Лимфома Ходжкина

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: C81 · Ассоциация онкологов России, Национальное общество детских гематологов, онкологов, Российское профессиональное общество онкогематологов

Лимфома Ходжкина — В-клеточное злокачественное лимфопролиферативное заболевание; выделяют классическую и нодулярную лимфому с лимфоидным преобладанием. Рекомендация охватывает морфологическую верификацию, стадирование, ПЭТ-адаптированное лечение, терапию рецидивов и наблюдение у детей и взрослых.

Главное

- Диагноз устанавливают только по биопсии с морфологическим и иммуногистохимическим исследованием; одного цитологического исследования пунктата для нозологической верификации недостаточно.
- После подтверждения типа и гистологического варианта ЛХ обязательно определяют стадию; для классической ЛХ дополнительно устанавливают прогностическую группу.
- К В-симптомам относят лихорадку выше 38 °C не менее 3 дней без признаков воспаления, ночные профузные поты и потерю 10% массы тела за 6 месяцев.
- Каждый цикл терапии начинают при удовлетворительном общем состоянии, гранулоцитах более 1×10^9/л и тромбоцитах более 100×10^9/л; при цитопении из-за поражения костного мозга лечение возможно при меньших значениях при соответствующей сопроводительной терапии.
- Промежуточную ПЭТ/КТ при классической ЛХ, если исходное стадирование выполнялось методом ПЭТ/КТ, проводят после 2-го цикла; метаболический ответ оценивают по шкале Deauville.
- При рецидиве или прогрессировании заболевания настоятельно рекомендуется повторная биопсия, предпочтительно из очага с максимальным накоплением [18F]ФДГ; повторная биопсия позволяет подтвердить диагноз, верифицировать опухолевую трансформацию и исключить вторую опухоль или инфекционный процесс.
- После полной ремиссии взрослые наблюдаются у онколога или гематолога: в первый год каждые 3 месяца, во второй — каждые 6 месяцев, затем ежегодно, после 5 лет — каждые 2 года.

Диагностика

1. Собрать анамнез, включая семейный анамнез лимфопролиферативных заболеваний; уточнить темп увеличения лимфоузлов, В-симптомы и признаки поражения средостения.
2. Провести осмотр, оценить ECOG, осмотреть кожу, миндалины и полость рта; пропальпировать доступные группы лимфоузлов, печень и селезёнку.
3. Выполнить развернутый общий анализ крови с лейкоформулой, абсолютным содержанием лимфоцитов и СОЭ, биохимический анализ крови и коагулограмму. До первой линии также определить группу крови и резус-фактор, провести молекулярно-биологическое исследование на HBV, HCV, ВИЧ-1, EBV, CMV и вирус простого герпеса.
4. Получить адекватный материал из лимфоузла или другого очага для биопсии и провести морфологическое исследование с иммуногистохимией; при первичной диагностике выполняют эксцизионную либо инцизионную/эксцизионную биопсию, а пунктировать лимфатические узлы для аспирации клеточной взвеси категорически не следует.
5. Для стадирования, оценки ответа и поиска рецидива выполнить КТ шеи, грудной клетки, брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием; при возможности дополнить обследование ПЭТ/КТ с [18F]фтордезоксиглюкозой.
6. Определить стадию по Ann Arbor/Cotswold и отнести пациента к группе раннего благоприятного прогноза, раннего неблагоприятного прогноза или распространённой болезни; при распространённых стадиях учитывать МПИ.
7. Оценить необходимость трепанобиопсии костного мозга. При I–II стадии только выше диафрагмы, без очагового поражения костей или костного мозга по данным ПЭТ/КТ и без цитопении или тромбоцитоза её

можно не выполнять (УУР B, УДД 2); при отсутствии ПЭТ/КТ, поражении ниже диафрагмы или III–IV стадии трепанобиопсия обязательна.

Лечение

- У пациентов 18–60 лет с ранней классической ЛХ и благоприятным прогнозом применяют 2–4 цикла ABVD с последующей ЛТ 20–30 Гр за 10–15 фракций при полном метаболическом ответе Deauville 1–3 (УУР B, УДД 2).
- При ранней классической ЛХ с неблагоприятным прогнозом и ускоренной СОЭ и/или поражением 3 и более областей лимфатических коллекторов проводят 4 цикла ABVD и ЛТ 30 Гр за 15 фракций при Deauville 1–3 (УУР A, УДД 1). Если стадирование выполнено только по КТ, ПЭТ/КТ не выполнялась, а пациент не соответствует критериям для 4 циклов ABVD, используют 6 циклов ABVD и ЛТ 30 Гр за 15 фракций; такой же вариант предусмотрен при коморбидности, не позволяющей провести 2 цикла BEACOPP-эскалированного + 2 цикла ABVD (УУР A, УДД 1).
- При распространённой классической ЛХ без B-симптомов, МПИ 0–2 и без абсолютной лимфопении менее $0{,}6 \times 10^9$/л назначают ABVD; при полной ремиссии после 2-го или 4-го цикла обычно проводят всего 6 циклов (УУР A, УДД 1).
- При распространённой ЛХ без B-симптомов у пациентов 18–50 лет с МПИ 3–7, а также у всех пациентов с распространённой ЛХ с B-симптомами применяют BEACOPP-14 — 8 циклов или BEACOPP-эскалированный — 6 циклов; альтернативой может быть EACOPP-14 — 6 циклов. При полном метаболическом ответе и резидуальной массе не менее 2,5 см проводят ЛТ 30 Гр (для BEACOPP-режимов — УУР A, УДД 1; для EACOPP-14 — УУР C, УДД 4).
- Для BEACOPP-эскалированного, BEACOPP-14 и EACOPP-14 нужна плановая первичная профилактика нейтропении Г-КСФ (УУР B, УДД 2). Для короткодействующего Г-КСФ введение начинают с 9-х суток, для пролонгированного — с 4–5-х суток при BEACOPP-14/EACOPP-14 или с 9-х суток при BEACOPP-эскалированном режиме.
- У пациентов старше 60 лет программу выбирают индивидуально с учётом сопутствующих заболеваний. При серьёзных противопоказаниях к полихимиотерапии возможны метрономная терапия или монотерапия; в качестве примеров указаны винбластин 5,5 мг/м² внутривенно 1 раз в 14 дней, этопозид 50 мг/м² или циклофосфамид 50–150 мг внутрь курсами по 7–14 дней.
- При рефрактерной ЛХ, раннем рецидиве или позднем рецидиве с большой опухолевой массой пациентам, являющимся кандидатами на ВДХТ, проводят терапию второй линии для достижения ПЭТ-негативной ремиссии, мобилизацию стволовых клеток, затем ВДХТ с аутоТГСК. После восстановления гемопоэза после аутоТГСК пациентам высокого риска рецидива рекомендован брентуксимаб ведотин в течение 16 введений (для взрослых — УУР A, УДД 2).
- При массивном опухолевом поражении проводят профилактику синдрома лизиса опухоли: аллопуринол 10 мг/кг/сут, инфузионную терапию 3 л/м²/сут с натрия гидрокарбонатом 40–80 ммоль/л, контроль диуреза и фуросемид 1–10 мг/кг; при симптоматической гипогаммаглобулинемии, связанной с перенесённой тяжёлой инфекцией и уровнем IgG менее 4 г/л, назначают иммуноглобулин 0,2–0,4 г/кг внутривенно каждые 3–4 недели в течение 12 месяцев.

Когда направить и как наблюдать

- Плановая госпитализация показана для начала или планового продолжения специфической терапии, а также для диагностических процедур, требующих стационарных условий.
- Экстренная госпитализация показана при осложнениях основного заболевания, требующих специфического лечения в стационаре, а также при жизнеугрожающих осложнениях специфической терапии, требующих соответствующего стационарного лечения.
- При рефрактерном течении, раннем рецидиве или позднем рецидиве с большой опухолевой массой пациента до 50 лет с ECOG 0–1 направляют в трансплантологический центр для решения вопроса о ВДХТ с аутоТГСК; в отдельных случаях это возможно и в 50–60 лет.
- При НЛПЛХ с повторными рецидивами без признаков трансформации также нужна консультация трансплантологического центра для оценки возможности аутоТГСК.
- Перевод в ОРИТ требуется при сепсисе или септическом шоке, острой дыхательной или почечной недостаточности, инсульте, жизнеугрожающем нарушении ритма или массивном желудочно-кишечном кровотечении.

Частые вопросы

Как подтверждают диагноз лимфомы Ходжкина?

Только исследованием ткани из биопсии: выполняют морфологическое и иммуногистохимическое исследование. Цитология пунктата или мазка-отпечатка является дополнительной и не заменяет тканевую верификацию.

Что означает результат ПЭТ/КТ Deauville 1–3 или 4–5?

Deauville 1–3 соответствует полному метаболическому ответу. Deauville 4–5 — ПЭТ-положительный результат; его трактуют с учётом динамики: снижение накопления означает частичный ответ, отсутствие изменений — стабилизацию, усиление накопления или новые очаги — прогрессирование.

Когда после химиотерапии выполняют промежуточную ПЭТ/КТ?

Её выполняют после 2-го цикла, в ближайшие 2 дня перед 3-м циклом. При 14-дневных режимах исследование проводят на 12–15-е сутки от начала 2-го цикла, но не позднее 17-го дня; при 21-дневных — на 14–20-е сутки, но не позднее 23-го дня.

Можно ли не выполнять трепанобиопсию костного мозга?

При кЛХ I–II стадии только выше диафрагмы, без очагового поражения костей или костного мозга по данным ПЭТ/КТ и без цитопении или тромбоцитоза трепанобиопсию допустимо не выполнять (УУР В, УДД 2). При III–IV стадии, поражении ниже диафрагмы или отсутствии ПЭТ/КТ она обязательна.

Как лечить ЛХ при беременности?

Тактику выбирает консилиум гематолога и акушера-гинеколога; диагноз должен быть морфологически верифицирован, а для определения распространённости предпочтительны УЗИ и МРТ. При симптомах интоксикации, синдроме сдавления верхней полой вены или угрозе прогрессирования рекомендуется винбластин 6 мг/м², но не более 10 мг, каждые 10–14 дней до родоразрешения.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/139-limfoma-hodzhkina. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/139_2