

# Исследование оланзапина в профилактике и лечении синдрома анорексии-кахексии онкологических больных. Промежуточные результаты

О. В. Пальчинская, С. Л. Гуторов, Е. С. Обаревич, А. А. Румянцев

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н. Н. Блохина» Минздрава России, Москва, Россия

## РЕЗЮМЕ

**Актуальность.** Синдром анорексии-кахексии (САК) и связанная с ним потеря массы тела – частое осложнение у онкологических больных, снижающее качество жизни и выживаемость. Попытки профилактики развития и коррекции САК представляются актуальными для повышения лечебных результатов предоперационной химиотерапии ряда злокачественных опухолей. Предотвращение потери массы тела может привести к снижению частоты и степени выраженности осложнений лекарственной терапии и хирургического лечения, поддержанию адекватной дозовой интенсивности химиотерапии, улучшению качества жизни пациентов. Оланзапин, атипичный антипсихотик, продемонстрировал потенциальную возможность не только в контроле тошноты, но и в улучшении аппетита больных, получающих химиотерапию.

**Цель исследования.** Оценка эффективности и безопасности пролонгированного приема низких доз оланзапина (2.5 мг/сутки) для профилактики значительной потери массы тела ( $\geq 5\%$ ) при локализованном/местно-распространенном раке желудка и диссеминированном раке яичников на фоне предоперационной химиотерапии.

**Материалы и методы.** В анализ включено 30 больных. У 14 из них был диагностирован диссеминированный рак яичников, у 16 – местнораспространенный рак желудка. Данные нозологии выбраны по причине наличия в плане лечения предоперационного блока химиотерапии с последующим хирургическим этапом. Предоперационное лечение состояло из 3–4 курсов системной химиотерапии согласно нозологии. Краткая характеристика пациентов и режимов химиотерапии представлена в таблице 1. Экспериментальная группа получала низкие дозы оланзапина (2,5 мг внутрь на ночь) ежедневно до хирургического лечения с сохранением своих пищевых привычек. В группе контроля дополнительные медикаменты не назначались, пациенты придерживались своих пищевых привычек. В обеих группах по показаниям были возможны нутритивная поддержка и применение оланзапина в качестве компонента антиэметической терапии. В экспериментальной группе с этой целью допускалась эскалация дозы оланзапина до стандартной (5 мг) в дни 1–4 курса химиотерапии. В группе контроля с целью антиэметической терапии оланзапин назначали в дозе 5 мг внутрь в дни 1–4 курса. Оценка антропометрических показателей (измерение роста, веса, индекса массы тела, площади поверхности тела) проводилась до начала химиотерапии и после 3–4 курсов. Нежелательные явления химиотерапии оценивали перед каждым курсом, осложнение хирургического лечения – в течение 30 дней после оперативного лечения. Первичной конечной точкой исследования была доля пациентов со снижением массы тела  $\leq 5\%$ . Ввиду малой выборки использовался описательный анализ.

**Результаты.** Среди пациентов, потерявших вес на фоне предоперационного блока химиотерапии ( $n=16/30$ ), снижение менее 5% чаще отмечалось в группе оланзапина – у 85% (6 из 7) и у 33% (3 из 9) в группе контроля, соответственно ( $p>0,05$ ). Стабилизация веса была ассоциирована со снижением частоты послеоперационных осложнений в группе оланзапина (13% vs 46,7%) и предотвращала снижение относительной дозовой интенсивности лечения  $<85\%$  в сравнении с контролем (13% vs 26,7%).

**Заключение.** Предварительные данные указывают на потенциальную пользу пролонгированного приема оланзапина 2.5 мг/сут в профилактике значительной нутритивной недостаточности и улучшении переносимости лечения.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** синдром анорексии-кахексии, оланзапин, химиотерапия, потеря веса.

**КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## Olanzapine in the prevention and treatment of cancer-related anorexia-cachexia syndrome: interim results

O. V. Palchinskaja, S. L. Gutorov, E. S. Obarevich, A. A. Rumyantsev

N. N. Blokhin National Medical Investigation Centre of Oncology, Moscow, Russia

## SUMMARY

**Introduction.** Anorexia-cachexia syndrome (ACS) and associated weight loss are common complications in cancer patients, reducing quality of life and survival. Efforts to prevent the development and correct ACS are relevant for improving treatment outcomes in preoperative chemotherapy for several malignancies. Preventing weight loss may reduce the frequency and severity of complications from chemotherapy and surgical treatment, maintain adequate dose intensity of chemotherapy, and improve patients' quality of life. Olanzapine, an atypical antipsychotic, has demonstrated potential not only in controlling nausea but also in improving appetite in patients receiving chemotherapy.

**Objective.** To evaluate the efficacy and safety of prolonged low-dose olanzapine (2.5 mg/day) in preventing significant weight loss ( $\geq 5\%$ ) in patients with localized/locally advanced gastric cancer and disseminated ovarian cancer during preoperative chemotherapy.

**Materials and methods.** The analysis included 30 patients. Of these, 14 were diagnosed with disseminated ovarian cancer and 16 with locally advanced gastric cancer. These tumor types were selected because the treatment plan includes a preoperative chemotherapy block followed by surgery. Preoperative treatment consisted of 3–4 cycles of systemic chemotherapy according to the nosology. A summary of patient characteristics and chemotherapy regimens is presented in Table 1. The experimental group received low-dose olanzapine (2.5 mg orally at night) daily until surgical treatment while maintaining their dietary habits. In the control group, no additional medications were prescribed, and patients adhered to their dietary habits. In both groups, nutritional support and the use of olanzapine as a component of antiemetic therapy were permitted when indicated. In the experimental group, dose escalation to the standard dose (5 mg) on days 1–4 of each chemotherapy cycle was allowed for this purpose. In the control group, olanzapine was administered at a dose of 5 mg orally on days 1–4 of each cycle as antiemetic therapy. Anthropometric parameters (height, weight, body mass index, body surface area) were assessed before the start of chemotherapy and after 3–4 cycles. Adverse events of chemotherapy were evaluated before each cycle, and surgical complications were assessed within 30 days after surgery. The primary endpoint of the study was the proportion of patients with weight loss  $\leq 5\%$ . Due to the small sample size, descriptive analysis was used.

**Results.** Among patients who experienced weight loss during preoperative chemotherapy ( $n=16/30$ ), weight loss of less than 5% was more frequently observed in the olanzapine group – in 85% (6 out of 7) – compared to 33% (3 out of 9) in the control group ( $p>0.05$ ). Weight stability was associated with a lower incidence of postoperative complications in the olanzapine group (13% vs. 46.7%) and prevented a reduction in relative dose intensity to  $<85\%$  compared to the control group (13% vs. 26.7%).

**Conclusion.** Preliminary data suggest a potential benefit of prolonged olanzapine administration at 2.5 mg/day in preventing significant nutritional deficiency and improving treatment tolerability.

**KEYWORDS:** anorexia-cachexia syndrome, olanzapine, chemotherapy, weight loss.

**CONFLICT OF INTEREST.** The authors declare that they have no conflicts of interest.

## Введение

Синдром анорексии-кахексии (САК) при распространенных стадиях злокачественных опухолей выявляется у 40–80% больных [1]. При этом данное осложнение является непосредственной причиной смерти у 20% пациентов [2]. Как следствие рутинной гиподиагностики, при локализованных стадиях злокачественных опухолей частоту развития САК оценить не представляется возможным.

Установлено, что анорексия и связанная с ней потеря массы тела ухудшают прогноз, снижают качество жизни и общую выживаемость пациентов. В свою очередь, нутритивная недостаточность ассоциирована с усилением токсичности противоопухолевой терапии, что приводит к снижению дозовой интенсивности и, закономерно, эффективности нео- и адьювантного лечения, увеличению частоты развития хирургических осложнений и смертности [3]. Принимая во внимание сложность патогенеза и характер влияния анорексии на прогноз, представляется актуальной разработка и внедрение в клиническую практику мер безопасной профилактики и лечения данного состояния.

Несколько лекарственных препаратов были изучены в контексте потенциального использования для лечения и коррекции анорексии. По данным ряда ранних исследований глюкокортикостероиды и прогестины продемонстрировали клинически значимое увеличение аппетита и массы тела, обладая при этом кратковременным эффектом и значимым спектром нежелательных явлений [4]. Наиболее активно для коррекции анорексии у онкологических больных на фоне химиотерапии изучается влияние низких доз оланзапина.

В частности, в двойное слепое плацебо контролируемое исследование были включены 124 больных, из которых 112 подлежали оценке, с первичным местно-распространенным или метастатическим раком желудка, легкого и гепатобилиарным раком [5]. Пациенты были рандомизированы на две группы – оланзапин ( $n = 58$ ; 2,5 мг в сутки в течение 12 недель) или плацебо ( $n = 54$ ) на фоне проведения химиотерапии. Первичной конечной точкой стал набор веса более, чем на 5% и улучшение аппетита по данным визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) и результатам опросника FААСТ АСS. Вторичными конечными точками были изменение нутритивного статуса, качества жизни и токсичности химиотерапии. В группе оланзапина большая часть пациентов продемонстрировала увеличение веса на 5% и более (35 из 58 [60%] против 5 из 54 [9%],  $P < 0.001$ ) и улучшение аппетита по данным ВАШ (25 из 58 [43%] против 7 из 54 [13%],  $P < 0.001$ ) и результатам опросника FААСТ АСS (13 из 58 [22%] против 2 из 54 [4%],  $P = 0.004$ ). В исследуемой группе также было продемонстрировано улучшение качества жизни, нутритивного статуса и снижение частоты осложнений проводимой химиотерапии.

В свою очередь, в мета-анализе Ashlynn Brag и соавт. оланзапин не продемонстрировал значимых преимуществ в стимуляции набора массы тела при сравнении с понсегроабом и анаморелином [6]. Однако, авторы выделили его в качестве наиболее предпочтительного агента для коррекции САК, за счет не только стимуляции набора массы тела, но и улучшения качества жизни по данным шкалы АСS опросника качества жизни FААСТ.

Эффективность оланзапина при САК может быть связана не только с его антидофаминергической и антисеротониновой активностью, подавляющей тошноту, но и с модуляцией цитокинового каскада (влияние на IL-1 $\beta$ , TNF- $\alpha$ ), а также со стимуляцией грелина и нейропептида Y, ответственных за регуляцию аппетита [7]. Это делает его уникальным препаратом, потенциально блокирующим многофакторный патогенез кахексии.

Мы предположили, что низкие дозы оланзапина при пролонгированном применении у больных на фоне предоперационного блока химиотерапии могут не только профилактировать анорексию, но и улучшать качество жизни и снижать выраженность нежелательных явлений химиотерапии.

## Материалы и методы

В проспективное одноцентровое исследование включали пациентов старше 18 лет в удовлетворительном общем соматическом состоянии (ECOG  $\leq 2$ ), с локализованным или местно-распространенным раком желудка и диссеминированным раком яичников. План лечения включал проведение предоперационной/неоадьювантной химиотерапии с последующим хирургическим лечением. Выбор нозологий был обусловлен наличием высоких рисков развития анорексии и кахексии. Пациенты имели возможность принимать пищу и лекарственные препараты внутрь. Критериями невключения в исследование были прием нейролептиков, антидепрессантов, в том числе оланзапина, длительностью более 4 дней по прочим показаниям, прием системных кортикостероидов длительностью более 7 дней за последние 4 недели.

До начала лечения и по завершении 3–4 курсов предоперационного лечения оценивали общее состояние по шкале ECOG, антропометрические показатели (измерение роста, веса, индекса массы тела, площади поверхности тела). Нежелательные явления оценивали перед каждым курсом химиотерапии, осложнения хирургического лечения – в течение 30 дней после оперативного лечения.

Экспериментальная группа получала низкие дозы оланзапина (2,5 мг внутрь на ночь) ежедневно до хирургического лечения с сохранением своих пищевых привычек. В группе контроля дополнительных медикаментов не назначали, пациенты придерживались своих пищевых привычек. В обеих группах по показаниям были возможны нутритивная поддержка и применение оланзапина в качестве компонента антиэметической терапии. В экспериментальной группе с этой целью допускалась эскалация дозы оланзапина до стандартной (5 мг) в дни 1–4 курса химиотерапии. В группе контроля в режиме антиэметической терапии оланзапин назначали в дозе 5 мг внутрь в дни 1–4 курса. Оценка антропометрических показателей (роста, веса, индекса массы тела, площади поверхности тела) проводилась до начала химиотерапии и после 3–4 курсов. Для оценки качества жизни использовался опросник EORTC-QLQ.

Первичной конечной точкой исследования была доля пациентов со снижением массы тела не более, чем на 5% на фоне химиотерапии. Данная конечная точка выбрана на основании критериев международного консенсуса по диагностике и классификации кахексии, ассоциированной со злокачественными опухолями [8]. В соответствии с ним,

утвержденным диагностическим критерием кахексии является потеря массы тела более 5% от исходной. Кроме того, незначительная потеря массы тела (менее 5%) на фоне проведения химиотерапии, может быть, вызвала регрессом асцита или плеврита и расцениваться как эффект лечения. В данной статье представлены только результаты оценки динамики массы тела, частоты и выраженности осложнений лечения.

## Результаты

Из 50 больных, к настоящему времени включенных в исследование, оценке подлежали 30, получившие предоперационный блок химиотерапии и хирургическое лечение. Характеристика представлена в *таблице 1*. Данные проанализированы для первых 3–4 курсов химиотерапии, согласно нозологии и допустимым отклонениям от плана инициальной терапии. Так, 4 курса предоперационного лечения было проведено всем больным раком желудка и 6 из 14 раком яичников.

Снижение массы тела на фоне предоперационной химиотерапии было у 47% (7 из 15) пациентов в группе оланзапина и 60% (9 из 15) в группе контроля. Снижение не более, чем на 5%, было у 85% (6 из 7) в группе оланзапина и 33% (3 из 9) в контрольной, соответственно ( $p > 0,05$ ). В свою очередь, увеличение массы тела было у 47% (7 из 15) в группе оланзапина и только у 20% (3 из 15) в группе контроля. Из них набор массы более, чем на 5%, был у 28% (2 из 7) и 0% в экспериментальной и контрольной группах, соответственно (*рис. 1*).

Снижение относительной дозовой интенсивности (ОДИ) режимов химиотерапии менее 85% вследствие развития нежелательных явлений было у 13% (2 из 15) в группе оланзапина и у 26,7% (4 из 15) в группе контроля ( $p > 0,05$ ). Исходная редукция доз химиотерапии до ОДИ 75% была у одного пациента в группе оланзапина и у 5 в группе контроля. Повышение ОДИ до 100% удалось достичь у 1 в группе оланзапина (100%) и у 3 из 5 больных в контрольной группе (60%) (*табл. 2*). Один пациент в контрольной группе не завершил весь объем запланированного блока предоперационной химиотерапии из-за непереносимой токсичности.

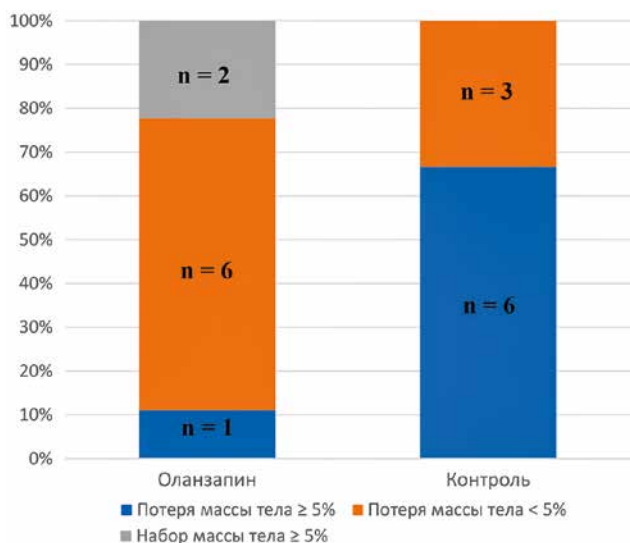


Рисунок 1. Динамика клинически значимого изменения массы тела на фоне предоперационной химиотерапии, n – количество пациентов

Таблица 1  
Исходная характеристика пациентов

	Группа оланзапина (n=15)	Группа контроля (n=15)
Пол		
Мужчины	5	5
Женщины	10	10
Возраст		
< 50 лет	3	5
≥ 50 лет	12	10
ЕКОГ		
0–1	14	12
2	1	3
Нозология		
Рак яичников	9	5
Рак желудка	6	10
Нутритивный статус		
< 3 баллов	10	8
≥ 3 баллов	5	7
Схема лекарственной терапии		
ТС 3w	8	0
ТС 1w	1	5
FLOT	4	10
mFOLFOX	2	0
Применение оланзапина в дозе 5 мг в качестве антиэметика	4	2
Нутритивная поддержка	2	3

Примечание. ТС 3w – паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день + карбоплатин АUC 6 в/в в 1-й день каждые 3 недели; ТС 1w – паклитаксел 60 мг/м<sup>2</sup> в/в еженедельно + карбоплатин АUC 2 в/в еженедельно; FLOT – доцетаксел 50 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день + оксалиплатин 85 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день + кальция фолинат 200 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день + 5-фторурацил 2600 мг/м<sup>2</sup> в/в инфузия 24 часа каждые 2 недели; mFOLFOX – оксалиплатин 85 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день + кальция фолинат 400 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день + 5-фторурацил 400 мг/м<sup>2</sup> в/в струйно в 1-й день + 2400 мг/м<sup>2</sup> в/в инфузия 46–48 часов каждые 2 недели.

Нежелательные явления 3 и 4 степени тяжести были у 7 в группе оланзапина и у 5 в группе контроля. После проведения первого курса химиотерапии тошнота 1 и 2 степени выраженности была у 8 больных (53%) в группе оланзапина и у 5 (33%) в контрольной группе. Рвота 1 степени после первого курса была у 4 пациентов (27%) в группе оланзапина и отсутствовала в группе контроля.

Таблица 2  
Динамика массы тела, ОДИ и частота нежелательных явлений на фоне предоперационной химиотерапии, частота послеоперационных осложнений

	Группа оланзапина (n=15)	Группа контроля (n=15)
<b>Изменение массы тела</b>		
Потеря массы тела ≥ 5%	1/7	6/9
Потеря массы тела < 5%	6/7	3/9
Набор массы тела ≥ 5%	2	0
<b>Динамика ОДИ на фоне лечения</b>		
Редукция ОДИ до 75%	2	4
Эскалация ОДИ до 100% при исходно редуцированных дозах	1/1	3/5
<b>НЯ 3–4 степени</b>		
Нейтропения	7	3
Тромбоцитопения	0	1
Диарея	0	1
Послеоперационные осложнения	2	7

Примечание. ОДИ – относительная дозовая интенсивность; НЯ – нежелательные явления.

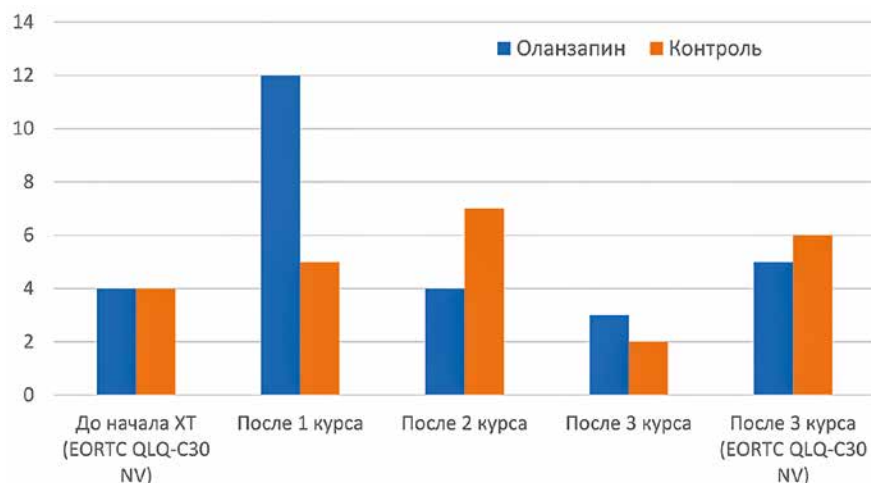


Рисунок 2. Частота развития тошноты и рвоты всех степеней тяжести на фоне предоперационной химиотерапии

После 3-го курса химиотерапии тошнота 1–2 степени была у 3 (20%) в группе оланзапина и у 2 (13%) в контрольной. Однако, по данным опросника EORTC QLQ-C30 5 пациентов (33%) в группе оланзапина и 6 (40%) в контроле отметили тошноту или рвоту после 3 курса химиотерапии (по данным оценки согласно объединенной шкалы симптома «Тошнота и рвота») (рис. 2).

В группе оланзапина был один случай ксеростомии (1 ст.), один эпизод головокружения при вертикализации (1 ст.), что не потребовало отмены препарата.

У 13% (2 из 15) пациентов в группе оланзапина и у 46,7% (7 из 15) в группе контроля отмечено развитие послеоперационных осложнений в первые 30 суток после хирургического лечения ( $p > 0,05$ ).

Ограничения исследования. В связи с текущим размером выборки ( $n=30$ ) и преобладающим описательным характером промежуточного анализа представленные результаты являются наблюдаемыми тенденциями.

## Обсуждение

Настоящее исследование представляет собой предварительные результаты оценки роли пролонгированного приема низких доз оланзапина в профилактике синдрома анорексии-кахексии на фоне неoadъювантной химиотерапии высокой степени эметогенности по поводу рака желудка и яичников.

Основной задачей было предотвращение клинически значимой потери массы тела ( $\geq 5\%$ ), которая является одним из ключевых факторов ухудшения прогноза онкологического заболевания [4]. По нашим данным доля пациентов со снижением массы тела в пределах пороговых 5% в группе оланзапина составила 85%, а в контрольной – 33% с разницей более, чем в 2,5 раза. Таким образом, клинически значимая потеря массы тела была значительно реже у получавших пролонгированный прием оланзапина.

Помимо влияния на нутритивный статус, нами отмечены позитивные тенденции в отношении безопасности лечения. Выявлено снижение частоты послеоперационных осложнений (13% vs 46,7% в группе контроля) и случаев снижения ОДИ в группе оланзапина (13% vs 26,7% соответственно).

В нашем исследовании в группе оланзапина была более высокая частота нейтропении 3–4 ст. (46,7% vs 20%) по сравнению с группой контроля, что может быть связано с преобладанием в экспериментальной группе пациентов, получающих трехнедельный режим химиотерапии ТС (паклитаксел + карбоплатин), не предусматривающий рутинное назначение ГКСФ. Кроме того, возможной причиной частоты гематологической токсичности могло стать большее количество курсов, проведенных с соблюдением режима дозирования химиопрепаратов. По этой же причине, вероятно, частота тошноты

и рвоты при первом курсе химиотерапии была выше в группе оланзапина. Поскольку трехнедельный режим ТС обладает большей эметогенностью, чем еженедельный, применение низких доз оланзапина у таких пациентов требует, по-видимому, «нагрузочной дозы» 5 мг в дни 1–4 первого курса с последующим переходом на 2,5 мг ежедневно.

Эти данные формально противоречат результатам недавнего систематического обзора и мета-анализа Zhang et al. [7], который обобщил данные 8 рандомизированных исследований по применению оланзапина у 1421 онкологического больного, где было показано, что оланзапин значительно снижает общий риск тошноты и рвоты, а также может способствовать снижению частоты других НЯ, связанных с химиотерапией. Авторы заключили, что оланзапин демонстрирует плейотропный положительный эффект, выходящий за рамки антиэметической терапии.

Наши промежуточные данные о динамике характера тошноты (первоначально более высокая частота низких степеней выраженности в группе оланзапина с последующим снижением к поздним курсам) требуют осторожной интерпретации, но могут отражать адаптацию к препарату, или его комплексное влияние на различные медиаторы кахексии и токсичности.

## Заключение

Таким образом, представленные данные позиционируют пролонгированный прием оланзапина в дозе 2,5 мг/сут как перспективную стратегию профилактики значительной потери веса и улучшения переносимости неoadъювантной химиотерапии.

## Список литературы / References

1. Takahashi S, Matsumoto K, Ohba K, Nakano Y, Miyazawa Y, Kawaguchi T. The Incidence and Management of Cancer-Related Anorexia During Treatment with Vascular Endothelial Growth Factor Receptor-Tyrosine Kinase Inhibitors. *Cancer Management and Research*. 2023; (15): 1033–1046. <https://doi.org/10.2147/CMAR.S417238>
2. Ambrus JL, Ambrus CM, Mink IB, Pickren JW. Causes of death in cancer patients. *Journal of Medicine*. 1975; (1): 61–64. PMID:1056415.
3. Arends J, Strasser F, Gonella S, Solheim TS, Madeddu C, Ravasco P, Buonaccorso L, de van der Schueren MAE, Baldwin C, Chasen M, Ripamonti CI. Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *ESMO Open*. 2021; (3): 100092. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100092>.

4. Chen H, Ishihara M, Kazahari H, Ochiai R, Tanzawa S, Honda T, Ichikawa Y, Horita N, Nagai H, Watanabe K, Seki N. Efficacy and safety of pharmacotherapy for cancer cachexia: A systematic review and network meta-analysis. *Cancer Medicine*. 2024; (17): e70166. <https://doi.org/10.1002/cam4.70166>
5. Sandhya L, Devi Sreenivasan N, Goenka L, Dubashi B, Kayal S, Solaiappan M, Govindarajalou R, Kt H, Ganesan P. Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Study of Olanzapine for Chemotherapy-Related Anorexia in Patients With Locally Advanced or Metastatic Gastric, Hepatopancreatobiliary, and Lung Cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2023; (14): 2617–2627. <https://doi.org/10.1200/JCO.22.01997>
6. Brar A, Kim N, Soni P, Shah K, Bajpai J. Efficacy and Safety of Pharmacotherapy in Cancer-Related Anorexia and Cachexia Symptoms: An Updated Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Journal of Clinical Question*. 2025; 2(2): e61 <https://doi.org/10.69854/jcq.2025.0004>
7. Sutherland A, Naessens K, Plugge E, Ware L, Head K, Burton MJ, Wee B. Olanzapine for the prevention and treatment of cancer-related nausea and vomiting in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018; (9): CD012555. <https://doi.org/10.1002/14651858>
8. Fearon K, Strasser F, Anker SD, Bosaeus I, Bruera E, Fainsinger RL, Jatoi A, Loprinzi C, MacDonald N, Mantovani G, Davis M, Muscaritoli M, Ottfery F, Radbruch L, Ravasco P, Walsh D, Wilcock A, Kaasa S, Baracos VE. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *Lancet Oncology*. 2011; (5): 489–495. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(10\)70218-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(10)70218-7)

Статья поступила / Received 30.03.2026  
 Получена после рецензирования / Revised 08.04.2026  
 Принята в печать / Accepted 08.04.2026

#### Сведения об авторах

**Пальчинская Ольга Владимировна**, аспирант отделения противоопухолевой лекарственной терапии № 4 отдела лекарственного лечения научно-исследовательского института клинической онкологии им. академика РАН и ПAMH Н. Н. Трапезникова. E-mail: [kfoli@mail.ru](mailto:kfoli@mail.ru). SPIN: 5844-1531. ORCID: 0000-0001-9354-0388

**Гуторов Сергей Львович**, д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения противоопухолевой лекарственной терапии № 4 отдела лекарственного лечения научно-исследовательского института клинической онкологии им. академика РАН и ПAMH Н. Н. Трапезникова. E-mail: [s1gutorov@gmail.com](mailto:s1gutorov@gmail.com). ORCID: 0000-0001-5912-1155

**Обаревич Екатерина Сергеевна**, врач-онколог отделения противоопухолевой лекарственной терапии № 2 отдела лекарственных методов лечения научно-исследовательского института клинической онкологии им. академика РАН и ПAMH Н. Н. Трапезникова. E-mail: [obarevich@list.ru](mailto:obarevich@list.ru). ORCID: 0000-0001-9885-3922

**Румянцев Алексей Александрович**, к.м.н., зав. отделением противоопухолевой лекарственной терапии № 4 научно-исследовательского института клинической онкологии им. академика РАН и ПAMH Н. Н. Трапезникова. E-mail: [alexeymma@gmail.com](mailto:alexeymma@gmail.com). ORCID 0000-0003-4443-9974

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н. Н. Блохина» Минздрава России, Москва, Россия

**Автор для переписки:** Ольга Владимировна Пальчинская, E-mail: [kfoli@mail.ru](mailto:kfoli@mail.ru)

#### About authors

**Palchinskaia Olga V.**, postgraduate student at Chemotherapy Dept No 4 of Dept of Drug Therapy Methods of academician N. N. Trapeznikov Institute of Clinical Oncology. E-mail: [kfoli@mail.ru](mailto:kfoli@mail.ru). SPIN: 5844-1531. ORCID: 0000-0001-9354-0388

**Gutorov Sergei L.**, Dr Med Sci (habil.), lead research at Chemotherapy Dept No 4 of Dept of Drug Therapy Methods of academician N. N. Trapeznikov Institute of Clinical Oncology. E-mail: [s1gutorov@gmail.com](mailto:s1gutorov@gmail.com). ORCID: 0000-0001-5912-1155

**Obarevich Ekaterina S.**, medical oncologist at Chemotherapy Dept No 2 of Dept of Drug Therapy Methods of academician N. N. Trapeznikov Institute of Clinical Oncology. E-mail: [obarevich@list.ru](mailto:obarevich@list.ru). ORCID: 0000-0001-9885-3922

**Rumyantsev Alexey A.**, PhD Med Sci, head of Chemotherapy Dept No 4 of Dept of Drug Therapy Methods of academician N. N. Trapeznikov Institute of Clinical Oncology. E-mail: [alexeymma@gmail.com](mailto:alexeymma@gmail.com). ORCID 0000-0003-4443-9974

N. N. Blokhin National Medical Investigation Centre of Oncology, Moscow, Russia

**Corresponding author:** Palchinskaia Olga V. E-mail: [kfoli@mail.ru](mailto:kfoli@mail.ru)

**Для цитирования:** Пальчинская О. В., Гуторов С. Л., Обаревич Е. С., Румянцев А. А. Исследование оланзапина в профилактике и лечении синдрома анорексии-кахексии онкологических больных. Промежуточные результаты. *Медицинский алфавит*. 2026; (8): 49–53. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2026-8-49-53>

**For citation:** Palchinskaia O. V., Gutorov S. L., Obarevich E. S., Rumyantsev A. A. Olanzapine in the prevention and treatment of cancer-related anorexia-cachexia syndrome: interim results. *Medical alphabet*. 2026; (8): 49–53. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2026-8-49-53>

