

МЕЛАНОМА КОЖИ С43

ОБСЛЕДОВАНИЕ

Обязательные процедуры

Визуальный осмотр первичной опухоли и всех кожных покровов пациента

Пальпаторное исследование первичной опухоли и окружающих ее мягких тканей

Пальпаторное исследование всех доступных пальпации периферических групп лимфатических узлов

Забор цитологического материала с поверхности опухоли при наличии изъязвления эпидермиса над ней

Ультразвуковое исследование первичной опухоли с целью определения ее толщины и глубины инвазии

Ультразвуковое исследование лимфатических узлов регионарного лимфатического коллектора

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства

Рентгенография органов грудной клетки

Консультация заведующего отделением

Консилиум онколога и химиотерапевта

ЭКГ стандартная

Консультация терапевта

Консультация анестезиолога

Врачебный осмотр в приемном отделении (в случае госпитализации)

Пункция подозрительных лимфатических узлов подмышечной и пахово-подвздошной областей

Дерматоскопия

Стандарт гистологического исследования первичной меланомы кожи используется для определения стадии меланомы кожи:

1. определение максимальной толщины опухоли в мм по Бреслоу
2. определение уровня инвазии по Кларку
3. наличие или отсутствия изъязвления первичной опухоли
4. определение митотического индекса (количество митозов на 1 мм²) при толщине опухоли до 1 мм включительно
5. наличие транзиторных или сателлитных метастазов
6. оценка краев резекции на наличие опухолевых клеток

Стандарт гистологического исследования метастазов в регионарные лимфоузлы

1. Количество удаленных лимфатических узлов
2. Количество пораженных лимфатических узлов
3. Прорастание капсулы лимфатического узла (есть/нет)

Дополнительные процедуры

Консультация специалистов (эндокринолога, гинеколога, офтальмолога и др.)

Компьютерная томография головного мозга

Компьютерная томография органов брюшной полости

Магнитно-резонансная томография головного мозга

Маркер S100

Стандарты гистологического исследования первичной меланомы кожи используется для определения прогноза меланомы кожи:

1. гистогенетический тип опухоли (формы меланомы-поврехностно распространяющаяся, узловая, лентиги, акральная лентиги)
2. наличие регрессии
3. присутствие фазы вертикального роста
4. наличие опухоль-инфильтрирующих лимфоцитов
5. ангиолимфатическую инвазию
6. нейротропизм

Лабораторные исследования

Определение группы крови

Исследование крови на резус-фактор

Определение антител к *Treponema pallidum*

Определение антигена HBsAg

Определение антител к вирусу гепатита С

Определение антител к ВИЧ

Анализ крови общий не менее 3 раз (до операции, после операции, перед выпиской)

Анализ крови общий при химиотерапии не менее 1 раза в неделю на протяжении курса лечения

Анализ мочи общий не менее 3 раз (до операции, после операции, перед выпиской)

Анализ мочи общий при химиотерапии: не менее 1 раза в неделю на протяжении курса лечения

Анализ крови биохимический не менее 2 раз (общий белок, глюкоза, холестерин, мочевины, билирубин, калий, натрий, креатинин, АЛТ, АСТ)

Биохимическая коагулограмма

Исследование крови на сахар

Цитологическое исследование мазков с поверхности опухоли

Консультация, пересмотр цитологических препаратов

Патоморфологическое исследование биопсийного материала

Патоморфологическое исследование операционного материала

Консультация, пересмотр патоморфологических препаратов

Цитологическое исследование пункции лимфатического узла

Цитологическое исследование пункции метастаза висцерального органа

ЛЕЧЕНИЕ

Тактика лечения определяется в зависимости от стадии заболевания по Международной классификации злокачественных опухолей TNM, 6-е издание, 2002 года, а также с учетом рекомендаций Европейского общества медицинской онкологии (ESMO) – 2010 года и американской ассоциации онкологов (NCCN)- 2012 года.

Рекомендации по величине хир. отступа в зависимости от толщины опухоли

Стадия		Граница иссечения
Tis	In situ	0,5 см
T1	≤1 мм	1,0 см
T2	1-2 мм	1,0 см
T3	2,01-4 мм	1-2 см
T4	>4 мм	2-2,5 см

Отступ может меняться в зависимости от индивидуальных анатомических или функциональных особенностей.

При локализации меланомы на коже кистей и стоп, при невозможности выполнить органосохранную операцию рекомендовано выполнить ампутацию или экзартикуляцию.

Регионарная лимфаденэктомия: в зависимости от локализации опухоли выделяют 3 основных анатомических зоны: туловище, голова-шея и конечности. Каждая анатомическая зона имеет свои регионарные лимфатические узлы:

1) Туловище: подмышечно-подлопаточно-подключичные и подвздошно-пахово-бедренные.

2) Конечности: верхняя - подмышечно-подлопаточно-подключичные;

нижняя - подвздошно-пахово-бедренные.

3) Голова – шея: шейные лимфоузлы - подчелюстного треугольника шеи, медиального и латерального треугольников шеи.

Метастазы в лимфатические узлы, которые не указаны как регионарные, расцениваются как отдаленные метастазы (M1).

При появлении возможности исследования сторожевых лимфатических узлов с использованием лимфотропного коллоида и лимфотропных красителей следует рекомендовать проведение биопсии сторожевого лимфоузла начиная с I В стадии T1bN0M0 до IIС стадии T4bN0M0 с применением методики двойного контрастирования, что дает большие преимущества в диагностике метастазов.

Для локализации сторожевого лимфоузла используется радиоизотопная методика с препаратами лимфоцисс (наноцисс, ТСК-17) с применением гамма-камеры и радиометра (гамма-сканнера).

- При выявлении микрометастазов в сторожевом лимфоузле, а также при N1,N2a,b в зависимости от локализации первичной опухоли выполняют подмышечную, либо пахово-бедренную лимфаденэктомию.

- При наличии сателлитных опухолей или транзитных метастазов (N2c), а также при метастазах в 4 –х и более узлах, а также при конгломератах лимфатических узлов (N3) выполняют подмышечно-подлопаточно-подключичную лимфаденэктомию, или подвздошно-пахово-бедренную лимфаденэктомию, или шейную лимфаденэктомию.

**Приложение 1. Рекомендации по адъювантному лечению меланомы кожи Российского
экспертного совета по меланоме (Таблица)**

Стадия	TN M	Риск	Рекомендуемое адъювантное лечение ¹²
IA	T1a	Низкий	Адъювантное лечение не рекомендуется
IB	T1b		
IIA	T2a		
	T2b		
	T3a		
IIB	T3b	Промежуточный	А. ИФН альфа 3–5 млн Ед п/к × 3 р/нед. × 12 мес. В. ИФН альфа 20 млн Ед/м² в/в в дни 1–5 × 4 нед., далее 10 млн Ед/м² п/к 3 р/нед. × 11 мес.
	T4a		
IIIC	T4b	Высокий	А. ИФН альфа 20 млн Ед/м² в/в в дни 1–5 × 4 нед., далее 10 млн Ед/м² п/к 3 р/нед. × 11 мес. В. ИФН альфа 3–5 млн Ед п/к × 3 р/нед. × 12 мес.
IIIA	N1a-N2a, при T1-4a	Промежуточный	А. ИФН альфа 3–5 млн Ед п/к × 3 р/нед. × 12 мес. В. ИФН альфа 20 млн Ед/м² в/в в дни 1–5 × 4 нед., далее 10 млн Ед/м² п/к 3 р/нед. × 11 мес.
IIIB	N1a N2a при T1-4b	Высокий	А. ИФН альфа 20 млн Ед/м² в/в в дни 1–5 × 4 нед., далее 10 млн Ед/м² п/к 3 р/нед. × 11 мес. В. ИФН альфа 3–5 млн п/к Ед × 3 р/нед. × 12 мес.
	N1b- N2b при T1-4a		
IIIC	N1b-N2b при T1-4b		
	N3		
IV	M1a-c	Сверхвысокий	Эффективность адъювантного лечения не доказана

¹ Порядок расположения режимов (А, В) приведен в соответствии с уровнем клинической значимости для данной группы пациентов. Всегда следует выбирать режим А, при невозможности проведения режима А, допускается его замена режимом В.

² Пациентам всех групп следует предлагать участие в клинических исследованиях при наличии таковых в данном лечебном учреждении

Стадии:

СТАДИЯ 0 (Tis N0 M0),

СТАДИЯ IA (pT1aN0 M0),

СТАДИЯ IB (pT1b N0 M0, pT2a N0 M0),

СТАДИЯ IIA (pT2b N0, pT3a N0 M0),

СТАДИЯ IIB (pT3b N0 M0, pT4a N0 M0)

СТАДИЯ IIC (pT4b N0 M0)

Объединить в группу локализованной неметастатической меланомы.

СТАДИЯ 0 (Tis N0 M0)

Все локализации - туловище, конечности, голова и шея

Хирургическое лечение

См. Рекомендации по величине хир. отступа в зависимости от толщины опухоли

Иссечение опухоли, отступя от ее видимого края до 0,5 см вместе с подлежащей подкожной клетчаткой

Пребывание в стационаре

Койко-день до начала лечения – 1 день

Койко-день при выполнении иссечения первичной меланомы кожи – 2-3 дня

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

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

СТАДИЯ IA (pT1aN0 M0 – без изъязвления)

Все локализации - туловище, конечности, голова и шея

Хирургическое лечение

См. Рекомендации по величине хир. отступа в зависимости от толщины опухоли

Иссечение опухоли, отступя от ее видимого края до 1 см вместе с подлежащей жировой клетчаткой

Пребывание в стационаре

Койко-день до начала лечения – 1-2 дня

Койко-день при выполнении иссечения первичной меланомы кожи - 3-4 дня

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

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

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

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

СТАДИЯ IV (pT1b N0 M0 – с изъязвлением, pT2a N0 M0 – без изъязвления)

Все локализации - туловище, конечности, голова и шея

Хирургическое лечение

См. Рекомендации по величине хир. отступа в зависимости от толщины опухоли

Иссечение опухоли, отступя от ее видимого края до 1 см вместе с подлежащей жировой клетчаткой с определением и биопсией сторожевых лимфатических узлов

Примечание. При выявлении N+ выполняют лимфаденэктомию.

Пребывание в стационаре

Койко-день до начала лечения – 3-5 дней

Койко-день при выполнении иссечения первичной меланомы кожи с определением и биопсией сторожевых лимфатических узлов – 7-10 дней

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

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

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

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

СТАДИЯ ПА (pT2b N0 M0 –с изъязвлением, pT3a N0 M0 –без изъязвления)

Локализация – туловище

Хирургическое лечение

См. Рекомендации по величине хир. отступа в зависимости от толщины опухоли

Иссечение опухоли, отступя от ее видимого края от 1 до 2 см вместе с подлежащей жировой клетчаткой с определением и биопсией сторожевых лимфатических узлов

Примечание. При выявлении N+ выполняют лимфаденэктомию.

Локализация – конечности

Хирургическое лечение

Иссечение опухоли, отступя от ее видимого края до 1 до 2 см вместе с подлежащей жировой клетчаткой с определением и биопсией сторожевых лимфатических узлов

Модифицированное иссечение опухоли с пластикой и определением и биопсией сторожевых лимфатических узлов

Ампутация, экзартикуляция с определением и биопсией сторожевых лимфатических узлов

Примечание. При выявлении N+ выполняют лимфаденэктомию.

Локализация – голова и шея

Хирургическое лечение

Иссечение опухоли, отступя от ее видимого края от 1 до 2 см вместе с подлежащей жировой клетчаткой с пластикой и определением и биопсией сторожевых лимфатических узлов

Примечание. При выявлении N+ выполняют лимфаденэктомию.

Пребывание в стационаре

Койко-день до начала лечения – 3-5 дней

Койко-день при выполнении иссечения первичной меланомы кожи с определением и биопсией сторожевых лимфатических узлов – 7-10 дней

Койко-день при выполнении иссечения первичной меланомы кожи с пластикой и определением и биопсией сторожевых лимфатических узлов – 7-10 дней

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

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

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

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

СТАДИЯ IIB (pT3b N0 M0 –с изъязвлением, pT4a N0 M0 –без изъязвления)

СТАДИЯ IIC (pT4b N0 M0 –без изъязвления)

Комбинированное лечение

Хирургический компонент

См. Рекомендации по величине хир. отступа в зависимости от толщины опухоли

Локализация – туловище

Иссечение опухоли, отступя от ее видимого края от 1 до 2 см вместе с подлежащей жировой клетчаткой с определением и биопсией сторожевых лимфатических узлов

Примечание. При выявлении N+ выполняют лимфаденэктомию.

Локализация – конечности

Хирургический компонент

Иссечение опухоли, отступя от ее видимого края от 1 до 2 см вместе с подлежащей жировой клетчаткой с определением и биопсией сторожевых лимфатических узлов

Модифицированное иссечение опухоли с пластикой и определением и биопсией сторожевых лимфатических узлов

Ампутация, экзартикуляция с определением и биопсией сторожевых лимфатических узлов

Примечание. При выявлении N+ выполняют лимфаденэктомию.

Локализация – голова и шея

Хирургический компонент

Иссечение опухоли, отступя от ее видимого края от 1 до 2 см вместе с подлежащей жировой клетчаткой с пластикой и определением и биопсией сторожевых лимфатических узлов

Примечание. При выявлении N+ выполняют лимфаденэктомию

Иммунотерапевтический компонент лечение препаратами интерферона

См. Приложение 1. Рекомендации по адъювантному лечению меланомы кожи Российского экспертного совета по меланоме (Таблица)

Пребывание в стационаре

Койко-день до начала лечения – 3-5 дней

Койко-день при выполнении иссечения опухоли, вместе с подлежащей жировой клетчаткой с определением и биопсией сторожевых лимфатических узлов – 7-10 дней

Койко-день при модифицированном иссечении опухоли с пластикой и определением и биопсией сторожевых лимфатических узлов – 7-10 дней

Койко-день при ампутации, экзартикуляции с определением и биопсией сторожевых лимфатических узлов – 7-10 дней

Койко-день при выполнении иссечения опухоли вместе с подлежащей жировой клетчаткой с пластикой и определением и биопсией сторожевых лимфатических узлов – 7-10 дней

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

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

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

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

Стадии:

СТАДИЯ IIIA pTa N1a-2a M0

СТАДИЯ IIIB pTa N1b-2b M0 pTb N1a-2a M0

СТАДИЯ IIIC pTb N1b-2b M0 pTa-b N3 M0

Объединить в группу местно-распространенной метастатической меланомы с лимфогенными метастазами.

СТАДИЯ IIIA

(pTa N1a-2a M0 (без изъязвления с микрометастазами))

Локализация – туловище

Комбинированное лечение

Хирургический компонент

См. Рекомендации по величине хир. отступа в зависимости от толщины опухоли

Отступ может меняться в зависимости от индивидуальных анатомических или функциональных особенностей

Регионарная лимфаденэктомия: в зависимости от локализации опухоли каждая анатомическая зона имеет свои регионарные лимфатические узлы:

Туловище: подмышечно-подлопаточно-подключичные и подвздошно-пахово-бедренные.

Метастазы в лимфатические узлы, которые не указаны как регионарные, расцениваются как отдаленные метастазы (M1).

При метастазах в лимфатических узлах (N1,N2a,b) в зависимости от локализации первичной опухоли выполняют подмышечную, либо пахово-бедренную лимфаденэктомию.

При наличии сателлитных опухолей или транзитных метастазов (N2c), а также при метастазах в 4 –х и более узлах, а также при конгломератах лимфатических узлов (N3) выполняют подмышечно-подлопаточно-подключичную лимфаденэктомию, или подвздошно-пахово-бедренную лимфаденэктомию.

Локализация – конечности

Хирургический компонент

См. Рекомендации по величине хир. отступа в зависимости от толщины опухоли

Отступ может меняться в зависимости от индивидуальных анатомических или функциональных особенностей

При локализации меланомы на коже кистей и стоп, при невозможности выполнить органосохранную операцию рекомендовано выполнить ампутацию или экзартикуляцию.

Регионарная лимфаденэктомия: в зависимости от локализации опухоли каждая анатомическая зона имеет свои регионарные лимфатические узлы:

Конечности: верхняя - подмышечно-подлопаточно-подключичные;

нижняя - подвздошно-пахово-бедренные.

Локализация – голова и шея

Хирургический компонент

См. Рекомендации по величине хир. отступа в зависимости от толщины опухоли

Отступ может меняться в зависимости от индивидуальных анатомических или функциональных особенностей

Регионарная лимфаденэктомия: в зависимости от локализации опухоли каждая анатомическая зона имеет свои регионарные лимфатические узлы:

Голова – шея: шейные лимфоузлы - подчелюстного треугольника шеи, медиального и латерального треугольников шеи (5 уровней лимфатических узлов)

Метастазы в лимфатические узлы, которые не указаны как регионарные, расцениваются как отдаленные метастазы (M1).

Иммунотерапевтический компонент лечение препаратами интерферона

См. Приложение 1. Рекомендации по адъювантному лечению меланомы кожи Российского экспертного совета по меланоме (Таблица)

Пребывание в стационаре

Койко-день до начала лечения – 1-3 дней

Койко-день при выполнении иссечения опухоли вместе с подлежащей жировой клетчаткой с подмышечной лимфаденэктомией – 14-21 день

Койко-день при выполнении иссечения опухоли с пахово-бедренной лимфаденэктомией – 14-25 дней

Койко-день при модифицированном иссечении опухоли с пластикой и подмышечной лимфаденэктомией – 14-21 день

Койко-день при модифицированном иссечении опухоли с пластикой и пахово-бедренной лимфаденэктомией – 14-25 дней

Койко-день при ампутации, экзартикуляции с подмышечной лимфаденэктомией – 14-21 день

Койко-день при ампутации, экзартикуляции с пахово-бедренной лимфаденэктомией – 14-25 дней

Койко-день при выполнении иссечения опухоли с пластикой и регионарной лимфаденэктомией (5 уровней лимфатических узлов) – 14-21 день

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

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

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

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

СТАДИЯ IIIb

(pTa N1b-2b M0 –без изъязвления с макрометастазами,

pTb N1a-2a M0 – с изъязвлением и микрометастазами)

Локализация – туловище

Комбинированное лечение

Хирургический компонент

См. Рекомендации по величине хир. отступа в зависимости от толщины опухоли

Отступ может меняться в зависимости от индивидуальных анатомических или функциональных особенностей

Регионарная лимфаденэктомия: в зависимости от локализации опухоли каждая анатомическая зона имеет свои регионарные лимфатические узлы:

Туловище: подмышечно-подлопаточно-подключичные и подвздошно-пахово-бедренные.

Метастазы в лимфатические узлы, которые не указаны как регионарные, расцениваются как отдаленные метастазы (M1).

При метастазах в лимфатических узлах (N1,N2a,b) в зависимости от локализации первичной опухоли выполняют подмышечную, либо пахово-бедренную лимфаденэктомию.

- При наличии сателлитных опухолей или транзитных метастазов (N2c), а также при метастазах в 4 –х и более узлах, а также при конгломератах лимфатических узлов (N3) выполняют подмышечно-подлопаточно-подключичную лимфаденэктомию, или подвздошно-пахово-бедренную лимфаденэктомию.

Локализация – конечности

Хирургический компонент

См. Рекомендации по величине хир. отступа в зависимости от толщины опухоли

Отступ может меняться в зависимости от индивидуальных анатомических или функциональных особенностей

При локализации меланомы на коже кистей и стоп, при невозможности выполнить органосохранную операцию рекомендовано выполнить ампутацию или экзартикуляцию.

Регионарная лимфаденэктомия: в зависимости от локализации опухоли каждая анатомическая зона имеет свои регионарные лимфатические узлы:

Конечности: верхняя - подмышечно-подлопаточно-подключичные;

нижняя - подвздошно-пахово-бедренные.

Метастазы в лимфатические узлы, которые не указаны как регионарные, расцениваются как отдаленные метастазы (M1).

Локализация – голова и шея

Хирургический компонент

См. Рекомендации по величине хир. отступа в зависимости от толщины опухоли

Отступ может меняться в зависимости от индивидуальных анатомических или функциональных особенностей

Регионарная лимфаденэктомия: в зависимости от локализации опухоли каждая анатомическая зона имеет свои регионарные лимфатические узлы:

Голова – шея: шейные лимфоузлы - подчелюстного треугольника шеи, медиального и латерального треугольников шеи. (5 уровней лимфатических узлов)

Метастазы в лимфатические узлы, которые не указаны как регионарные, расцениваются как отдаленные метастазы (M1).

Иммунотерапевтический компонент лечение препаратами интерферона

См. Приложение 1. Рекомендации по адъювантному лечению меланомы кожи Российского экспертного совета по меланоме (Таблица)

Пребывание в стационаре

Койко-день до начала лечения – 3-5 дней

Койко-день при выполнении иссечения опухоли вместе с подлежащей жировой клетчаткой с подмышечной лимфаденэктомией – 14-21 день

Койко-день при выполнении иссечения опухоли с пахово-бедренной лимфаденэктомией – 14-25 дней

Койко-день при выполнении иссечения опухоли с пластикой и регионарной лимфаденэктомией (5 уровней лимфатических узлов) – 14-21 день

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

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

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

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

СТАДИЯ IIIС

(pTb N1b-2b M0 – с изъязвлением и макрометастазами, pTa-b N3 M0 – с/без изъязвления, метастазы в 4 и более регионарных л/у, сателлитные или транзитные метастазы)

Комбинированное лечение

Хирургический компонент

Локализация – туловище

См. Рекомендации по величине хир. отступа в зависимости от толщины опухоли

Отступ может меняться в зависимости от индивидуальных анатомических или функциональных особенностей

Регионарная лимфаденэктомия: в зависимости от локализации опухоли каждая анатомическая зона имеет свои регионарные лимфатические узлы:

Туловище: подмышечно-подлопаточно-подключичные и подвздошно-пахово-бедренные.

Метастазы в лимфатические узлы, которые не указаны как регионарные, расцениваются как отдаленные метастазы (M1).

При метастазах в лимфатических узлах (N1,N2a,b) в зависимости от локализации первичной опухоли выполняют подмышечную, либо пахово-бедренную лимфаденэктомию.

При наличии сателлитных опухолей или транзитных метастазов (N2c), а также при метастазах в 4 –х и более узлах, а также при конгломератах лимфатических узлов (N3) выполняют подмышечно-подлопаточно-подключичную лимфаденэктомию, или подвздошно-пахово-бедренную лимфаденэктомию.

Локализация – конечности

Хирургический компонент

См. Рекомендации по величине хир. отступа в зависимости от толщины опухоли

Отступ может меняться в зависимости от индивидуальных анатомических или функциональных особенностей

При локализации меланомы на коже кистей и стоп, при невозможности выполнить органосохранную операцию рекомендовано выполнить ампутацию или экзартикуляцию.

Регионарная лимфаденэктомия: Каждая анатомическая зона имеет свои регионарные лимфатические узлы:

Конечности: верхняя - подмышечно-подлопаточно-подключичные;

нижняя - подвздошно-пахово-бедренные.

Метастазы в лимфатические узлы, которые не указаны как регионарные, расцениваются как отдаленные метастазы (M1).

При метастазах в лимфатических узлах (N1,N2a,b) в зависимости от локализации первичной опухоли выполняют подмышечную, либо пахово-бедренную лимфаденэктомию.

При наличии сателлитных опухолей или транзитных метастазов (N2c), а также при метастазах в 4 –х и более узлах, а также при конгломератах лимфатических узлов (N3) выполняют подмышечно-подлопаточно-подключичную лимфаденэктомию, или подвздошно-пахово-бедренную лимфаденэктомию.

Локализация – голова и шея

Хирургический компонент

См. Рекомендации по величине хир. отступа в зависимости от толщины опухоли

Отступ может меняться в зависимости от индивидуальных анатомических или функциональных особенностей

Регионарная лимфаденэктомия: в зависимости от локализации опухоли каждая анатомическая зона имеет свои регионарные лимфатические узлы:

Голова – шея: шейные лимфоузлы - подчелюстного треугольника шеи, медиального и латерального треугольников шеи. (5 уровней лимфатических узлов)

Метастазы в лимфатические узлы, которые не указаны как регионарные, расцениваются как отдаленные метастазы (M1).

Иммунотерапевтический компонент лечение препаратами интерферона

См. Приложение 1. Рекомендации по адъювантному лечению меланомы кожи Российского экспертного совета по меланоме (Таблица)

Пребывание в стационаре

Койко-день до начала лечения – 3-5 дней

Койко-день при выполнении иссечения опухоли вместе с подлежащей жировой клетчаткой с подмышечно-подключично-подлопаточной лимфаденэктомией – 14-21 день

Койко-день при выполнении иссечения опухоли с подздошно-пахово-бедренной лимфаденэктомией -14-25 дней

Койко-день при модифицированном иссечении опухоли с пластикой и подмышечно-подключично-подлопаточной лимфаденэктомией – 14-21 день

Койко-день при модифицированном иссечении опухоли с пластикой и подздошно-пахово-бедренной лимфаденэктомией – 14-25 дней

Койко-день при ампутации, экзартикуляции с подмышечно-подключично-подлопаточной лимфаденэктомией – 14-21 день

Койко-день при ампутации, экзартикуляции с подздошно-пахово-бедренной лимфаденэктомией – 14-25 дней

Койко-день при выполнении иссечения опухоли с пластикой и регионарной лимфаденэктомией (5 уровней лимфатических узлов) – 14-21 день

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

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

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

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

СТАДИЯ IV (любая pT любая N M1) –генерализованная меланома.

Все локализации - туловище, конечности, голова и шея

Комбинированное лечение

Хирургический компонент

См. Рекомендации по величине хир. отступа в зависимости от толщины опухоли

Отступ может меняться в зависимости от индивидуальных анатомических или функциональных особенностей

При локализации меланомы на коже кистей и стоп, при невозможности выполнить органосохранную операцию рекомендовано выполнить ампутацию или экзартикуляцию.

Регионарная лимфаденэктомия: в зависимости от локализации опухоли выделяют 3 основных анатомических зоны: туловище, голова-шея и конечности. Каждая анатомическая зона имеет свои регионарные лимфатические узлы:

1) Туловище: подмышечно-подлопаточно-подключичные и подвздошно-пахово-бедренные.

2) Конечности: верхняя - подмышечно-подлопаточно-подключичные;

нижняя - подвздошно-пахово-бедренные.

3) Голова – шея: шейные лимфоузлы - подчелюстного треугольника шеи, медиального и латерального треугольников шеи.

Метастазы в лимфатические узлы, которые не указаны как регионарные, расцениваются как отдаленные метастазы (M1).

При висцеральных метастазах меланомы возможна попытка хирургического лечения.

Иммунотерапевтический компонент лечение препаратами интерферона

См. Приложение 1. Рекомендации по адъювантному лечению меланомы кожи Российского экспертного совета по меланоме (Таблица)

Химиотерапия в самостоятельном плане

Дакарбазин 250 мг/м² внутривенно в 1-5-й день каждые 3 нед.

Альтернативный режим дакарбазина 1000 мг/м² в/в 1 раз в 3 недели.

Альтернативная схема химиотерапии- Цисплатин 50 мг/кв.м в 1 день с интервалом 21 день, CCNU 80 мг/кв.м внутрь 1 день с интервалом 21 день.

Мюстафоран- 208 мг по схеме.

Полихимиотерапия - с включением дакарбазина и Темозоломида при метастазах в головной мозг 150-200 мг/кв.м- 1, 5 дни.

Пребывание в стационаре

Койко-день до начала лечения – 3-5 дней

Койко-день при выполнении иссечения первичной меланомы кожи –
14-21 день

Койко-день при выполнении регионарной лимфаденэктомии – 14-25 дней

Койко-день при проведении химиотерапии – 10-15 дней

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

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

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

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

МЕСТНЫЕ РЕЦИДИВЫ МЕЛАНОМЫ КОЖИ.

Рецидив меланомы в зоне послеоперационного рубца

Все локализации

Хирургическое лечение в самостоятельном варианте

Широкое иссечение рецидива, отступая от его видимых границ не менее 3 см вместе с подлежащей мышечной фасцией

Комбинированное лечение

Хирургический компонент

Широкое иссечение рецидива, отступая от его видимых границ не менее 3 см вместе с подлежащей мышечной фасцией

Иммунотерапевтический компонент

В случае ранее не проводившейся иммунотерапии может быть рекомендовано назначение препаратов интерферона-

См. Приложение 1. Рекомендации по адъювантному лечению меланомы кожи Российского экспертного совета по меланоме (Таблица)

Фотодинамическая терапия как одна из возможных альтернативных методов

Фотодинамическая терапия

Проведение сеанса ФДТ через оптимальные интервалы после введения фотосенсибилизатора

Доза лазерного облучения – 200-600 Дж/см²

Пролонгированная фотодинамическая терапия

Проведение 5-10 сеансов ФДТ с препаратом фотосенс (первый сеанс через 2 ч после введения фотосенса, последующие с интервалом в 24 ч)

Обеспечение фотодинамической терапии

Дозиметрический расчет полей облучения при фотодинамической терапии

Технологическое, дозиметрическое обеспечение курса фотодинамической терапии

Пребывание в стационаре

Койко-день до начала лечения – 3-5 дней

Койко-день при выполнении иссечения местного рецидива меланомы
кожи – 10-21 день

Койко-день при проведении химиотерапии – 10-15 дней

Койко-день при проведении ФДТ – 10-12 дней

Койко-день при проведении пролонгированной ФДТ – 21-24 дней

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

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

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

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

МЕТАСТАЗЫ МЕЛАНОМЫ КОЖИ.

Генерализованная меланома.

-диссеминаты на коже,

-солитарные метастазы в отдаленные органы (печень, легкие, мозг),

-множественные метастазы меланомы.

Все локализации

Комбинированное лечение

Хирургический компонент

Удаления метастазов. Удаление отдаленных висцеральных метастазов может быть проведено в отдельных случаях у больных с хорошим соматическим статусом и изолированным опухолевым поражением

Химиотерапевтический компонент

Дакарбазин 250 мг/м² внутривенно в 1-5-й день каждые 3 нед.

Альтернативный режим дакарбазина 1000 мг/м² в/в 1 раз в 3 недели.

Альтернативная схема химиотерапии- Цисплатин 50 мг/кв.м в 1 день с интервалом 21 день, CCNU 80 мг/кв.м внутрь 1 день с интервалом 21 день.

Мюстафоран – 208 мг по схеме.

Полихимиотерапия- с включением дакарбазина и Темозоломида при метастазах в головной мозг 150-200 мг/кв.м- 1, 5 дни

Иммунотерапевтический компонент

В случае ранее не проводившейся иммунотерапии может быть рекомендовано назначение препаратов интерферона-

См. Приложение 1. Рекомендации по адъювантному лечению меланомы кожи Российского экспертного совета по меланоме (Таблица)

Фотодинамическая терапия как одна из возможных альтернативных методов

Фотодинамическая терапия при внутрикожных и подкожных метастазах

Проведение сеанса ФДТ через оптимальные интервалы после введения фотосенсибилизатора

Доза лазерного облучения – 200-600 Дж/см²

Пролонгированная фотодинамическая терапия

Проведение 5-10 сеансов ФДТ с препаратом фотосенс (первый сеанс через 2 ч после введения фотосенса, последующие с интервалом в 24 ч)

Обеспечение фотодинамической терапии

Дозиметрический расчет полей облучения при фотодинамической терапии

Технологическое, дозиметрическое обеспечение курса фотодинамической терапии

Пребывание в стационаре

Койко-день до начала лечения – 35 дней

Койко-день при выполнении иссечения меланомы кожи – 10-21 день

Койко-день при выполнении регионарной лимфаденэктомии – 14-25 дней

Койко-день при проведении химиотерапии – 10-15 дней

Койко-день при проведении ФДТ – 10-12 дней

Койко-день при проведении пролонгированной ФДТ - 21-24 дней

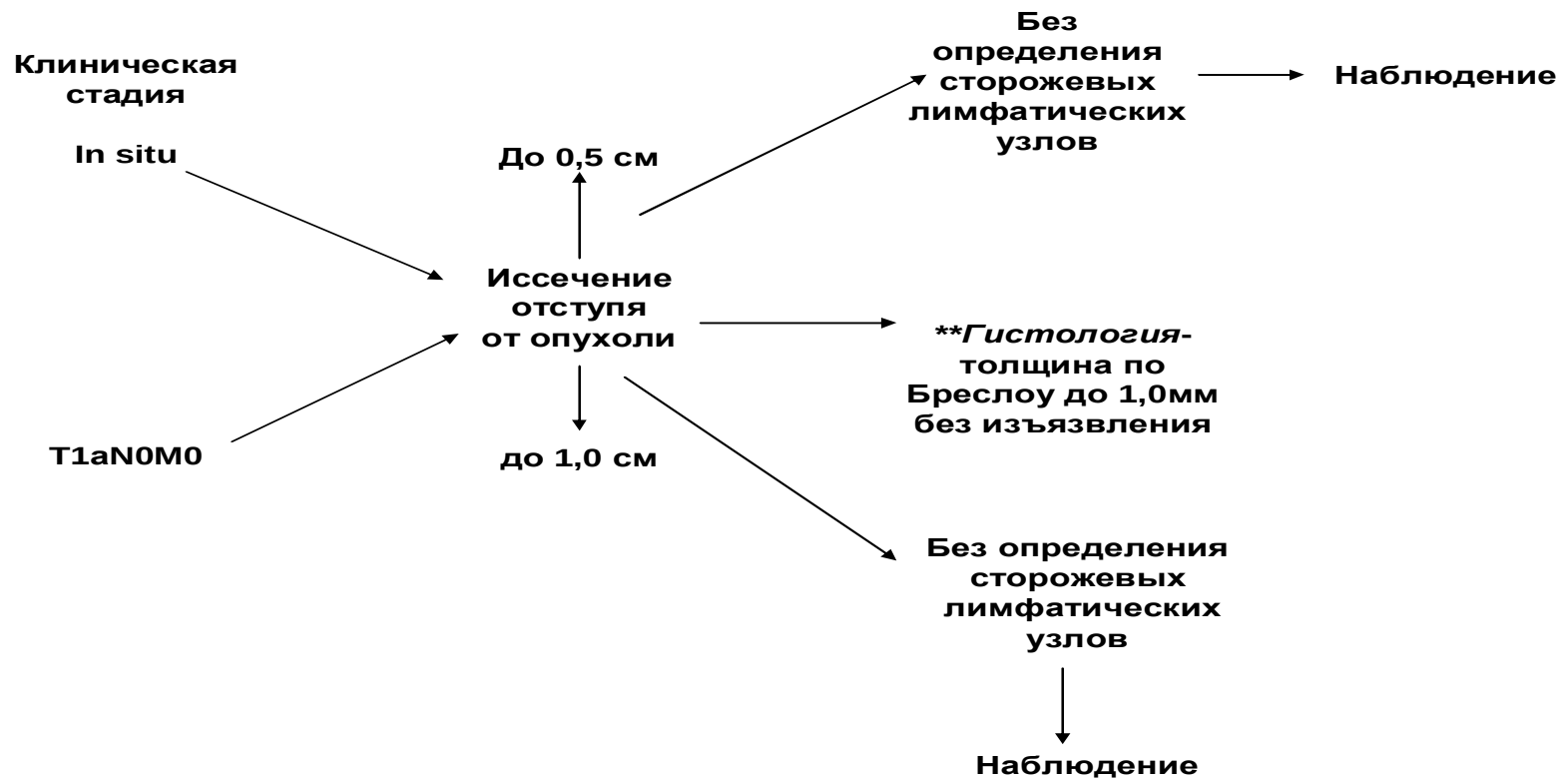
Активное наблюдение после лечения (в условиях поликлиники территориального онкологического диспансера или у районного онколога)

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

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

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

Схема 1. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ 0-IA СТАДИИ (T1aN0M0).



****Гистология:** при большей толщине опухоли- реоперация в соответствии со стадией и локализацией меланомы.

Схема 2. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ 0 IB СТАДИИ (T1bN0M0, T2aN0M0).

Локализация- туловище, голова и шея,
конечности.

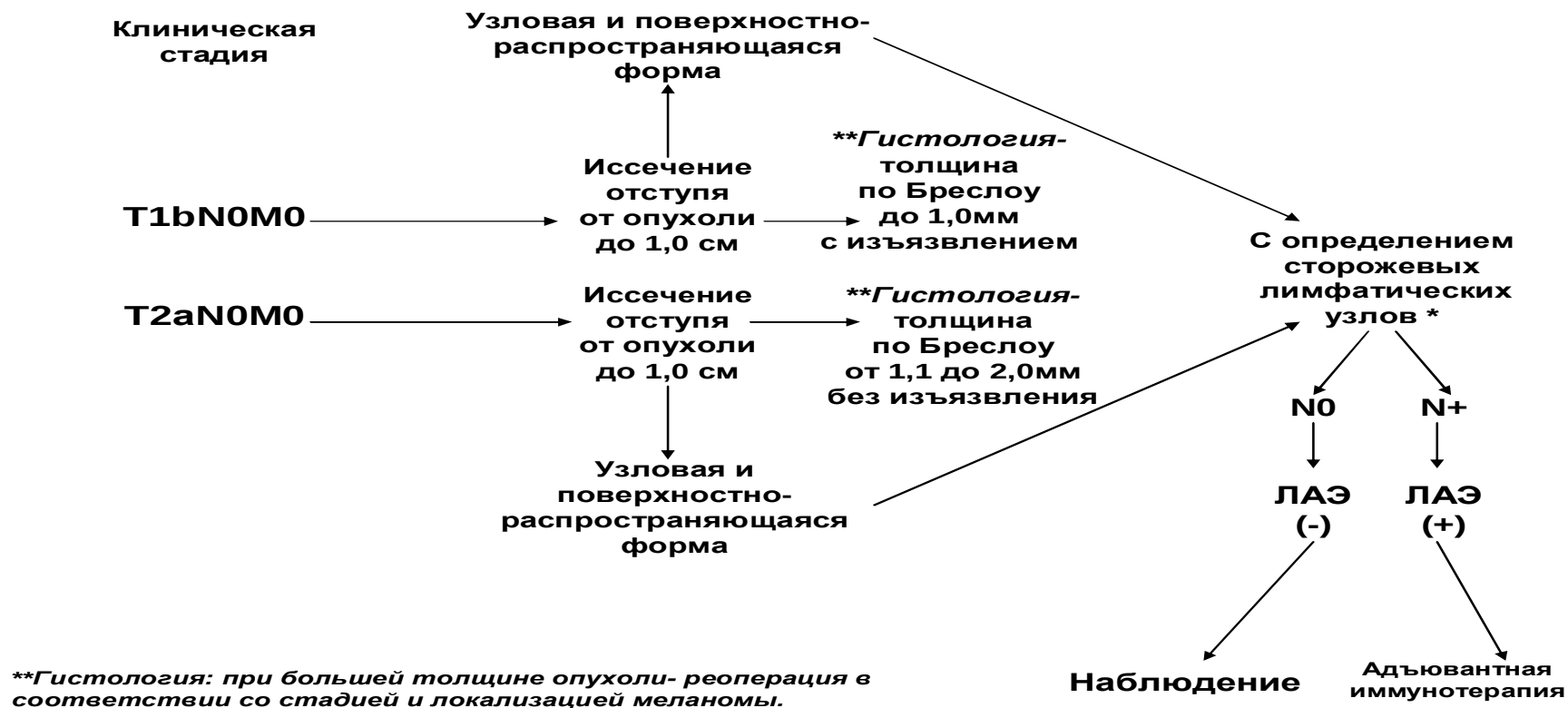
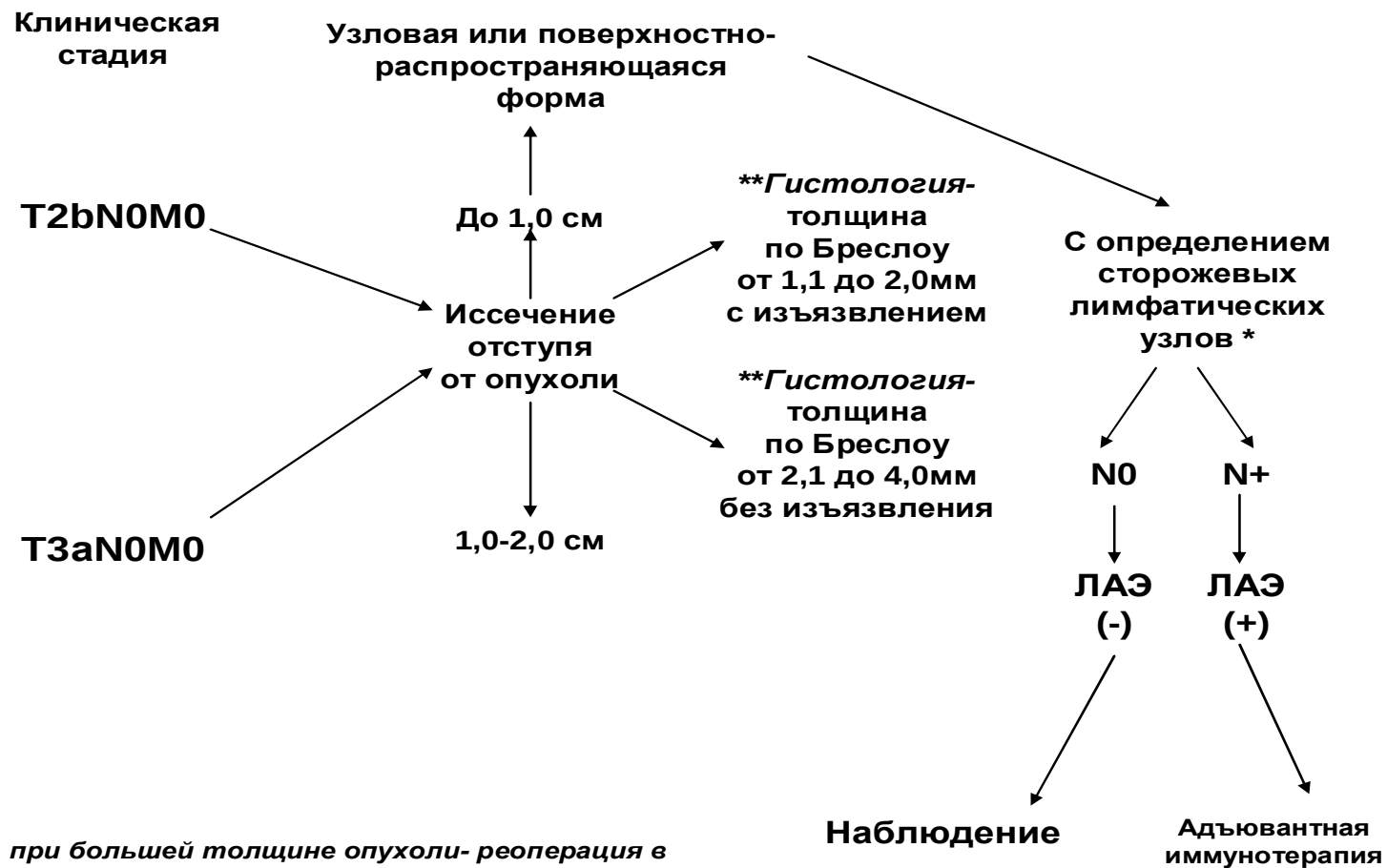


Схема 3. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ПА СТАДИИ (T2bN0M0, T3aN0M0).

Локализация- туловище.



****Гистология: при большей толщине опухоли- реоперация в соответствии со стадией и локализацией меланомы.**

Схема 4. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ПВ СТАДИИ (T3bN0M0, T4aN0M0), ПС СТАДИИ (T4bN0M0).

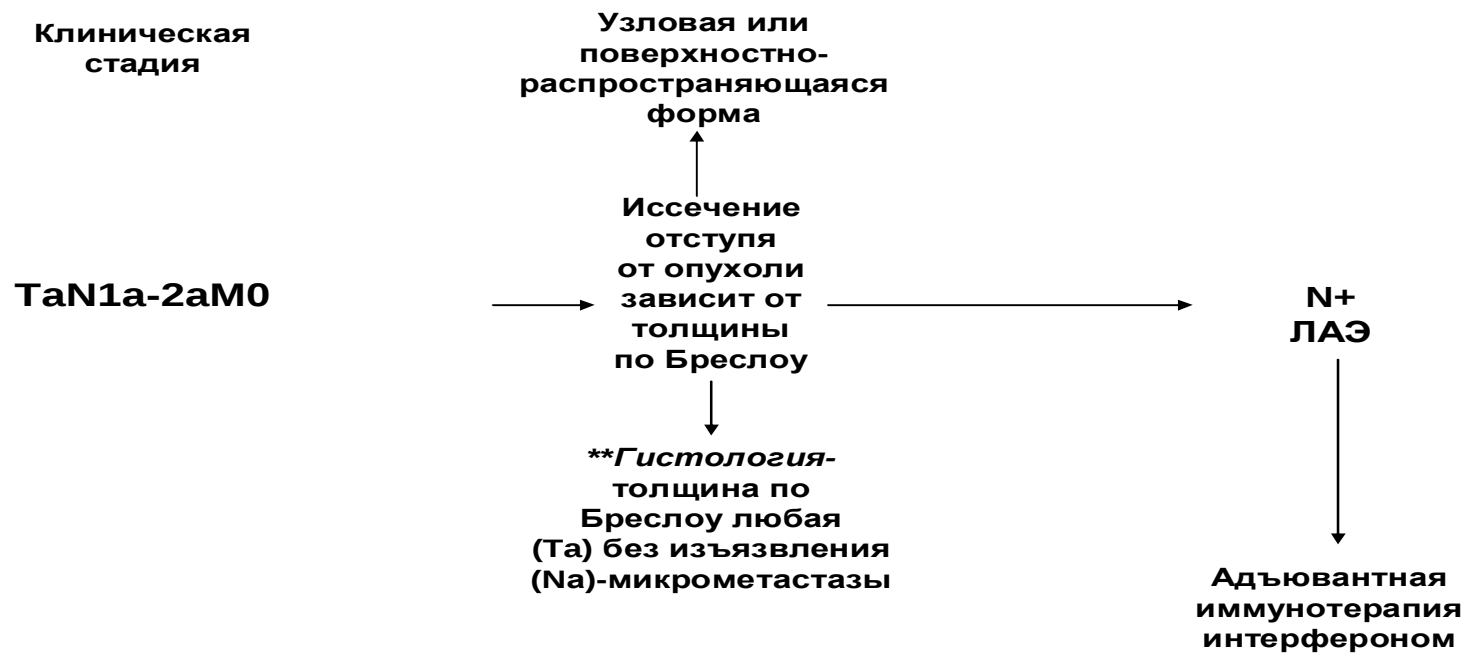
Локализация- туловище.



****Гистология:** при большей толщине опухоли- реоперация в соответствии со стадией и локализацией меланомы.

Схема 5. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ IIIA СТАДИИ (TaN1a-2aM0)

Локализация - туловище.



****Гистология: при большей толщине опухоли- реоперация в соответствии со стадией и локализацией меланомы.**

Схема 6. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ IIIb СТАДИИ (TaN1b-2bM0, TbN1a-2aM0)

Локализация - туловище.



Схема 7. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ IIIС СТАДИИ (TbN1b-2bM0, Ta-bN3M0)

Локализация - туловище.



****Гистология: при большей толщине опухоли- реоперация в соответствии со стадией и локализацией меланомы.**

Схема 8. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ IIА СТАДИИ (T2bN0M0, T3aN0M0)

Локализация - конечности.



Схема 9. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ПВ СТАДИИ (T3bN0M0, T4aN0M0), ПС СТАДИИ (T4bN0M0).

Локализация - конечности.

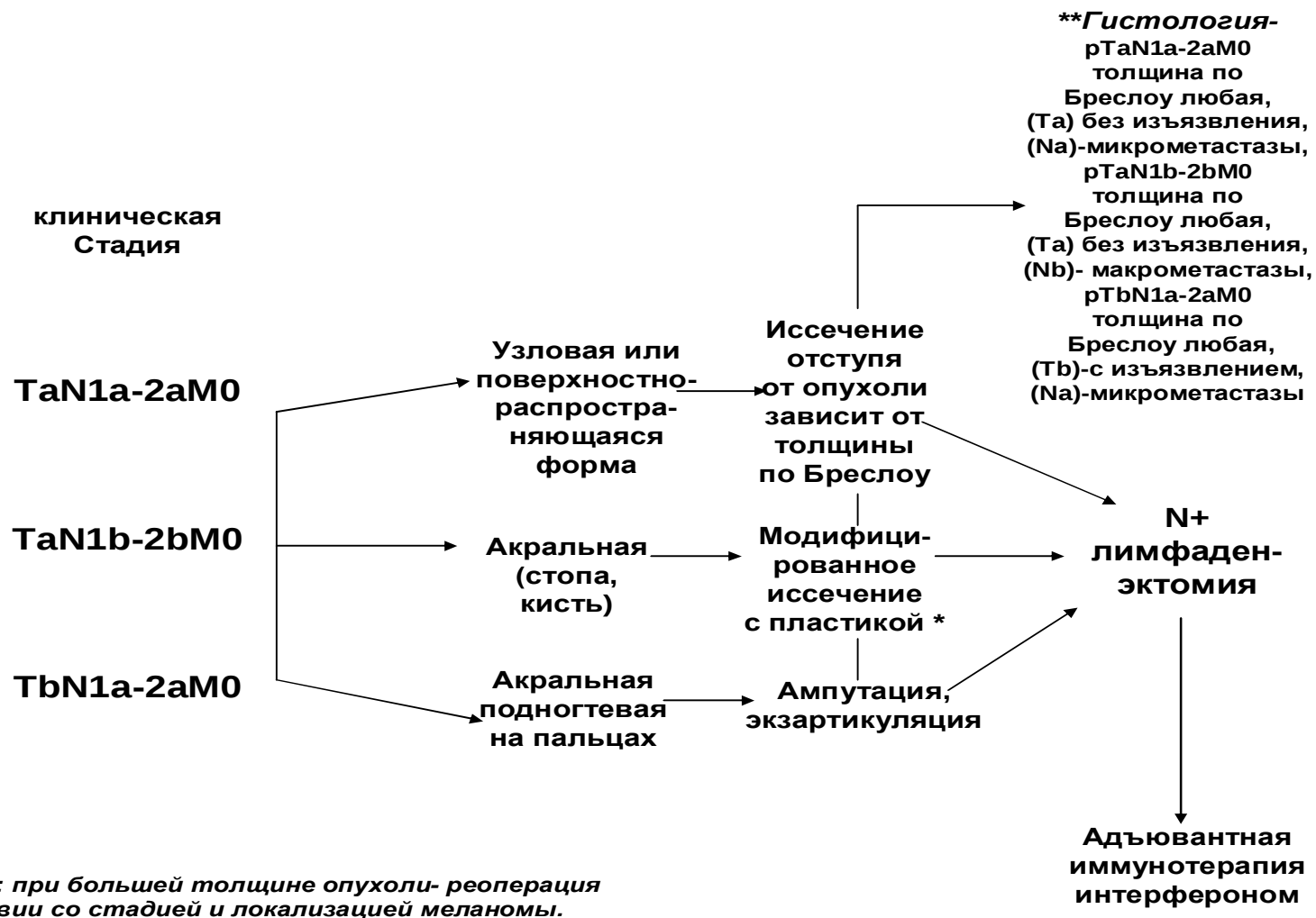


Схема 11. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ПС СТАДИИ (TbN1b-2bM0, Ta-bN3M0)

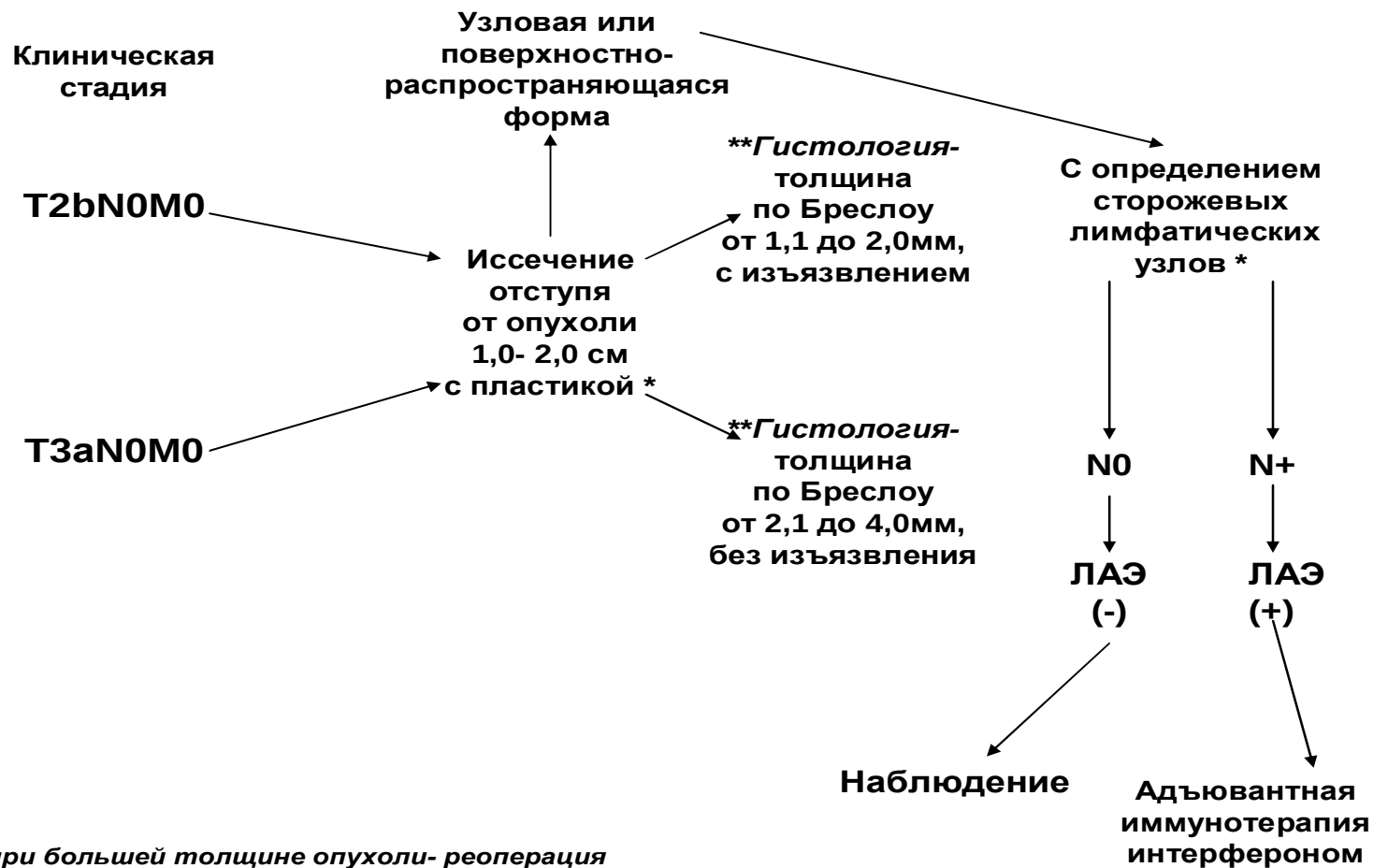
Локализация - конечности.



****Гистология: при большей толщине опухоли- реоперация в соответствии со стадией и локализацией меланомы.**

Схема 12. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ПА СТАДИИ (T2bN0M0, T3aN0M0)

Локализация- голова и шея.



****Гистология: при большей толщине опухоли- реоперация в соответствии со стадией и локализацией меланомы.**

Схема 13. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ПБ СТАДИИ (Т3bN0M0, Т4aN0M0), ПС СТАДИИ (Т4bN0M0).

Локализация- голова и шея.

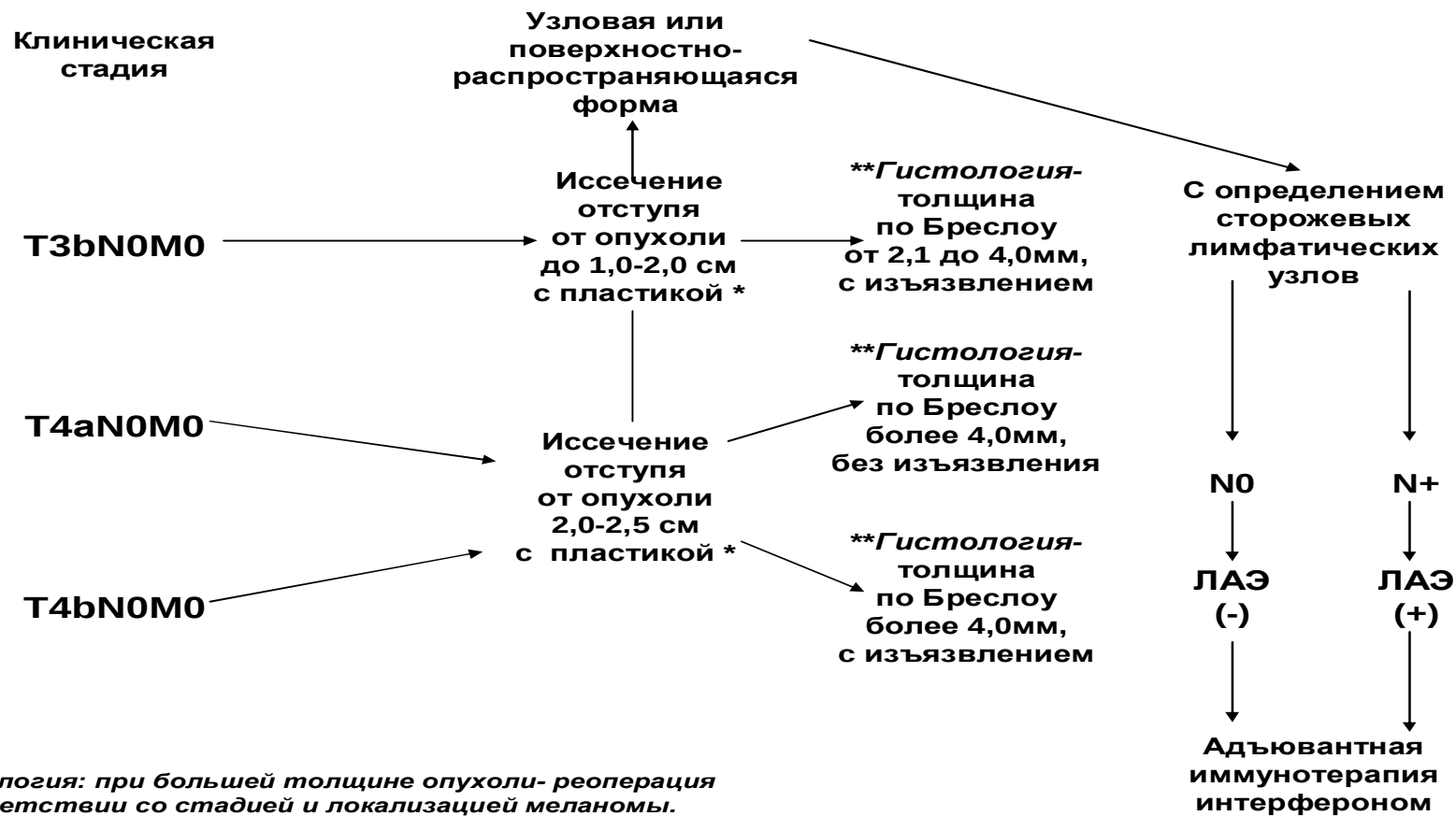
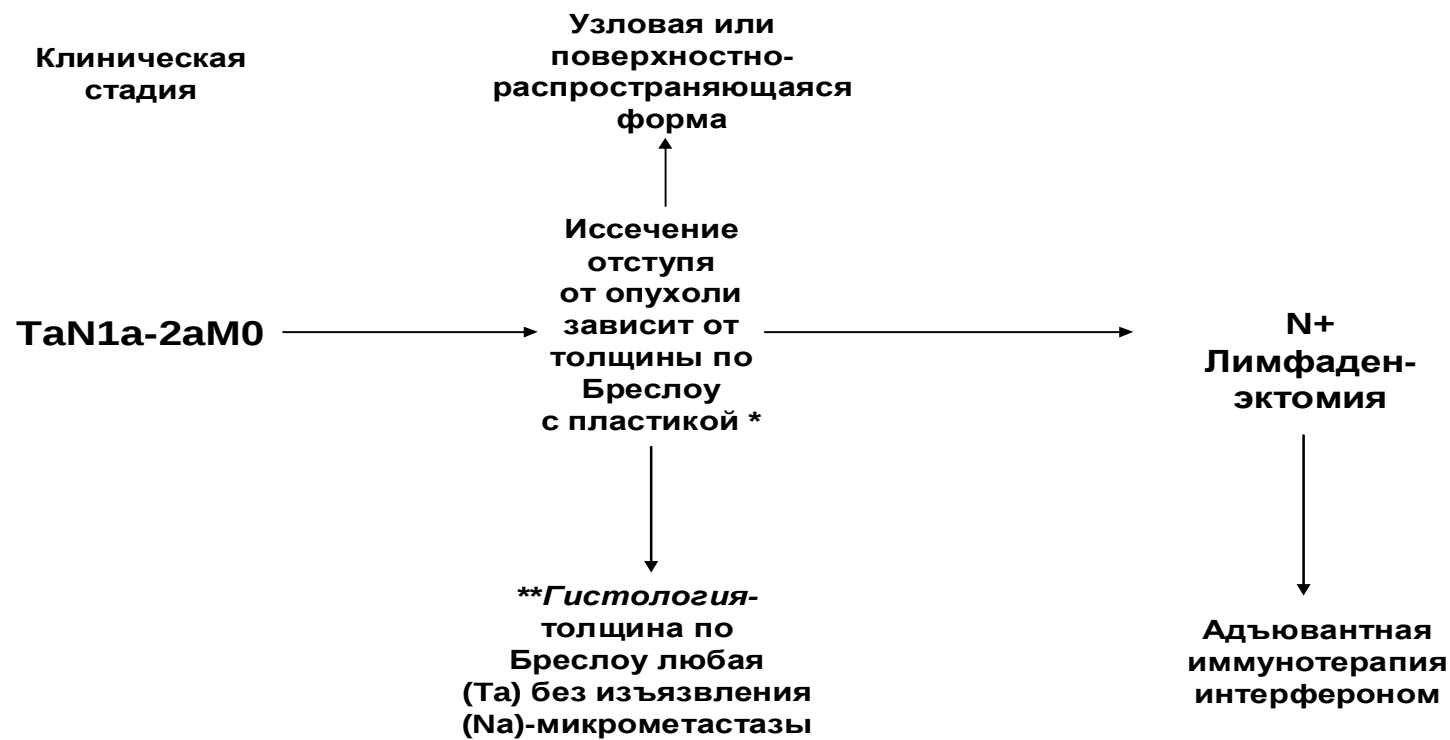


Схема 14. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ IIIA СТАДИИ (Ta-N1a-2aM0)

Локализация- голова и шея.



****Гистология:** при большей толщине опухоли- реоперация в соответствии со стадией и локализацией меланомы.

Схема 15. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ШВ СТАДИИ (Ta_N1b-2bM₀, Tb_N1a-2aM₀)

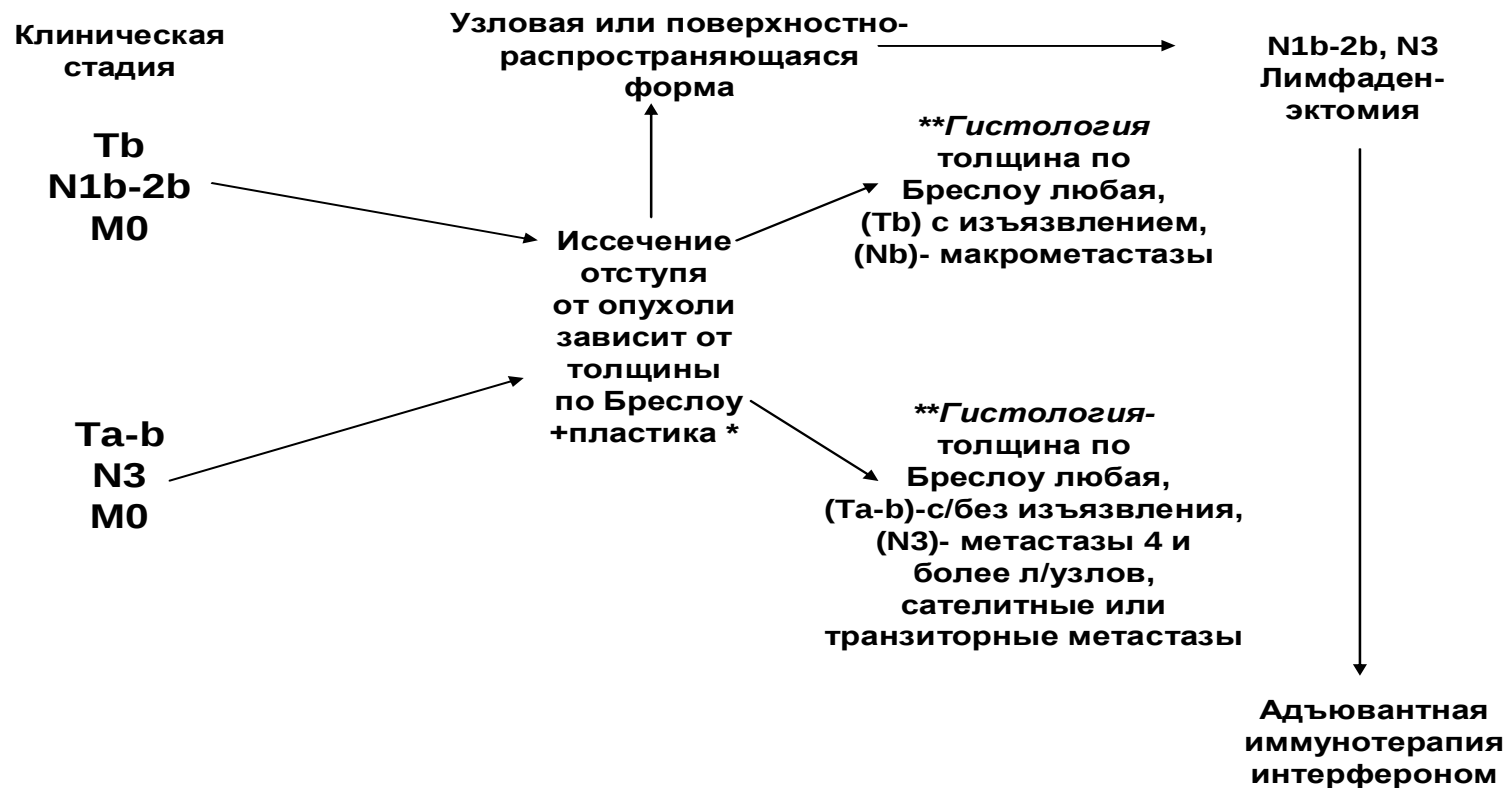
Локализация- голова и шея.



****Гистология:** при большей толщине опухоли- реоперация в соответствии со стадией и локализацией меланомы.

Схема 16. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ШС СТАДИИ (TbN1b-2bM0, Ta-bN3M0)

Локализация- голова и шея.



****Гистология:** при большей толщине опухоли- реоперация в соответствии со стадией и локализацией меланомы.

Схема 17. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦЕДИВОВ МЕЛАНОМЫ КОЖИ.

Все локализации.

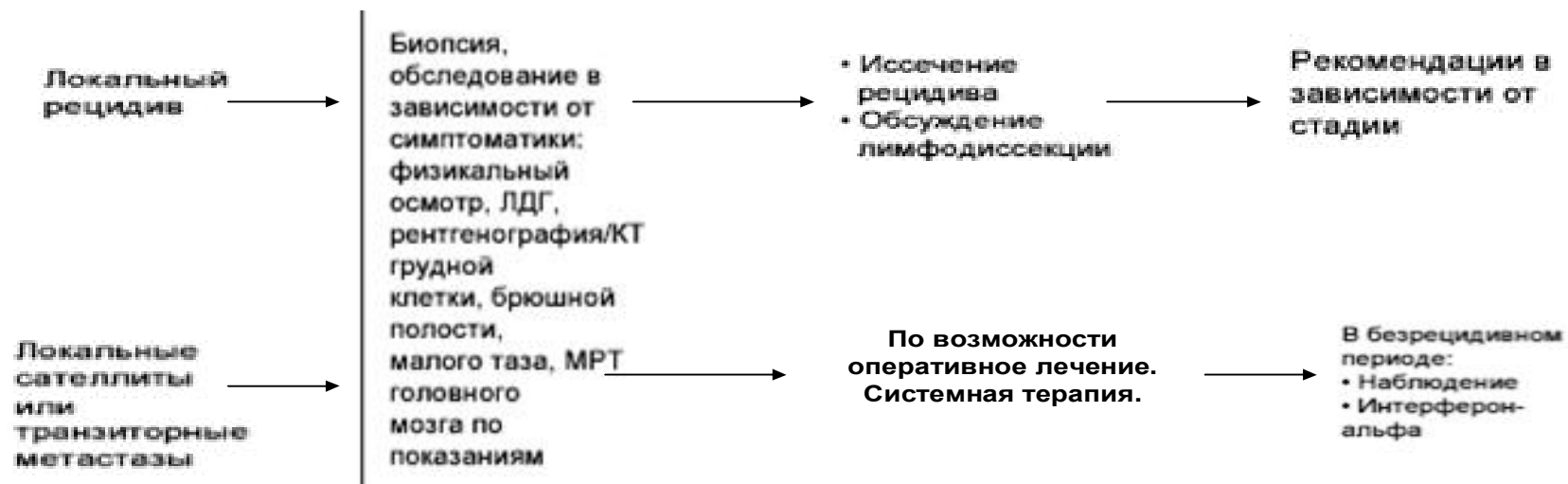


Схема 18. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦЕДИВОВ МЕЛАНОМЫ КОЖИ.

Все локализации.



Схема 19. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ФОРМ МЕЛАНОМЫ КОЖИ.

Все локализации.

