

### Література

1. Руководство по чрескостному остеосинтезу методом Илизарова / В. Голяховский, В. Френкель. – СПб., 1999. – 267 с.

2. Барабаш А. П. Лечение последствий переломов диафиза плечевой кости с использованием различных методов стимуляции костеобразования в условиях стабильной фиксации / А. П. Барабаш,

К. А. Гражданов, Ю. А. Барабаш, В. Д. Балянин // Гений ортопедии. – 2012. – № 2. – С. 77–81.

3. Борзунов Д. Ю. Методические принципы замещения дефектов костей предплечья с использованием технологий чрескостного остеосинтеза / Д. Ю. Борзунов, М. Н. Соколова // Травматология и ортопедия России. – 2010. – №3 (57). – С. 103–110.



УДК 615.825

## ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК МЕТОД ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТРАВМ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Е. В. Канюка<sup>1</sup>, О. Б. Неханевич<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины»,

<sup>2</sup>ГЗ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепр

### Резюме

У статті представлений огляд публікацій, що стосуються проблем відновного лікування пацієнтів з травмами верхніх кінцівок. Проаналізовано статистичні дані, опубліковані в літературних джерелах за останні кілька років. Доведено, що травми є чинником, який веде до обмеження життєдіяльності постраждалих, тимчасової та стійкої втрати працездатності (інвалідності). Також продемонстрована статистика показників первинної інвалідності внаслідок травм і захворювань опорно-рухового апарату за даними діяльності медико-соціальних експертних комісій України. Визначено, що на етапах відновного лікування, що включає передопераційну підготовку, хірургічне втручання і функціональну реабілітацію – приділяється недостатньо уваги останній ланці. Позначена проблема відсутності пропозицій щодо використання засобів і методів фізичної реабілітації у пацієнтів з віддаленими наслідками травм верхньої кінцівки в залежності від термінів, що минули після травми, анатомічної зони пошкодження, дозування локального фізичного навантаження. Питання застосування методів фізичної реабілітації у даній категорії пацієнтів є актуальними.

**Ключові слова:** реабілітація, травма, верхня кінцівка.

### Summary

This article provides an overview of publications concerning problems of rehabilitation of patients with injuries of the upper extremities. Analyzed statistical data published in the literature over the past few years. It is shown that the injury is a factor that leads to disability of victims, temporary and permanent disability (disability). Also demonstrated statistics of primary disability due to injuries and diseases of the musculoskeletal system according to the activity of medical-social expert commissions Ukraine. Determined that the stages of rehabilitation, including preoperative preparation, surgery and functional rehabilitation – sufficient attention to the last link. Marked a lack of proposals for the use of means and methods of physical rehabilitation in patients

*with remote consequences upper extremity injuries, depending on the terms that have passed after the injury, the anatomical area damage dosage local exercise. The application of methods of physical rehabilitation in these patients is relevant.*

**Keywords:** *rehabilitation, injury, upper limb.*

**Введение.** Согласно данным сводной всемирной статистики отечественных и зарубежных авторов, продолжает сохраняться глобальная тенденция – рост «травматической эпидемии». Это обусловлено факторами технотизации промышленного производства, увеличением количества пользователей автомобильного транспорта, ростом дорожно-транспортного и бытового травматизма населения. Травмы и ортопедические заболевания продолжают влиять на показатели здоровья населения, определяется ростом их распространенности, увеличением доли неблагоприятных социальных последствий – временной и стойкой утраты трудоспособности (инвалидности).

По данным 178 стран 20–50 млн. человек во всем мире ежегодно получают травмы. Травмы приводящие к потере работоспособности и инвалидности, получают более 250 тыс. человек в год [2, 3].

Социальные последствия травм и заболеваний костно-мышечной системы значительны как в экономическом, так и в медико-демографическом плане из-за веса патологии, длительности реабилитационного периода, высокой частоты выхода на инвалидность, больших затрат на лечение. По данным С. П. Миронова, в течение года на долю этих заболеваний приходится до 30 % всех дней временной потери трудоспособности. По показателю первичной инвалидности травмы и заболевания костно-мышечной системы занимают третье место, после болезней системы кровообращения и новообразований. За последние 10 лет этот показатель увеличился в 1,4 раза, составив в общей структуре первичной инвалидности около 18 %. В структуре причин накопленной инвалидности последствия травм стоят на втором месте, уступая только болезням системы кровообращения [3, 25].

**Цель исследования:** по данным литературных источников установить актуальность применения средств лечебной физкультуры в восстановительном лечении больных и инвалидов с травмами верхних конечностей.

**Объект и методы исследования.** Для решения поставленной цели мы проанализировали доступные литературные источники по выбранной тематике за период с 1993 по 2016 год.

**Результаты исследований и их обсуждение.** По данным основных показателей инвалидности и деятельности медико-социальных комиссий Украины по 2010–2016 годы первичная инвалидность вследствие травм занимает третье ранговое место в среднем по Украине – 5,1 и 5,0 случаев на 10 тыс. взрослого населения соответственно. Высокий уровень и сложность бытового травматизма связаны с увеличением количества автодорожного травматизма и использованием в бытовых услови-

ях современных механизмов, несоблюдение правил техники безопасности. Современные травмы имеют больше полиструктурный характер, что обуславливает их тяжелые последствия и вызывает трудности на этапах реабилитации [4, 5].

Углубленное изучение инвалидности вследствие травм опорно-двигательного аппарата в областях Украины показало, что производственные травмы являются причиной инвалидности в 19,9 % случаев. По локализации травмы верхних конечностей – 30 % (в т. ч. – 13,0 % травмы кисти). I группа инвалидности установлена в 0,5 % случаев, II – 13,7 %, III – 85,8 %. В структуре первичной инвалидности населения патологией опорно-двигательного аппарата (ОДА) приходится 21,8 %.

По данным аналитико-информационного справочника «Основные показатели инвалидности и деятельности медико-социальных экспертных комиссий Украины за 2016 год», высокие показатели первичной инвалидности вследствие травм зарегистрированы в 2016 г. в Житомирской обл. – 9,1 на 10 тыс. взрослого населения; Ровенской обл. – 6,8; Кировоградской обл. – 6,4; Волынской обл. – 6,2; Винницкой обл. – 6,0; при среднем по Украине в 2016 гг. – 4,8 случая. Среди производственных травм высокие показатели первичной инвалидности зарегистрированы в Донецкой – 0,8; Днепропетровской – 0,5; Винницкой и Луганской областях по 0,4; при среднем по Украине в 2016 г. – 0,3 случая на 10 тыс. взрослого населения.

Рука, в силу специфики своей функции как орган труда, тонких координированных движений, открытой части человеческого тела достаточно часто подвергается различным травмам. Еще в XIX столетии Н. И. Пирогов говорил о том, что «нет ни одной части тела, в которой повреждения были бы так бесконечно разнообразны по виду, степени повреждений и последствий, как рука и нижняя часть предплечья» [1]. По данным отечественных исследователей, повреждения верхней конечности занимают второе место среди травм опорно-двигательного аппарата, составляет 76,3 %, при этом в 31–48 % случаев они приводят к стойкой утрате трудоспособности [7].

Наиболее частыми осложнениями травм верхних конечностей являются посттравматические контрактуры суставов, среди которых ведущее место занимают постиммобилизационные контрактуры, приводящие к инвалидности. Наибольшие трудности реабилитации вызывают контрактуры вследствие полиструктурных повреждений верхней конечности с поражением нервов, сухожилий, сосудов и костей, которые составляют от 31 до 57 % всех травм конечностей [8, 28, 30].

По данным И. В. Бойко, при лечении внутрисуставных переломов дистального метаэпифиза

плечевой кости и проксимального отдела костей предплечья, достаточно часто наблюдается развитие выраженных контрактур локтевого сустава, вплоть до фиброзного анкилоза. Основную роль в развитии тугоподвижности локтевого сустава играет его иммобилизация и отсутствие пассивной функции, начиная с первых суток после операции [9, 24]. Лечение повреждений локтевого сустава представляет собой чрезвычайно сложную задачу. Чем анатомически более выражено разрушение тканей, тем тяжелее протекает посттравматический процесс, и, соответственно, в итоге можно ожидать худшую функцию сустава [9, 25].

Вторая по важности и влиянию на результат повреждения составляющая – это адекватность проводимого лечения. Большинство публикаций, касающихся лечения переломов и переломовывихов в области локтевого сустава, посвящено хирургическим методам лечения. Многие авторы приходят к выводу, что особенно негативно на восстановление функциональных возможностей локтевого сустава сказывается его длительная иммобилизация. Причем функциональные ограничения сочетаются с выраженными проявлениями органического характера, то есть существенными отклонениями морфологических, биохимических характеристик тканей области повреждения [10]. Ведущая позиция в организации лечения сложных повреждений локтевого сустава – это использование принципа функциональности. Под термином «принцип функциональности» подразумевается не только возможность осуществления движений в суставе как таковых, но и использование всей конечности в процессе самообслуживания уже на ранних этапах посттравматического периода с последующим повышением нагрузок и разнообразия функциональной деятельности. Основным в концепции лечения повреждений локтевого сустава является использование принципа функциональности [11].

Осложнения и плохие результаты лечения при переломах дистального метаэпифиза плечевой кости (ДМПК) развиваются в 18–85 % больных, а в 29,9 % пострадавших признаки устойчивой инвалидности являются плохим прогностическим критерием для восстановления функции локтевого сустава. Важную роль в потере работоспособности играют недостатки и недооценка роли функционального восстановительного лечения. Возникновение функциональных нарушений нередко обусловлено поздним, несистематическим применением средств функционального лечения и неправильной методики лечебного использования физических упражнений. Физическая реабилитация больных с переломами ДМПК, основанная на особенностях перелома и способе лечения пострадавших, позволяет обособленно реализовывать и применять достижения современной медицины, способствует снижению количества неблагоприятных исходов лечения и показателей первичной инвалидности данной категории пациентов. Этапное и дозированное увеличение нагрузок в процессе физической реабилитации больных

с переломами ДМПК позволяет восстановить физиологическую амплитуду движений в локтевом суставе и предотвратить формирование контрактур и вегетодистрофических осложнений. Усовершенствованная программа физической реабилитации больных с переломами ДМПК и рациональная тактика восстановительного лечения позволяют оптимизировать эффективность лечения и достичь отличных и хороших функциональных результатов в 92,3 % случаев [12, 33].

Устранение контрактур локтевого сустава до сих пор остается сложной проблемой. Травма этого сустава практически всегда сопряжена с образованием контрактуры, однако проведение адекватных реабилитационных мероприятий позволяет, как правило, устранить ее. Можно сделать вывод, что неадекватные реабилитационные действия приводят к неблагоприятному функциональному результату. Возникает стойкое ограничение движений в суставе, требует оперативной коррекции, в том числе с использованием аппаратов внешней фиксации.

Последствия повреждений суставов пальцев кисти отличаются большим многообразием клинико-функциональных характеристик и требуют индивидуального подхода к определению показаний и выбора способа лечения. Комплексный подход к восстановительному лечению последствий травм суставов пальцев кисти, включая дифференцированный выбор способа оперативного вмешательства и программы физиофункциональной реабилитации, позволяет оптимизировать эффективность лечения и достичь положительных результатов. Ранняя дозированная функциональная нагрузка на суставы пальцев кисти после реконструктивно-восстановительного лечения позволяет улучшить функциональные результаты и сократить сроки лечения пациентов [18, 25, 29].

Предоперационная подготовка в подобных клинических случаях имеет целью укрепление организма и подготовку верхней конечности к оперативному лечению. Задача этого этапа – улучшение трофики, укрепление всех мышечных групп верхней конечности, профилактика контрактур смежных суставов. Назначаются занятия лечебной гимнастики, включающие свободные движения в интактных суставах поврежденной конечности, в основном направлены на повышение тонуса мышц. Целью восстановительного периода является восстановление или компенсация функции поврежденной верхней конечности, его задача – увеличение объема пассивных и активных движений в локтевом суставе, восстановление мышечного тонуса конечности. Основное место в комплексе реабилитационных мероприятий занимает лечебная физкультура. Увеличивается как продолжительность, так и число занятий, нарастают нагрузки в течение каждого занятия. В сроки более 2,5–3 месяцев показано применение механотерапии на маятниковых аппаратах. По данным Н. Б. Дусей-нова, М. Б. Цыкунова (Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова)

рова, Москва, Россия) программа реабилитации пациентов с посттравматическими контрактурами и анкилозами локтевого сустава, включающая предоперационную подготовку, хирургическое лечение, направленное на восстановление нормальных анатомических соотношений в суставе, и проведения комплекса реабилитационных мероприятий, позволяет в большинстве случаев добиться восстановления функции верхней конечности до уровня компенсации и субкомпенсации [14].

По данным литературных источников, от 76 до 86% больных, находящихся в трудоспособном возрасте, получают повреждения дистальных отделов верхней конечности. Социальная несостоятельность людей трудоспособного возраста главным образом зависит от ограничения возможностей профессионально-трудовой деятельности: снижением квалификации – 14,2 %, ограничением возможности работать по специальности – 33 %, ограничением возможности обучения и переобучения – 40 %. Больные и инвалиды с последствиями повреждений суставов пальцев кисти имеют высокий реабилитационный потенциал, который может быть реализован путем хирургической реконструкции и функциональной реабилитации. Комплексная медицинская реабилитация больных с повреждениями суставов пальцев кисти позволяет восстановить работоспособность в прежней профессии и снизить группу инвалидности [15, 22].

Исходя из принятого определения инвалидности как биосоциального явления, инвалидность – это социальная недостаточность вследствие ограничения жизнедеятельности человека, вызванного нарушением здоровья со стойким расстройством функции организма, приводит к необходимости в социальной защите и помощи. Конвенцией о правах инвалидов, принятой ВОЗ в 2007 году, это понятие развивается и детерминирует с реабилитационными возможностями инвалида согласно Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (2001 г.). Медико-социальная характеристика инвалидности является важным аспектом для планирования, организации и реализации медико-социальной и профессиональной реабилитации инвалидов. Особую актуальность это направление деятельности приобретает в связи с тем, что среди всех лиц, имеющих заболевания или травмы ОДА, – около двух третей их общего количества подлежат реабилитации.

Во второй половине XX века во многих странах возникла необходимость в социально-трудовом восстановлении инвалидов. Кроме медицинских, такое восстановление имело ряд психологических, социальных и других аспектов, которые выходят за рамки восстановительного лечения только в качестве лечебного метода. На смену термину «восстановительное лечение» приходит термин «реабилитация». Реабилитация – это динамическая система взаимосвязанных медицинских, психологических и социальных компонентов

(в виде тех или иных действий и мероприятий), направленных не только на восстановление и сохранение здоровья, но и на возможно более полное восстановление (сохранение) личности и социального статуса больного или инвалида. Заболевания (инвалидность) меняет социальное положение больного и ставит перед ним новые проблемы (приспособление к дефекту, смена профессии и др.). Эти проблемы соединены со значительными трудностями для больного, и содействие в их преодолении является одной из важных задач реабилитационной медицины, требует активного участия как медицинских работников, психологов, так и органов социального обеспечения и других государственных служб.

Социально-экономическая значимость травм подтверждается высокими показателями временной потери трудоспособности. Одним из самых неблагоприятных последствий травм является инвалидность. Поскольку травматизм непосредственно влияет на состояние здоровья населения, медико-демографическую ситуацию, наносит огромный экономический ущерб, эта проблема должна стать одной из приоритетных в отечественном здравоохранении. Проблема предупреждения травматизма имеет два основных аспекта: первый – систематическое, комплексное и планомерное проведение профилактических мероприятий, цель которых – предупредить травму; второй – ликвидация и снижение веса неблагоприятных последствий травм – смертности, инвалидности, временной нетрудоспособности, вынужденной смены профессии.

Социально-экономический аспект восстановительного лечения базируется не только на социально-трудовой реабилитации – восстановлении работоспособности, подготовке к трудовому обучению и переобучению, возвращению к общественно полезному труду, но и восстановлении навыков самообслуживания, сокращении расходов на лечение и уход, опеку и уход со стороны родственников и общества в целом. Компенсаторно-восстановительные процессы, протекающие в организме, являются биологической основой приспособления к новым условиям жизнедеятельности.

Достигается это системой реабилитационных мероприятий, которые включают в себя своевременное оперативное вмешательство, раннее активное функциональное лечение в послеоперационном периоде [17, 30]. И. И. Пархотик только часть осложнений, возникающих после травм верхней конечности, связывает с весом самой травмы, большую же часть – с отсутствием комплексных, адекватных программ физической реабилитации, упущениями и ошибками в восстановительном лечении с учетом локализации, тяжести и давности травмы.

Одной из причин неудовлетворительных функциональных результатов восстановительной хирургии при травмах дистальных отделов верхней конечности является недостаточное внимание к вопросам физической реабилитации: позднее

начало, несоответствие средств и методов кинезиотерапии характера тяжести, анатомическом уровню и древности травмы. В литературе отсутствуют предложения по дифференциации средств и методов физической реабилитации больных с отдаленными последствиями травм верхней конечности. Недостаточны и противоречивы данные о роли в восстановительном лечении комплексного использования физических и психолого-педагогических средств воздействия. В лите-

ратуре есть описания отдельных программ восстановительного лечения больных с некоторыми видами патологии кисти (Львов С. Е., 1993; Банков С., Матев И., 1981; Robbins F., Reese T., 1985; Burnett WR, 1992), однако вопрос дозировки локальных физических нагрузок в зависимости от сроков и методов восстановительного лечения, а также реабилитационного потенциала больных и инвалидов с последствиями поврежденной верхней конечностей в литературе не освещены.



Схема 1. Реабилитация больных и инвалидов

Медицинская реабилитация состоит из ряда мероприятий, ставящих следующие цели: предотвращение растренированности больного в период его пребывания на лечении; ускорения процесса реабилитации путем психологических и физических воздействий (средства лечебной физкультуры (ЛФК), физиотерапия, мануальная терапия, рефлексотерапия и др.); ускорения формирования компенсаторных процессов и управления ими; управления процессом адаптации при необратимых изменениях.

Медико-социальное направление реабилитации предполагает сохранение и укрепление здоровья как отдельного человека, так и всего населения. В системе реабилитационных мероприятий выделяют профилактический этап, что способствует сохранению активной работоспособности и предупреждает развитие заболевания, и заключительный этап – возвращение ранее нетрудоспособных людей к полноценной общественно-трудовой и личной жизни.

Основными задачами восстановительной медицины (реабилитации) являются ускорение восстановительных процессов и предотвращения или снижения инвалидности. Невозможно обеспечить функциональное восстановление, если игнорировать стремление организма к движению.

Лечебная физкультура (ЛФК) – составная часть медицинской реабилитации больных и инвалидов, метод комплексной функциональной терапии, использующий физические упражнения как средство сохранения организма пациента в деятельном состоянии, стимуляции его внутренних резервов, предупреждения и лечения болезней, вызванных вынужденной гиподинамией. ЛФК – природно-биологический метод, в основе которого лежит использование основной биологической функции организма – движения. Движение явля-

ется основным стимулятором роста, развития и формирования организма. Стимулируя активную деятельность всех систем организма, движение поддерживает и развивает их, способствуя повышению общей работоспособности. ЛФК – метод активной функциональной терапии.

Регулярная дозированная тренировка стимулирует и приспособливает отдельные системы и весь организм к растущим физическим нагрузкам и, в конечном итоге, приводит к функциональной адаптации больного. Систематическое применение физических упражнений развивает функциональные резервы как пораженной системы, так и всего организма.

К основным положительным сторонам метода ЛФК относятся:

1. Глубокая физиологичность и адекватность гимнастических упражнений;
2. Широкий диапазон воздействия физических упражнений обеспечивается привлечением всех уровней ЦНС, эндокринных и гуморальных факторов;
3. Отсутствие отрицательного побочного действия гимнастических упражнений при правильной дозировке физической нагрузки и рациональной методике занятий;
4. Возможность длительного применения физических упражнений, которые не имеют ограничений, переходя из лечебного в профилактическое воздействие;
5. Формирование нового динамического стереотипа, что реактивно устраняет или ослабляет патологический стереотип. В нормальном стереотипе преобладает моторика – в его восстановлении и заключается общая задача ЛФК.

Основные и наиболее общие принципы применения ЛФК как метода медицинской реабилитации в клинической практике:

- целеустремленность методик ЛФК, обусловлена конкретным функциональным дефицитом в двигательной, чувствительной, вегетативно-трофической сферах, сердечно-сосудистой и дыхательной деятельности;

- дифференциация методик ЛФК в зависимости от типологии и выразительности функционального дефицита;

- адекватность нагрузки ЛФК индивидуальным возможностям больного, оцениваемым по общему состоянию, кардиореспираторной и локомоторной систем и по резервным возможностям дефицитарной функциональной системы с целью достижения тренирующего эффекта;

- своевременность применения методик ЛФК на раннем этапе заболевания или послеоперационного периода с целью максимального использования сохранных функций для восстановления нарушенных, а также для наиболее эффективного и быстрого приспособления при невозможности полного устранения функционального дефицита. Последовательность стимуляции активных действий путем расширения средств ЛФК, возрастания тренировочных нагрузок и воздействия, тренирующий на определенные функции и на весь организм пациента. Функционально оправдана скомбинированность применения различных средств ЛФК в зависимости от периода заболевания, функционального дефицита, его выразительности, прогноза восстановления функций и присоединения осложнений (контрактуры, боли, трофические нарушения и др.), а также от этапа реабилитации пациента;

- комплексность применения методик ЛФК в сочетании с другими методами: медикаментозной терапии, ортопедическими мероприятиями, физиотерапией и др.

Перечисленные принципы применения средств ЛФК обязательно учитывают, как при построении лечебного комплекса для конкретного сеанса и курса, так и при выработке программы реабилитации для данного пациента или группы больных. Как спокойствие, так и движение неразрывны с элементами режима больного. Они должны не противопоставляться, а дополнять друг друга. В связи с этим лечебная физкультура (ЛФК) занимает одно из ведущих мест в медицинской реабилитации пациентов различного профиля.

Больничный режим с его пассивностью (медикаментозная терапия, охранный режим) приводит к угасанию условно рефлекторных связей, поддерживающих функциональное равновесие. Режим покоя расслабляет больного, приковывает его внимание к болезненным переживаниям, способствует развитию негативных эмоций, снижает нервный мышечный тонус и замедляет функциональное восстановление пораженного органа. В противоположность пассивному, активный режим оказывает стимулирующее воздействие, тренирует организм пациента. Вместе с тем, необходимо проявлять осторожность при назначении и регламентировании активного режима, в зависимости от насыщенности различными средства-

ми ЛФК предъявляет повышенные функциональные требования к организму пациента. В связи с этим при назначении активного режима необходимо исходить из особенностей, стадии, течения и клинических проявлений заболевания или травмы, учитывать степень функциональных отклонений, возраст и толерантность отношения пациента к физическим нагрузкам [19].

Таким образом, анализ данных литературных источников и собственных наблюдений, касающихся проблемы физической реабилитации больных и инвалидов с травмами верхних конечностей, позволяет сделать такие **выводы**:

1. Согласно показателю первичной инвалидности, травмы и заболевания костно-мышечной системы занимают третье место, после болезней системы кровообращения и новообразований, составив в общей структуре первичной инвалидности около 18 %, что показывает их медико-социальное значение, при этом от 76 до 86 % больных находятся в трудоспособном возрасте.

2. Только пятую часть осложнений, возникающих после травм верхней конечности, связывают с тяжестью самой травмы, большую же часть – с отсутствием комплексных, адекватных программ физической реабилитации.

3. Программа восстановительного лечения пациентов, включая предоперационную подготовку, хирургическое лечение, физическую реабилитацию, позволяет в большинстве случаев добиться восстановления функции верхней конечности до уровня компенсации и субкомпенсации, а также снизить группу инвалидности.

4. Необходима дальнейшая разработка и совершенствование программ физической реабилитации больных и инвалидов с последствиями травм верхних конечностей.

#### Литература

1. Пирогов М. И. Початки загальної військово-польової хірургії. – М. І. Пирогов – М: 1941. – Ч.1. –.175 с.
2. Миронов С. П. Состояние ортопедо-травматологической службы в Российской Федерации и перспективы внедрения инновационных технологий в травматологии и ортопедии / С. П. Миронов // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова – 2010. – №4. – С. 10– 13.
3. Миронов С. П. Состояние специализированной амбулаторной травматолого-ортопедической помощи пострадавшим от травм и больным с патологией костно-мышечной системы / С. П. Миронов, Н. А. Еськин, Т. М. Андреева // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. – 2010. – № 1. – С. 3–8.
4. Бойко І. В. Первинна інвалідність внаслідок травм і захворювань кістково-м'язової системи й сполучної тканини / І. В. Бойко, Є. Л. Лифаренко, В. М. Хомяков [та ін.] // Основні показники інвалідності й діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2010 рік. – Дніпропетровськ, 2011. – С. 25–27.

5. Хомяков В. М. Первинна інвалідність внаслідок травм і захворювань кістково-м'язової системи й сполучної тканини / В. М. Хом'яков, Є. Л. Лифаренко, А. О. Маметьєв, Є. О. Даукш // Основні показники інвалідності й діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2011 рік. – Дніпропетровськ, 2012. – С. 25–26.
6. Іпатов А. В. Проблеми інвалідності та реабілітації інвалідів ортопедо-травматологічного профілю / А. В. Іпатов // Ортопедія, травматологія та протезування – 2002. – №4. – С. 12–17.
7. Хом'яков В. М. Особливості медико-соціальної експертизи інвалідів з наслідками ушкодження нервів верхньої кінцівки / В. М. Хом'яков // Актуальні питання медико-соціальної експертизи й реабілітації хворих і інвалідів. – Дніпропетровськ, 2011. – С. 43–44.
8. Науменко Л. Ю. Реабілітація хворих з післятравматичними контрактурами променево-зап'ясткового суглоба і суглобів кисті / Л. Ю. Науменко, А. М. Доманський, Є. В. Канока // Фізична й фізіотерапевтична реабілітація. Реабілітаційні Спа-Технології: матер. науково-практ. конф. – Севастополь, 2009. – С. 38–39.
9. Бойко І. В. Наш досвід застосування дистракційного артроліза ліктьового суглоба з використанням апарата Ілізарова / Бойко І. В. // Інноваційні діагностичні технології в медико-соціальній експертизі і реабілітації інвалідів. – Дніпропетровськ, 2005. – С. 250–251.
10. Грачова Л. И. Динаміка змін у хімічному складі тканин ліктьового суглоба при загоєнні черезмишечкових переломів у цуценят / Л. И. Грачова, В. Н. Матвєєнко, Г. Б. Знаменський // Чрезкостный остеосинтез в ортопедии и травматологии. – Курган, 1984. – Вып.9. – С. 139–144.
11. Свешников А. А. Смена количества минеральных компонентов костной ткани при лечении чрезмышечковых переломов плеча / А. А. Свешников, Г. Б. Знаменський, С. В. Сальникова // Архив анатомии, гистологии, эмбриологии. – 1985. №6. – С. 61–64.
12. Корж Н. А. Концепція лікування ушкодження ліктьового суглоба / Н. А. Корж, Е. М. Мателенок // Ортопедія, травматологія й протезування. – 2007. – №4. – С. 111–116.
13. Науменко Л. Ю. Фізична реабілітація хворих з переломами дистального метаепіфізу плечової кістки / Л. Ю. Науменко, Д. С. Носивец // Ортопедія, травматологія й протезування. – 2010. – №3. – С. 40–43.
14. Каллаев Н. О. Оперативное лечение внутрисуставных переломов проксимального отдела костей предплечья / Н. А. Каллаев, Ч. М. Афгани // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. – 2007. – № 2. – С. 76–79.
15. Дусейнов Н. Б. Программа реабилитации в комплексном лечении детей и подростков с посттравматическими контрактурами и анкилозами локтевого сустава / Н. Б. Дусейнов, М. Б. Цыкунов, В. Н. Меркулов [и др.] // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. – 2008. – №1. – С. 40–44.
16. Науменко Л. Ю. Медико-соціальні аспекти відновного лікування хворих і інвалідів з наслідками пошкодження суглобів пальців кисті / Л. Ю. Науменко, А. О. Маметьєв // Актуальні питання медико-соціальної експертизи та реабілітації хворих і інвалідів: збірник науково-практичних праць. – Дніпропетровськ, 2011. – С. 54–55.
17. Андреева Т. М. Травматизм в Российской Федерации в начале нового тысячелетия / Т. Н. Андреева, Е. В. Огрызко, И. А. Редько // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. – 2007. – №2. – С. 59–63.
18. Романов Г. І. Медична реабілітація хворих після ендопротезування кульшового суглобу / Г. І. Романов, С. К. Копчак // Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П. Л. Шупика. – Випуск №7, книга 1. – Київ, 1998. – С. 499–503.
19. Науменко Л. Ю. Програма функціональної реабілітації хворих і інвалідів з наслідками травм суглобів пальців кисті / Л. Ю. Науменко, А. О. Маметьєв // Медико-соціальна експертиза і реабілітація хворих внаслідок травм і захворювань опорно-рухового апарату: матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, 25–26 вересня 2008 р. Дніпропетровськ, 2008. – С. 110–113.
20. Епифанов В. А. Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации больных и инвалидов / В. А. Епифанов // Лечебная физкультура и спортивная медицина. – 2009. – №8 (68). – С. 55–60.
21. Тарасенко О. М. Первинна інвалідність внаслідок травм і захворювань кістково-м'язової системи та сполучної тканини / О. М. Тарасенко, Є. Л. Лифаренко // Основні показники інвалідності й діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2016 рік. – Дніпропетровськ, 2017 – С. 28–29.
22. Belt, P. J. Vascularised free fibular flap in bone resection and reconstruction / P. J. Belt, I. C. Dickinson, D. R. Theile // Br. J. Plast. Surg. 2005. – Vol. 58, N4. – P. 425–30.
23. Buchman, S. J. Pedicled groin flaps for upper-extremity reconstruction in the elderly: a report of 4 cases / S. J. Buchman, W. A. Eglseder Jr., B. C. Robertson // Arch. Phys. Med. Rehabil. 2002. – Vol. 83, N 6. – P. 850–4.
24. Finger reconstruction with extended free second toe flap transfer / J.L. Zhang, G.X. Pei, Z.Y. Ren [et al.] // Zhonghua Zheng Xing Wai Ke Za Zhi. – 2003. Vol. 19, N 5. – P. 354–6.
25. Free microvascular fibula graft for skeletal reconstruction after tumor resections in the forearm – experience with five cases / G. A. Giessler, B. Bickert, M. Sauerbier,

- G. Germann // Handchir. Mikrochir. Plast. Chir, 2004. – Vol. 36, N5. – P. 301–7.
26. Free vascularized fibular grafts for reconstruction of skeletal defects / K. N. Malizos, C. G. Zalavras, P. N. Soucacos [et al.] // J. Am. Acad. Orthop. Surg. 2004. – Vol. 12, N 5. – P. 360–9.
27. Heitmann C. Applications of the vascularized fibula for upper extremity reconstruction / C. Heitmann, L.S. Levin // Tech. Hand Up. Extrem. Surg. – 2003. – Vol. 7, N 1. – P. 12–7.
28. Heitmann, C. Treatment of segmental defects of the humerus with an osteoseptocutaneous fibular transplant / C. Heitmann, D. Erdmann, L. S. Levin // J. Bone Joint Surg. Am. – 2002.- Vol. 84, N 12. – P. 2216–23.
29. Jiang Z. W. Repair of soft tissue defect at fingertips by cross-arm skin flap with lateral antebranchial cutaneous nerve / Z. W. Jiang, J. Y. He, Z. Z. Li // Zhongguo Xiu Fu Chong Jian Wai Ke Za Zhi. 2002. – Vol. 16, N 3. – P. 179–80.
30. Karle, B. Functional outcome and quality of life after ray amputation versus amputation through the proximal phalanx of the index finger / B. Karle, M. Wittemann, G. Germann // Handchir. Mikrochir. Plast. Chir. 2002. – Vol. 34, N 1. – P. 30–5.
31. Lee, J.Y. Extending the reach of the heterodigital arterialized flap by cross-finger transfer / J.Y. Lee, L.C. Teoh, V.W. Seah // Plast. Reconstr. Surg. –2006. Vol. 117, N 7. – P. 2320–8.
32. Murray, P. M. Free vascularized bone transfer in limb salvage surgery of the upper extremity / P.M. Murray // Hand Clin. 2004. – Vol. 20, N 2. – P. 203–11.
33. Plecko, M. Internal fixation of proximal humerus fractures using the locking proximal humerus plate / M. Plecko, A. Kraus // Oper. Orthop. Traumatol. 2005. – Vol. 17, N 1. – P. 25



УДК: 159.922.2:316.032:616-058

## ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

В. В. Храмцова

ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», г. Днепр

### **Резюме**

*В статье освещены основные функции семьи, ее современное состояние, особенности семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями. Показана роль семьи в первичной социализации, а также социальной дезадаптации. Рассмотрены основные особенности детско-родительских отношений и стилей воспитания в зависимости от портретов личности родителей. Дана характеристика наиболее распространенным нарушениям временной перспективы молодых людей с ограниченными возможностями. Определено, что содержательные характеристики временной перспективы, ее построение и сбалансированность формируются на этапе детско-родительских отношений, во многом зависят от семейного потенциала, первичной социализации, которая происходит в семье, ее ценностных ориентаций и формирования Я-образа ребенка родителями и старшими членами семьи.*

**Ключевые слова:** дети с ограниченными возможностями, эмоционально-психологические функции семьи, стили воспитания, первичная социализация, социальная дезадаптация, временная перспектива.