

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00329&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00329. Лімфоми

Коментар експерта. В Україні наявні медико-технологічні документи за темою Неходжкінські лімфоми та лімфома Ходжкіна <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-ta-klinichni-nastanovy/item/19-nekhodzhkinski-limfomy-ta-limfoma-khodzhkina>

Автор: Erkki Elonen

Редактор оригінального тексту: Hanna Pelttari

Дата останнього оновлення: 2018-07-25

Основні положення

- З точки зору агресивності перебігу, необхідності лікування та прогнозу лімфоми є гетерогенною групою захворювань. Деякі з цих захворювань потребують невідкладного лікування, а інші можуть взагалі його не потребувати.
- Дорослих із генералізованою лімфаденопатією, гепатоспленомегалією або збільшеним лімфатичним вузлом (> 2 см), який не зменшується при спостереженні впродовж одного місяця, слід направити для проведення біопсії до спеціалізованого закладу, де є хороші можливості для діагностики.
- Якщо в пацієнта після лікування лімфоми впродовж тривалого часу залишаються клінічні прояви, необхідно провести ретельне обстеження для виключення рецидиву. Швидкий початок діагностики має важливе значення.
- Пам'ятайте про ймовірність розвитку пізніх побічних ефектів лікування (рання менопауза, гіпотиреоз, серцево-судинні захворювання, певні інфекції та вторинні злоякісні новоутворення).

Визначення

- Лімфома Ходжкіна та неходжкінські лімфоми являють собою гетерогенну групу (що стосується їхньої клінічної картини та прогнозу) захворювань лімфоретикулярної системи. Неходжкінські лімфоми поділяються на В-клітинні та Т-клітинні лімфоми, а вони в свою чергу - на численні підгрупи.
- Класифікація ВООЗ містить кілька десятків типів лімфом. До найпоширеніших неходжкінських лімфом належать: дифузна В-великоклітинна лімфома, фолікулярна лімфома і лімфоцитарна лімфома (трансформація хронічного лімфолейкозу у лімфому).
- Лімфому Ходжкіна поділяють на класичну лімфому Ходжкіна та нодулярну лімфому Ходжкіна з переважанням лімфоцитів.

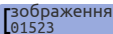
Епідеміологія

- Рівень щорічної захворюваності ходжкінськими лімфомами у країнах Північної Європи становить близько 2/100 000. Дане захворювання зустрічається у всіх вікових групах, але більшість пацієнтів - це молоді особи.
- Рівень щорічної захворюваності неходжкінськими лімфомами у країнах Північної Європи становить близько 20/100 000 осіб. Середній вік складає близько 60 років.
- Захворюваність на неходжкінські лімфоми зростає у всіх країнах заходу, особливо в країнах Північної Європи, але спостерігається незначне зниження показника смертності.
- Захворюваність на лімфому Ходжкіна дещо збільшилась за останні десятиліття, проте спостерігається дуже значне зниження смертності.

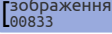
Ознаки та симптоми

Лімфома Ходжкіна

- У більшості пацієнтів немає симптомів або вони пов'язані зі здавленням пухлиною навколишніх тканин, як-от кашель при пухлинах, що розташовані у воротах легені, та відчуття важкості за грудниною або синдром верхньої порожнистої вени при пухлинах середостіння.

- Багато пацієнтів самостійно визначають збільшений і безболісний лімфатичний вузол на шиї, в надключичній ямці або в пахвовій ямці.
- У невеликої частини пацієнтів є системні прояви: лихоманка, нічна пітливість і незрозуміла втрата маси тіла (відомі як "В" симптоми), сильний свербіж або болючість уражених лімфатичних вузлів після вживання алкоголю.
- Захворювання зазвичай починається з надключичних лімфатичних вузлів і поширюється через лімфатичну систему до пахв або середостіння та далі до заочеревинних лімфатичних вузлів.
- Дане захворювання може поширюватися з лімфатичних вузлів до інших органів (наприклад, від лімфатичних вузлів середостіння до перикарда, від лімфатичних вузлів легеневих воріт до легеневої тканини або від парааортальних лімфатичних вузлів до спинного мозку).
- Пухлини середостіння у молодих осіб часто виявляються лімфомами Ходжкіна (рис.  [Mediastinal Hodgkin lymphoma]).
- Гематогенне поширення у кістковий мозок або печінку є пізнім проявом захворювання, що відбувається після поширення у селезінку з нижніх середостінних або парааортальних лімфатичних вузлів.

Неходжкінська лімфома

- Симптоми не є специфічними і залежать від органів, інфільтрованих пухлиною. На момент встановлення діагнозу лімфоми у багатьох пацієнтів не було жодних клінічних проявів.
- Близько 25% пацієнтів з неходжкінською лімфомою мали принаймні один із вищезгаданих "В" симптомів. На поширеність симптомів впливають гістологічні характеристики, ступінь та швидкість прогресування захворювання.
- На момент встановлення діагнозу майже в 50% хворих ураження у вигляді лімфоми виявляються лише в лімфатичних вузлах. З іншого боку, майже в 20% пацієнтів лімфомну тканину виявляють тільки в екстранодальних органах. До найбільш поширених екстранодальних органів належать: шлунок, шкіра (рис.  [T-cell lymphoma of the skin]), кістки, центральна нервова система, щитовидна залоза та кишечник.
- Незважаючи на те, що встановити діагноз лише на підставі клінічних проявів неможливо, неходжкінську лімфому можна запідозрити у таких випадках:

- Лімфаденопатія, що включає кілька груп лімфатичних вузлів, у пацієнта похилого віку часто вказує на індолентну неходжкінську лімфому, зазвичай фолікулярну лімфому.
- Лімфоцитоз у пацієнта похилого віку часто свідчить про індолентну неходжкінську лімфому або хронічний лімфолейкоз.
- Тривалий тонзиліт, який не реагує на антибактеріальні препарати, може вказувати на лімфому.
- Локальна лімфаденопатія, яка агресивно росте або викликає загальні симптоми, часто спричинена неходжкінською лімфомою з швидким ростом.

Діагностика та оцінка поширення пухлини

- Діагноз лімфоми Ходжкіна і неходжкінської лімфоми завжди ґрунтується на ретельному гістопатологічному дослідженні. Необхідна хірургічна біопсія.
- Якщо у пацієнта пальпується лімфатичний вузол діаметром більше 2 см, який не зменшується при спостереженні впродовж одного місяця або схожу лімфаденопатію можна побачити при проведенні візуалізаційних методів дослідження, його/її слід скерувати до центру, де можна зібрати, підготувати та дослідити зразки матеріалу.
- Якщо лімфаденопатія пов'язана із загальними симптомами, швидким прогресуванням або гематологічними змінами, дослідження слід починати без затримки.
- Згідно з клінічними настановами для проведення патогістологічної діагностики слід застосовувати класифікацію злоякісних новоутворень крові, запропоновану Всесвітньою організацією охорони здоров'я.
- Хімічні лабораторні дослідження не є особливо інформативними для встановлення діагнозу, але в деяких випадках за наявності лімфоми спостерігається значний лімфоцитоз. Лабораторні дослідження важливі для оцінки стану різних органів та доцільності лікування. Слід виключити статус носія ВІЛ-інфекції та вірусів гепатиту.
- Визначення стадії розвитку лімфоми допомагає оцінити прогноз та обрати схему лікування.

- Поширення процесу визначають за допомогою клінічних методів обстеження, КТ шиї та тіла і біопсії кісткового мозку. За необхідності виконується ПЕТ-КТ або МРТ.
- Стадію захворювання описують за допомогою класифікації Ен Арбор (I-IV A або B, див. таблицю [табл. T2]).
- Чим більш локалізована лімфома Ходжкіна, тим кращий прогноз. Наявність "B" симптомів вказує на гірший прогноз.
- При неходжкінській лімфомі прогноз також можна оцінити за допомогою Міжнародного прогностичного індексу НХЛ (МПІ) або його модифікацій. Для кожного фактору визначають кількість балів, які свідчать про поганий прогноз:
 1. Вік > 60 років
 2. Стадія III або IV згідно з класифікацією Ен Арбор (ураження є з обох сторін від діафрагми)
 3. Статус працездатності згідно з ВООЗ > 1 (непрацездатний через симптоми)
 4. Рівень лактатдегідрогенази плазми (ЛДГ) вище нормальних значень
 5. Лімфома поширилася більше, ніж на один екстранодальний орган.
- Чим більше балів, тим гірший прогноз.

Таблиця T2. Класифікація стадій лімфоми за Ен Арбор

Стадія	Опис
I	Уражена одна група лімфатичних вузлів. Якщо процес поширився на прилеглі екстранодальні тканини, стадія - IE.
II	Уражені дві або більше груп лімфатичних вузлів з одного боку від діафрагми. Якщо процес поширився на прилеглі екстранодальні тканини, стадія - IIE.
III	Є ураження лімфатичних вузлів з обох боків від діафрагми. Якщо процес поширився на прилеглі екстранодальні тканини, стадія - IIIE.
IV	Дифузне ураження позалімфатичних органів (наприклад, кісткового мозку)
<p><i>"B" симптоми при лімфомах</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Втрата маси тіла на 10% впродовж 6 місяців • Випадки лихоманки вище 38°C • Нічна пітливість <p>Також мигдалики, глоткове кільце Вальдеєра та селезінка вважаються лімфатичними тканинами.</p>	

Лікування та прогноз [доказ 106436 | A]

Лімфома Ходжкіна [доказ 106901 | A] [доказ 100497 | A]

- Для лікування локалізованої та безсимптомної (En Арбор I-IIA) лімфоми Ходжкіна призначають комбіновану хіміотерапію, тобто режим ABVD (доксорубіцин, блеоміцин, вінбластин і дакарбазин). Тривалість лікування коливається від 2 до 4 місяців, залежно від ефективності. Після терапії ABVD проводиться променева терапія уражених ділянок.
- Лікування широко розповсюдженого процесу або захворювання з "В" симптомами складається з комбінованої хіміотерапії (ABVD, а при захворюванні з поганим прогнозом - BEACOPP, тобто блеоміцин, етопозид, доксорубіцин, циклофосфамід, вінкрисдин, прокарбазин та преднізон) тривалістю від шести до восьми місяців. За необхідності, будь-які залишкові пухлини можна в подальшому лікувати за допомогою променевої терапії.

Коментар експерта. Лікарський засіб прокарбазин станом на 16.04.2019 в Україні не зареєстрований.

- Для лікування нодулярної лімфоми Ходжкіна з переважанням лімфоцитів призначають локальну променеву терапію або комбінацію ABVD та антитіло, ритуксимаб.
- Після періоду лікування оцінюють залишкову активність пухлини (лімфома чи рубцева тканина?) за допомогою ПЕТ або КТ. Позитивний результат підтверджують за допомогою гістології.
- Більше 95% пацієнтів із локалізованою лімфомою Ходжкіна є курабельними. Консервативне лікування призначають для зменшення токсичності та попередження пізніх побічних ефектів лікування, а також зниження смертності.
- Пересічний 5-річний показник виживаності становить 90% серед пацієнтів з широко розповсюдженою лімфомою Ходжкіна (67-98% залежність від групи ризику).
- При рецидивній лімфомі Ходжкіна для досягнення нової ремісії призначають цитостатичну терапію, після чого іноді проводять трансплантацію аутологічних стовбурових клітин.
- До нових лікарських засобів для лікування лімфоми Ходжкіна належать брентуксимаб ведотин, комбінація цитостатика та анти-CD30 антитіла, а також інгібітори імунних контрольних точок ніволумаб та пембролізумаб.

Коментар експерта. Лікарський засіб ніволумаб станом на 16.04.2019 в Україні не зареєстрований.

Неходжкінські лімфоми

Фолікулярна лімфома [доказ 06727 | C] [доказ 05788 | A] [доказ 06562 | B] [доказ 06958 | A]

- Фолікулярна лімфома залишається локалізованою у 10-20% пацієнтів (стадія I або II за Ен-Арбор). Частина з них можна вилікувати за допомогою променевої терапії.
- Безсимптомних пацієнтів з більш поширеним процесом часто можна спостерігати без призначення лікування впродовж доволі довгого часу.
- Пацієнтам, які переносять активне лікування, найчастіше призначають схему R-CHOP (циклофосфамід, доксорубіцин, вінкрестин і преднізолон плюс моноклональні антитіла ритуксимаб), 6 циклів з інтервалом 3 тижні з підтримуючою терапією ритуксимабом. Інші варіанти включають, наприклад, комбінацію ритуксимабу і бендамустину, флударабіну та циклофосфаміду або комбінацію ритуксимабу, флударабіну, мітоксантрону та дексаметазону. Пацієнтів, які є кандидатами лише для неінтенсивної терапії, можна лікувати з використанням перорального хлорамбуцилу.
- Фолікулярна лімфома має високий ризик розвитку рецидиву, але повторне лікування часто є ефективним. Можна розглядати трансплантацію аутологічних стовбурових клітин у деяких пацієнтів з рецидивом та у пацієнтів, у яких лімфома стала більш агресивною, коли цитотоксична хіміотерапія дала хороший результат. Ібрітумомаб тіуксетан - антитіло, помічене радіоактивним ізотопом, також можна розглядати для лікування рецидивуючої лімфоми.

Коментар експерта. Лікарський засіб ібрітумомаб тіуксетан станом на 16.04.2019 в Україні не зареєстрований.

- Нові, більш специфічні препарати включають антитіла обінутумаб та пероральний іделалісіб.

Коментар експерта. Лікарський засіб іделалісіб станом на 16.04.2019 в Україні не зареєстрований.

- Очікувана тривалість життя дуже коливається; в середньому, вона становить близько 10 років.

Лімфома з клітин мантийної зони

- Пацієнтів з лімфоною з клітин мантийної зони лікують високими дозами препаратів згідно з схемою СНОР плюс цитарабін у поєднанні з антитілом ритуксимаб. Залежно від віку та стану пацієнта можна призначити трансплантацію аутологічних стовбурових клітин. Очікувана тривалість життя залежить від прогностичних факторів та чутливості пацієнта до лікування. З пацієнтів, яких можна лікувати за інтенсивною схемою хіміотерапії, що охоплює декілька препаратів, у більш ніж 50% розвивається ремісія, що триває протягом більше 5 років. Однак під час тривалого спостереження трапляються рецидиви. Новіші лікарські засоби для лікування лімфом із клітин мантийної зони включають бортезоміб, леналідомід та ібрутиніб.

Дифузна В-великоклітинна лімфома [доказ L05452 |A]

- Як правило, метою первинного лікування є вилікувати пацієнта. Терапією вибору є комбінована хіміотерапія, що включає антрацикліни і яку призначають у поєднанні з антитілом ритуксимаб. Інтенсивність та тривалість хіміотерапії планують відповідно до стадії та показника МПІ лімфоми.
- Для лікування локалізованої лімфоми I стадії призначають 6 циклів R-СНОР або 3 цикли R-СНОР плюс променеви терапію, спрямовану на ділянку пухлини.
- Для лікування дисемінованої форми захворювання з показником МПІ 0-1 бал призначають 6 циклів комбінованої хіміотерапії R-СНОР з інтервалом 3 тижні. На розсуд лікаря променеви терапію можна проводити після хіміотерапії на ділянки з великими пухлинами, на екстранодальні ділянки та пухлини, що залишилися після хіміотерапії.
- Для лікування дисемінованої форми лімфоми з показником МПІ 2-5 балів призначають хіміотерапію за схемою R-СНОР або R-СНОЕР (E = етопозид) кожні 2-3 тижні. Після цього променеви терапію можна проводити на розсуд лікаря на ділянках з великими пухлинами та можливими залишковими пухлинами. Крім того, для профілактики розвитку лімфоми центральної нервової системи можна призначити високі дози метотрексату або цитарабіну.
- Похилий вік зазвичай не є протипоказанням до пошуку курабельних методів.

- За допомогою сучасних методів лікування приблизно 60-70% пацієнтів, яким можна призначати активне лікування, можуть повністювилікуватися.

Найагресивніші лімфоми

- Лімфобластна лімфома та лімфома Беркітта є найбільш швидко прогресуючими лімфомами. Для лікування лімфобластної лімфоми призначають подібну схему, як при гострому лімфолейкозі. Лікування лімфоми Беркітта є інтенсивним, але якщо це захворювання залишається в стадії ремісії протягом більше одного року, її, ймовірно, повністювилікували.

Рецидивна лімфома

- При лікуванні рецидивної лімфоми для деяких пацієнтів, крім лікування цитотоксичними засобами може проводитись аутологічна або алогенна трансплантація стовбурових клітин.

Подальше спостереження

- Ризик рецидиву лімфоми Ходжкіна найвищий протягом перших 2 років після встановлення діагнозу, але він також можливий і через 10 років.
- Агресивні лімфоми, як правило, не рецидивують, якщо після первинного лікування минуло 3 роки.
- Рецидив індолентної лімфоми можливий у будь-який час протягом всього життя пацієнта.
- На початковому етапі першочерговою метою спостереження є якомога швидше виявлення рецидивів. Оскільки ризик рецидиву залишається високим, контрольні візити до лікаря слід проводити кожні 3 місяці. Під час візитів слід проводити ретельний збір анамнезу, важливою є пальпація лімфатичних вузлів. Будь-який симптом, який тривав протягом декількох тижнів і/або його прояв погіршився, вимагає ретельного дослідження для виключення ймовірного рецидиву. Першочерговими є візуалізаційні методи дослідження систем та органів із найбільш вираженими симптомами (комп'ютерна томографія або магнітно-резонансна томографія).

- Підвищений рівень ШОЕ може вказувати на рецидив лімфоми Ходжкіна, а підвищений рівень ЛДГ у плазмі крові - на рецидив неходжкінської лімфоми. Інші лабораторні аналізи не є достатньо інформативними для виявлення рецидивів.
- Після того як найвищий ризик рецидиву спав, спостереження має на меті виявлення пізніх наслідків лікування та власне самого захворювання.

Променева терапія

- Подальше спостереження за можливими побічними ефектами залежить від ділянки опромінення.
 - Щитовидна залоза – ризик розвитку гіпотиреозу
 - Яєчники – ризик розвитку ранньої менопаузи
 - Серце – ризик розвитку перикардиту, серцевої недостатності, клапанних вад, ранньої ішемічної хвороби серця
 - Всі ділянки — підвищений ризик розвитку вторинних злоякісних новоутворень > 10 років після первинного лікування; особливо раку молочної залози і легенів
 - Якщо опромінювали груди, не пізніше ніж через 8 років необхідно починати проводити регулярне обстеження на рак молочної залози. Проте, якщо на момент проведення променевої терапії пацієнту було менше 21 року, скринінг необхідно починати не пізніше 25 років, а якщо пацієнту було більше 21 року, його слід розпочати не пізніше 40 років.
 - Інші важливі заходи
 - Відмова від куріння
 - Видалення родимок з опромінених ділянок шкіри

Хіміотерапія

- Подальше спостереження залежить від комбінації препаратів для хіміотерапії:
 - Алкілюючі лікарські засоби – ризик вторинної лейкемії через 3-6 років
 - Алкілюючі лікарські засоби – ризик ранньої менопаузи, безпліддя
 - Антрацикліни – ризик розвитку серцевої недостатності

Спленектомія або гіспленізм

- Ризик септичної інфекції; вакцинації знижують ризик, але не усувають його повністю.
 - Вакцинація проти пневмококу
 - Вакцинація проти гемофільної інфекції
 - Вакцинація від менінгококової інфекції
- Крім того, рекомендовано проводити вакцинацію проти грипу кожної осені. Також рекомендовано проводити вакцинацію особам, які живуть у тісному контакті з пацієнтом.

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [\[пов'язані|Lymphomas – Related reso...\]](#)
- Інші доказові висновки [\[пов'язані|Lymphomas – Related reso...\]](#)
- Інтернет-джерела [\[пов'язані|Lymphomas – Related reso...\]](#)
- Джерела [\[пов'язані|Lymphomas – Related reso...\]](#)

Джерела інформації

R3. Swerdlow SH, Campo E, Pileri SA *et al*. The 2016 revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms. *Blood* 2016;127(20):2375-90. [\[PubMedID|26980727\]](#)

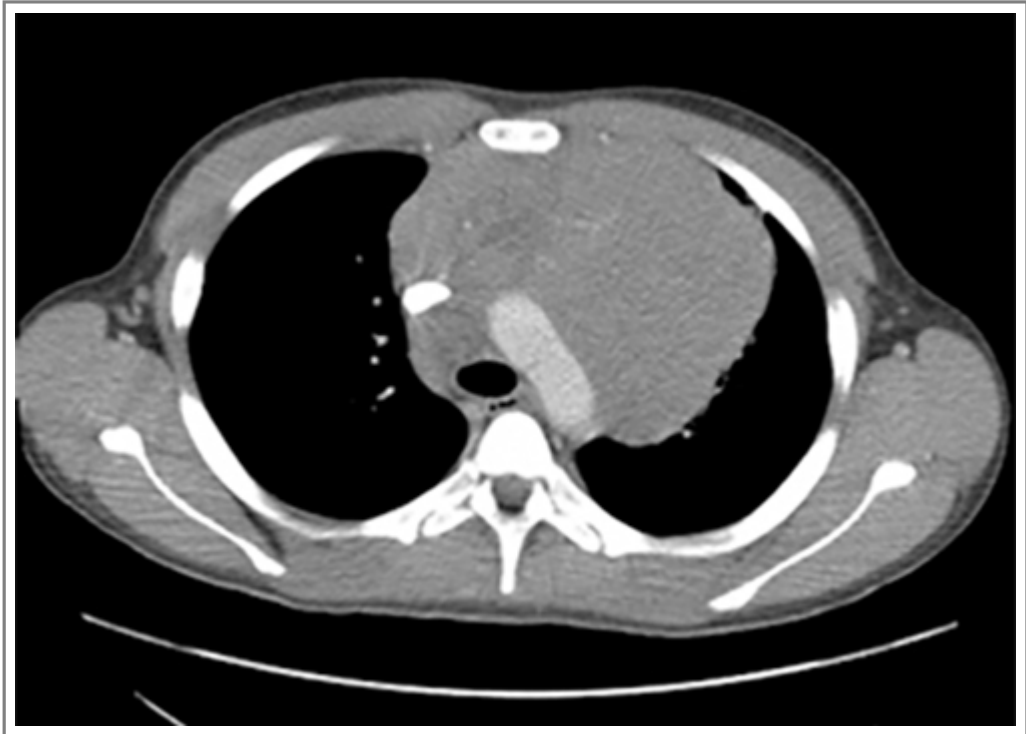
R4. Johnson PW. Response-adapted frontline therapy for Hodgkin lymphoma: are we there yet? *Hematology Am Soc Hematol Educ Program* 2016(1):316-322. [\[PubMedID|27913497\]](#)

R5. Beaven AW, Diehl LF. Peripheral T-cell lymphoma, NOS, and anaplastic large cell lymphoma. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program* 2015:550-8. [\[PubMedID|26637771\]](#)

R6. Friedberg JW. Using the pathology report in initial treatment decisions for diffuse large B-cell lymphoma: time for a precision medicine approach. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program* 2015;2015():618-24. [\[PubMedID|26637779\]](#)

Зображення

- [Зображення 01523](#). Mediastinal Hodgkin lymphoma.



Автори та власники авторських прав: Erkki Elonen Duodecim Medical Publications Ltd

- [Зображення 00833](#). T-cell lymphoma of the skin (Mycosis fungoides).



Автори та власники авторських прав: Raimo Suhonen Duodecim Medical Publications Ltd

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 06436](#). Granulopoiesis-stimulating factors to prevent adverse effects in the treatment of malignant lymphoma.
Дата оновлення: 2009-09-23
Рівень доказовості: A
Резюме: Prophylactic treatment with granulopoiesis-stimulating factor reduces the risk for neutropenia, febrile neutropenia and infections in patients undergoing conventional chemotherapy for malignant lymphoma, but does not improve overall survival or freedom from treatment failure.
- [Доказовий огляд 06901](#). Chemotherapy alone versus chemotherapy plus radiotherapy for early stage Hodgkin lymphoma.
Дата оновлення: 2011-09-29
Рівень доказовості: A
Резюме: Adding radiotherapy to chemotherapy improves 5-year overall survival and tumour control in patients with newly diagnosed Hodgkin's lymphoma compared to chemotherapy alone. There is no evidence that complete response rate is different between the treatment groups.

- [Доказовий огляд 00497](#). Chemotherapy versus combined modality treatment in Hodgkin's disease.
Дата оновлення: 2006-04-18
Рівень доказовості: A
Резюме: Chemotherapy plus radiotherapy for treatment of patients with Hodgkin's disease improves overall survival in early stage (I–II) disease compared with adequate chemotherapy alone. For advanced stages (III–IV), combined therapy improves progression free survival but may increase the risk of second malignancies.
- [Доказовий огляд 06727](#). Interferon-alpha for maintenance of follicular lymphoma.
Дата оновлення: 2010-09-07
Рівень доказовості: C
Резюме: Addition of interferon-alpha (IFN) as maintenance therapy for follicular lymphoma after or concomitant with chemotherapy may improve progression-free survival but a net benefit for overall survival is less evident and IFN is associated with significant toxicities.
- [Доказовий огляд 05788](#). Chemotherapy plus Rituximab versus chemotherapy alone for B-cell non-Hodgkin's lymphoma.
Дата оновлення: 2008-01-14
Рівень доказовості: A
Резюме: Concomitant application of rituximab with standard chemotherapy improves overall survival in patients with indolent lymphoma compared to chemotherapy alone.
- [Доказовий огляд 06562](#). Rituximab as maintenance therapy for patients with follicular lymphoma.
Дата оновлення: 2010-02-15
Рівень доказовості: B
Резюме: Rituximab appears to improve overall survival in patients with follicular lymphoma.
- [Доказовий огляд 06958](#). High-dose therapy with autologous stem cell transplantation versus chemotherapy or immuno-chemotherapy for follicular lymphoma in adults.
Дата оновлення: 2012-02-24
Рівень доказовості: A
Резюме: In previously untreated patients with follicular lymphoma there is a strong progression free survival benefit for high-dose therapy + autologous stem cell transplantation compared with chemotherapy or immuno-chemotherapy. In patients with relapsed disease, this treatment may be advantageous.
- [Доказовий огляд 05452](#). High-dose chemotherapy followed by autologous stem cell transplantation (HDT) as first-line therapy in aggressive non-Hodgkin's lymphoma (NHL).
Дата оновлення: 2008-04-15
Рівень доказовості: A
Резюме: High-dose chemotherapy followed by autologous stem cell transplantation (HDT) is not more effective in improving overall survival in low-risk patients than control therapies (CT) as initial therapy for aggressive NHL. Poor risk patients seem to benefit from HDT, but the evidence is insufficient.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2018-07-25

Автор(и): Erkki Elonen Автор(и) попередніх версій статті: Lasse TeerenhoviReino Lahtinen Редактор(и): Hanna Pelttari
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії

EBM Guidelines Internal medicine Haematology Neoplastic diseases

Ключові слова індексу

mesh: lymphoma, small-cell mesh: tumor staging mesh: Lymphoma, Non-Hodgkin mesh: Alcoholic Beverages
mesh: Lymphoma mesh: Ann Arbor classification mesh: Hodgkin Disease mesh: Lymphoma, Mantle-Cell
mesh: Lymphoma, B-Cell mesh: fast-growing lymphoma mesh: International Prognostic Index
mesh: Lymphoma, Lymphoblastic mesh: Lymphoma, Follicular mesh: Tonsillitis mesh: slow-growing lymphoma
mesh: B symptoms mesh: multiple-drug chemotherapy mesh: Burkitt Lymphoma mesh: cancer stage
mesh: Antineoplastic Agents mesh: cancer, secondary mesh: Splenectomy mesh: Radiotherapy mesh: Lymphoma, T-Cell
icpc-2: B72 icpc-2: B73 icpc-2: B74 speciality: Haematology speciality: Internal medicine
speciality: Neoplastic diseases