

КОРТИКОСТЕРОИДЫ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА АНОРЕКСИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



Туланов Бекзод Тулан угли¹, Шаханова Шахноза Шавкатовна², Рахимов Нодир Махамматкулович²
1-Кашкадаринский филиал Республиканского специализированного научно-практического центра онкологии и радиологии, Республика Узбекистан, г. Карши;
2-Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, Самарканд

КЎКРАК БЕЗИ САРАТОННИНГ ТАРҚАЛГАН БОСҚИЧИДАГИ БЕМОРЛАРДА АНОРЕКСИЯ СИНДРОМИНИ КОРТИКОСТЕРОИДЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

Туланов Бекзод Тулан ўгли¹, Шаханова Шахноза Шавкатовна², Рахимов Нодир Махамматкулович²
1-Республика онкология ва радиология илмий амалий тиббиёт маркази Қашқадарё филиали, Ўзбекистон Республикаси, Қарши ш. ;
2- Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

CORTICOSTEROIDS IN THE TREATMENT OF ANOREXIA SYNDROME IN PATIENTS WITH ADVANCED BREAST CANCER

Tulanov Bekzod Tulan ugli¹, Shakhanova Shakhnoza Shavkatovna², Rahimov Nodir Makhammatkulovich²
1-Kashkadarya branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology, Republic of Uzbekistan, Karshi
2-Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: gulzor34@bk.ru

Резюме. Саратон касаллигига чалинган беморларда анорексия синдроми билан курашишида преднизолон ва дексаметазоннинг таъсирини таққослаш мақсадида олиб борилган тадқиқот натижалари ўрганилган. Тадқиқотда 74 нафар тарқалган кўкрак беzi раки билан оғриган бемор қатнашди. Улар иккита гуруҳга бўлинди: 1-гуруҳда 35 нафар бемор дексаметазон билан, 2-гуруҳда 39 нафар бемор преднизолон билан даволанди. Натижалар шунини кўрсатдики, 1-гуруҳда иштаҳасизлик ва вазн йўқотиши ҳолатлари 2-гуруҳга қараганда кўпроқ кузатилди. Иштаҳа қайтиши ва вазн ортиши ҳолатлари эса иккала гуруҳда ҳам тахминан бир хил эди. Умумий ҳолат яхшиланиши, қўлланиши қулайлиги ва арзонлиги туфайли преднизолон дексаметазонга қараганда афзалроқ деб ҳисобланди. Бироқ, анорексия ва кахексия даволашда янада самарали ва комплекс ёндашувлар ишлаб чиқиши учун кейинги тадқиқотлар олиб бориши лозим.

Калим сўзлар: анорексия, сут беzi саратони, кортикостероидлар.

Abstract: A study comparing the effects of prednisolone and dexamethasone in combating anorexia syndrome in cancer patients. The study involved 74 patients with advanced breast cancer. They were divided into two groups: in the first group, 35 patients received treatment with dexamethasone, while in the second group, 39 patients received prednisolone. The results showed that cases of loss of appetite and weight loss occurred more frequently in the first group compared to the second. The recovery of appetite and weight gain occurred approximately equally in both groups. Based on overall improvement, ease of use, and cost, it was found that prednisolone is preferable to dexamethasone. However, further research is needed to develop more effective and comprehensive approaches to treating anorexia and cachexia

Keywords: anorexia, breast cancer, corticosteroids.

Актуальность. Пациенты с раком молочной железы часто сталкиваются с такими симптомами, как общая слабость, потеря веса и быстрая утомляемость. Эти признаки могут усилиться при получении химиотерапевтического лечения [3, 4, 9,11]. Примерно у 60% пациентов с диагнозом рак молочной железы на момент выявления заболевания отмечается значительное снижение массы тела. Синдром анорексии провоцирует кахексию, что приводит к истощению организма, чаще всего возникает у тех, кто страдает солидными

опухолями, а также у детей и пожилых людей. [5, 12]. С развитием болезни эти симптомы становятся ещё более выраженными. Синдром анорексии не только сокращает продолжительность жизни, но и осложняет проведение операций, радиотерапию и химиотерапию.

Синдром анорексии приводит к астении, которая проявляется сильной усталостью даже после небольших физических усилий и сопровождается ощущением общей слабости. Этот симптом часто встречается у пациентов с поздними стадиями рака. Термин

"кахексия" происходит от греческого языка и буквально означает "плохое состояние" [1,6]. Раковая кахексия — это сложное заболевание, которое приводит к потере веса, разрушению жировых запасов, уменьшению мышечной массы, отсутствию аппетита и постоянной тошноте. Астения же выражается в сильном чувстве усталости и слабости после выполнения повседневных задач [14,15].

Причины кахексии разнообразны и включают влияние самой опухоли, методы лечения и эмоциональное состояние пациента. Опухоли могут оказывать механическое давление на органы, затрудняя процесс переваривания пищи и вызывая тошноту, рвоту и другие неприятные ощущения. Некоторые воспалительные вещества, производимые организмом в ответ на опухоль, тоже играют свою роль в развитии кахексии. Они могут снижать аппетит, ускорять распад жира и мышц, а также нарушать обмен веществ [10,12].

Побочные эффекты химиотерапии и радиотерапии, такие как тошнота, рвота, отсутствие аппетита, воспаление слизистых оболочек и диарея, также способствуют ухудшению общего состояния пациента. Психологические факторы, такие как стресс, тревога, депрессия и страх, могут дополнительно усиливать симптомы кахексии.

Лучшим способом борьбы с кахексией было бы полное избавление от основного заболевания. Однако, когда болезнь находится на продвинутой стадии, это не всегда возможно. Тогда врачи рекомендуют увеличить калорийность питания и использовать специальные лекарства, чтобы улучшить общее самочувствие пациента [2,4,9].

Для лечения прогрессирующей кахексии у пациентов с онкологическими заболеваниями используются различные медикаменты. Эти препараты помогают улучшить аппетит и повысить прием пищи. Среди них — кортикостероиды, мегестрол ацетат, каннабиноиды (например, дронабинол), ципрогептидин, метоклопрамид, цизаприд, анаболические стероиды, гидралазина сульфат и другие лекарственные средства [1, 6, 9].

Эффект кортикостероидов на аппетит объясняется их способностью блокировать выработку и выделение провоспалительных цитокинов, таких как фактор некроза опухоли альфа (TNF- α) и интерлейкин 1 (IL-1). Эти цитокины напрямую влияют на снижение потребления пищи через взаимодействие с другими медиаторами, такими как лептин, кортикотропин-высвобождающий фактор (CRF) и серотонин 12. Кортикостероиды также повышают уровень нейропептида Y (NPY) в гипоталамусе, что способствует улучшению аппетита и увеличению количества потребляемой пищи [13]

Цель: в сравнительном аспекте изучить влияние преднизолона и дексаметазона на синдром анорексии при диссеминированном раке молочной железы с учетом профиля безопасности.

Материалы и методы. Исследование носило проспективный характер и охватывало 74 пациентов, которым лечились в паллиативном отделении Кашкадаринском филиале РСНПМЦОиР и в Самаркандском областном межрегиональном хосписе за период 2023-2024 гг. Были сформированы две группы пациентов в соответствии с целью исследования.

Таблица 1. Сводные характеристики когорты больных с синдромом анорексии диссеминированного рака молочной железы

Группы сравнения	Возраст, лет	Уровень злокачественности			Гистологический тип		
		G1	G2	G3	протоковый	дольковый	смешанный
1 группа, n=35	52.6±2.3	8 (22.9%)	17(48.6%)	10 (28.6%)	22 (62,9%)	8 (22,9%)	5 (14,3%)
2 группа, n=39	53.9±3.6	11 (28.2%)	20 (51.3%)	9 (23.1%)	23 (59,0%)	7 (17,9%)	9 (23,1%)

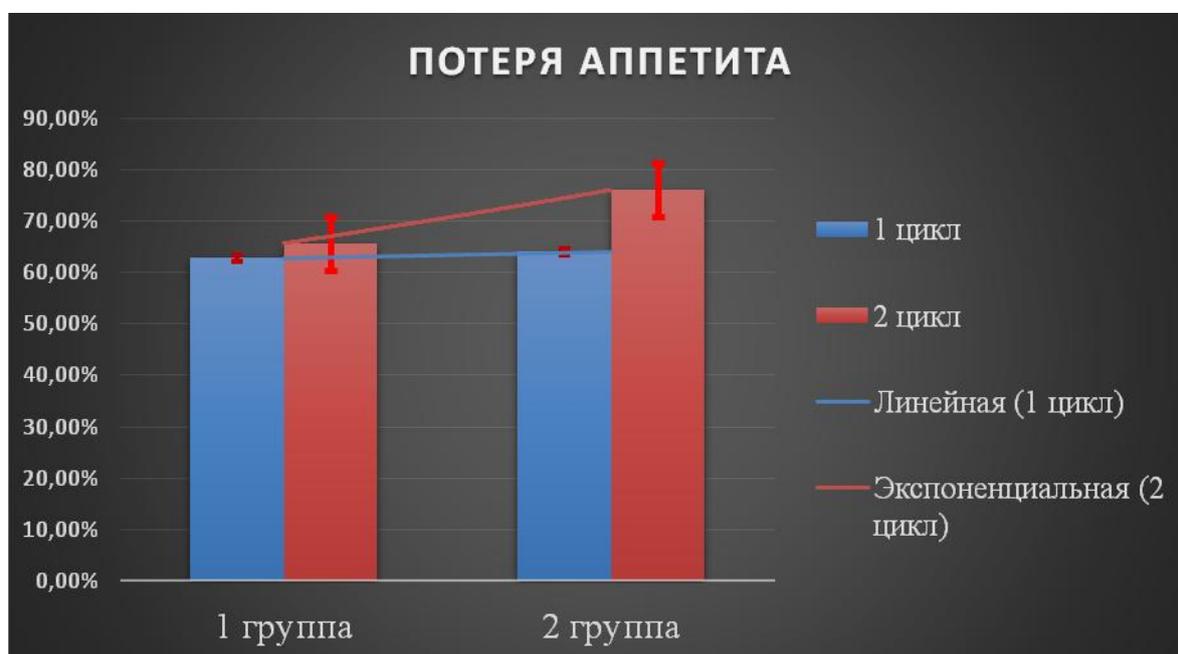


Рис. 1. Экспоненциальная кривая потери аппетита при сравнительном анализе эффективности лечения анорексии

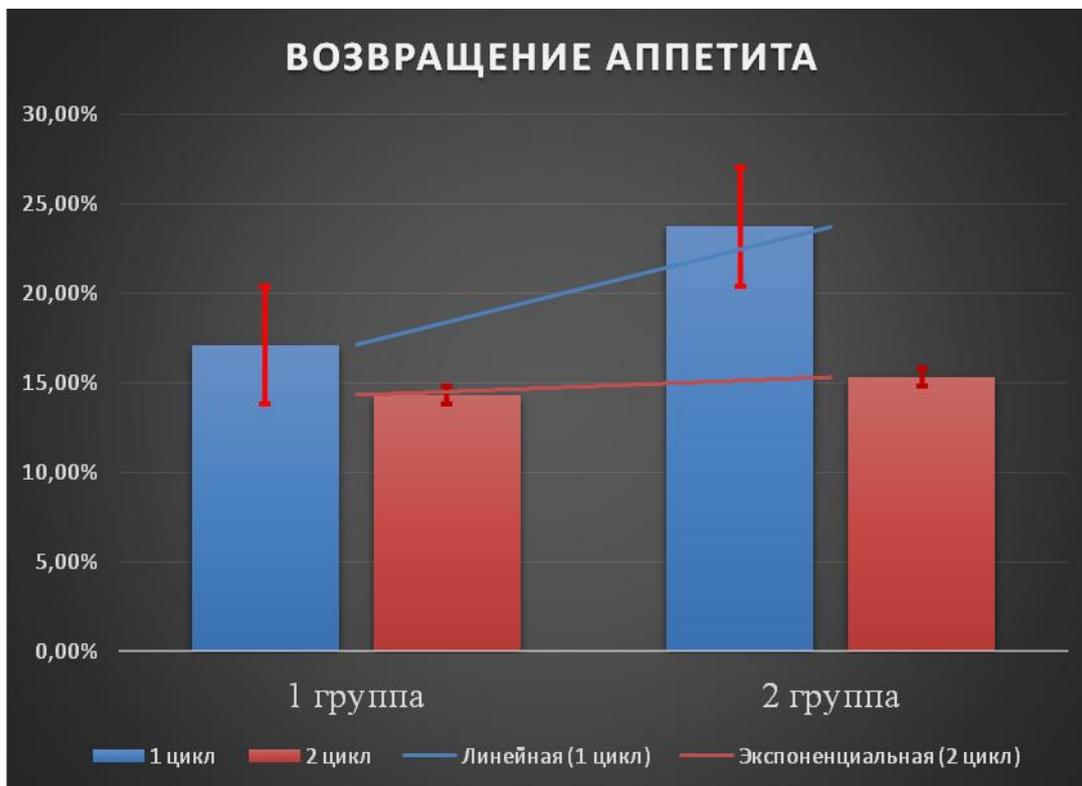


Рис. 2. Экспоненциальная кривая возвращение аппетита при сравнительном анализе эффективности лечения анорексии

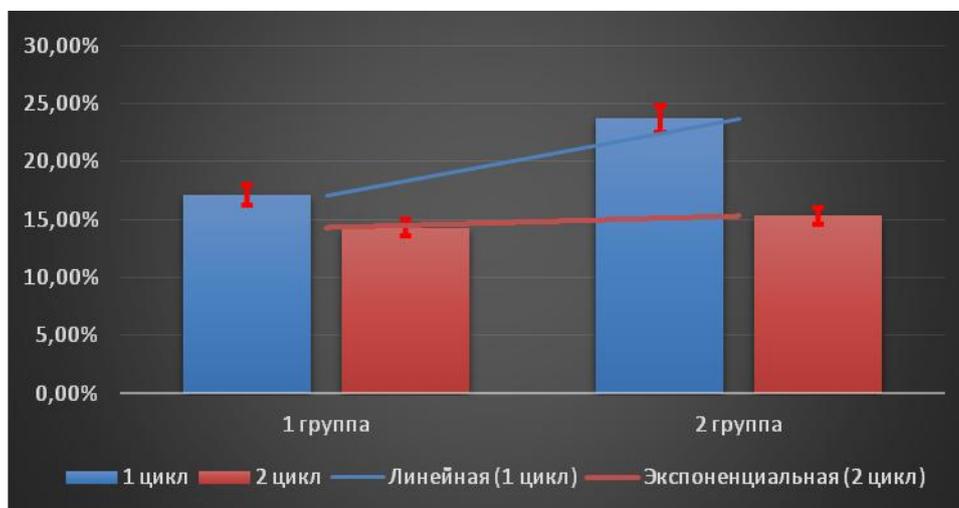


Рис. 3. Экспоненциальная кривая восстановление массы при сравнительном анализе эффективности лечения анорексии

Обеим группам была назначена паллиативная сопроводительная терапия в лечении синдрома анорексии. Первая группа состояла из 35 пациентов, которые поддерживающую терапию с включением дексаметазана в дозе 8 мг внутримышечно в течение 21 дней. Во вторую группу вошли 39 пациентов, получавших наряду с вышеуказанной поддерживающей терапией в течение 21 дневного цикла преднизолон в дозе 20 мг в сутки per.os средний возраст составил $5,3 \pm 3,1$ года. Сравнительные данные показаны в таблице 1.

Перед началом исследования все пациенты прошли анализ крови (лейкоциты, эритроциты, гемоглобин и тромбоциты), оценку функции почек (уровень мочевины и креатинина) и печени (общий и прямой билирубин, трансаминазы -

аспартатаминотрансфераза и аланинаминотрансфераза), показатели которых находились в пределах нормы. Непосредственно перед первым, вторым и третьим циклами химиотерапии проводились антропометрические измерения, включая вес и рост пациентов.

В исследование не были включены пациенты с сопутствующими заболеваниями, такими как артериальная гипертензия, сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь легких, язва желудка и/или двенадцатиперстной кишки, психиатрические заболевания и глаукома.

После проведения всем пациентам был предоставлен опросник, который они заполняли самостоятельно во время прохождения курса сопроводительной терапии и в последующие 21 дней

после завершения лечения. Вопросы касались частоты и интенсивности побочных эффектов препаратов, таких как потеря аппетита, потеря массы тела, восстановление аппетита, возвращение массы тела и так далее. Собранные данные были проанализированы с использованием стандартных статистических методов и тестов: критерием χ^2 и t-тестом Стьюдента. Также был рассчитан показатель отношения шансов (odds ratio). Результаты исследования представлены в табличной и графической форме.

Результаты исследования. Средний возраст в 1-группе составил 52.6 ± 2.3 года, а во 2 группе — $53,9 \pm 3,6$ лет. Статистически значимых различий между группами по возрасту ($p = 0,32$) не было. В таблица 1 показывает распределение типов рака молочной железы по группам с преобладанием протокового рака в обеих группах.

Потеря аппетита. После первого цикла в 1-группе у 22 (62,8%) пациентов наблюдалась потеря аппетита, тогда как во группе эта проблема возникла у 25 (64,1%) пациентов. Статистически значимой разницы между группами в отношении потери аппетита после первого цикла установлено не было ($p = 0,069$). Тем не менее, расчёт показателя отношения шансов показал, что вероятность появления потери аппетита в 1-группе после первого цикла лечения почти в 2 раза выше ($p = 0,036$).

В диаграмме 1 показано, что после второго цикла лечения в 1-группе у 23 (65,7%) пациентов наблюдался потеря аппетита, тогда как в 2-группе этот побочный эффект отмечался у 30 (76,1%) пациентов. Была установлена статистически значимая разница между группами в частоте потери аппетита ($p = 0,037$). Также было определено, что шансы на появление потери аппетита в 1-группе после второго цикла терапии почти в три раза выше ($p = 0,02$).

Возвращение аппетита. После первого цикла терапии у 15 (42,3%) пациентов в 1-группе вернулся аппетит, в то время как во 2-группе этот эффект наблюдался у 11 (28,2%) пациентов. Статистически значимой разницы между группами не выявлено ($p = 0,18$). Было установлено, что вероятность возвращения аппетита в 1-группе после первого цикла терапии вдвое выше, однако этот результат не был статистически значимым ($p = 0,09$).

После второго цикла терапии возвращение аппетита произошло у 13 (43,33%) пациентов 1-группы в отличие от 2-группы, где такой эффект наблюдался лишь у 12 (30,8%). Статистической значимости между группами снова не обнаружено ($p = 0,28$). Хотя вероятность восстановления аппетита в 1-группе оказалась выше в два раза, это соотношение шансов не имело статистической значимости ($p = 0,14$).

После второго курса терапии потеря массы тела произошла у 8 (22,8%) участников 1-группы и только у 2 (6,67%) в 2-группе. Установлена статистически значимая разница между этими двумя группами ($p = 0,038$). Также выяснилось, что шанс потерять массу тела в 1-группе оказался в 3 раза выше после второго этапа терапии ($p = 0,026$).

Восстановление массы тела. После первого курса терапии масса тела вернулась к 6 (17,1%) участникам 1-группы. В 2-группе такое явление отмечено у 9 (23,7%) пациентов. Различие между

группами оказалось статистически незначительным ($p = 0,13$). Вероятность восстановления массы тела в 2-группе после первого курса оказалась в 1,5 раза выше, хотя данный результат не имел статистической значимости ($p = 0,07$).

После второго цикла терапии в 1 группе восстановили массу тела 5 (14,3%) пациентов, в то время как в 2-группе это произошло у 6 (15,3%) пациентов. Статистически значимого различия между группами не было установлено ($p = 0,45$). Было выяснено, что вероятность восстановления массы тела в 2-группе после второго цикла терапии почти в два раза выше, но данное соотношение шансов не имеет статистической значимости ($p = 0,23$).

Обсуждение. Кортикостероиды могут улучшать общее состояние пациентов с раком. Они также могут увеличивать аппетит, потребление пищи и физическую активность пациентов, но этот эффект ограничен примерно четырьмя неделями [14]. Кахексия характеризуется потерей массы тела, липолизом, потерей мышечной массы, анорексией, хронической тошнотой и астенией, что ведет к изменениям внешнего вида и психическому состоянию пациентов с онкологией. Считается, что кахексия развивается у более чем 80% пациентов с прогрессирующим раком и значительно влияет на заболеваемость и смертность этой группы пациентов. Кортикостероиды стали первыми препаратами, которые были оценены в плацебо-контролируемых исследованиях для уменьшения анорексии/кахексии у пациентов с карциномой. Первое такое исследование было проведено в 1974 году Моертелем и коллегами. Три плацебо-контролируемых исследования подтвердили тот факт, что кортикостероиды действительно могут временно улучшить аппетит у пациентов с прогрессирующим раком. Однако ни одно из этих исследований не выявило какого-либо положительного влияния кортикостероидов на массу тела пациентов [14].

В 2010-х годах прошлого века первое из множества опубликованных плацебо-контролируемых исследований показало, что мегестрол ацетат успешно стимулирует аппетит у пациентов с анорексией или кахексией при раке или синдроме приобретенного иммунодефицита. Было также доказано, что он положительно влияет на улучшение массы тела без накопления жидкости. Многие исследования показали, что по сравнению с кортикостероидами, мегестрола ацетат является более сильным стимулятором аппетита. Лопринзи и коллеги [14] не смогли сделать однозначных выводов относительно эффективности мегестрола ацетата в дозировке 800 мг в сутки и кортикостероидов в дозе 4 мг в день в улучшении аппетита и массы тела. Что касается стимуляции аппетита, оба препарата продемонстрировали очень схожие эффекты с небольшим преимуществом мегестроля ацетатом, но без статистической достоверности. Тот же результат был получен и в отношении восстановления массы тела, которое не связано с накоплением жидкости, но опять-таки без зарегистрированной статистической значимости. С точки зрения фармакоэкономики, стоимость дексаметазона, используемого в суточной дозе при лечении раковой кахексии, значительно ниже стоимости мегестрального ацетата. Все эти элементы

привели к общему выводу о том, что кортикостероиды должны применяться в отдельных случаях с плохим прогнозом, когда ожидается краткосрочное лечение (от нескольких дней до нескольких недель) и когда определенная доза кортикостероида может обеспечить временное улучшение общего состояния. Такой подход позволит пациентам с кахексией получить пользу от кратковременной стимуляции аппетита без токсичности, обычно ассоциируемой с длительным применением кортикостероидов.

Двойное слепое рандомизированное контролируемое исследование показало симптоматический эффект различных типов и доз кортикостероидов при раковой кахексии. Большинство этих исследований показало ограниченное воздействие, продолжавшееся до четырех недель, на такие симптомы, как аппетит, потребление пищи и функциональное состояние [6]. Большинство исследований не показало значительного возврата массы тела. Также было установлено, что кортикостероиды уменьшают тошноту и астению и благоприятно воздействуют на контроль боли. Из-за их значительного, но краткосрочного эффекта на уменьшение симптомов, эти препараты могут использоваться у пациентов, у которых ожидаемое время выживания невелико, и у которых возврат массы тела маловероятен [6].

На сегодняшний день оптимальные вид и доза кортикостероидов не установлены, но большинство исследователей используют дозу преднизона от 20 до 40 мг или эквивалент 1.

В нашем исследовании было замечено, что частота потери аппетита у пациентов, леченных без дексаметазона, была выше как после первого, так и после второго цикла химиотерапии. Эта частота была статистически значимо отличалась между группами после второго курса химиотерапии ($p = 0,037$).

Подобные результаты были получены и при сравнении частоты потери массы тела, где этот побочный эффект чаще встречался у пациентов, которые не принимали дексаметазон в ходе лечения, причем после обоих курсов химиотерапии, с статистически значимой разницей $p = 0,003$ после первого курса и $p = 0,038$ после второго.

При сравнении частоты восстановления аппетита и массы тела после первого и второго курса терапии статистически значимых различий между группами не было найдено.

Заключение. Преднизолон продемонстрировал положительный эффект в снижении потери аппетита и массы тела у пациентов с диссеминированным раком молочной железы, проходивших паллиативную химиотерапию чем дексаметазон, хотя его влияние на восстановление аппетита и веса не было значительным.

Действительно, в некоторых исследованиях отдаленные результаты применения дексаметазона и преднизолона при лечении онкологических заболеваний были сопоставимы. Тем не менее, есть несколько причин, по которым преднизолон может быть предпочтительнее:

Профиль безопасности: Преднизолон обычно ассоциируется с меньшим риском развития побочных эффектов, таких как гипергликемия, остеопороз,

катаракта, чем дексаметазон. Это особенно важно при длительном применении.

Удобство применения: Преднизолон чаще назначается в пероральной форме, что более удобно для пациентов по сравнению с внутривенным введением дексаметазона.

Стоимость: Преднизолон, как правило, дешевле дексаметазона, что важно с точки зрения фармакоэкономики, особенно в условиях ограниченных ресурсов здравоохранения.

Накопленный опыт применения: Преднизолон имеет более длительную историю использования в онкологической практике, поэтому врачи более привычны к работе с этим препаратом.

Таким образом, несмотря на сопоставимую эффективность, преднизолон может быть предпочтительнее дексаметазона с точки зрения безопасности, удобства применения и стоимости. Однако окончательный выбор всегда должен основываться на индивидуальных особенностях пациента и конкретной клинической ситуации. В целом, несмотря на определенный прогресс, лечение анорексии и кахексии при раке остается сложной и до конца не решенной проблемой. Требуются дальнейшие исследования для разработки более эффективных и комплексных подходов к этому состоянию.

Литература:

1. Hu Y. et al. Cancer-cell-secreted miR-204-5p induces leptin signalling pathway in white adipose tissue to promote cancer-associated cachexia // *Nature Communications*. – 2023. – Т. 14. – №. 1. – С. 5179.
2. Lv X., Zhang Z., Yuan W. Pretreatment prognostic nutritional index (PNI) as a prognostic factor in patients with biliary tract cancer: a meta-analysis // *Nutrition and cancer*. – 2021. – Т. 73. – №. 10. – С. 1872-1881.
3. Makhammatkulovich, Rakhimov Nodir, et al. "Патогенетические аспекты раковой анорексии." *Journal of biomedicine and practice* 8.4 (2023).
4. Makhammatkulovich R. N. et al. Practical recommendations for nutritional support for cervical cancer // *Journal of biomedicine and practice*. – 2023. – Т. 8. – №. 2.
5. Morani D. O., Rane B. Review on different Multimodal Approaches for Multifactorial Cancer Disease // *Asian Journal of Pharmacy and Technology*. – 2024. – Т. 14. – №. 3.
6. Rizaev J. A. et al. Peculiarities of the Dynamics of Morbidity of allergic Diseases among Children of Tashkent // *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*. – 2021. – С. 15309-15319.
7. Rizaev Zh. A., Khazratov A. I. Carcinogenic effect of 1, 2-dimethylhydrazine on the body as a whole // *Biology*. – 2020. – Т. 1. – P. 116.
8. Rizaev J. A., Nazarova N. S., Vohidov E. R. Homilador ayollarda parodont kasalliklari rivojlanishining patogenetik jihatlari // *Журнал гуманитарных и естественных наук*. – 2024. – №. 11 [2]. – С. 104-107.
9. Rizaev J. A., Umirzakov Z. B. B., Umirov S. E. Ways to Optimize Medical Services for Covid-19 Patients // *Specialusis Ugdymas*. – 2022. – Т. 1. – №. 43. – С. 1217-1224.
10. Rizaev J. A., ugli Sattorov B. B., Nazarova N. S. Analysis of the scientific basis for organizing dental care for

workers in contact with epoxy resin // Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 15. – С. 280-283.

11. Rizaev J. A., Jumaev S., Rakhimova D. Influence of various treatment regimens on functional-oxidation dysfunction and hypoxia cutanea in patients with chronic obstructive pulmonary diseases and parodontitis // International Journal of Pharmaceutical Research. India. – 2020. – Т. 12. – С. 1276-1279.

12. Rizaev J. A. Features of the aggressive forms of periodontitis course // International Journal of Bio-Science and Bio-Technology. – 2019. – Т. 11. – №. 7. – С. 10-16.

13. Sadeghi M. et al. Cancer cachexia: Diagnosis, assessment, and treatment // Critical reviews in oncology/hematology. – 2018. – Т. 127. – С. 91-104.

14. Shakhanova Shakhnoza, Rakhimov Nodir, Zaripova Parvina. Breast tumors in adolescent girls // Journal of Biomedicine and Practice. 2022, vol. 7, issue 3, pp.266-273.

15. Shakhanova Shakhnoza, Rakhimov Nodir, Zaripova Parvina. Breast tumors in adolescent girls // Journal of Biomedicine and Practice. 2022, vol. 7, issue 3, pp.266-273.

16. Shavkatovna S. S., Makhammatkulovich R. N. Features of sarcopenia in cancer patients // European journal of modern medicine and practice. – 2024. – Т. 4. – №. 8. – С. 286-292.

17. Shavkatovna S. S., Makhammatkulovich R. N., Ugli M. S. T. Aspects of sarcopenia syndrome in oncological practice: diagnosis and treatment // The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. – 2024. – Т. 6. – №. 02. – С. 16-25.

18. Yunusova L. et al. Magnetic resonance imaging in the diagnosis of cystic lesions of the neck // Annals of Cancer Research and Therapy. – 2021. – Т. 29. – no. 1. – pp. 102-109.

19. Yorov, L. Sh., Juraev, M. D., Rakhimov, N. M., Shakhanova, Sh. Sh. (2022). Assessment of the immune

status in patients with breast cancer with determination of the effectiveness of neoadjuvant polychemotherapy. Journal of Biomedicine and Practice, 7 (5).

20. Yu Y. C. et al. Review of the endocrine organ-like tumor hypothesis of cancer cachexia in pancreatic ductal adenocarcinoma // Frontiers in Oncology. – 2022. – Т. 12. – С. 1057930.

КОРТИКОСТЕРОИДЫ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА АНОРЕКСИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Туланов Б.Т., Шаханова Ш.Ш., Рахимов Н.М.

Резюме. Исследование результатов сравнения влияния преднизолона и дексаметазона на борьбу с анорексическим синдромом у пациентов с онкологическими заболеваниями. В исследовании приняли участие 74 пациента с распространенным раком молочной железы. Они были разделены на две группы: в первой группе 35 пациентов получали лечение дексаметазоном, а во второй группе 39 пациентов – преднизолоном. Результаты показали, что случаи отсутствия аппетита и потери веса наблюдались чаще в первой группе по сравнению со второй группой. Восстановление аппетита и набор веса происходили примерно одинаково в обеих группах. Исходя из общего улучшения состояния, удобства применения и стоимости, было установлено, что преднизолон предпочтительнее дексаметазона. Однако для разработки более эффективных и комплексных подходов к лечению анорексии и кахексии необходимы дальнейшие исследования.

Ключевые слова: анорексия, рак молочной железы, кортикостероиды.