

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОВРЕМЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ (клиническая лекция)

И. А. Буренина

*Кафедра реабилитологии и спортивной медицины КГМА, Казань, Россия
Клинический госпиталь МСЧ МВД по РТ, Казань, Россия*

Реферат. Целью данной статьи является ознакомление лечащих врачей различных специальностей с понятием реабилитации, целью и задачами, стоящими перед реабилитацией, а также с основными направлениями (асpekтами) и принципами медицинской реабилитации.

Ключевые слова: реабилитация, восстановительная медицина, медико-социальная реабилитация, индивидуальная программа реабилитации.

METHODOLOGICAL BASIS OF CONTEMPORARY REHABILITATION (clinical lecture)

I. A. Bourenina

*Department of Rehabilitology and Sports Medicine of Kazan State Medical Academy, Kazan, Russia
Clinical Hospital of Medico-Sanitary Department of Ministry of Internal Affairs of Republic of Tatarstan, Kazan, Russia*

Abstract. The aim of this article is to acquaint attending physicians of different specialties with the meaning of rehabilitation, its aim and tasks and also with the main directions (aspects) and principles of medical rehabilitation.

Key words: rehabilitation, restorative medicine, medical-social adjustment, individual rehabilitation program.

В последние годы все большее внимание привлекают вопросы реабилитации и восстановительной медицины. Интерес к ним понятен, так как сегодня восстановительная медицина — это признанное и оформленное нормативно-правовыми актами направление в медицинской науке, официальная специальность научных работников и врачей. Тем не менее, по данным зарубежных авторов, не более 60% врачей в наиболее развитых странах отдают себе отчет о возможностях современной реабилитологии [3, 13].

Термин «реабилитация» в медицину пришел из юриспруденции и означает «восстановление по суду или в административном порядке в прежних правах неправильно опороченного». В переводе с латинского *re* — вновь + *habilis* — удобный, приспособленный. Таким образом, дословно реабилитация означает возврат пригодности, ловкости. Вначале использовался термин «восстановительное лечение», и в это понятие входило использование медицинских лечебных методов. Но после Второй мировой войны, проблема социально-трудового восстановления инвалидов приобрела массовый характер. Помимо медицинских вопросов, необходимо было решать психологические, социальные и другие проблемы, выходящие за рамки узколечебных, и тогда на смену термину «восстановительное лечение» пришел термин «реабилитация» [6, 8]. Первые реабилитационные палаты возникли в США, а в 1946 г. был организован первый реабилитационный центр при госпитале Бельвю Нью-Йоркского университета. В 1947 г. реабилитация была официально объявлена Американской комиссией по медицинским специальностям самостоятельной дисциплиной.

В течение длительного времени в медицине не существовало четкого определения понятия реабилитации. В настоящий момент, в связи с ростом интереса к реабилитологии, разработано большое количество определений данного термина. По определе-

нию комитета экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) медицинская реабилитация — это активный процесс, целью которого является достижение полного восстановления нарушенных вследствие заболевания или травмы функций, а в случае невозможности достижения этого — развитие компенсаторных и заместительных приспособлений (функций). Иными словами, цель реабилитации (по определению рабочей группы Европейского регионального бюро ВОЗ) — предупреждение инвалидности в период лечения заболевания и помощь больному в достижении максимально возможной физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности в случае развития инвалидности [3, 6, 8].

В последние десятилетия эта формулировка была дополнена существенным тезисом: «Важнейшей целью реабилитации является улучшение качества жизни пациентов, т.е. создание таких условий их жизни, которые вызвали бы удовлетворение как у самих больных (инвалидов), так и у их социального окружения». ВОЗ характеризует высокое качество жизни как состояние полного физического, умственного и социального благополучия по собственной субъективной самооценке человека, т.е. качество жизни — это уровень удовлетворенности человеком своей жизнью по его собственной субъективной самооценке.

Реабилитационная терминология сформировалась за три последних десятилетия и официально была введена ВОЗ в 1980 г. В этом же году Всемирной организацией здравоохранения была представлена **Международная классификация последствий заболеваний: нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности** — «**International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps**» (ICIDH, Geneva, WHO, 1980). Данная классификация является методологической основой организации реабилитационного процесса [1, 2, 9].

**Международная классификация последствий заболеваний и травм
(International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, 1980)**

КЛАССЫ ПОСЛЕДСТВИЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТРАВМ		
1-й класс — последствия, определяемые на уровне организма	2-й класс — последствия, определяемые на уровне индивидуума	3-й класс — последствия, определяемые на уровне личности
<p>Нарушения структур и функций организма:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) умственные, 2) другие психические, 3) языковые и речевые, 4) ушные слуховые и вестибулярные, 5) зрительные, 6) висцеральные и метаболические, 7) двигательные, 8) уродующие, 9) общего характера 	<p>Ограничения жизнедеятельности, снижение способности:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) адекватно вести себя, 2) общаться с окружающими, 3) совершать движения, 4) действовать руками, 5) владеть телом, 6) ухаживать за собой, 7) ситуационное снижение способности, 8) овладевать специальными навыками 	<p>Социальная недостаточность из-за неспособности к:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) физической независимости, 2) мобильности, 3) занятиям обычной деятельностью, 4) получению образования, 5) профессиональной деятельности, 6) экономической самостоятельности, 7) интеграции в общество

Классификация исходит от определения ВОЗ понятия «здоровье», согласно которому «здоровье — это не только отсутствие болезни, но и такое физическое и психологическое состояние, которое обеспечивает человеку социальное благополучие». Согласно Международной классификации ВОЗ выделяют три класса взаимосвязанных последствий заболеваний и травм, которые должны учитываться при проведении реабилитации: повреждение (*impairment* — англ.), нарушение жизнедеятельности и трудоспособности или инвалидность (*disability* — англ.), социальные ограничения или увечье вследствие физического и/или психического дефекта (*handicap* — англ.) [1,2,9].

1-й класс последствий — повреждение (*impairment*) — любая аномалия, любое заболевание (врожденное или приобретенное) или травма, сопровождающееся утратой анатомических, физиологических, психологических структур или функций. Повреждение может быть временным или постоянным, а также может быть объективно измерено. Оно воспринимается как самим индивидуумом, так и его окружением.

2-й класс последствий — нарушение жизнедеятельности и трудоспособности или инвалидность (*disability*) возникает в результате повреждения и проявляется утратой или ограничением (затруднением) способности человеком осуществлять повседневную бытовую и трудовую деятельность в манере или пределах, считающихся нормальными для человеческого общества. Нарушение жизнедеятельности может быть временным или постоянным, обратимым или необратимым, прогрессирующим или регрессирующим. В связи с этим профилактика нетрудоспособности (*disability prevention*) возможна на трех уровнях: меры предотвращения повреждения; меры предотвращения инвалидности при уже возникшем повреждении; меры для уменьшения проявлений и последствий инвалидности.

3-й класс последствий — социальные ограничения (социальная зависимость) или **увечье (*handicap*)** — это возникающие в результате повреждения и нарушения жизнедеятельности, ограничения и препятствия для выполнения социальной роли, считающейся нормальной и привычной для данного человека в соответствии с его полом, возрастом, образовательным, культурным и профессиональным уров-

нем. Социальные ограничения вызывают диссонанс между реальным статусом больного (инвалида) и ожиданиями (претензиями) как самого пациента, так и его микросоциальной среды (семья, родственники, друзья, коллеги), ухудшая тем самым качество жизни больного.

Классификация раскрывает всю сложность проблемы оценки состояния человека, его биологического, психологического и социального статуса, а также проблемы оказания ему необходимой реабилитационной помощи и социальной защиты [1, 2]. Правильное представление о последствиях болезни имеет принципиальное значение для понимания сути медицинской реабилитации и направленности реабилитационных воздействий. Оптимальным является устранение или полная компенсация повреждения путем проведения восстановительного лечения. Однако это не всегда возможно, тогда необходимо организовать жизнедеятельность больного таким образом, чтобы исключить влияние на нее существующего анатомического и физиологического дефекта.

В нашей стране модель реабилитации ВОЗ действует в системе медико-социальной экспертизы (МСЭ). В 1994 г. был принят адаптированный к отечественной практике вариант «Международной номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности», регламентирующий деятельность учреждений медико-социальной экспертизы при признании лиц инвалидами. В настоящее время при установлении групп инвалидности также учитываются три класса последствий заболеваний.

Таким образом, реабилитацию следует рассматривать как сложную медико-социальную проблему, которая подразделяется на несколько видов, или аспектов: медицинскую (физическую), психологическую, профессиональную (трудовую), социально-экономическую и юридическую [3, 5, 6].

Медицинский аспект включает вопросы лечебно-диагностического, лечебного и лечебно-профилактического плана. Общая задача медицинского аспекта — восстановление здоровья больного посредством комплексного использования различных средств, направленных на максимальное восстановление нарушенных физиологических функций организма, а в случае невозможности достижения этого — развитие компенсаторных и заместительных приспособ-

соблений (функций), чтобы помочь больному достигнуть самостоятельности и вести активную жизнь.

Медицинская реабилитация состоит из восстановительной медицины (медикаментозная терапия и немедикаментозные методы лечения — физическая реабилитация), реконструктивной хирургии, протезирования и ортезирования [3,6,8]. Структурно **восстановительная медицина** как отрасль медицины объединяет два направления. Первое направление включает укрепление здоровья и первичную профилактику у здоровых и практически здоровых людей и адресовано лицам, имеющим функциональные нарушения или предболезненные расстройства, отличительной чертой которых является их обратимость. Второе направление — это медицинская реабилитация и вторичная профилактика больных и инвалидов.

Медикаментозное лечение строится по обычным правилам фармакотерапии с тенденцией к максимальному сокращению лекарственной нагрузки. Главное место принадлежит немедикаментозным методам, т.е. **физической реабилитации**, которая в свою очередь подразделяется на **активную и пассивную**. **К пассивным средствам физической реабилитации** относятся: физиотерапия и бальнеотерапия, массаж, мануальная терапия, рефлексотерапия, гомеопатия, фитотерапия, гирудотерапия и др. **Активные средства физической реабилитации:** кинезотерапия (ЛФК), механотерапия, эрготерапия (трудотерапия); арттерапия (живопись, лепка), логопедические занятия. Важным аспектом современного понимания реабилитации является ее обращенность на личность пациента, стремление сделать его активным участником реабилитационного процесса и в результате до минимума сократить различия между достижимым и желательным для него статусом в обществе. В связи с этим в настоящее время предпочтение отдается активным средствам физической реабилитации.

Психологический аспект реабилитации тесно примыкает к медицинскому и направлен на коррекцию психического состояния пациента, а также на преодоление отрицательных реакций со стороны психики, возникающих в связи с болезнью или инвалидностью. В задачи психологического аспекта входят формирование у больного рационального отношения к болезни, выработка мотивации активного участия в реабилитационном процессе и выполнение реабилитационных мероприятий, преодоление психологического компонента психосоматической патологии и создание условий для психологической адаптации больного к изменившейся вследствие болезни жизненной ситуации. Основные методы психической реабилитации: различные психотерапевтические воздействия (аутогенная тренировка, гипноз и др.), психогигиена и психопрофилактика, физические тренировки, эрготерапия (трудотерапия), эстетотерапия, ландшафто-терапия; музыкотерапия, вокалотерапия, арттерапия (живопись, лепка), биографическая консультация (лечение воспоминаниями), библиотерапия (использование книг в лечении больных) и медикаментозная терапия [3, 6, 7].

Медико-профессиональный аспект затрагивает вопросы профессионального обучения и переобучения, определения трудоспособности больных и последующего трудоустройства в обычных или облегченных условиях труда.

Медицинский аспект профессиональной реабилитации решается органами здравоохранения, в его задачи входят устранение или компенсация анатомо-функционального дефекта, ограничивающего профессиональную пригодность человека, экспертная оценка профпригодности человека к тому или иному виду деятельности (оценка влияния, которое оказывает состояние здоровья на профессиональную деятельность и как последняя отражается на состоянии здоровья), возврат больного к прежней работе или, если это невозможно, подготовка больного к выполнению другой работы, соответствующей его физическим возможностям. **Собственно профессиональная реабилитация** осуществляется инструкторами-профессионалами реабилитационных центров и включает **профессиональную ориентацию** (еще до получения определенных производственных навыков или переквалификации). Инвалид (больной) должен быть профессионально ориентирован в основных специальностях и знать требования к избираемой им профессии. **Обучение или переобучение** пациента в соответствии с его физическими возможностями с целью восстановления утраченных или приобретения новых профессиональных знаний и навыков в рамках прежней или новой профессии.

Социально-экономический аспект реабилитации. Социальный аспект охватывает вопросы влияния социальных факторов на развитие и течение болезни, вопросы социального обеспечения трудового и пенсионного законодательства. **Экономический аспект** — изучение экономических затрат и ожидаемого экономического эффекта при различных способах восстановительного лечения, формах и методах реабилитации для планирования медицинских и социально-экономических мероприятий. Таким образом, социально-экономическая реабилитация состоит в том, чтобы вернуть пострадавшему экономическую независимость и социальную полноценность. В различных странах проводились независимые исследования экономической рентабельности медицинской реабилитации. Установлено, что эффективная реабилитация снижает расходы государства на лечение и социальное обеспечение за счет сокращения сроков лечения и дней нетрудоспособности, уменьшения размеров и количества пособий по инвалидности, уменьшения расходов общества на содержание инвалидов и хронически больных в интернатах, восстановления трудоспособности родственников больных, занятых уходом за ними, при возобновлении их самообслуживания и сохранения опытных квалифицированных профессиональных кадров [3, 12].

Общие показания к медицинской реабилитации представлены в докладе Комитета экспертов ВОЗ по предупреждению инвалидности и реабилитации в 1983 г., к ним относятся:

- 1) значительное снижение функциональных способностей;
- 2) снижение способности к обучению;
- 3) особая подверженность к воздействиям внешней среды;
- 4) нарушения социальных отношений;
- 5) нарушения трудовых отношений.

Общие противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий:

- 1) сопутствующие острые воспалительные и инфекционные заболевания;

2) декомпенсированные соматические и онкологические заболевания;

3) выраженные расстройства интеллектуально-меморической сферы и психические заболевания, затрудняющие общение и возможность активного участия больного в реабилитационном процессе.

Однозначного ответа, какой контингент больных и инвалидов в первую очередь нуждаются в реабилитации, в литературе не существует. Одни ученые полагают, что медицинская реабилитация должна быть частью лечебного процесса для всех больных, которым угрожает длительная нетрудоспособность. Другие считают, что учреждения реабилитации должны быть использованы лишь для лиц с очень тяжелыми повреждениями, т.е. только для инвалидов. Наиболее обоснованной можно считать ту точку зрения, согласно которой медицинская реабилитация показана тем пациентам, у которых вследствие заболевания имеется высокий риск длительной нетрудоспособности и стойкое снижение социально-бытовой активности, либо уже сформировавшаяся инвалидность.

В настоящее время перечень основных показаний при отборе больных на восстановительное лечение и ориентировочные сроки от начала заболевания регламентирует прил. 2 к приказу МЗ РФ от 01.07.2003 г. № 296 «Инструкция по направлению и отбору больных на восстановительное лечение».

К основным принципам реабилитации относятся:

1. Раннее начало проведения реабилитационных мероприятий (РМ).

2. Доступность. Реабилитация должна быть доступной для всех, кто в ней нуждается.

3. Комплексность использования всех доступных и необходимых РМ.

4. Индивидуализация программы реабилитации.

5. Этапность реабилитации.

6. Непрерывность и преемственность на протяжении всех этапов реабилитации.

7. Социальная направленность РМ.

8. Использование методов контроля адекватности нагрузок и эффективности реабилитации.

Первый принцип — **раннее включение в лечебный процесс реабилитационных мероприятий**, адекватных состоянию больного, во многом обеспечивает более благоприятное течение и исход заболевания, служит одним из моментов профилактики инвалидности (вторичная профилактика). Известно, что максимальные темп и качество восстановления всех нарушенных функций происходят в первые два месяца после повреждения. Наилучшие результаты начатой в ранние сроки реабилитации объясняются тем, что именно в этот период одновременно функционируют саногенетические механизмы истинного восстановления деятельности (реституции) частично поврежденных структур, регенерации (восстановления целостности структур путем роста и размножения их тканей) и начинается процесс компенсации безвозвратно утраченных функций.

Принцип комплексности предполагает учет всех аспектов реабилитации: медицинского, социального, профессионального. Проблемы медицинской реабилитации очень сложны и требуют совместной деятельности многих специалистов: терапевтов, неврологов, хирургов, травматологов, физиотерапевтов, врачей и методистов ЛФК, массажистов, психологов, психи-

атров и др. Одним из путей решения комплексности реабилитационных мероприятий является создание реабилитационного совета (бригады, команды), состоящего из медицинских работников (врача восстановительной медицины, врача профильной специальности, физиотерапевта, врача ЛФК, психотерапевта и др.) и околomedicalных специалистов — инструктора по трудотерапии, медицинского психолога, логопеда, социального работника, а в необходимых случаях и юриста [6, 3].

В результате такого комплексного и разностороннего обследования формируется реабилитационный клинико-функциональный диагноз, определяются цель и задачи восстановительного лечения и составляется индивидуальная программа реабилитации (ИПР), которая должна динамично корректироваться на разных этапах реабилитационного процесса, что и позволяет достигать оптимального конечного результата. ВОЗ рекомендует разрабатывать **индивидуальную реабилитационную программу**, исходя из реальных возможностей больного, чтобы достигаемые успехи воодушевляли его. Логическим завершением реабилитационной диагностики является определение реабилитационного потенциала больного и формулирование реабилитационного прогноза [6]. **Реабилитационный прогноз** — это обоснованная вероятность достижения намеченных целей реабилитации в намеченный отрезок времени с учетом характера заболевания, его течения, индивидуальных ресурсов и компенсаторных возможностей больного, т.е. наличие достаточного реабилитационного потенциала.

Смысл **принципа поэтапности** состоит в том, что процесс медицинской реабилитации всегда растянут во времени, и поэтому больной, переходя от ранней стадии заболевания к подострой, а затем к хронической, последовательно получая помощь в профильном стационаре, реабилитационном центре, в условиях поликлиники, санатория, лечебно-трудовых мастерских или дома, всегда и везде должен оставаться в рамках единой реабилитационной программы [3, 6].

В медицинской реабилитации чаще всего выделяют три этапа: специализированный стационар, реабилитационный центр или санаторий, отделение реабилитации поликлиники. Стационарный этап предусматривает различные варианты проведения реабилитационных мероприятий: выделение реабилитационных коек в обычных отделениях; создание специализированного реабилитационного отделения; дневные реабилитационные стационары. В последнее время практически во всех странах наблюдается тенденция к сокращению сроков реабилитации больных в условиях стационара и смещение акцента на амбулаторное проведение реабилитационных мероприятий. Это объясняется, в первую очередь, существенно более низкой стоимостью реабилитации в амбулаторных условиях по сравнению со стационарами. Амбулаторная реабилитация больных обычно осуществляется в реабилитационных отделениях территориальных поликлиник и в амбулаторных реабилитационных отделениях больниц общего профиля. Существуют также реабилитационные учреждения (обычно центры) смешанного типа, рассчитанные как на стационарных, так и на амбулаторных больных [3].

Непрерывность и преемственность реабилитационных мероприятий на протяжении всех эта-

пов реабилитации важна как в пределах одного этапа, так и при переходе от одного к другому. При выявлении показаний к реабилитации восстановительное лечение должно начинаться как можно раньше и продолжаться непрерывно до достижения тех результатов, которые в рамках существующего заболевания считаются максимально возможными. Состав реабилитационного комплекса на этапах лечения радикально меняется в соответствии с динамикой физического и психологического состояния больных. Поэтому важно, чтобы на каждом этапе в реабилитационной карте было задокументировано, какие методы и средства лечения и реабилитации применялись, каково было функциональное состояние реабилитируемого.

Социальная направленность реабилитационных мероприятий. Оптимальным конечным результатом медицинской реабилитации считается полное восстановление здоровья и возвращение к профессиональному труду. Однако имеется определенный процент больных, у которых, несмотря на самые энергичные лечебно-реабилитационные меры, полного успеха в восстановлении здоровья и трудоспособности достичь не удается и тогда приходится ограничиваться выработкой приемов, обеспечивающих их самообслуживание (полное или частичное) в быту. Подобный результат порождает социальные проблемы, обусловленные необходимостью профессиональной переориентации и трудоустройства лиц с ограниченной трудоспособностью. Окончательно социально-трудовой реабилитацией занимаются органы социальной защиты.

Использование методов контроля адекватности нагрузок и эффективности реабилитации. Реабилитационный процесс может быть успешным только в случае учета характера и особенностей восстановления нарушенных функций при том или ином заболевании. Для назначения адекватного комплексного восстановительного лечения необходима правильная оценка состояния больного по ряду параметров, значимых для эффективности реабилитации. Существуют некоторые особенности, отличающие реабилитационное обследование:

1. Анализируются не только степень повреждения органов или систем, но и влияние физических дефектов на жизнедеятельность больного и социальную активность, т.е. учитываются три класса последствий заболеваний и травм в соответствии с моделью ВОЗ (уровень «повреждение», уровень «нарушение жизнедеятельности», уровень «социальные ограничения»).

2. При проведении измерений на уровне «повреждение» основными являются клинические и параклинические методы диагностики.

3. В качестве инструментов для измерения последствий заболеваний и травм в реабилитологии используются разнообразные шкалы, тесты и опросники. Это объясняется тем, что ограничения бытовой и социальной активности, возникшие в связи с болезнью, невозможно измерить в килограммах, сантиметрах и других международных единицах, которые используются при измерениях на уровне «поврежде-

ние», поэтому приходится ограничиваться выражением этих ограничений в баллах [3].

Исходы реабилитации и оценка степени восстановления. Изучение ближайших и отдаленных результатов реабилитационных мероприятий позволяет планомерно и эффективно вести весь процесс реабилитации, определяя основные задачи на каждом из этапов путем подбора комплекса адекватных и эффективных средств, и добиваться успешного результата. В научно-исследовательской деятельности и практике приняты следующие сроки динамической оценки состояния пациентов: 3, 6 и 12 мес, а степень восстановления оценивается по четырехбалльной шкале: полное восстановление, частичное восстановление; без изменения от исходного уровня; ухудшение [3, 4].

Подводя итог вышесказанному, необходимо подчеркнуть, что реабилитация в нашей стране — это не только сложная и многогранная система восстановительных мер, но и комплексная система мер по первичной профилактике и укреплению здоровья у здоровых и практически здоровых людей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аухадеев, Э.И. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, рекомендованная ВОЗ, — новый этап развития реабилитологии / Э.И.Аухадеев // Казанский медицинский журнал. — 2007. — № 1, Т.88. — С.5—9.
2. Аухадеев, Э.И. Новый этап в методологическом развитии восстановительного лечения, медико-социальной экспертизе и реабилитации больных и инвалидов / Э.И.Аухадеев // Вертеброневрология. — 2006. — Т.13, № 1. — С.32—37.
3. Белова, А.Н. Нейрореабилитация / А.Н.Белова // Руководство для врачей. — М.: Антидор, 2002. — 736 с.
4. Белова, А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / А.Н.Белова, О.Н.Щепетова. — М.: Антидор, 2002. — 440 с.
5. Боголюбов, В.М. Медицинская реабилитация (руководство): в 3 т. / В.М.Боголюбов; под ред. В.М.Боголюбова. — М., 2007.
6. Епифанов, В.А. Медицинская реабилитация: руководство для врачей / В.А.Епифанов. — М.: МЕДпресс-информ, 2005. — 328 с.
7. Зайцев, В.П. Психологическая реабилитация больных / В.П.Зайцев // Медицинская реабилитация: руководство / под ред. В.М.Боголюбова. — М., 2007. — Т.1. — С.531—568.
8. Клячкин, Л.М. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов: руководство для врачей / Л.М.Клячкин, А.М.Щегольков. — М.: Медицина, 2000. — 325 с.
9. Международная номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности. — М., 1994. — 108 с.
10. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации / под ред. М.В.Коробова, В.Г.Помникова. — 2-е изд., испр. и доп. — СПб.: Гиппократ, 2005. — 856 с.
11. Физическая реабилитация: учебник для академий и интов физ. культуры / С.Н.Попов, Н.М. Валеев, Л.С.Захарова [и др.]; под общ. ред. С.Н.Попова. — Ростов н/Д.: Феникс, 1999. — 604 с.
12. Юнусов, Ф.А. Организация медико-социальной реабилитации за рубежом / Ф.А.Юнусов, В.Гайгер, Э.Микус. — М.: Общероссийский общественный фонд «Социальное развитие России», 2004. — 310 с.