных лимфатических узлов или множественные отдаленные метастазы

Паллиативная и симптоматическая терапия

Примечание. Проводят при прогрессировании заболевания на фоне проводимого лечения или при неэффективности проведения предоперационного лечения пациентов с нерезектабельными саркомами мягких тканей

Обезболивающая терапия

Дезинтоксикационная терапия

Купирование негативных симптомов

Паллиативные вмешательства при метастатическом поражении костей

Радиочастотная термоабляция*

Вертебропластика, остеопластика*

Интрамедуллярный остеосинтез**

Паллиативная химиотерапия**

Схемы химиотерапии: см. выше.

Симптоматическая лучевая терапия при поражении костей

Конвенциональная лучевая терапия РОД 4-8 Гр, СОД 20-30 Гр (R графия, КТ, 2-2,5D)**
Конформная лучевая терапия РОД 4-8 Гр, СОД 20-30 Гр (КТ или МРТ разметка, 3D планирование, ускорительный комплекс с МЛК)*

Лечебные процедуры

Переливание крови и кровезаменителей
Внутривенное введение химиопрепаратов
Катетеризация подключичной вены
Имплантация интравенозной порт-системы
Пункция плевральной полости

Лечение пациентов с рецидивной саркомой мягких тканей

Пациенты подлежат индивидуальному плану лечения, который вырабатывается коллегиально на консилиуме с участием онкоортопеда, радиолога и химиотерапевта с учетом объемов и сроков ранее проведенного лечения, морфологического заключения и данных о распространенности опухолевого процесса, вовлечения соседних органов и систем. Рецидивный процесс должен быть в обязательном порядке верифицирован до проведения какого-либо лечения.

Активное наблюдение после лечения (в условиях поликлиники территориального онкологического диспансера или у районного онколога)

1-2-й год после лечения – 1 раз в 3 месяца
3-4-й год после лечения – 1 раз в 6 месяцев
5-й и последующие годы после лечения – 1 раз в год

ПРИМЕЧАНИЕ:
*- Выполняется только в федеральных центрах
**- Может выполняться в медицинских учреждениях по месту жительства по рекомендациям федерального центра.

Схема 1. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ САРКОМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ I СТАДИИ

(T1a,bN0M0G1-2; T2a,bN0M0G1-2)

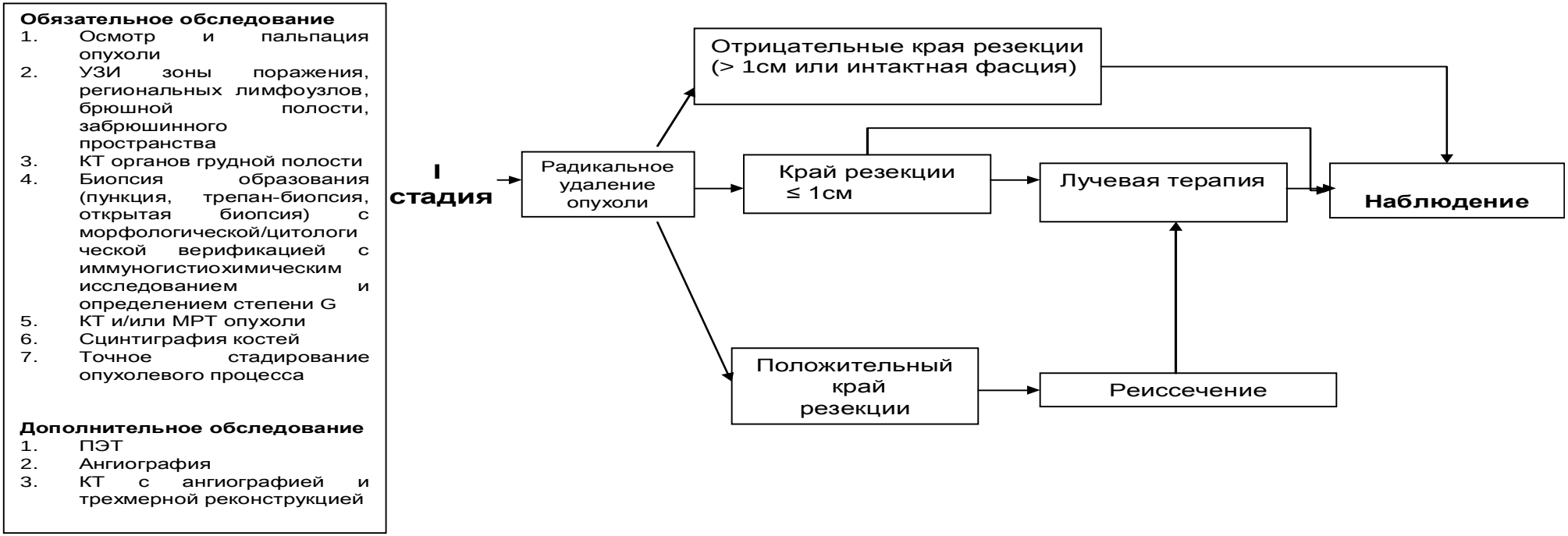
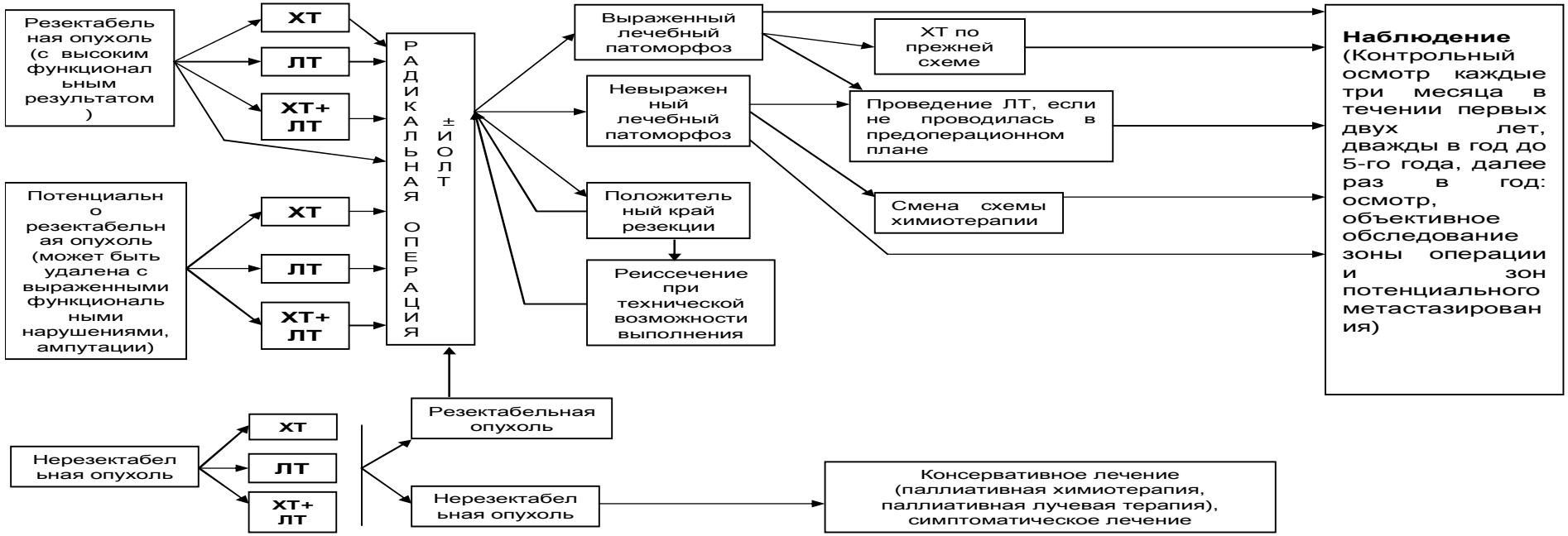


Схема 2. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ САРКОМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

СТАДИЯ II (T1a,bN0M0G3-4; T2aN0M0G3-4), СТАДИЯ III (T2bN0M0G3-4)

Лечение пациентов II стадии (IIa-T1a,bN0M0G2-3,G3-4 или высокая; IIb-T2aN0M0G2-3,G3-4 или высокая), III стадии (T2bN0M0G2-3,G3-4 или высокая). *Пояснения к алгоритму представлено в комментариях*



Выбор тактики лечения (лучевая терапия, хирургическое лечение, химиотерапия или их комбинация) вырабатывается на консилиуме с участием химиотерапевта, радиолога, онкоортопеда, в индивидуальном порядке в зависимости от локализации процесса, объема опухолевого поражения, вовлечение смежных анатомических структур, состояния больного, настроенность пациента на определенный вид лечения.

Схема 3. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ САРКОМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ IV СТАДИИ, РЕЦИДИВНЫЕ ОПУХОЛИ

Лечение пациентов IVстадии, рецидивные опухоли