

5. Приходько О. Г. Воспитание и обучение детей раннего дошкольного возраста с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Специальная дошкольная педагогика / О. Г. Приходько. – М. : [б. и.], 2001. – 98 с.
6. Семенова К. А. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и детским церебральным параличом / К. А. Семенова. – М. : Закон и порядок, 2007. – 616 с.
7. Ashwal S. Practice parameter: diagnostic assessment of the child with cerebral palsy : report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society / S. Ashwal, B. S. Russman, P. A. Blasco [et al.] // Neurology. – 2004. – Vol. 62 (6). – P. 851–863.
8. Glanzman A. M. Intrarater range of motion reliability in cerebral palsy: a comparison of assessment methods / A. M. Glanzman, A. E. Swenson, H. Kim. – Pediatr. Phys. Ther., 2008. – 369 p.

#### Аннотации

*В период дошкольного возраста закладывается фундамент здоровья и полноценного физического развития, начинают складываться привычки и черты характера. Этот период особенно благоприятен для приобретения и закрепления необходимых двигательных навыков. Но физическое развитие ребенка, больного церебральным параличом, существенно отличается от развития здоровых его сверстников. Эти данные необходимо учитывать для того, чтобы улучшить как физическое, так и психоэмоциональное развитие ребенка, страдающего церебральным параличом, помочь ему быстрее социализироваться.*

**Ключевые слова:** физическое развитие, детский церебральный паралич, дошкольный возраст.

**Алла Альошина. Фізичний розвиток дитини, хворої на дитячий церебральний параліч.** У період дошкільного віку закладається фундамент здоров'я та повноцінного фізичного розвитку, починають формуватися звички й риси характеру. Цей період особливо сприятливий для придбання та закріплення необхідних рухових навичок. Але фізичний розвиток дитини, хворої на церебральний параліч, суттєво відрізняється від розвитку здорових її однолітків. Ці дані потрібно враховувати для того, щоб покращити як фізичний, так і психоемоційний розвиток дитини, котра страждає на церебральний параліч, допомогти їй швидше соціалізуватися.

**Ключові слова:** фізичний розвиток, ДЦП, дошкільний вік.

**Alla Aleshina. Physical Development of Child, Patient with Child's Cerebral Paralysis.** The preschool age is a foundation for health and proper physical development, it is a time to form habits and character traits of a child. This period is particularly favorable for the acquisition and development of required motor skills. But the physical development of a child with cerebral paralysis is significantly different from the development of his healthy peers. These data should be considered in order to improve both physical and psycho-emotional development of the child with cerebral paralysis. The idea of the article is to help the child to socialize faster.

**Key words:** physical development, cerebral paralysis, preschool age.

УДК: 796.011.3-057.874:617.75

**Костянтин Сергієнко,  
Хабіб Джуха**

## Особенности процесса физического воспитания детей младшего школьного возраста с ослабленным зором

*Національний університет фізичного виховання і спорту України (м. Київ)*

**Постановка проблеми та її значення.** Молодший шкільний вік – найбільш сприятливий сенситивний період для засвоєння різноманітних видів рухової діяльності, формування в школярів звички до систематичних занять фізичними вправами, що прививає навички здорового способу життя, які забезпечують реалізацію особистісних життєвих потенціалів дітей із порушенням зорового аналізатора. У молодшому шкільному віці розвиваються м'язово-рухові відчуття, покращується зоровий і тактильний контроль під час виконання рухів, удосконалюється координація між зоровим відчуттям та виконанням рухів [9; 5; 10].

Процес фізичного виховання в дітей молодшого шкільного віку, які хворіють на зоровий аналізатор, має свої особливості розвитку й значно відрізняється від побудови та проведення урочних і позаурочних занять, порівняно з практично здоровими однолітками [3; 5; 13; 11–12].

**Аналіз досліджень цієї проблеми.** Аналіз спеціальної науково-методичної літератури засвідчив, що багатьма вченими доведено ефективність корекційно-профілактичних занять під час навчально-

виховного процесу, якщо застосовується цілеспрямований вплив на основну нозологію та супутні захворювання й відхилення параметрів рухової сфери. Відповідно, нераціональне використання засобів фізичного виховання не тільки не здійснює ефективний корекційно-оздоровчий вплив на організм дитини, але й може вплинути на прогресування основної нозології та, як внаслідок, погіршення стану здоров'я людини в цілому [13, 6–7].

Отже, дослідження особливостей процесу фізичного виховання в молодших школярів, які хворіють на зоровий аналізатор, є надзвичайно актуальним та своєчасним.

Роботу виконано згідно зі Зведеним планом НДР у сфері фізичної культури й спорту на 2010–2015 рр. Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України за темою 3.7 «Вдосконалення біомеханічних технологій у фізичному вихованні, реабілітації та спорті з урахуванням індивідуальних особливостей моторики людини» (номер державної реєстрації – 0111U001734).

**Мета статті** – проаналізувати дані спеціальної науково-методичної літератури та установити особливості проведення занять уроків із фізичної культури в дітей молодшого шкільного віку з послабленим зором у процесі фізичного виховання.

**Завдання** – узагальнити дані спеціальної науково-методичної літератури й практичного досвіду з особливостей організації процесу фізичного виховання школярів в умовах спеціалізованих шкіл, у яких навчаються слабкозорі діти.

**Методи дослідження** – аналіз спеціальної науково-методичної літератури та передовий досвід фахівців у галузі адаптивного фізичного виховання.

**Виклад основного матеріалу й обґрунтування отриманих результатів дослідження.** Слід підкреслити, що діти з особливими потребами, які страждають на часткову втрату зору, навчаються в спеціальних (корекційних) школах четвертого типу (до перших двох типів належать заклади для осіб з ураженням слухового аналізатора, до третього – для тотально сліпих дітей і до 4-го – для слабкозорих осіб). Адаптивне фізичне виховання дітей у школах IV типу передбачає засвоєння школярами програмного матеріалу відповідно до державних стандартів освіти [7].

За період навчання в школі діти засвоюють основні рухові дії, теоретичні знання. У шкільну програму включено легку атлетику, елементи гімнастики, лижну підготовку, спортивні та рухливі ігри, які сприяють гармонічному розвитку школярів з урахуванням порушення зорового аналізатора. Крім того, передбачено додаткові заняття для корекції рухових порушень, ритміки, рекреативні заняття й адаптивний спорт [9].

У процесі адаптивного фізичного виховання реалізуються не тільки загальні завдання – розвиток, навчання, виховання, які збігаються з освітніми завданнями здорових дітей і відображені в програмних документах, але й спеціальні завдання. Вони мають корекційну, компенсаторну, профілактичну, а у випадку необхідності – лікувально-відновлювальну направленість. До особливостей корекційної направленості адаптивного фізичного виховання дітей із порушенням зору належать положення, які враховують відомості про фізичний, соматичний і психічний стан учнів:

1. Вік та стать;
2. Результат медичного огляду й рекомендації лікарів (офтальмолога, ортопеда, хірурга, ортопеда, педіатра, невропатолога та інструктора з ЛФК);
3. Ступінь і характер зорового порушення (порушення центрального та периферичного зору, звуження поля зору); гостроти зору, вроджена чи набута втрата зору й т. ін.;
4. Стан здоров'я дитини (перенесені нею інфекційні та інші захворювання);
5. Вихідний рівень фізичного розвитку;
6. Стан опорно-рухового апарату і його порушень;
7. Наявність супутніх захворювань;
8. Здатність дитини до орієнтації в просторі;
9. Наявність попереднього сенсорного та рухового досвіду;
10. Можливості, а також стан збережених аналізаторів;
11. Можливості сприйняття навчального матеріалу;
12. Стан нервової системи (наявність епілепсії, перезбудження, порушення емоційно-вольової сфери, гіпер- і гіпозбудження та ін.) [9; 10; 13; 97].

Вищезазначені рекомендації зазвичай застосовуються в разі таких захворювань, як хориоретиніт, недавня травма оболонок зіниць, дегенерація або відшарування сітківки ока, дистрофія роговиці, опухи мозку або ока, глаукома, катаракта, афакія, міопія високого ступеня (понад 6,0 діоптрій (D) з ускладненням очного дна), у ранньому післяопераційному періоді після заміни кришталика (перші

півроку), зміщення кришталика, що виникає внаслідок слабкості або ж розриву зв'язки, яка підтримує його в оці [1; 2].

Під час проведення навчально-виховного процесу особливу увагу приділяють дітям молодшого шкільного віку (7–10 років), коли очі пристосовуються до збільшення зорового навантаження й офтальмологічне захворювання може прогресувати. Тому обов'язково застосовуються спеціальні вправи для збереження зору, покращення кровообігу в тканинах ока, роботи акомодального м'яза, зміцнення м'язів склери очей, зняття з них утоми [10].

Зазвичай, такі вправи виконують 3–4 рази на день протягом 3–5 хвилин. Виконуються зранку, під час предметних уроків, на перервах між уроками, на заняттях у групах продовженого дня та перед сном.

Навчальна діяльність школярів із порушенням зору ґрунтується на взаємодії аналізаторів і включення компенсаторних механізмів, що сприяють здійсненню різноманітних видів діяльності. Залежно від характеру діяльності може виникнути заміна одного аналізатора іншим (це переважно відбувається в сліпих людей), або взаємозв'язок зору, що залишився, з аналізатором дотику (у частково незрячих) [10].

Методи використання та розвитку збережених аналізаторів на уроках фізичної культури залежать від багатьох факторів. Потрібно враховувати ступінь і характер порушення зору (тотальна сліпота, практична сліпота, слабкозорість, стан поля зору, порушення бінокулярного зору); рівень попереднього сенсорного досвіду й готовності збережених аналізаторів до сприйняття навчального матеріалу; рухову підготовленість учнів, уміння орієнтуватись у просторі [9].

Залежно від стану зорової недостатності, діти по-різному сприймають навчальний матеріал. Так, слабкозорі учні, у яких гострота зору дорівнює від 0,1 до 0,4 D, легко сприймають предмети, явища, дії, також орієнтуються у великому просторі. При порушенні бінокулярного зору діти часто бувають не спроможні сприймати об'єми предметів і дій, виникає складність візуально відстежити об'єкт, що рухається в просторі [9; 13, ст. 12].

Використання збережених аналізаторів – це загальне завдання для всіх учнів із захворюванням зорового аналізатора, а зміст і прийоми корекційної роботи для реалізації завдань – різні та здійснюються за допомогою індивідуального, диференційованого підходів до кожного учня окремо з урахуванням його можливостей і спроможностей [9; 10].

Одна з особливостей фізичного виховання слабкозорих молодших школярів – використання та розвиток зору, що залишився. Це, зазвичай, сполучення загальнорозвивальних і спеціальних вправ, які сприяють, передусім, збереженню зору, формуванню зорових уявлень, тренуванню зорової функції ока. Доцільно навчати користуватися зором, що залишився при вказівках на знайомий предмет, розпізнання спортивного інвентаря, який міститься в спортивному залі (за кольором, формою, величиною); розвивати зорові уявлення під час поворотів навколо своєї осі (наприклад 90° та 180°), аналізуючи при цьому зміни просторого положення тіла. Зорове сприйняття розвивається під час варіювання віддалення предметів у просторі, при метанні м'ячів, стрибках у довжину та виконанні інших вправ [4].

Не менш важлива особливість при регулюванні психофізичного навантаження – показання й протипоказання до фізичного навантаження. Діти з порушенням зору потребують обережного підходу до занять фізичними вправами. Під час регулювання фізичного навантаження доцільно дотримуватися таких рекомендацій:

- використовувати як стандартні (однакові за швидкістю, темпом та масою), так і перемінні (змінюючи в процесі уроку) види навантаження;
- варіювати форми й умови виконання рухових дій;
- варіювати об'єм навантаження залежно від стану здоров'я тих, хто займається, рівня їхньої фізичної підготовленості;
- варіювати фізичне навантаження, чергуючи його з паузами для відпочинку з використанням вправ на зоровий тренінг, релаксацію, регуляцію дихання, гімнастику для пальців рук тощо;
- утримуватися від тривалого статичного навантаження з підніманням ваги, вправи високої інтенсивності, які можуть викликати підвищення внутрішнього тиску ока, погіршення працездатності цілеарного м'яза, ішемію, особливо в дітей із глаукомою, міопією високого ступеня й іншими захворюваннями;
- урахувати чутливі періоди розвитку фізичних якостей;
- для покращення психосоматичного стану використовувати психогімнастику;
- спостерігати за самопочуттям дітей, котрі займаються; помірна втома не є протипоказанням, але в результаті нерациональної організації праці (фізичної, розумової, зорової) може настати перевтома;

– за наявності синдрому епілепсії не виконувати вправи на стимуляцію дихальної системи, на підвищеній опорі, ігри високої інтенсивності, усе те, що може спровокувати приступ;  
– урахувати, що порушення морально-вольової сфери, гіперактивність корегуються вправами на релаксацію, на регуляцію дихальної системи, на зняття зорового та емоційного стомлення вправами для очей «пальмінгом» [9; 10].

Рухливі й спортивні ігри – також хороші засоби для регуляції фізичного навантаження. Використовують і сюжетно-рольові та рухливі ігри з корекційною направленістю (ігри з м'ячем, для розвитку слухового, дотикового аналізаторів, на розвиток просторової орієнтації й т. ін.).

Дітям із порушенням зорового аналізатора (при деяких захворюваннях) не рекомендується виконувати такі фізичні вправи: різкі нахили тулуба вперед та назад, стрибки, вправи з обтяженням й акробатичні (перекиди, стійки на голові, плечах, руках, виси головою донизу), а також зіскоки зі снарядів, вправи, які виконуються із нахилом голови, різкі переміщення тіла, вправи високої інтенсивності, довготривале м'язове напруження та статичні вправи, навантаження при великій інтенсивності під час бігу, переміщення на ковзанах і лижах [6].

Якщо в молодшого школяра наявні вищевказані захворювання, то йому протипоказані заняття такими видами спорту, як стрибки у воду, важка атлетика, бокс, боротьба, хокей, футбол, баскетбол (дозволено виконувати лише базові елементи футболу, баскетболу й хокею), велоспорт, горно лижний спорт мотоспорт. Надмірне фізичне навантаження може призвести до відшаровування сітківки, крововиливу в очному дні та інших ускладнень [2].

Під час аналізу спеціальної науково-методичної літератури встановлено, що багато вчених [1; 3; 9; 10] дотримуються думки, що слабка ступінь міопії (до 3 D) не є застереженням для занять спортом. Дозволяються такі види спорту, як плавання (але не всім можна виконувати стрибки з тумби), лижний спорт, (лижні гонки), легка атлетика (окремі її види), настільний теніс, художня гімнастика, туризм, шашки, шахи, голбол, торбол, бамбінтон. Ці види спорту не тільки не погіршують стан здоров'я слабкозорих молодших школярів, але й здійснюють позитивний вплив. Науковці Е. С. Аветисов [1], А. Р. Азарян [2] установили, що циклічні вправи (біг, плавання, ходьба на лижах, вправи помірної інтенсивності, фізичні вправи, поєднанні зі спеціальними вправами для цилиарного м'яза) сприятливо впливають на функції ока дитини з міопією, а також на геодинаміку та акомодацийну спроможність ока. Вибір будь-якого виду спорту обговорюється з лікарем-офтальмологом.

Незважаючи на деякі обмеження у виконанні фізичних вправ, потрібно відзначити, що небезпечний для здоров'я не вид рухів, а методика їх проведення. Тому деякі вчені [10; 11] вважають, що підбір адекватних фізичних вправ із різних елементів спорту не протипоказаний до їхньої навчання. Головне – дотримуватися раціонального методичного підходу й регулювати вправи з урахуванням компонентів фізичних навантажень [10; 11].

Отже, кваліфікована та своєчасна допомога молодшому школяреві з дипривацією зору дає змогу уникнути подальших порушень у фізичному розвитку та відкрити більше можливостей для його повноцінного гармонійного розвитку й самовдосконалення.

**Висновки.** Аналіз спеціальної науково-методичної літератури свідчить, що навчально-виховний процес у дітей молодшого шкільного віку з послабленим зором відрізняється від практично здорових однолітків і має свої особливості.

Корекційна направленість адаптивного фізичного виховання для дітей молодшого шкільного віку з послабленим зором буває ефективною лише при врахуванні відомостей щодо соматичного, фізичного й психічного стану здоров'я школярів.

Установлено, що навчально-виховний процес у таких дітей буває ефективним лише в разі застосування корекційно-оздоровчих вправ, які не протипоказані для виконання, та при врахуванні компонентів фізичних навантажень.

Особливу увагу науковці приділяють використанню збережених аналізаторів для дітей молодшого шкільного віку з послабленим зором. Це дає можливість здійснити компенсаторний вплив, а також покращити м'язово-рухове відчуття в поєднанні з іншими аналізаторами.

**Перспектива подальших досліджень.** За аналізом спеціальної науково-методичної літератури визначатимуться організаційно-методичні умови процесу проведення занять уроків фізичної культури в дітей молодшого шкільного віку з послабленим зором. Аналізуючи дані наукових досліджень, установимо раціональні методи, принципи, форми й засоби фізичного виховання для корекційно-оздоровчого впливу на організм молодших школярів із послабленим зором.

#### *Джерела та література*

1. Аветисов Э. С. Физкультура при близорукости / Э. С. Аветисов, Е. И. Ливадо, Ю. И. Курпан. – М. : Сов. спорт, 1993. – 205 с.

2. Азарян А. Р. Методика формирования правильной формирования ходьбы и манеры движений у школьников с нарушением зрения / А. Р. Азарян // Физ. воспитание детей с нарушением зрения. – 2004 – № 5. – С. 10–16.
3. Ахмадуллина И. А. Физическое воспитание слабовидящих учащихся среднего специального учебного заведения : автореф. дис. ... канд. пед. наук : спец. 13.00.04 / И. А. Ахмадуллина. – Набережные Челны, 2011. – 24 с.
4. Дяченко А. А. Корекція порушень постави дітей молодшого шкільного віку з пониженням зором засобами фізичного виховання : дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з фіз. виховання і спорту : спец. 24.00.02 «Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення» / А. А. Дяченко. – К., 2010. – 190 с.
5. Еракова Л. А. Дифференцированное физическое воспитание слепых и слабовидящих в условиях специализированного интерната : дис. ... канд. наук по физ. воспитанию и спорту : спец. 24.00.02 / Л. А. Еракова. – Киев, 2005. – 182 с.
6. Козлов И. В. Изучение эффективности программы физического воспитания слабовидящих школьников : автореф. дис. ... канд. пед. наук : спец. 13.00.04 / И. В. Козлов. – Ярославль, 2007. – 21 с.
7. Постанова Кабінету Міністрів України від 5 липня 2004 р. № 848 «Про затвердження Державного стандарту початкової загальної освіти для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку» [Електронний ресурс]. – К., 2004. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/848-2004-%D0%BF>
8. Сергієнко К. Проблема профілактики порушень опорно-рухового апарату в дітей молодшого шкільного віку з послабленим зором у процесі фізичного виховання / К. Сергієнко, Х. Джуха // Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт. – 2013. – Вип. 12. – С. 59–62. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Mnv\\_2013\\_12\\_13.pdf](http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Mnv_2013_12_13.pdf)
9. Сермеев Б. В. Физическое воспитание слабовидящих детей : пособие для учителей / Б. В. Сермеев. – М. : Просвещение, 1983. – 95 с.
10. Шапкова Л. В. Частные методики адаптивной физической культуры : учебник / под общ. ред. Л. В. Шапковой. – М. : Сов. спорт, 2007. – 608 с.
11. Шапкова Л. В. Адаптивна фізична культура: методологія та розвиток в сфері вищої професійної освіти : дис. ... д-ра пед. наук : спец. 13.00.08 / Л. В. Шапкова. – СПб., 2003. – 448 с.
12. Юрченко О. А. Особливості кінематики ходьби дітей молодшого шкільного віку з ослабленим зором / О. А. Юрченко // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – К., 2012. – № 2. – С. 99–102.
13. Юрченко О. А. Корекція порушень просторової організації тіла дітей молодшого шкільного віку з послабленим зором у процесі фізичного виховання : дис. ... канд. наук з фіз. вих і спорту : спец. 24.00.02 / О. А. Юрченко. – К., 2012. – 247 с.

#### **Анотації**

*Представлено аналіз літературних джерел із проблеми профілактики порушень опорно-рухового апарату в молодших школярів із послабленим зором. За даними різних авторів встановлено взаємозв'язок між дефектом зорового аналізатора як основної нозології та вторинних відхилень і функціональних порушень опорно-рухового апарату в дітей молодшого шкільного віку з порушенням зору. Представлено різні методики, технології й програми, що стосуються проблеми корекції та профілактики порушень опорно-рухового апарату в молодших школярів із порушенням зору в процесі фізичного виховання.*

**Ключові слова:** опорно-руховий апарат, профілактика, молодші школярі з ослабленим зором.

***Константин Сергиенко, Халиб Джуха. Особенности процесса физического воспитания детей младшего школьного возраста с ослабленным зрением.*** Проведен анализ специальной научно-методической литературы, касающейся особенностей проведения занятий уроков по физической культуре у младших школьников с ослабленным зрением. Изучена коррекционная направленность адаптивного физического воспитания для данного контингента учащихся. Выявлены показания и противопоказания к отдельным физическим упражнениям. Установлено, что процесс физического воспитания у детей 7–10 лет с ослабленным зрением бывает эффективным только при применении коррекционно-оздоровительных упражнений, которые не противопоказаны для выполнения. Подтверждено, что процесс физического воспитания детей младшего школьного возраста с ослабленным зрением отличается от практически здоровых сверстников и имеет свои особенности. Изучены различные технологии и программы, направленные на коррекцию и профилактику нарушений опорно-двигательного аппарата у младших школьников с нарушением зрения.

**Ключевые слова:** адаптивное физическое воспитание, младшие школьники, ослабленное зрение.

***Konstantin Sergienko, Habib Juha. Features of Physical Education of Children of Primary School Age with Impaired Vision.*** The analysis of special scientific and methodical literature regarding the features of employment on physical training lessons in primary school children with impaired vision is conducted. Studied correctional orientation adaptive physical education for this group of students. Revealed indications and contraindications for individual

*exercise. It was found that the process of physical education for children of 7–10 years old with poor eyesight can be effective only when applied correctional and health exercises that are not contraindicated for execution. It is confirmed that the process of physical education of children of primary school age with impaired vision differs from healthy peers and has its own characteristics. There was examined various technologies and programs aimed at the prevention and correction of disorders of the musculoskeletal system in primary school children with visual impairment.*

**Key words:** *adaptive physical education, junior high school students, impaired vision..*

УДК 618.14, 331.015.11

*Ольга Луковская*

## **Послеоперационная физическая реабилитация спортсменов с повреждениями плечевого сустава**

*Днепропетровский государственный институт физической культуры и спорта (г. Днепропетровск)*

**Постановка научной проблемы и ее значение.** В настоящее время очевиден прогресс в разработке новых методик и средств, направленных на восстановление повреждений плечевого сустава (ПС) у спортсменов [4; 6; 8; 9]. Значительный удельный вес среди травм мягких тканей ПС (до 70 %) имеют повреждения ротаторной манжеты плеча (РМП) [2; 11; 12]. Вырос риск различных спортивных травм, где, по данным разных авторов, острые составляют 30–40 % [1; 3; 6], хронические – 65–75 % всех травм [8; 9]. Тяжесть спортивной травмы определяется ее механизмом и клиническим течением.

В настоящее время при восстановлении повреждений ПС используют различные методы и средства физической культуры [4; 7], современные технические средства: реабилитационные и СРМ-тренажеры, нестабильные сферы [9–11] и др. Однако еще недостаточно полно рассмотрены другие методы и средства физической реабилитации (ФР), применяемые в процессе послеоперационного восстановления спортсменов с повреждениями ПС.

**Постановка проблемы** – рассмотреть основные компоненты для восстановления спортсменов после операции на ПС. Работа выполнена согласно «Сводного плана НИР в сфере физической культуры и спорта на 2011–2015 гг.» по теме 4.3 «Реабилитация лиц с ограниченными физическими возможностями с учетом особенностей их психофизиологических и компенсаторно-приспособительных реакций на мышечную деятельность» (номер гос. регистрации – 0111U001170) кафедры физиологии и спортивной медицины и кафедры физической реабилитации Днепропетровского государственного института физической культуры и спорта.

**Анализ исследований по проблеме.** К распространенным повреждениям ПС относят [1–3; 5; 6; 9; 12] вывихи, хроническую нестабильность – привычный вывих плеча (ПВП), повреждение Банкарта (ПБ), повреждение ротаторной манжеты плеча, нестабильность ПС (НПС). Как отмечается [9], только в зимних видах спорта травмы ПС составляют до 10 % горнолыжных, 15 % всех сноубордических и около 5 % всех травм скиборда.

Из общего числа вывихов в крупных суставах [1; 5; 6; 9] вывихи ПС составляют от 3 до 75 %. Преобладает передняя форма вывиха – до 95 % случаев, вызывая тяжелые повреждения окружающих мышц, сухожилий и нервных окончаний [9]. При вывихах часто присутствуют повреждения суставной губы, приводящие к её отрыву (повреждение Банкарта), может наблюдаться повреждение кровеносных сосудов [6; 9].

Отдельно выделяют ПВП, при котором сустав нестабилен, а вывих происходит и при незначительных физических нагрузках. Первичные травматические вывихи превращаются в привычные в 20–60 % случаев [5; 9].

Согласно данным ряда авторов [1; 4; 6; 9] чаще всего они встречается у спортсменов: в игровых видах – 22 %, единоборствах – 33 %, в циклических – 17 % и скоростно-силовых видах – 3,5 %, многоборье – 1,5 %.

К причинам повреждений РМП относятся травмы, возникающие при падении на плечо, резкой нагрузке данного сустава, резких движениях рукой вверх, микротравмы при метаниях и др. [2; 3; 9; 11; 12], следствием которых являются ушибы, вывихи, импинджмент-синдром (синдром сдавливания коротких ротаторов), а также дегенеративные изменения в самих ротаторах.