

ране здоровья граждан"⁴. Внесенное изменение было изложено в следующей редакции:

"Порядок организации и производства судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз устанавливается в соответствии с законодательством Российской Федерации. Порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, устанавливается Правительством Российской Федерации".

Во внесенном изменении содержится отсылочная норма, предписывающая Правительству РФ установить порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, что и было исполнено 17 августа 2007 г.

Постановлением Правительства РФ от 17.08.2007 № 522 "Об утверждении правил определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека"⁵ Правила были утверждены, одновременно Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации предписывалось:

- утвердить медицинские критерии определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека;
- давать необходимые разъяснения по применению Правил, утвержденных настоящим Постановлением.

Медицинские критерии были утверждены Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24.04.2008 № 194н "Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека"⁶. В соответствии с регламентом подготовки нормативных правовых актов настоящий приказ был зарегистрирован в Минюсте России 13 августа 2008 г. за № 12118. Это позволяет врачам — судебно-медицинским экспертам использовать единые, соответствующие действующему законодательству и современным научным достижениям медицинские критерии для решения вопросов экспертизы.

Таким образом, судебно-медицинская экспертная служба получила все необходимые нормативные правовые документы, регулирующие порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека: федеральный закон, правила и медицинские критерии.

Принятые нормативные правовые акты содержат новые основополагающие понятия и методические императивы, поэтому нуждаются в обстоятельных разъяснениях, прежде всего их сущности. К этому обязывает прямое указание, содержащееся в п. 2 постановления Правительства РФ № 522, предписывающее Минздравсоцразвития России "давать необходимые разъяснения по применению Правил, утвержденных настоящим Постановлением".

Для обеспечения единого научно-методического подхода к производству СМЭ и повышению их качества Минздравсоцраз-

вития России поручило РЦСМЭ подготовить комментарий к нормативным правовым документам, регулирующим порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, а также давать необходимые разъяснения по их применению.

С целью дальнейшего совершенствования нормативно-правового регулирования СМЭ по определению степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека, а также для ответа на вопросы и критические замечания, высказанные в ходе дискуссии, возникла необходимость более детально изложить научно-методические основы Медицинских критериев и предложить расширенный комментарий к ним, облегчающий их использование на практике. Для обеспечения единого научно-методического подхода к производству СМЭ и повышению их качества коллективом авторов было подготовлено 4 печатных издания, призванных облегчить их использование на практике:

- сборник нормативных правовых документов, регулирующих порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека⁷;
- комментарий к нормативным правовым документам⁸;
- руководство по судебно-медицинской экспертизе вреда здоровью⁹;
- ответы на вопросы по применению Правил и Медицинских критериев¹⁰.

Поступила 29.11.11

Сведения об авторах:

Клевню В. А., д-р мед. наук, проф., зам. нач. ГУЗ МО "Бюро судебно-медицинской экспертизы"; Пузин С. Н., д-р мед. наук, проф., акад. РАМН, зав. каф. гериатрии и медико-социальной экспертизы РМАПО.

Для контактов:

Клевню Владимир Александрович, 111401, Москва, ул. 1-я Владимирская, 33, корп. 1. Телефон: 8-968-867-05-96.

⁷Нормативные правовые документы, регулирующие порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека: сборник / Клевню В. А. — М.: РИО ФГУ РЦСМЭ Минздравсоцразвития России, 2009.

⁸Комментарий к нормативным правовым документам, регулирующим порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека. — СПб.: Изд-во Р. Асланова "Юридический центр прессы", 2008.

⁹Судебно-медицинская экспертиза вреда здоровью: руководство / [Клевню В. А. и др.]; под ред. проф. В. А. Клевню. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. (Библиотека врача-специалиста).

¹⁰В. А. Клевню, И. Н. Богомолова. Определение степени тяжести вреда здоровью. Применение Правил и Медицинских критериев. Ответы на вопросы — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.

© Х. В. ИКСАНОВ, А. А. СТЕПАНОВ, 2011

УДК 616-036.866:005

Х. В. Иксанов, А. А. Степанов

АСПЕКТЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ (МКФ) В ОПРЕДЕЛЕНИИ СОЦИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

ГОУ ДПО "Казанская государственная медицинская академия" Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию; Казанский (Приволжский) федеральный университет

В ближайшее время планируется проведение медико-социальной экспертизы (МСЭ) в соответствии с Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Применение данной классификации также предполагает внесение изменений и дополнений в формы индивидуальной программы реабилитации. Для полноценной и обоснованной разработки инвалидам рекомендаций по МКФ необходимо изменить методологию МСЭ и критериев установления инвалидности в соответствии контекстным факторам и параметрам характеризующих аспекты состояний.

Ключевые слова: международная классификация функционирования, реабилитация инвалидов

THE ASPECTS OF INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH (ICF) IN ESTIMATION OF SOCIAL INADEQUACY

Kh.V. Iksanov, A.A. Stepanov.

In the near future the medical social expertise is expected to be performed in accordance with the International classification of functioning, disability and health (ICF). The application of ICF is intended to make changes and supplements to rehabilitation individual programs. To develop the recommendations according to ICF, it is necessary to change medical social expertise methodology and guidelines of disability diagnose according to ICF in compliance with the context factors and parameters of condition aspects.

Key words: *International classification of functioning, rehabilitation of the disabled*

По итогам заседания Совета по делам инвалидов в апреле 2009 г. Президентом Российской Федерации Д. А. Медведевым Правительству РФ дано поручение с участием общественных организаций инвалидов разработать концепцию государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, учитывающую положения Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

В МКФ термины "нарушения", "ограничения жизнедеятельности" и "социальная недостаточность", используемые в Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (МКН) 1989 г., имеют несколько иную интерпретацию и к ним имеются дополнения.

Термином "нарушения" в МКН обозначается понятие, входящее в состав понятия, определяемого термином "функционирование" в МКФ. "Нарушения" — это лишь та часть функционирования организма, которая проявляется отклонением от определенных общепринятых популяционных стандартов биомедицинского статуса организма и его функций, которые определены в МКФ.

"Функционирование" — это проблемы, возникающие в функциях или структурах, такие как существенные отклонения или утрата. Нарушения не зависят от этиологии или от того, как они развиваются; они могут быть частью или проявлением изменения здоровья, но они не являются обязательным признаком болезни и не означают, что индивид должен считаться больным. Такое понимание термина "функционирование" является основой концепции МКФ, касающейся также формирования ИПР на ее основе, которая рассматривает статус индивида с позиций здоровья, а не болезни, в интересах ориентации на потенциал здоровья.

В связи с этим при разработке ИПР на основе МКФ значимость определения признаков заболеваний специалистами учреждений медико-социальной экспертизы (МСЭ) незначительна, основное значение имеют последствия данных нарушений. Термин "ограничения жизнедеятельности" входит в более широкое понятие, включающее в себя понятия, обозначаемые терминами "активность" и "участие".

Активность — это выполнение задачи или действий индивидом. Она представляет индивидуальную сторону функционирования. Возможны ограничения активности — это трудности в осуществлении активности, которые может испытывать индивид, преодолевая индивидуальные нарушения функционирования (нарушения структур и функций). Из контекстных факторов здоровья здесь имеют значение личные факторы. Ограничение активности может варьировать от легкого до тяжелого качественного или количественного отклонения в выполнении активности, как по форме, так и по величине, в сравнении с людьми без изменения здоровья, что необходимо учитывать при разработке ИПР.

Участие — это вовлечение индивида в жизненную ситуацию, складывающуюся во внешних условиях, облегченных или лимитирующих функционирование и жизнедеятельность. Оно представляет социальные стороны функционирования. Могут быть ограничения возможности участия — это проблемы, которые может испытывать индивид при вовлечении в жизненные ситуации, преодолевая барьеры окружающей среды, внешних природных или культурных условий. Здесь имеют значение внешние контекстные факторы здоровья. Наличие ограничений возможности участия определяется путем сравнения с участием индивида без ограничения жизнедеятельности в данной культуре или обществе. Ограничение участия ведет к нуждаемости в социальной защите, которая в МКН обозначалась термином "социальная недостаточность", являющейся одним из основных факторов установления инвалидности.

Для полноценной и обоснованной разработки рекомендаций по социальной и профессиональной реабилитации инвалидов на основе МКФ органа исполнительной власти Российской Федерации необходимо разработать критерии степеней ограничений активности и участия.

Таким образом, если МКН преимущественно сосредоточивала внимание на том, какие негативные изменения произошли в свойствах и жизнедеятельности индивида-личности, то МКФ, в интересах активного преодоления негативных изменений, сосредоточивает внимание на том положительном, что осталось и содержится в индивидуально-личностных свойствах человека и

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)

Классы функционирования, ограничений жизнедеятельности и факторов здоровья

Функции организма	Структуры организма	Активность и участие	Факторы окружающей среды
1) умственные;	1) нервной системы;	1) обучение и применение знаний;	1) продукция и технологии;
2) сенсорные и боль;	2) глаз, ухо и относящиеся к ним структуры;	2) общие задачи и требования;	2) природное окружение и изменения окружающей среды, осуществленные человеком;
3) голоса и речи;	3) участвующие в голосообразовании и речи;	3) общение;	3) поддержка и взаимосвязи;
4) сердечно-сосудистой системы, крови, иммунной и дыхательной систем;	4) сердечно-сосудистой, иммунной и дыхательной систем;	4) мобильность;	4) установки;
5) пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма;	5) относящиеся к пищеварительной системе, метаболизму и эндокринной системе;	5) самообслуживание;	5) службы, административные системы и политика
6) урогенитальные и репродуктивные;	6) относящиеся к урогенитальной и репродуктивной системе;	6) бытовая жизнь;	
7) нейромышечные, скелетные и связанные с движением;	7) связанные с движением, кожа и относящиеся к ней структуры	7) межличностные взаимодействия и отношения;	
8) кожи и связанных с ней структур		8) главные сферы жизни;	
		9) жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь	

в окружающей его социально-культурной и природной среде (см. таблицу).

Освоение этой концепции МКФ является необходимым методологическим условием на пути обновления, совершенствования МСЭ и ИПР инвалидов.

МКФ, несомненно, будет совершенствоваться. В ее первой редакции назван внутренний — личностный, индивидуально-типологический — "фактор контекста" проявлений здоровья или нездоровья, инвалидности, способности преодолеть инвалидность. Но он не раскрыт, методологически и технологически не разработан.

Разработка МКФ в направлении личностно-гуманистического ее назначения является важной стороной ее совершенствования. Таким образом, МКФ будет сама совершенствоваться, вместе с тем на сегодняшний день она является ведущим ориентиром для поиска новых методологических и технологических подходов к решению проблем инвалидности, как на индивидуальном, так и на социальном уровне [1—4].

В деятельности МСЭ одной из первоочередных задач ставилось формирование ИПР, как основного механизма осуществления реабилитации инвалидов. Вместе с тем, необходимо создать механизм действенного контроля за реализацией рекомендованных реабилитационных мероприятий в рамках ИПР органами исполнительной власти регионов РФ.

Медицинская реабилитация инвалидов осуществляется с целью восстановления или компенсации утраченных или нарушенных функций человека до социально значимого уровня.

Профессиональная реабилитация — это процесс и система восстановления конкурентоспособности инвалида на рынке труда, обучение престижным профессиям, создание рабочих мест для трудового устройства инвалида, обеспечение профессионально-производственной адаптации.

Социальная реабилитация — система и процесс восстановления способностей инвалида к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности. Программа социальной реабилитации включает консультирование инвалида по вопросам социально-бытовой адаптации, обучение его самообслуживанию, социальным навыкам и общению, социальной независимости, адаптационное обучение семьи инвалида, психокоррекцию, психотерапию, оказание юридической помощи.

Психолого-педагогическая реабилитация ребенка-инвалида осуществляется с целью восстановления или компенсации мотивации к обучению, функций общения и контроля за своим поведением, реализации возможности получения образования.

Практика реализации рекомендованных реабилитационных мероприятий высветила в общей проблеме ИПР определенный круг ее деталей. Среди них наиболее важными оказались следующие [5—8].

1. Обеспечение популярности ИПР, формирование позитивного отношения к ним со стороны инвалидов. Этот аспект проблемы оказался непросто — в первые годы становления МСЭ в Республике Татарстан ИПР в большинстве случаев инвалидами не воспринимались. Это было связано не только с недостаточным совершенством самих реабилитационных технологий (это может не устраивать инвалида), сколько с общей социально-экономической ситуацией, сказывающейся на интересах инвалида, на мотивах принятия им рекомендуемой реабилитационной программы.

2. Обеспечение конечного личностного эффекта ИПР, связанного с преодолением социальной недостаточности личности, в первую очередь с профессионально-трудовой, производственной реабилитацией. Этот аспект проблемы зависит от необходимости согласования взаимодействия различных по своей ведомственной принадлежности организаций, а главное — от необходимости решать вопросы организации труда на производстве в условиях существующего в стране дефицита рабочих мест.

3. Обеспечение экономического эффекта всей системы реабилитационных услуг инвалидам — государственных и частных вложений в эти услуги.

Этот аспект проблемы связан с несовершенством правовых и экономических условий, стимулирующих трудовую, производственную активность инвалидов.

Реабилитация инвалидов — это система требующая значительных финансовых вложений. А полноценно и качественно проведенные реабилитационные мероприятия во многих случаях дадут положительные результаты только через 4—5 лет. Например в США, Швеции и в других странах средства, потраченные на реабилитацию в течение 5 лет, возвращаются государству в 10-кратном размере.

В связи с этим органам исполнительной власти необходимо установить действенный контроль за реализацией реабилитационных мероприятий и эффективностью использования финансовых средств, выделенных на реабилитацию инвалидов.

Подчеркивая особую актуальность экономической эффективности успешной реализации реабилитационных мероприятий наш отечественный организатор реабилитационной службы К. Г. Ниренбург констатировал, что реабилитация инвалидов ставит своей целью превращение инвалида из получателя государственных субсидий в налогоплательщика.

Однако, несмотря на положительный эффект проводимой комплексной медико-социальной реабилитации в целом, у многих инвалидов на протяжении последних 5 лет не произошло существенных изменений в их реабилитационном статусе во всех направлениях реабилитации.

Межведомственная комиссия Совета безопасности Российской Федерации по охране здоровья населения в Федеральных концепциях "Охрана здоровья населения" и "К здоровью России" еще в 1994 г. указала, что в ряду факторов, обеспечивающих здоровье, значимости деятельности учреждений здравоохранения принадлежит лишь 10—15%.

Главным направлением во всей системе реабилитации инвалидов является профессиональная реабилитация. Профессионально-трудовая реабилитация представляет собой основное условие решения двух центральных задач реабилитации инвалидов:

- гуманистической, связанной с решением проблем личности;
- социально-экономической, связанной с решением проблем социального и экономического развития.

Профессионально-трудовой реабилитации подчинены остальные направления оказания реабилитационной помощи инвалидам: медицинской, психологической, экономической, технической и многих других.

В настоящее время в республике проживают более 340 тыс. инвалидов. В 2009 г. среди взрослого населения впервые признаны инвалидами 24 519 человек, из них половина — инвалиды трудоспособного возраста.

Около 90% инвалидов трудоспособного возраста с различной степенью тяжести инвалидности, по данным зарубежной реабилитационной практики, при проведении соответствующих реабилитационных мероприятий способны приобрести или восстановить трудоспособность. По разным данным в Российской Федерации профессионально-трудовой деятельностью занято лишь около 10% инвалидов.

Следовательно, при всей гуманистической устремленности нашей государственной системы реабилитации людей, имеющих ограничения жизнедеятельности и нуждающихся в социальной помощи, при всей значительности общественных материальных затрат на оказание таким людям помощи, инвалиды не находят путей своего личностного самовыражения. Это говорит о том, что вся система реабилитации еще не решает ее основной гуманистической задачи — развития человеческой личности, что в первую очередь должно учитываться при разработке ИПР на основе МКФ.

Наряду с этим очевидно, что упускается существенный резерв трудовых ресурсов нашего общества. Упускается возможность участия инвалидов в общественно полезном труде, в создании валового продукта, в повышении макроэкономических показателей развития России.

Из-за отсутствия специально созданных рабочих мест, специализированных цехов и предприятий невозможна полноценная реабилитация инвалидов, особенно вследствие туберкулеза и психических заболеваний. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 18 мая 2009 г. № 30 утверждены "Гигиенические требования к условиям труда инвалидов". Данный документ регламентирует создание специальных рабочих мест и условий труда при всех основных инвалидизирующих заболеваниях. Возможно в ближайшее время в соответствии с этим документом будут созданы специальные рабочие места для инвалидов.

Действующее законодательство предусматривает возможность трудоустройства инвалидов в соответствии с ИПР. Однако один из ключевых вопросов действующим законодательством не решается. До настоящего времени органами исполнительной власти не разработаны подробные методические рекомендации или указания учреждениям МСЭ по формированию при разработке ИПР мероприятий по профессиональной реабилитации в зависимости от имеющихся у инвалида ограниченных способностей к трудовой деятельности. В связи с этим, все действующие нормы в области трудоустройства инвалидов ос-

таются декларациями, которые не создают реальных условий для трудоустройства инвалидов и не защищают их право на труд. Данное обстоятельство необходимо учитывать при принятии законодательных документов и нормативных актов, регламентирующих разработку и реализацию ИПР с использованием МКФ.

В 2008 г. Российская Федерация подписала Конвенцию ООН о правах инвалидов. Ее ратификация предполагает проведение большого объема законодательной, организационной и информационной работы.

Конвенция вводит следующее понятие инвалидности: "Инвалидность — это эволюционирующее понятие и является результатом взаимодействия, которое происходит между имеющими нарушения здоровья людьми, отношенческими и средовыми барьерами, которые мешают их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими". Поэтому Россия должна перейти от сложившейся у нас системы социальной защиты инвалидов к политике устранения барьеров и препятствий, мешающих полному и эффективному участию инвалидов в жизни общества наравне с другими. Этому, безусловно, способствует разработка и реализация ИПР с использованием МКФ.

Государственная поддержка инвалидов не может сводиться исключительно к пенсиям и социальным выплатам. Важнейшей задачей является обеспечение возможности инвалидам вести независимый образ жизни и всесторонне участвовать во всех аспектах жизни, создание доступа наравне с другими к физическому окружению, транспорту, информации и связи, включая информационно-коммуникационные технологии и системы, а также другим объектам и услугам, открытым или предоставляемым для населения как в городских, так и в сельских районах. Своевременное и конкретное выполнение мероприятий по созданию безбарьерной среды и соответствующих реабилитационных технологий позволит России ускорить ратификацию Конвенции ООН о правах инвалидов [9—11].

Одной из самых фундаментальных и ответственных функций учреждений МСЭ является создание и хранение информационной базы, которая представляет собой объективное основание для формирования долгосрочной комплексной программы реабилитации инвалидов в Республике Татарстан и для последующего контроля их выполнения. Это одна из главных функций учреждений МСЭ как центрального звена в системе реабилитации инвалидов, способствующая координации деятельности всех министерств, ведомств и учреждений, занимающихся реабилитацией инвалидов.

Заключение

Качественная и обоснованная разработка реабилитационных мероприятий в рамках ИПР является одной из важнейших задач учреждений МСЭ. По данным Минздравсоцразвития России, в ближайшее время планируется проведение МСЭ в соответствии МКФ. Применение данной классификации также предполагает внесение изменений и дополнений в формы ИПР. ИПР должна совершенствоваться в направлении ее личностного содержания и иметь приоритеты профессионально-трудовой реабилитации.

Полноценная реализация рекомендованных мероприятий ИПР возможна только при активном участии самого реабилитанта. Для создания положительной мотивации у инвалида к реализации ИПР необходимо участие психологов, психотерапевтов. В связи с этим целесообразно дополнить ИПР отдельным разделом по психологической реабилитации.

Суть реабилитации состоит в том, что это не только предупреждение и устранение заболеваний, но раскрытие всех потенциалов здоровья как социального качества человека. Одной из основных задач органов государственной власти является обеспечение экономического эффекта всей системы реабилитационных услуг инвалидам.

В связи с этим весьма актуальной остается проблема методологии ИПР инвалида. Для полноценной и обоснованной разработки рекомендаций инвалидам по реабилитации на основе МКФ необходимо изменить методологию МСЭ и критериев установления инвалидности в соответствии с контекстными факторами и параметрами, характеризующими аспекты состояния.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аухадеев Э. И. Актуальные проблемы медицинской реабилитации инвалидов в Республике Татарстан // Развитие региональной службы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов: Материалы Научно-практической конф. "Актуальные вопросы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов в Республике Татарстан", посвящ. пятилетию создания в Республике Татарстан Государственной службы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, 18—19 дек. 2003 г. — М.; Казань, 2004. — С. 47—60.
2. Аухадеев Э. И. Методологическое развитие практики реабилитации больных и инвалидов // Казан. мед. журн. — 2006. — № 1. — С. 60—64.
3. Аухадеев Э. И., Иксанов Х. В. Современные методологические подходы к медико-социальной экспертизе и реабилитации больных и инвалидов // Материалы Республиканской межотраслевой конф. с международным участием, посвящ. 10-летию образования Республиканского центра реабилитации МЧС Республики Татарстан "Восстановительное лечение и реабилитация лиц, пострадавших в чрезвычайных ситуациях". — Казань, 2007. — С. 37—47.
4. Аухадеев Э. И., Бодрова Р. А., Иксанов Х. В. Основы и перспективы развития методологии экологии и восстановления здоровья человека // Материалы Всероссийского науч. форума по восстановительной медицине, лечебной физкультуре, курортологии, спортивной медицине и физиотерапии "РеаСпоМед 2008". — М., 2008. — С. 10—11.
5. Иксанов Х. В., Тазиев Р. В., Аухадеев Э. И., Идиатуллина Э. Р. Освоение новых методических подходов к медико-социальной экспертизе и реабилитации больных и инвалидов // Мед.-соц. эксперт. и реабил. — 2006. — № 1. — С. 13—19.
6. Иксанов Х. В., Аухадеев Э. И. Современные достижения научной методологии медико-социальной экспертизы и реабилитации // Материалы Межрегиональной науч.-практ. конф., посвящ. вопросам инвалидности, медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов в Республике Татарстан "Развитие региональной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов". — М.; Казань, 2006. — С. 68—76.
7. Иксанов Х. В., Аухадеев Э. И., Бодрова Р. А. Современный этап развития индивидуального и общественного здоровья и его перспективы // Обществ. здоровье и здравоохран. (Казань). — 2008. — № 1. — С. 4—10.
8. Иксанов Х. В., Степанов А. А., Погорельцев В. И. Методологические основы разработки индивидуальной программы реабилитации на основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ): Учеб. пособие. — Казань, 2010.
9. Международная номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности: Руководство по классификации состояний, относящихся к последствиям болезней и травм. — М., 1998.
10. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: МКФ. — Женева, 2001.
11. Пузин С. Н., Иксанов Х. В., Аухадеев Э. И. Методология и практика развития медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов как региональной социальной системы. — М., 2008.

Поступила 29.11.11

Сведения об авторах:

Иксанов Х. В., доц. каф. реабилитологии и спортивной медицины Казанской государственной медицинской академии; Степанов А. А., доц. каф. реабилитологии и спортивной медицины Казанской государственной медицинской академии.

Для контактов:

Иксанов Хайдар Вазихович, 420012, Казань, ул. Муштары, д. 11. Телефон: 8(843)238-32-61.