

НАРУШЕНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Т. Н. Егофаров¹, Г. А. Ткаченко^{2,3}, О. А. Обухова⁴, П. А. Дибирова⁴

¹ Частное учреждение образовательная организация высшего образования
«Медицинский университет "Реавиз"», г. Самара

² ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой»
Управления делами Президента России, Москва

³ ФГБУ «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента России, Москва

⁴ ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России, Москва

Цель исследования. Анорексия широко распространена в онкологии, однако в этой популяции больных, как ни парадоксально это звучит, также диагностируются булимия и психогенное переедание. Поэтому целью нашего исследования стало провести систематический анализ данных, имеющихся в мировой литературе, о современном состоянии этого вопроса.

Материалы и методы. В обзор включены данные зарубежных и отечественных статей, найденных в Library, PubMed, Medline по данной теме, опубликованных за последние 20 лет.

Результаты. На основании полученных данных представлена актуальная концепция развития нарушения пищевого поведения у онкологических больных, обсуждены причины этого состояния. Показано, что нарушение пищевого поведения встречается у 50 % пациентов, и во многих случаях они связаны с психологическими проблемами больных. Это диктует необходимость включения психологической помощи. В процессе работы с психологом анализируется психосоциальное значение еды, девиантная форма пищевого поведения меняется на адекватную, направленную на поддержание энергетического и пластического равновесия.

Заключение. Таким образом, роль психолога в коррекции нарушений пищевого поведения онкологических пациентов очень важна, поскольку может улучшить качество жизни и повысить приверженность к лечению, и необходимо продолжить проведение исследований в этом направлении.

Ключевые слова: пищевое поведение, онкология, анорексия, булимия, стресс

EATING DISORDERS IN CANCER PATIENTS (LITERATURE REVIEW)

T. N. Egofarov¹, G. A. Tkachenko^{2,3}, O. A. Obukhova⁴, P. A. Dibirova⁴

¹ Private Institution, Educational Organization of Higher Education "Medical University "Reaviz",
Samara, Russian Federation

² Federal State Budgetary Institution "Central Clinical Hospital with Polyclinic" of the Administrative
Directorate of the President of the Russian Federation, Moscow, Russia

³ Federal State Budgetary Institution "Central State Medical Academy" of the Administrative Directorate
of the President of the Russian Federation, Moscow, Russia

⁴ Federal State Budgetary Institution "N. N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology"
of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Objective of the study. Anorexia is widespread among cancer patients, however, paradoxical as it may sound, bulimia and psychogenic overeating are also diagnosed in this population of patients. Therefore, the objective of our research was to carry out a systematic analysis of the data available in world literature on the current state of this issue.

Materials and Methods. The review comprises the data of foreign and Russian scholarly articles found in Library, PubMed, Medline on the subject, published over the past 20 years.

Results. Based on the findings, the article presents an up-to-date concept of the development of eating disorders in cancer patients, discusses the causes of this condition. It has been shown that eating disorders occur in 50 % of patients, and in many cases they are associated with psychological problems of patients. This necessitates psychological support and treatment. In the course of the work with a psychologist, psychosocial significance of food is analyzed, the deviant form of eating behaviour is changed to an adequate one, aimed at maintaining energy and plastic balance.

Conclusion. Therefore, the role of a psychologist in correcting eating disorders in cancer patients is very important as it can improve the quality of life and adherence to treatment, so it is necessary to continue further research in this area.

Keywords: eating behaviour, oncology, anorexia, bulimia, stress

Пищевое поведение — это ценностное отношение к пище и ее приему; определенное поведение, связанное с питанием, как в обычных условиях, так и в ситуации стресса [1]. Пищевое поведение (ПП) включает в себя установки, формы поведения, привычки и эмоции, связанные с едой. Оно может быть адекватным и девиантным [2].

Адекватной формой ПП является удовлетворение биологических потребностей, а именно прием пищи с целью поддержания энергетического и пластического равновесия организма. Однако ПП, будучи биологической потребностью человека, может носить девиантный характер, являясь также средством удовлетворения различных социально-психологических мотивов.

Онкологические пациенты модифицируют свои пищевые привычки: изменяется рацион питания, режим принятия пищи и др. Часто на этом фоне развивается так называемая «диетическая депрессия» — переживание утраты привычного удовольствия от еды, поскольку человек больше не может употреблять продукты питания в достаточном для него количестве [3]. Вынужденный отказ от пищевых установок, которые формируются в детстве и являются устойчивыми во времени, может привести к раздражительности, подавленности, а в случае существенного ограничения питания — к агрессивности и даже враждебности.

Нарушение ПП — одна из наиболее распространенных проблем в онкологии [4]. По данным Neary N. M., et al. (2004), более 50 % онкологических больных испытывают изменения ПП во время лечения [5]. Наиболее тяжелыми формами нарушения ПП в этой популяции больных считаются анорексия, психогенное переедание и нервная булимия, которые относятся к серьезным нервно-психическим рас-

стройствам. В исследовании Hossein S. A., et al. (2015) было показано, что у 49,7 % онкологических больных отмечались симптомы нарушения ПП: у 29 % наблюдались симптомы анорексии, а у 20,7 % — симптомы булимии [6].

Анорексия — расстройство, для которого характерно значительное снижение объема принятой пищи, ведущее к кахексии. Причиной этого могут быть паранеопластические процессы, изменения вкусовых ощущений и системное влияние цитостатиков [7–10].

Анорексия и чувство раннего насыщения довольно часто (в 25 % случаев) является самым ранним симптомом злокачественного новообразования (ЗНО). Хотя механизм анорексии при ЗНО изучен недостаточно, известно, что отсутствие аппетита возникает на фоне дисбаланса между гормонами, ответственными за чувство голода и насыщения [11]. В гипоталамусе синтезируется нейропептид-Υ, который является мощным стимулятором аппетита, а также кортикотропин-релизинг фактор, обладающий противоположным действием. Основными периферическими регуляторами потребления пищи выступают такие гормоны, как грелин, стимулирующий аппетит, и лептин, подавляющий его. Было обнаружено, что цитокины (интерлейкин-1β, ИЛ-1β, интерлейкин-6, ИЛ-6, фактор некроза опухоли-α, ФНО-α) нарушают механизм обратной связи лептина и грелина, а также способствуют центральной стимуляции синтеза анорексигенных пептидов и подавлению секреции нейропептида-Υ, вызывая быстрое чувство насыщения. В качестве возможной причины анорексии также рассматривается увеличение серотонинэргической активности в ЦНС, в результате чего концентрация триптофана в плазме снижается, а в головном мозге — повышается. Триптофан является предшественником серотонина, и под действием интерлейкина-1

(ИЛ-1) повышенное количество серотонина приводит к ингибированию нейропептида-У. Таким образом, изменение концентрации триптофана в головном мозге усиливают анорексию, усугубляя тяжесть алиментарной недостаточности.

Кроме того, на регуляцию обмена веществ влияет α -меланоцитостимулирующий гормон (α -МСГ), который через меланокортиnergические нейроны оказывает постоянное подавляющее воздействие на потребление пищи (действие, противоположное эффекту нейропептида-У). Альфа-МСГ синтезируется в виде предшественника проопиомеланокортина (ПОМК). Ген ПОМК экспрессируется в нейронах аркуатного ядра гипоталамуса, как и ген рецептора лептина, поэтому лептин может оказывать действие на эти нейроны и вызывать в них увеличение синтеза α -МСГ. Таким образом, лептин может вызывать снижение аппетита путем активации меланокортиnergических нейронов [12,13].

Пусковым механизмом анорексии также может стать нарушение психологического состояния пациента. Еще в 1977 году Holland J., et al., писали, что уже на момент постановки диагноза у больного отмечается эмоциональный дистресс — нарушение нормальной жизнедеятельности, сопровождающееся эмоциональными расстройствами. Значительную потерю массы тела (МТ) в это время авторы связывают, в том числе, с психологическими факторами, а не только с развитием опухолевого процесса, как предполагалось ранее [14]. Так, у онкогематологических больных без поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) возникновение анорексии чаще всего обусловлено известием о наличии злокачественного процесса. Причем влияние психогенного фактора настолько велико, что в течение трех-шести месяцев пациенты способны потерять до 10 % от исходной МТ [15].

Анорексия может быть обусловлена дисгевзией или агевзией — искажением или отсутствием восприятия вкуса. Например, измененное обонятельное восприятие (дизосмия), снижение способности ощущать сладкий вкус усиливает анорексию, а снижение пороговой чувствительности к горечи обостряет отвраще-

ние к мясу, богатому горькими субстратами (аминокислотами, пуринами, полипептидами). Недоедание приводит к вторичным изменениям ЖКТ. Возникает снижение секреторной способности, развивается атрофия мукозы и кишечной мускулатуры. Это приводит к задержке опорожнения ЖКТ (в том числе, к развитию гастростаза и пареза кишечника), недостаточному пищеварению и снижению абсорбции нутриентов [16].

Вкусовые aberrации лишают пациентов возможности получать удовольствие от приема пищи и вызывают дисбаланс питания. Частота дисгевзии, вызванной химио- и лучевой терапией (ХТ, ЛТ), составляет около 30–85 %, при этом примерно у 38 % пациентов отмечается умеренная или тяжелая степень нарушений. Точные механизмы этого явления остаются неясными. Предполагается, что ингибирование дифференцировки и пролиферации клеток вкусовых рецепторов вызвано прямым токсическим влиянием цитостатиков. Эффективных лекарственных препаратов для купирования дисгевзии на сегодняшний день нет [17–19].

После некоторых оперативных вмешательств могут возникнуть трудности при глотании и пищеварении. Например, резекция пищевода приводит к парезу желудка (как результат ваготомии), а также мальабсорбции жиров. Резекция желудка, как и гастрэктомия, сопровождается нарушением утилизации белков, жиров, кальция, витаминов, развитием демпинг-синдрома и анемии. Удаление тонкого или толстого кишечника приводит к нарушению всасывания воды и электролитов, макро- и микронутриентов, появлению тяжелой диареи. Антибактериальная терапия в послеоперационном периоде чревата развитием антибиотик-ассоциированной диареи и псевдомембранозного колита, лечение которых длительное, дорогостоящее и требует специальных знаний. Перечисленные проблемы также усиливают анорексию [16].

При проведении ларингэктомии, например, этому способствует психологический дистресс, которому подвержено большинство пациентов. Показано, что до начала лечения психическое состояние больных с опухолями головы и шеи соответствует условно-нормативным показателям, хотя и имеется некоторое повышение оцен-

ки по шкалам депрессивности, тревожности и увеличение индекса тяжести дистресса. В послеоперационном периоде отмечается значительное повышение тревожности, депрессивности, соматизации, враждебности, межличностной сенситивности, выявляемое при анкетировании больных по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale) и опроснику выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R, Symptom Check List-90-Revised). В дальнейшем уровень психологического дистресса несколько ослабевает, но и через шесть месяцев его тяжесть по-прежнему высока. При этом средняя оценка тревоги ниже, чем в послеоперационном периоде, однако к условно-нормальным значениям она не возвращается [20]. Выраженное недоедание в послеоперационном периоде приводит к развитию тяжелой астении.

Следует также учитывать эмоциональное состояние пациента (тревога, усталость, боль) и социальное влияние на него родственников и персонала. Нередко имеются разногласия и непонимание с членами семьи по поводу оптимальной диеты для больного. Часто рацион питания определяется не только объективными причинами, но и уровнем знаний и социальным положением как самого пациента, так и его окружения. Психосоциальный компонент, встроенный в мультидисциплинарный подход при проведении диетологических консультаций, может иметь большое значение для оптимального решения проблем с питанием во время специфической терапии [21].

Психогенное переедание также является насущной проблемой для онкологических пациентов. Стрессовые события и негативные эмоции связаны с нарушением ПП: положительные корреляции между стрессом и потреблением как сладких, так и жирных продуктов способствуют набору избыточного веса [22]. По нашим данным, почти у 20 % больных раком молочной железы (РМЖ) после окончания лечения развивается ожирение, причем пациентки отмечают неконтролируемый набор МТ [23]. Как показали Godinho-Mota J. С.М., et al., после завершения ХТ у больных РМЖ отмечалось увеличение общего и центрального ожирения, раз-

витие инсулинорезистентности, повышение концентрации всех маркеров липидного профиля, снижение тощей МТ и уменьшение минеральной плотности костей, особенно у женщин в постменопаузе. При этом пищевые привычки пациенток, как и их образ жизни, практически не менялись [24]. По-видимому, у больных РМЖ переедание ассоциируется с единственно доступным удовольствием, которому женщины охотно потакают.

В этом случае на качество жизни может повлиять модификация образа жизни, в том числе достаточная физическая активность (ФА). Отсутствие ФА повышает как риск развития РМЖ, так и его неблагоприятный исход [25].

Согласно рекомендациям американского онкологического общества по ФА, пациентам, закончившим противоопухолевое лечение, для снижения риска развития рецидива ЗНО и уменьшения тяжести сопутствующих заболеваний (например, ожирения) показана лечебная физическая культура, предполагающая не менее 150 минут аэробной нагрузки средней интенсивности и двух силовых тренировок в неделю. Примечательно, что меньшинство больных, завершивших лечение по поводу РМЖ (13,9 %), придерживаются этих рекомендаций и только 35 % имеют нормальный индекс МТ (ИМТ). Более того, у этих пациентов темпы роста ожирения выше, чем у здоровых людей, что связано с низкой кардиореспираторной нагрузкой. Наличие ожирения после окончания противоопухолевого лечения коррелирует с уровнем общей смертности и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. По существу, пациенты с ожирением находятся в группе риска и требуют коренного изменения образа жизни [26].

Ожирение также отрицательно влияет на качество жизни больных раком шейки матки, закончивших противоопухолевое лечение, как и депрессия, тревога или низкая самооценка [27]. При этом в смешанной популяции онкогинекологических больных консультации по ведению здорового образа жизни (правильное питание, ФА, снижение МТ при ожирении) приветствуются женщинами, у которых нет в анамнезе девиантного ПП или депрессии [28].

Нередко встречается булимия — нарушение пищевого поведения, для которого характерны повторяющиеся акты переедания в сочетании с неадекватными формами проявления компенсаторного поведения, направленные на сохранение МТ [29]. По данным Hossein S. A., et al., булимии подвержены 20,7 % онкологических пациентов смешанной популяции, проходящих противоопухолевое лечение [6].

Булимия сопровождается приступами голода, когда человек ест всё подряд, не ощущая насыщения, а затем, испытывая чувство вины и беспокойства по поводу лишнего веса, предпринимает попытки его снижения. С этой целью либо ужесточается диета, либо проводится систематическое очищение желудка, используются слабительные и мочегонные препараты или применяются чрезмерные физические нагрузки. Это пищевое расстройство сложно диагностировать, т. к., в отличие от анорексии, ИМТ при булимии может находиться в пределах нормы.

Между тем, и анорексия, и булимия представляют опасность для здоровья, так как несбалансированное питание, полипрагмазия, изнуряющие тренировки ухудшают состояние здоровья и могут привести к летальному исходу. Среди наиболее опасных осложнений анорексии и булимии можно выделить обезвоживание, дефицит витаминов и микроэлементов, нарушения функции органов ЖКТ и др.

Таким образом, симптомы нарушения ПП имеют многофакторный патогенез. Нередко ведущую роль в их развитии играют социально-психологические проблемы, возникающие у пациентов в процессе лечения. Между тем, отсутствие настороженности в отношении психологических причин нарушения ПП весьма опасно. Огульное назначение лекарственной терапии с целью улучшения питания может привести к тяжелым последствиям. Так, Rakusin D., et al. (2021) сообщают о четырех пациентах, у которых, несмотря на отсутствие физических (органических) причин потери МТ и интенсивное медикаментозное лечение, снижение веса продолжалось, в результате чего один пациент умер. Авторами было обнаружено, что причинами нарушения ПП у этих больных стали семейные проблемы [30].

Следует отметить, что во многих случаях симптомы ПП связаны с психологическими проблемами, в том числе с восприятием собственного тела пациентами. Фактически, люди с девиантным ПП не понимают форму и вес своего тела. Эти пациенты не осознают, что изменения их аппетита и пищевого статуса имеют психологическую основу. Такие больные могут иметь низкую самооценку и чаще страдают от депрессии, одиночества, изоляции и одержимы потерей веса [6].

По мнению Túry F., et al. (2010), большинство больных с нарушением ПП имеют низкую самооценку и неудовлетворенность своей внешностью [31]. Считается, что у больных с нарушением ПП, возникшем во время противоопухолевого лечения, в анамнезе уже отмечались расстройства ПП или дисморфофобия тела (чрезмерная озабоченность предполагаемым недостатком своей внешности) [32]. Стресс, возникший из-за диагностики ЗНО, изменения внешнего вида во время лечения актуализируют проблему из прошлого в настоящее, и приводят к тяжелым нарушениям питания. По данным Rejeki S. (2022), уровень стресса имеет значительную корреляцию с оценкой образа тела при раке шейки матки [33]. Больные начинают чувствовать себя непривлекательными, неудовлетворенными своим физическим образом, а, значит, у данных больных возрастает риск развития нарушений ПП. Показано, что у всех больных с девиантным ПП отмечаются повышенная тревога и депрессия, чувство одиночества, потеря личных интересов [34–36].

Питание — это отражение душевного состояния человека. Прием пищи играет важную роль в эмоциональном состоянии людей с самого рождения. Во время грудного кормления ребенка избавляется от телесного дискомфорта, таким образом, формируется крепкая связь между удовлетворением голода, благополучием и чувством безопасности.

Одной из причин нарушения ПП у онкологических больных является психологическая проблема, связанная с развитием внутриличностного конфликта — состояния, когда в человеке борются разные идеи, и при этом они никак не могут прийти к согласию. В данном случае очевиден конфликт бессознательной установки

«я поел — мне хорошо, я в безопасности», с реальностью «я поел — но мне по-прежнему плохо, и я в опасности». Этот диссонанс затрудняет взаимодействие с едой, формирует страх, связанный с приемом пищи, постепенно приобретающий навязчивый характер. И решение этой проблемы невозможно без участия психолога.

Нарушение физического здоровья, обусловленного ЗНО, заставляет больного искать утешения в еде. Как уже говорилось, ПП, будучи от рождения биологической потребностью по своей природе, постепенно становится средством:

- снятия психоэмоционального напряжения, стресса;
- получения чувственного наслаждения;
- общения;
- самоутверждения;
- компенсации неудовлетворенных потребностей (потребность в любви, заботе и т. д.);
- награды или поощрения за счет вкусовых качеств пищи [2].

Еще один вариант развития психологического конфликта можно определить следующим образом. Если нет возможности управлять своим заболеванием, то можно попытаться его регулировать, контролируя поступление пищи. Ограничение в еде — это единственный доступный способ управления ситуацией, что является важным стереотипом поведения для многих людей. Таким образом, создается иллюзия выбора и контроля, что снимает напряжение из-за переживаемого стресса. Компенсаторное поведение при булимии также может выступать способом самоконтроля. В тоже время повторяющиеся приступы переедания можно рассматривать как деструктивный способ снятия стресса.

Вышесказанное подчеркивает роль психологической поддержки в онкологии. Даже однократная сессия с психологом, как показали Powell C. B., et al, проведенная на амбулаторном этапе после постановки диагноза ЗНО женской репродуктивной системы, оказывает заметное положительное влияние на преодоление стресса и улучшает качество жизни. Авторы оценивали психологический статус таких больных изначально и затем в течение года. Они обна-

ружили, что пациентки, отказавшиеся от работы с психологом, на фоне лечения испытывали депрессию намного чаще и были более агрессивными, чем женщины из группы психологической поддержки. Таким образом, однократное психосоциальное вмешательство на старте лечения оказало положительное влияние на преодоление трудностей и повысило качество жизни больных в процессе проведения противоопухолевой терапии [37].

Наиболее эффективным вариантом помощи в принятии активного образа жизни считается социально-когнитивная терапия (СКТ). Согласно этой концепции, поведение представляет собой динамическое взаимодействие личных когнитивных факторов, физической и социальной среды (социально-окружающей), и поведенческих привычек. Установками СКТ, на которые обычно нацелены вмешательства ФА, являются самоэффективность, вмешательство в физические барьеры, ожидание результатов и социальная поддержка. Самоэффективность, или уверенность в своей способности действовать и преодолевать препятствия и ситуации для достижения цели, считается важным первичным личностным фактором, который опосредует изменение поведения, особенно ФА. Эта установка коррелирует с ИМТ у пациентов, завершивших лечение, как и социальная поддержка и вмешательство в физические барьеры [26].

В процессе работы с психологом анализируется психосоциальное значение еды: обсуждается и меняется девиантная форма пищевого поведения на адекватную, направленную на поддержание гомеостаза. Психокоррекция эмоционального состояния при вынужденной смене ПП в процессе лечения позволяет обучить больного новым способам снятия напряжения и расслабления, которое он обычно получал после приема пищи. Психолог может помочь скорректировать отношение к себе и повысить самооценку.

Немаловажное значение играет работа психолога с психогенной тошнотой и рвотой, которая не всегда облегчается только приемом лекарственных средств. Для лечения психогенной рвоты эффективными являются техники релаксации, позитивная визуализация, арт-терапия, а также метод, разработанный Карлом и Стефани Саймонтоном.

Заключение

Таким образом, у онкологических больных отмечаются симптомы нарушения пищевого поведения, требующие обязательного участия психолога. Это может быть анорексия, индуцированная как паранеопластическими процессами, так и психологическим стрессом, обусловленным известием о наличии злокачественного заболе-

вания, психогенное переживание, связанное с нарушением личностной самооценки, и булимия, вызванная депрессией и безысходностью. В любом случае, работа с профильным психологом в состоянии переломить ситуацию и помочь пациенту изменить отношение к происходящему, что в значительной мере улучшает качество жизни больного и повышает его комплаентность.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Менделевич В. Д. Руководство по аддиктологии. — СПб.: Речь, 2007. — 768 с.
2. Малкина-Пых И. Г. Терапия пищевого поведения. — М.: Эксмо, 2007. — 140 с.
3. Шагина В. Н., Блохина И. И., Серов И. С. Нарушение пищевого поведения как одна из причин развития экзогенного ожирения // Молодой ученый. — 2019. — № 30. — С. 57–59.
4. Molino A., Amabile M. I., Imbimbo G., Giorgi A., Muscaritoli M. Cancer and Disordered Eating Behavior: The Issue of Anorexia // In: Manzato E., Cuzzolaro M., Donini L. M. Hidden and Lesser-known Disordered Eating Behaviors in Medical and Psychiatric Conditions. Cham, Switzerland. Springer Nature Switzerland AG, 2022; 383p. doi. 10.1007/978-3-030-81174-7_19.
5. Neary N. M., Small C. J., Wren A. M., Lee J. L., Druce M. R., Palieri I. C., et al. Ghrelin increasing energy intake in cancer patients with impaired appetite: acute, randomized, placebo-controlled trial // J Clin Endocrinol Metab. 2004;89:2832–2836. doi: 10.1210/jc.2003-031768.
6. Hossein S. A., Bahrami M., Mohamadirizi S., Paknahad Z. Investigation of eating disorders in cancer patients and its relevance with body image. // Iran J Nurs Midwifery Res. 2015; 20(3): 327–333. PMID: 26120332.
7. Chlebowski R. T. Effect of nutritional support on the outcome of antineoplastic therapy // Clin Oncol. 1986; 5: 365–79.
8. Garattini S., Guitani A. Animal models for the study of cancer-induced anorexia // Cancer Treat Rep 1981; 65(5):23–35.
9. Mordes J. P., Rossini A. A. Tumor-induced anorexia in the Wistar rat // Science 1981; 213:565–567.
10. Сытов А. В., Зузов С. А., Кукош М. Ю. и соавт. Практические рекомендации по лечению синдрома анорексии-кахексии у онкологических больных // Злокачественные опухоли: Практические рекомендации RUSSCO. 2022; 3s2(12): 134–139. doi: 10.18027/2224-5057-2022-12-3s2-123-133.
11. Davis M. P., Dreicer R., Walsh D., et al. Appetite and cancer-associated anorexia: a review // J Clin Oncol 2004; 22:1510–17. doi: 10.1200/JCO.2004.03.103.
12. Batista K. N.I., Schraner M., Riediger T. Brainstem prolactin-releasing peptide contributes to cancer anorexia-cachexia syndrome in rats // Neuropharmacology. 2020;180:108289. doi: 10.1016/j.neuropharm.2020.108289.
13. Argilés J. M., López-Soriano F. J., Stemmler B., Busquets S. Cancer-associated cachexia — understanding the tumour macroenvironment and microenvironment to improve management // Nat Rev Clin Oncol. 2023;20(4):250–264. doi: 10.1038/s41571-023-00734-5.
14. Holland J. C.B., Rowland J., Plumb M. Psychological Aspects of Anorexia in Cancer Patients // Cancer research. 1977;37:2425–2428
15. Обухова О. А., Кашия Ш. Р., Курмуков И. А., соавт. Применение дополнительного орального питания при проведении противоопухолевой химиотерапии. Проспективное рандомизированное контролируемое исследование // Вестник интенсивной терапии. — 2009. № 3. — С. 47–52.
16. Yeom E., Yu. K. Understanding the molecular basis of anorexia and tissue wasting in cancer cachexia // Exp Mol Med. 2022;54(4):426–432. doi: 10.1038/s12276-022-00752-w.
17. Ito K., Yuki S., Nakatsumi H., et al. Multicenter, prospective, observational study of chemotherapy-induced dysgeusia in gastrointestinal cancer. // Support Care Cancer. 2022;30(6):5351–5359. doi: 10.1007/s00520-022-06936-4.
18. Van Oort S., Kramer E., de Groot J. W., Visser O. Taste alterations and cancer treatment // Curr Opin Support Palliat Care. 2018;12(2):162–167. doi: 10.1097/SPC.0000000000000346.
19. De Haan J., Renken R. J., Moshage Y., et al. Self-reported taste and smell alterations and the liking of oral nutritional supplements with sensory-adapted flavors in cancer patients receiving systemic antitumor treatment // Support Care Cancer. 2021; 29(10):5691–5699. doi: 10.1007/s00520-021-06049-4.

Междисциплинарные вопросы

20. Ткаченко Г. А., Подвязников С. О., Мудунов А. М., соавт. Психологический дистресс у онкологических больных после ларингэктомии. // Опухоли головы и шеи. — 2019. — № 9(1). — С. 104–110. doi: 10.17650/2222-1468-2019-9-1-104-110
21. Hopkinson J. Psychosocial support in cancer cachexia syndrome: the evidence for supported self-management of eating problems during radiotherapy or chemotherapy treatment // *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2018;5(4):358–368. doi: 10.4103/apjon.apjon_12_18.
22. Bouhhal S., Mc Bride C. M., Trivedi N. S. Identifying eating behavior phenotypes and their correlates: a novel direction toward improving weight management interventions // *Appetite*. 2016;111:142–150. doi: 10.1016/j.appet.2016.12.006.
23. Обухова О. А., Шагина Н. Ю., Курмуков И. А., Маринов Д. Т. Факторы риска развития постмастэктомиического лимфатического отека у больных раком молочной железы. Пилотное исследование // *Онкогинекология*. 2023. — № 3(47). — С. 50–60. doi: 10.52313/22278710_2023_3_50
24. Godinho-Mota J. C.M., Mota J. F., Gonçalves L. V., et al. Chemotherapy negatively impacts body composition, physical function and metabolic profile in patients with breast cancer // *Clin Nutr*. 2021;40(5):3421–3428. doi: 10.1016/j.clnu.2020.11.020.
25. Zhao C., Hu W., Xu Y., et al. Current landscape: the mechanism and therapeutic impact of obesity for breast cancer // *Front. Oncol*. 2021;11:704893. doi: 10.3389/fonc.2021.704893.
26. Brown N. I., Pekmezi D. W., Oster R. A., et al. Relationships between obesity, exercise preferences, and related social cognitive theory variables among breast cancer survivors // *Nutrients*. 2023;15(5):1286. doi: 10.3390/nu15051286.
27. Dahl A. A., Bentzen A. G., Fosså S. D., Hess S. L., Kiserud C. E. A study of modifiable factors associated with health-related quality of life in long-term cervical cancer survivors // *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2023;102(2):218–225. doi: 10.1111/aogs.14490.
28. Zaleta A. K., Neff R., McCann G. A., O'Malley D. M., Carpenter K. M. Perceptions of weight management counseling among gynecologic cancer survivors: opportunities for enhancing survivorship care // *Support Care Cancer*. 2017;25(5):1537–1545. doi: 10.1007/s00520-016-3552-0.
29. Мазаева Н. А., Грачев В. В. Нервная булимия: проблемы клинической дифференциации // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. — 2014. — № 114(3). — С. 103–113.
30. Rakusin D., O'Brien K., Murphy M. Case reports of new-onset eating disorders in older adult cancer survivors // *J Eat Disord*. 2021;24(9):166. doi: 10.1186/s40337-021-00522-5.
31. Túry F., Güleç H., Kohls E. Assessment methods for eating disorders and body image disorders. // *J Psychosom Res*. 2010;69:601–661. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.05.012.
32. Kercher, S. When cancer triggers (or hides) an eating disorder. *New York Times*. 2015. <https://archive.nytimes.com/well.blogs.nytimes.com/2015/07/27/when-cancer-triggers-or-hides-an-eating-disorder>.
33. Rejeki S., Agustyaningrum E., Macmudah, et al. Body image and the level of stress in cervical cancer patients // *Bali Medical Journal*. 2022; 11(3): 1739–1743. doi: 10.15562/bmj.v11i3.3769
34. Safavi M., Mahamoodi M., Roshandel A. Assessment of body image and its relationship with eating disorders among female students of Islamic Azad University, Tehran center branch // *Med Sci J Islamic Azad Univ Tehran Med Branch*. 2009;19:129–134.
35. Bruera E. ABC of palliative care. Anorexia, cachexia, and nutrition // *BMJ*. 1997; 315: 1219–1222.
36. Galindo B. D.E., Vidal-Casariago A., Calleja-Fernández A., et al. Appetite disorders in cancer patients: impact on nutritional status and quality of life. // *Appetite*. 2017;114:23–27. doi: 10.1016/j.appet.2017.03.020.
37. Powell C. B., Kneier A., Chen L., Rubin M., Kronewetter C., Levine E. A randomized study of the effectiveness of a brief psychosocial intervention for women attending a gynecologic cancer clinic // *Gynecol Oncol*. 2008; 111(1): 137–43. doi: 10.1016/j.ygyno.2008.06.024.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Егофаров Тимур Наильевич, студент, Частное учреждение образовательная организация высшего образования «Медицинский университет «Реавиз»», г. Самара, Российская Федерация, e-mail: tim7903@gmail.com, ORCID: 0009-0007-3620-7811

Egofarov Timur N., Private institution educational organization of higher education «Reaviz Medical University», Samara, Russian Federation, e-mail: tim7903@gmail.com, ORCID: 0009-0007-3620-7811

Ткаченко Галина Андреевна, кандидат психологических наук, медицинский психолог ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента России, 121359, Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 15; доцент кафедры психиатрии ФГБУ «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента России, 121359, Москва, ул. маршала Тимошенко, д. 19, e-mail: mitg71@mail.ru, ORCID: 0000-0002-5793-7529, e-library SPIN: 1790-3626

Tkachenko Galina A., Ph.D. psycho, Sciences, medical psychologist FSBI «Central Clinical Hospital with Clinic» of the Administration of the President of Russia, 121359, Moscow, Marshal Timoshenko St., 15; Associate Professor, Department of Psychiatry, Federal State Budgetary Institution «Central State Medical Academy» of the Administration of the President of Russia, 121359, Moscow, Marshal Timoshenko St., 19, e-mail: mitg71@mail.ru, ORCID: 0000-0002-5793-7529, e-library SPIN: 1790-3626;

Обухова Ольга Аркадьевна, кандидат медицинских наук, заведующий отделением медицинской реабилитации ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России, 115478, Москва, Каширское шоссе, д. 24, e-mail: obukhova0404@yandex.ru, ORCID: 0000-0003-0197-7721, e-library SPIN: 6876-7701

Obukhova Olga Arkadyevna, Ph.D., Head of the Department of Medical Rehabilitation of the FSBI «N. N. Blokhin NMRCO» Ministry of Health of the Russian Federation, 115478, Moscow, Kashirskoe highway, 24, e-mail: obukhova0404@yandex.ru, ORCID: 0000-0003-0197-7721, e-library SPIN: 6876-7701

Дибирова Патимат Адильсолтановна, врач-онколог, отделение медицинской реабилитации ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России, 115478, Москва, Каширское шоссе, 24, e-mail: patimka1009@mail.ru, ORCID: 0009-0007-4966-1706, e-library SPIN: 7493-1817

Dibirova Patimat Adilsoltanovna, oncologist, department of medical rehabilitation of the FSBI «N. N. Blokhin NMRCO» Ministry of Health of the Russian Federation, 115478, Moscow, Kashirskoe highway, 24, e-mail: patimka1009@mail.ru, ORCID: 0009-0007-4966-1706, e-library SPIN: 7493-1817