© Р.Ш. Хасанов, С.А. Озол, И.А. Гилязутдинов, И.Г. Гатауллин, И.Ф. Раббаниев, Л.Г. Карпенко, Т.В. Кучумова, В.В. Жаворонков, А.Ф. Ахметзянова, М.С. Кацюба, 2013
УДК 616-006.04-052-082

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Р.Ш. Хасанов[1,4], С.А. Озол[1], И.А. Гилязутдинов[3], И.Г. Гатауллин[1], И.Ф. Раббаниев[1], Л.Г. Карпенко[1], Т.В. Кучумова[2], В.В. Жаворонков[1,4], А.Ф. Ахметзянова[1], М.С. Кацюба[3]

[1] ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ», г. Казань
[2] ГАУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», г. Казань
[3] ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Казань
[4] Приволжский филиал ФГБУ «Российский онкологический научный центр» им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Казань

MODERN PRINCIPLES OF REHABILITATION OF ONCOLOGICAL PATIENTS (LITERATURE REVIEW)

R.Sh. Khasanov[1,4], S.A. Ozol[1], I.A. Gilyazutdinov[3], I.G. Gataullin[1], I.F. Rabbaniev[1], L.G. Karpenko[1], T.V. Kuchumova[2], V.V. Zhavoronkov[1,4], A.F. Akhmetzyanova[1], M.S. Katsyuba[3]

[1] Tatarstan Cancer Center, Kazan
[2] Hospital for War Veterans, Kazan
[3] Kazan State Medical Academy
[4] Volga Region branch of RCRC named after N.N. Blokhin of the RAMS, Kazan

Озол Светлана Альфредовна — кандидат медицинских наук, врач-онколог Республиканского клинического онкологического диспансера МЗ РТ
420029, г. Казань, ул. Сибирский Тракт, д. 29, тел. (843) 525-73-97, e-mail: Sozol2005@mail.ru
Ozol S.A. — RhD, Oncologist of Tatarstan Cancer Center
29 Sibirskiy trakt St., Kazan, Russian Federation, 420029, tel. (843) 525-73-97, e-mail: Sozol2005@mail.ru

Реферат. Традиционно считалось, что при онкологических заболеваниях абсолютно противопоказано: применение преформированных физических факторов, санаторно-курортное лечение, заместительная гормональная терапия и фитотерапия. Выявленное отсутствие отрицательного влияния физических факторов, санаторно-курортного лечения, заместительной гормонотерапии (назначенной строго по показаниям и с учетом всех противопоказаний), фитотерапии на течение основного процесса у онкологических больных позволяет вопреки установившимся традициям пересмотреть подходы к использованию вышеупомянутых методов реабилитации и поставить их на службу онкологии, развенчав мифы об абсолютном их противопоказании при лечении пациентов со злокачественными новообразованиями. Актуально создание фитоцентров. С учетом новейших исследований целесообразно в первый этап оказания реабилитационной помощи онкологическим больным включить «пререабилитацию».
Ключевые слова: медицинская реабилитация, реабилитация онкологических больных, «пререабилитация», физиотерапия, санаторно-курортное лечение, заместительная гормональная терапия, фитотерапия.

Abstract. Traditionally it was considered, that application of the physiotherapy, sanatorium treatment, replacable hormonal therapy and phytotherapy is absolutely contraindicated in oncological diseases. The revealed lack of negative influence of physical factors, sanatorium treatment, replaceable hormonal therapy(appointed strictly according to indications and taking into account all contraindications), phytotherapy on the course of the main process in oncological patients allows in contrary to the established traditions to reconsider approaches to application of above-mentioned methods of rehabilitation and to place them at oncology service, discrediting myths about their absolute contraindication in treatment of patients with malignant new growths. Creation of the phytocenters is actual. Taking into account the latest researches, it is expedient to include «prereabilitation» into the first stage of rendering the rehabilitation help to the oncological patients.
Key words: medical rehabilitation, rehabilitation of oncological patients, «prehabilitation», physiotherapy, sanatorium treatment, replacable hormonal therapy, phytotherapy.

Введение

Обширное хирургическое вмешательство, лучевая, цитостатическая и гормональная терапия, используемые в онкологической практике, приводят к возникновению серьезных нарушений различных функций организма, снижающих трудоспособность и изменяющих социальный статус больных. Первоочередную роль в оптимальном приближении больного к нормальным социальным и физиологическим условиям жизни играет медицинская реабилитация [5].

Медицинская реабилитация — комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество [19].

ВОЗ определяет реабилитацию как «комбинированное и координированное применение медицинских, психологических, социальных, педагогических и профессиональных мероприятий с целью подготовки и переподготовки (переквалификации) индивидуума на оптимум его трудоспособности» [2].

В самых свежих публикациях упоминается термин «пререабилитация» (prehabilitation) [30]. Пререабилитация — это процесс непрерывного оказания помощи в интервале между моментом диагностики онкологического заболевания и началом лечения. Пререабилитация включает в себя определение физических и физиологических параметров, базального уровня функциональных возможностей, диагностику повреждений и определяет целевые вмешательства, улучшающие здоровье пациента с целью снижения вероятности тяжелых осложнений в настоящий момент и в будущем.

Новые исследования показали, что мультимодальный подход, сочетающий и физическую, и физиологическую пререабилитацию, более эффективен, чем унимодальный, адресованный только к какому-либо одному виду пререабилитации.

До недавнего времени существовали различные мнения в отношении применения некоторых видов лечения и реабилитации онкологических больных.

Физиотерапия

Традиционно считалось, что при онкологических заболеваниях абсолютно противопоказано применение преформированных физических факторов; онкология и физиотерапия всегда были несовместимыми областями медицины [1]. Но в последние годы резко возрос интерес к возможностям физиотерапии в онкологии. Первые шаги к сближению сделали онкологи, что объясняется их постоянным поиском новых видов лечения злокачественных опухолей, желанием повысить эффективность противоопухолевого лечения и уменьшить возникающие осложнения, продлить жизнь больных.

Т.И. Грушина на основании анализа существующих литературных данных выбрала физические факторы, возможные для использования в реабилитации онкологических больных; показала не только их непосредственные результаты восстановления утраченных вследствие противоопухолевой терапии функций организма, но и их безопасность [1].

В настоящее время физиотерапевтические методы широко используются в комплексной системе реабилитационных мероприятий больных раком тела и шейки матки [1, 5, 13], молочной железы [3, 14, 32], раком желудка [5], прямой кишки [5], гортани [5], легких [25, 17], пациентов с опухолями костей [5], онкобольных, перенесших химио- и лучевую терапию [5, 12, 22, 7], детей с онкозаболеваниями [23, 16]. Так, одним из осложнений позднего, в частности оперативного, лечения онкогинекологических больных, в значительной степени влияющим на качество жизни, является нарушение мочеиспускания.

Под нашим наблюдением находились 36 больных в возрасте от 27 до 55 лет, прооперированных по поводу рака шейки матки. 1-ю группу (контрольную) составили 18 больных, получавших стандартную терапию. 2-ю группу (основную) составили 18 больных, которые на фоне стандартной терапии получали общую магнитотерапию и электростимуляцию мочевого пузыря. Общую магнитотерапию проводили с помощью аппарата «Магнитотурботрон-Люкс» (г. Нижний Новгород) частотой 100 Гц, интенсивностью магнитной индукции 1-2 мТл, время проведения процедуры — 10-30 мин., количество процедур — 12. Электростимуляцию мочевого пузыря проводили с помощью аппарата Cefar

rehab (Швейцария) по поперечной методике с частотой 2 Гц, продолжительностью импульса 20 мс; время проведения процедуры — 8-15 мин., количество ежедневных процедур — 10. Для оценки эффективности лечения были использованы опросники ICIQ-SF(3+4+5) по влиянию недержания мочи на качество жизни, клинические и функциональные методы исследования. После проведенной терапии у больных 1-й группы (контрольной) дизурические расстройства в форме не удержания мочи сохранялись у 10 (55,6%); у больных 2-й группы (основной) дизурические расстройства сохранялись у 6 (33,3%) [5]. Таким образом, общая магнитотерапия и электростимуляция мочевого пузыря способствуют восстановлению нарушений мочеиспускания и повышению качества жизни у 66,7% больных, прооперированных по поводу рака шейки матки [18].

Реабилитация больных раком молочной железы включает в себя различные виды массажа, выполняемые с помощью специальных механических приспособлений (ритмический пневмомассаж, система прерывистой пневматической компрессии «Лимфа-Э», «аквавиброн» — вибромассаж) [14].

В систему реабилитационных мероприятий больных раком прямой кишки включены электростимуляция мочевого пузыря и кишечника, промежности и сфинктеров прямой кишки [5].

Санаторно-курортное лечение

Курортные лечебные факторы оказывают мощное биологическое действие практически на все системы и органы человека. Поэтому традиционно бытовало мнение, что при онкологических заболеваниях абсолютно противопоказано применение курортных факторов, так как многие из них: лечебные грязи, озокерит, горячие ванны и души, минеральные ванны, гелиотерапия — могут стимулировать рост злокачественных опухолей и способствовать прогрессированию или рецидивированию онкологического заболевания [17].

Санаторно-курортное лечение, несомненно, является положительным фактором в восстановительном лечении лиц, получивших специальную терапию по поводу различных заболеваний. Целесообразность и высокая эффективность санаторно-курортного лечения не вызывают сомнения. Однако до сих пор бытует представление об опасности этого вида реабилитации для больных, перенесших радикальную терапию по поводу злокачественных опухолей.

В инструкции по отбору на санаторно-курортное лечение среди общих противопоказаний, исключающих направление больных на курорты и в местные санатории, значатся злокачественные новообразования. Врачебно-контрольные комиссии поликлиник, как правило, отказывают в заполнении санаторно-курортных карт лицам, получившим радикальное лечение по поводу злокачественных опухолей любой локализации.

Однако такие санаторно-курортные факторы, как климатотерапия, питьевое лечение минеральными водами, индифферентные изотермические ванны, занятия в водоемах и бассейнах, способствуют улучшению общего состояния больных, восстановлению нарушенных функциональных показателей, повышению работоспособности и, соответственно, повышению качества жизни данной группы больных [5]. Санаторно-курортное лечение оказывает большое влияние и на психоэмоциональное состояние онкологических больных: пациенты, попадая в обстановку санаторно-курортного учреждения, перестают фиксировать свои соматические ощущения, и, вовлекаясь в ритм курортного распорядка, выходят из тяжелой стрессовой ситуации, связанной как с самим онкологическим заболеванием, так и с последствиями его радикального лечения [6]. В литературе имеются данные о благоприятном воздействии санаторно-курортного лечения на психическое состояние онкологических больных [5, 9, 8]. По-видимому, в механизме лечебного действия природных и преформированных физических факторов существенную роль играет ряд факторов: улучшение регулирующих механизмов ЦНС и эндокринной системы, выраженный седативный эффект, влияние на возбудимость и проводимость периферических нервов, изменение рецепторной чувствительности, снижение активности симпатического отдела вегетативной нервной системы, сосудорасширяющее, иммуномодулирующее действие, улучшение гемодинамики, микроциркуляции, что способствует не только улучшению общего состояния и восстановлению нарушенных показателей, но и психологической адаптации больных [17]. Оптимальным вариантом коррекции постгастрорезекционных и постгастрэктомических осложнений является санаторно-курортная реабилитация больных на курортах местного значения с применением методов диетотерапии, бальнеолечения, климатотерапии, витаминотерапии, питьевых минеральных вод, медикаментозной и немедикаментозной терапии, физических факторов (массаж и лечебная физкультура) [13].

Значительное увеличение числа детей, перенесших острый лимфобластный лейкоз, обусловили необходимость их реабилитации, связанной с отрицательными эффектами собственно системного патологического процесса и продолжительной полихимиотерапии, оказывающих повреждающее действие на основные функциональные системы организма. Авторами проанализирован многолетний опыт реабилитации 300 детей с острым лейкозом в стадии клинико-лабораторной ремиссии на Евпаторийском курорте [16]. Санаторный лечебный комплекс включал щадящее климатолечение, бальнеопроцедуры, питьевые минеральные воды, низкочастотную физиотерапию, психологическую коррекцию, ароматерапию, УГГ и ЛФК. В процессе лечения отмечено снижение частоты субъективных жалоб, улучшение общего самочувствия, активности, минимизация психологического дискомфорта, сопровождающееся улучшением показателей иммунной регуляции, гормонального зеркала, биохимических показателей, психологического статуса, вегетативной регуляции. Наиболее благоприятными сезонами для лечения онкогематологической группы больных являются весна и осень. Таким образом, санаторно-курортный этап реабилитации детей с онкогематологическими заболеваниями в стадии клинико-лабораторной ремиссии является оправданным, о чем свидетельствуют результаты многолетних наблюдений и катамнеза [10].

Заместительная гормональная терапия (ЗГТ)

Если 10 лет назад опухоли любой локализации являлись противопоказанием для назначения ЗГТ, то в последнее время отмечается эволюция показаний и противопоказаний для применения ЗГТ. Так, абсолютным противопоказанием для ЗГТ в настоящий момент является рак молочной железы и рак гениталий, диагностированный, но не леченный, в то время как рак молочной железы, яичников и тела матки в анамнезе относится к группе относительных противопоказаний [17]. В исследовании (2001), включавшем 249 женщин, больных раком тела матки I, II и III стадий, пациентки были разделены на 2 группы. Основную составили 130 женщин, которым проводилась ЗГТ (в 51% случаев эстрогенами, в 49% — комбинацией эстрогенов и прогестагенов), контрольную — 119 женщин, которые не получали ЗГТ. Исследователями не было получено достоверных данных о различии уровня общей выживаемости и частоты рецидивирования. Однако при анализе случаев рецидива заболевания у пациенток основной группы безрецидивный интервал был достоверно больше, чем в контрольной [31].

Рак шейки матки не является гормонозависимым. В связи с этим использование ЗГТ у пациенток, получивших лечение по поводу РШМ, видится перспективным. При применении ЗГТ после завершения противоопухолевого лечения по поводу РШМ Ia-IIb стадий не отмечено ни одного рецидива заболевания в течение 1-7 лет с момента начала ЗГТ. При этом практически полностью купировались климактерические симптомы, отмечалось повышение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) [4, 5]. Отмечено, что у пациенток с сохраненной маткой при выборе вида ЗГТ рекомендуется комбинированная терапия эстрогенами и прогестагенами, в то время как у пациенток после гистерэктомии рекомендуется использование ЗГТ эстрогенами [29]. Е.А. Ульрих (2008) упоминает, что в комплексной реабилитации молодых пациенток с явлениями хирургической менопаузы после радикального лечения по поводу рака шейки матки целесообразна эстрогензаместительная гормональная терапия, по поводу рака тела матки — комбинированная заместительная гормональная терапия [20]. В ходе крупномасштабного рандомизированного клинического исследования «Инициатива во имя здоровья женщин» (Women's Health Initiative (WHI) у женщин в постменопаузе, получавших комбинированный режим ЗГТ, обнаружено снижение риска колоректального рака, наиболее значимое в группе женщин более старшего возраста [4]. А.Ф. Урманчеева и соавт. (2001) пишет о возможности не только широкого применения ЗГТ в общей женской популяции, но и в реабилитации части онкологических больных после их излечения при проведении тщательного динамического наблюдения [21].

Фитотерапия

Сегодня было бы некорректным как преувеличивать, так и принижать значение многих лекарственных растений в профилактике и лечении злокачественных образований. Вместе с тем научная медицина часто стремится дистанцироваться от фитотерапии и методов народной медицины в онкологии, зачастую попросту критикуя такие подходы. Официальная медицина имеет в своем арсенале много средств лечения злокачественных опухолей, в которых ведущую роль играют достаточно жесткие методы химиотерапии и лучевой терапии.

При участии и помощи Московского онкологического научно-исследовательского института им. А.П. Герцена и научно-практического объединения «Алтайский онкологический центр» были разработаны сухие брикетированные реабилитационные фитосборы «Алфит-1», «Алфит-2» (иммуномодулирующие). Фитосборы являются дополнительным общеукрепляющим компонентом в лечении онкобольных практически на всех его этапах [11].

Фитотерапия также применяется для коррекции менопаузального синдрома у онкогинекологических больных. Отмечается фитогормональное действие цимицифуги. Большинство исследователей отмечают, что цимицифуга не имеет эстрогенной активности и является безопасным средством для терапии климактерия [24, 26, 27]. Для ослабления побочных действий химиолучевой терапии целесообразно применять адаптогены; корни, листья, семена лопуха. При лечении онкологических заболеваний препараты лопуха чаще используются в виде натурального сока, консервированного медом и спиртом [22]. С.В. Корепанов (2011) считает целесообразным создание фитоцентров, где в содружестве работают прошедшие специальную подготовку врачи, провизоры, ботаники и больной может получить реальную помощь от лечения травами [11].

Заключение

Анализ большого количества клинических наблюдений и научно-следовательских работ дает возможность предложить практическому здравоохранению те методы реабилитации онкобольных, которые до недавнего времени были противопоказаны. Выявленное отсутствие отрицательного влияния физических факторов, санаторно-курортного лечения, заместительной гормонотерапии (назначенной строго по показаниям и с учетом всех противопоказаний) и фитотерапии на течение основного процесса у онкологических больных позволяет вопреки установившимся традициям пересмотреть подходы к использованию вышеупомянутых методов реабилитации и поставить их на службу онкологии, развенчав мифы об абсолютном их противопоказании при лечении пациентов со злокачественными новообразованиями. Более того, в свете последних тенденций реабилитация онкологических больных выходит на новый виток развития.

Оказание реабилитационной помощи онкологическим больным с учетом Приказа МЗ РФ «О порядке организации медицинской реабилитации» № 1705н от 29 декабря 2012 г. [19] включает в себя стационарный и амбулаторно-поликлинический этапы, а также санаторно-курортное лечение. На каждом из этих этапов можно использовать преформированные физические факторы, фитотерапию и в ряде случаев ЗГТ.

Необходимо вести работу по обеспечению большей доступности санаторно-курортного лечения для онкологических больных. Целесообразным является направление онкобольных в местные санатории, так как при этом больной не меняет климата, у него минимальные дорожные расходы, родные и близкие могут его часто навещать. Это создает психологический комфорт. Сотрудничество с местными санаториями отвечает принципам обоснованности, этапности, непрерывности, преемственности реабилитационных мероприятий между медицинскими и санаторно-курортными организациями.

Актуально создание фитоцентров, где в содружестве работают прошедшие специальную подготовку врачи, провизоры, ботаники и больной может получить реальную помощь в лечении травами [11].

С учетом новейших исследований [30] целесообразно в первый этап оказания реабилитационной помощи онкологическим больным включить «пререабилитацию» (prehabilitation) [30] — процесс непрерывного оказания помощи в интервале между моментом диагностики онкологического заболевания и началом лечения.

Литература

1. Ашрафян Л. А. Опухоли репродуктивных органов (этиология и патогенез). — М., 2007. — 210 с.
2. Медицинская реабилитация. Книга 1 / под ред. академика РАМН В.М. Боголюбова. — М.: БИНОМ, 2010. — 416 с.
3. Бурмистрова С.А. Опыт использования комплексной программы реабилитации в лечении постмастэктомического отека верхней конечности: тезисы / С.А. Бурмистрова, Т.А. Сивохина, Т.Г. Золотарева, А.В. Яшков // Материалы 8-го всероссийского съезда онкологов. — Вопросы онкологии. — 2013. — Т. 59, № 3. — С. 1199—1200.
4. Ведение женщин в пери- и постменопаузе: практические рекомендации / ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий» // Российская ассоциация по менопаузе. — Ярославль: Литера, 2010. — 221 с.

5. Грушина Т.И. Реабилитация в онкологии: физиотерапия. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 240 с.
6. Грушина Т.И. Санаторно-курортное лечение в комплексе реабилитационных мероприятий у больных раком молочной железы / Т.И. Грушина, Е.Е. Миронова // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. — 2003. — № 4. — С. 34—38.
7. Должикова Э.М. Реабилитация кожи больных после химио- и радиотерапии / Э.М. Должикова, Е.А. Шугинина, Н.И. Бужинская // Материалы международного конгресса «Реабилитация и санаторно-курортное лечение 2012». — Москва, 2012. — С. 42.
8. Естенкова М.Г. К вопросу санаторно-курортного лечения больных, имеющих онкологические заболевания: тезисы / М.Г. Естенкова, А.Н. Елизаров // Материалы международного конгресса «Реабилитация и санаторно-курортное лечение 2013». — Москва, 2013. — С. 34.
9. Зырянов Б.Н., Артюшенко Ю.В. Санаторно-курортное лечение онкологических больных после радикальных операций. — Томск, 1992. — 124 с.
10. Каладзе Н.Н. Многолетний опыт реабилитации детей с онкогематологическими заболеваниями на Евпаторийском курорте / Н.Н. Каладзе, М.А. Хан, И.В. Кармазина, Е.М. Мельцева // Материалы международного конгресса «Реабилитация и санаторно-курортное лечение 2012». — Москва, 2012. — С. 51-52.
11. Корепанов С.В. Растения в профилактике и лечении рака. — Барнаул: ИД «Барнаул», 2011. — 160 с.
12. Кузьмина Е.Г. Лазеропунктура в лечении вторичных (лучевых) отеков: тезисы / Е. Г. Кузьмина, А.А. Дегтярева // Материалы 8-го всероссийского съезда онкологов // Вопросы онкологии. — 2013. — Т. 59, № 3. — С. 1218—1219.
13. Лапшова С.В. Оптимизация комплексного восстановительного лечения больных после радикальных операций по поводу рака желудка: автореф. дис. … канд. мед. наук. — Уфа, 2002. — 18 с.
14. Мика К. Реабилитация после удаления молочной железы. — М.: Мед. лит, 2008. — 144 с.
15. Миорова А.Б. Интерференцтерапия в комплексном лечении климактерических расстройств у женщин в периоде перименопаузы: тезисы / А.Б. Миорова, А.Х. Гайдарова, Л.С. Алисултанова, Н.В. Котенко, Н.А. Деревнина, А.С. Бобкова, О.А. Роган, Д.Б. Кульчицкая, Т.С. Солодовникова, Л.Ю. Тарасова, А. Гарасько // Материалы международного конгресса «Реабилитация и санаторно-курортное лечение 2012». — Москва, 2012. — С. 67—68.
16. Мирошкин Р.Б. Комплексный подход к реабилитации семей с детьми, имеющими онкозаболевание, в санатории в санатории «Русское поле» (Г. Чехов): тезисы / Р.Б. Мирошкин, А.В. Скрипкин, Ю.Н. Федоров, Е.В. Фисун // Материалы международного конгресса «Реабилитация и санаторно-курортное лечение 2012». — Москва, 2012. — С. 68—69.
17. Молчанов С.В. Менопаузальный синдром и его коррекция у онкогинекологических больных / С.В. Молчанов, Л.А. Коломиец, Л.А. Гриднева // Сибирский онкологический журнал. — 2009. — № 2. — С. 86—90.
18. Озол С.А. Опыт реабилитации больных раком шейки матки с нарушениями функции мочевого пузыря после проведенного радикального лечения: тезисы / С.А. Озол, Р.А. Бодрова, Т.В. Кучумова, И.А. Гилязутдинов, Р.Ш. Хасанов, А.В. Панов // Материалы международного конгресса «Реабилитация и санаторно-курортное лечение 2012». — Москва, 2012. — С. 73.
19. Приказ МЗ РФ «О порядке организации медицинской реабилитации», № 1705н от 29 декабря 2012 г.
20. Ульрих Е.А. Качество жизни больных злокачественными эпителиальными опухолями матки после радикального лечения: автореф. дис. … д-ра мед. наук / Е.А. Ульрих. — Санкт-Петербург, 2008. — 45 с.
21. Урманчеева А.Ф. Бурнина М.М., Ульрих Е.А. Онкологические проблемы заместительной менопаузальной гормонотерапии / Лекции по фундаментальной и клинической онкологии/ под ред. В.М. Моисеенко, А.Ф. Урманчеевой, К.П. Хансона. — Санкт-Петербург: Издательство Н-Л, 2004. —704 с.
22. Филоненко Е.В. Низкоинтенсивная лазерная терапия сопровождения в профилактике лучевых реакций у онкогинекологических больных: тезисы / Е.В. Филоненко, Л.В. Демидова, А.В. Бойко, А.Н. Урлова // Материалы 8-го всероссийского съезда онкологов // Вопросы онкологии. — 2013. — Т. 59, № 3. — С. 1232.
23. Цейтлин Г.Я. Принципы оказания реабилитационной помощи детям с онкологическими заболеваниями: тезисы / Г.Я. Цейтлин, А.Г. Румянцев // Материалы международного конгресса «Реабилитация и санаторно-курортное лечение 2013». — Москва, 2013. — С. 108—109.
24. Bodinet C. Influence of marketed herbal menopause preparations on MCF-7 cell proliferation / C. Bodinet, J. Freudenstein // Menopause. — 2004. — Vol. 11. — P. 281—28.

25. Cesario A. Post-operative respiratory rehabilitation after lung resection for non-small cell lung cancer / A. Cesario, L. Ferri, D. Galetta et al. // Lung Cancer. — 2007. — Vol. 57. — P. 175—180.
26. Huntley A. A systematic review of the safety of black Cohosh / A. Huntley, E. Ernst // Menopause. — 2003. — Vol. 10. — P. 58—64.
27. Lupu R. Black cohosh, a menopausal remedy, does not have estrogenic activity and does not promote breastcancer cell growth / R. Lupu, I. Mehmi, E. Atlas et al. // Intern. J. Oncol. — 2003. — Vol. 23. — P. 1407—1412.
28. Pothuri B. Development of endometrial cancer after radiation treatment for cervical carcinoma / B. Pothuri, L. Ramodetta, M. Marino et al. // Obst. Gynecol. 2003. — Vol. 101. — P. 941—945.
29. Rees M. Gynaecological oncology perspective on management of the menopause // J. Cancer Surg. — 2006. — Vol. 32. — P. 892—897.
30. Silver J.K. Cancer pehabilitation: an opportunity to decrease treatment-related morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes / J.K. Silver, J. Baima // Am J. Phys. Med. Rehabil. — 2013. — Vol. 92(8). — P. 715—727.
31. Suriano K.A. Estrogen replacement therapy in endometrial cancer patients: a matched control study / K.A. Suriano, M. McHale, C.E. McLaren et al // Obst. Gynecol. — 2001. — Vol. 97. — P. 955—960.
32. Uzkeser H. Efficacy of manual lymphatic drainage and intermittent pneumatic compression pump use in the treatment of lymphedema after mastectomy: a randomized controlled trial / H. Uzkeser, S. Karatay, B. Erdemci, M. Koc, K. Senel // Breast Cancer. — 2013. — Vol. 8. — P. 145—148.
33. Vanderthommen M. Electrical stimulation as a modality to improve performance of the neuromuscular system / M. Vanderthommen, J. Duchateau // Exerc Sport Sci Rev. — 2007. — Vol. 35. — P. 180—185.