Винокуров Дмитрий Дмитриевич
студент
Научный руководитель
Борисов Евгений Степанович
канд. пед. наук, доцент
ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова»
г. Якутск, Республика Саха (Якутия)

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К МИОФАСЦИАЛЬНОМУ РЕЛИЗУ И ДВИГАТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ЗАСТАРЕЛЫМИ СПОРТИВНЫМИ ТРАВМАМИ В УСЛОВИЯХ СНИЖЕННОЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ

Аннотация: *в статье рассматривается комплексный подход к работе с людьми, имеющими давние спортивные травмы и длительное время ведущими преимущественно малоподвижный образ жизни. Основное внимание уделяется сочетанию мануальных воздействий на мягкие ткани, направленных упражнений и постепенного возвращения к повседневной двигательной активности. Материал основан на описании практического наблюдения за мужчиной 51 года с опытом занятий боксом и лёгкой атлетикой. Описаны исходные жалобы, особенности двигательного поведения, последовательность применявшихся воздействий и субъективно отмеченные изменения. Рассматриваются авторская образная модель «засохшей марли» и условная шкала оценки болевых ощущений. Подчёркивается, что эти положения имеют характер практических ориентиров и не являются доказанными физиологическими моделями или диагностическими инструментами. Единичное наблюдение не позволяет делать выводы об эффективности метода в целом.*

Ключевые слова: *миофасциальный релиз, массаж, двигательная реабилитация, гиподинамия, спортивные травмы, двигательные ограничения, осанка, мягкие ткани, двигательная активность.*

Content is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)

Современный образ жизни во многих случаях связан с продолжительным пребыванием в положении сидя, ограниченным объёмом ходьбы и недостатком разнообразных движений в течение дня. Такой режим не обязательно приводит к одинаковым изменениям у всех людей, однако при длительном сохранении низкой двигательной активности может сопровождаться снижением переносимости физических нагрузок, ощущением скованности, уменьшением привычной амплитуды движений и появлением дискомфорта в отдельных областях опорно-двигательного аппарата. Особого внимания заслуживают люди, которые в молодом возрасте регулярно занимались спортом, а затем по профессиональным или бытовым причинам существенно сократили объём тренировок. Ранее сформированные двигательные навыки и последствия перенесённых травм в таких случаях сочетаются с новым режимом нагрузок. При этом субъективные ощущения не всегда позволяют точно определить источник боли. Поэтому при планировании оздоровительной работы важно оценивать не только место жалобы, но и общий характер двигательной активности, привычные позы, особенности походки и переносимость упражнений.

Мануальные приёмы могут применяться как дополнительное средство для кратковременного уменьшения субъективного дискомфорта и облегчения выполнения движений. Однако они не должны рассматриваться как универсальный способ устранения причин боли или замена медицинской диагностики, лечебной физической культуры и самостоятельной физической активности.

Цель работы – описать особенности комплексного подхода к применению миофасциального релиза и двигательных упражнений на примере практического наблюдения за взрослым человеком с давними спортивными травмами и продолжительным периодом малоподвижной профессиональной деятельности. Задачи включают рассмотрение роли двигательного режима, описание авторских методических ориентиров и анализ субъективных изменений в отдельном практическом случае.

Работа выполнена в форме описания отдельного практического случая. Материалом послужили сведения об анамнезе, характере профессиональной и

Содержимое доступно по лицензии Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)

спортивной деятельности, жалобах человека, визуальной оценке осанки и субъективных ощущениях в ходе мануального воздействия и двигательной активности. В исходном описании не представлены инструментальные измерения амплитуды движений, стандартизированные шкалы боли, результаты функциональных тестов, данные визуализации или заключения врача. Поэтому изложенные наблюдения следует трактовать как качественное описание, а не как клиническое исследование с доказательством причинно-следственных связей. Использованы описательный анализ практического случая, сопоставление наблюдений с положениями литературы по функциональной анатомии, миофасциальным взаимосвязям и теории физической культуры, а также обобщение методических решений. Количественная статистическая обработка не проводилась. Точные даты наблюдения, частота занятий, длительность процедур и полный перечень упражнений в исходных материалах не указаны; эти сведения не дополнялись предположениями.

Опорно-двигательный аппарат приспосабливается к характеру регулярно выполняемой деятельности. Если в повседневной жизни преобладают однотипные позы и движения, человек может постепенно утрачивать привычку к действиям в широком диапазоне амплитуд и с различной интенсивностью. Корректнее говорить о сочетании нескольких факторов: недостатке двигательного разнообразия, снижении физической подготовленности, изменении переносимости нагрузки, привычных двигательных стратегиях и возможном влиянии ранее перенесённых повреждений.

У человека с опытом спортивной подготовки переход к преимущественно сидячей работе может сопровождаться контрастом между прежним уровнем физических возможностей и текущим режимом. Прежняя спортивная квалификация не гарантирует сохранения силы, выносливости и подвижности. Поэтому возвращение к нагрузкам целесообразно строить постепенно, начиная с движений, которые выполняются контролируемо и не вызывают выраженного усиления симптомов.

Content is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)

Для объяснения субъективного ощущения скованности в отдельных областях тела в практической работе используется образное сравнение с марлевой тканью. Новая марля легко сгибается и меняет форму, тогда как материал, долго находившийся в загрязнённом и высохшем состоянии, может становиться более жёстким. По аналогии авторы описывают ощущение ограниченной подвижности мягких тканей у человека, длительно сохраняющего однообразное положение тела. Данную аналогию следует понимать исключительно как авторскую методическую модель. Она не доказывает, что фасции буквально высыхают, склеиваются или наполняются «отработанной» межтканевой жидкостью. Фасциальная система представляет собой сложную соединительнотканную структуру. По одному лишь пальпаторному ощущению невозможно установить наличие фиброза, нарушение кровотока или конкретное структурное изменение.

В рамках предлагаемого подхода мануальное воздействие рассматривается как способ дозированной механической стимуляции мягких тканей. Его возможная практическая задача – временно уменьшить субъективное ощущение напряжения, повысить комфорт при движении и облегчить переход к упражнениям. Не следует объяснять эффект массажа обязательным «выдавливанием» застоявшейся жидкости или гарантированным обновлением кровоснабжения: такие механизмы в представленном наблюдении не измерялись. Мануальные приёмы не должны сводиться к продолжительному воздействию на болезненную точку. Если прикосновение вызывает резкую боль, выраженное защитное напряжение, онемение или ухудшение самочувствия, воздействие необходимо прекратить и оценить необходимость медицинской консультации. После мануального этапа целесообразно переходить к доступным активным движениям: упражнениям на подвижность, укрепление мышц и освоение более комфортных двигательных вариантов.

Для организации обратной связи в процессе мануального воздействия авторами используется условная пятибалльная шкала. Она предназначена для обсуждения переносимости процедуры и не является валидированной клинической шкалой боли. Один балл соответствует слабому ощущению давления или

Содержимое доступно по лицензии Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)

растяжения без выраженного дискомфорта; два балла – умеренному переносимому дискомфорту; три балла – заметной болезненности, при которой следует уменьшить интенсивность и повторно оценить реакцию; четыре балла – сильной боли с выраженным защитным напряжением; пять баллов – крайне сильной или острой боли, при которой воздействие не проводится.

Болезненность не рассматривается как обязательное условие эффективности процедуры, а терпение через боль не рекомендуется. Приоритетом являются комфортная переносимость и отсутствие ухудшения состояния. Шкала может быть полезна для беседы со специалистом, но не заменяет медицинскую оценку. В ходе оздоровительной работы важно учитывать не только физические ощущения, но и эмоциональную реакцию человека. Тревога, ожидание боли, усталость и недостаток доверия могут влиять на восприятие прикосновения и готовность выполнять упражнения. Спокойное объяснение действий, согласование интенсивности воздействия и возможность остановить процедуру помогают создать более безопасные условия взаимодействия.

Рассмотрен мужчина 51 года, профессиональная деятельность которого на протяжении приблизительно двадцати лет преимущественно связана с работой сидя. В молодом возрасте он занимался боксом с 14 до 23 лет и имел квалификацию кандидата в мастера спорта; с 23 до 32 лет занимался лёгкой атлетикой, достигнув первого спортивного разряда. После периода систематической физической подготовки последовал продолжительный этап существенно меньшей двигательной активности.

По представленным сведениям, в анамнезе имелись операция на двенадцатиперстной кишке и несколько давних повреждений опорно-двигательного аппарата: предполагаемое повреждение в грудном отделе позвоночника, травма левого голеностопного сустава, частичное повреждение задней поверхности правого бедра, а также травмы передней поверхности левого плеча и левого локтевого сустава. Часть состояний обозначена как предположительная; медицинские заключения и результаты инструментального обследования в исходном материале не представлены.

Content is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)

Основной жалобой была ноющая боль в области левого плечевого сустава, усиливавшаяся при физической нагрузке. По субъективной авторской шкале интенсивность боли при нагрузке оценивалась до четырёх баллов. Кроме того, человек сообщал о дискомфорте в коленных суставах и поясничной области при продолжительной ходьбе, а также об общей усталости.

При визуальном наблюдении была отмечена сутулость, положение плеч с тенденцией к смещению вперёд, повышенное напряжение в области трапециевидных мышц, ограниченную подвижность отдельных участков плечевого пояса и ощущение укорочения грудных мышц. Эти признаки описывают внешний вид и субъективную оценку состояния мягких тканей, но сами по себе не позволяют установить диагноз или определить точную причину боли. Работа была направлена не только на область плечевого сустава, но и на функциональное состояние верхнего плечевого пояса и грудного отдела. Положение лопатки, подвижность грудной клетки, состояние мышц плечевого пояса и двигательные привычки могут влиять на характер движений рукой. Вместе с тем предположение об импинджмент-синдроме не подтверждено медицинским обследованием и рассматривается лишь как возможная интерпретация жалоб.

Нами было проведено пять сеансов мануальной коррекции. Использовались точечное давление и растирание в области верхних отделов трапециевидной мышцы, межлопаточной зоны, нижней части грудного отдела и шейно-затылочной области. Дополнительно проводилось локальное воздействие на переднюю поверхность левого плеча. Интенсивность определялась индивидуально с учётом пальпаторных ощущений специалиста и обратной связи человека. Пальпация позволяет оценивать субъективно воспринимаемую плотность и болезненность тканей, но не устанавливает наличие фиброза, повреждения сухожилий или нарушения кровоснабжения. При усилении боли, появлении онемения, слабости или иных необычных симптомов воздействие необходимо прекратить. После серии из пяти сеансов человек отметил уменьшение, а затем исчезновение фоновой ноющей боли в левом плече. Также он сообщил об отсутствии прежнего дискомфорта в коленных суставах и поясничной области во время ходьбы. Вместо

Содержимое доступно по лицензии Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)

суставной боли стала ощущаться мышечная усталость в области приводящих мышц бедра. Эти изменения представляют собой субъективную оценку участника наблюдения. Повторные функциональные тесты, измерение силы мышц, регистрация амплитуды движений и объективная оценка походки не проводились. Не указаны длительность сохранения изменений и наличие повторного появления симптомов. Поэтому нельзя достоверно утверждать, что улучшение было вызвано исключительно мануальным воздействием или что произошло анатомическое восстановление положения лопатки.

Представленный случай показывает, что при работе с человеком, имеющим спортивный опыт и давние травмы, важно учитывать изменения образа жизни и текущий уровень физической подготовленности. Прежняя спортивная квалификация не должна становиться основанием для немедленного возвращения к интенсивным нагрузкам. Более обоснованным решением является постепенное восстановление двигательной активности с учётом возраста, состояния здоровья, характера жалоб и индивидуальной переносимости упражнений.

Сочетание мануальных приёмов и активных движений соответствует общей логике комплексного подхода: изменение субъективных ощущений может использоваться как возможность для более комфортного выполнения упражнений. Однако устойчивый результат не следует связывать только с массажем. Значение имеют регулярная ходьба, разнообразие движений в течение дня, упражнения на силу и подвижность, перерывы при длительной сидячей работе и разумное дозирование нагрузки.

Авторская идея «условной моторной нормы» включает статический и динамический компоненты. Статический компонент связывается с контролем положения тела и способностью выполнять действия с нагрузкой над головой; динамический – со свободным и координированным перемещением тела, включая ходьбу, бег и прыжки. Это понятие целесообразно использовать как общий ориентир функционального развития, а не как универсальный норматив. Критерии вроде удержания над головой веса, сопоставимого с массой собственного тела, или способности перемещать дополнительную нагрузку, равную массе тела, не

Content is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)

могут применяться как обязательные требования к каждому человеку. Такие задачи зависят от возраста, пола, состояния здоровья, спортивной специализации и уровня подготовки. Для практической реабилитации важнее индивидуальные цели: выполнение повседневных действий, достаточная сила, равновесие, координация и переносимость постепенно возрастающей нагрузки.

К ограничениям материала относятся единичный характер наблюдения, отсутствие контрольной группы, небольшое количество объективных показателей, отсутствие стандартизированной оценки боли и функционального состояния до и после вмешательства. Не представлены медицинские заключения, точные сведения о сроках и объёме двигательной программы и данные длительного наблюдения. Разделить вклад мануальных воздействий, изменения двигательного поведения и психологических факторов невозможно. Для дальнейшего изучения темы целесообразно разработать единый протокол наблюдения: фиксировать исходные жалобы, использовать валидированные шкалы боли и функционального состояния, измерять амплитуду движений и силу, описывать содержание и продолжительность каждого занятия, а также проводить повторную оценку через заранее определённые промежутки времени.

В статье представлен комплексный подход к оздоровительной работе с человеком, имеющим давние спортивные травмы и продолжительный опыт преимущественно сидячей профессиональной деятельности. Подход включает оценку жалоб и двигательных привычек, дозированное мануальное воздействие на мягкие ткани, выполнение доступных упражнений и постепенное расширение повседневной двигательной активности. На примере отдельного практического наблюдения описаны исходные жалобы на дискомфорт в области левого плеча, коленных суставов и поясницы, последовательность мануальной работы и субъективно отмеченное улучшение самочувствия после четырёх-пяти сеансов. Вместе с тем отсутствие объективных измерений и контрольного сравнения не позволяет считать данный случай доказательством эффективности конкретной методики.

Содержимое доступно по лицензии Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)

Авторская модель «засохшей марли» может использоваться как наглядная метафора для объяснения необходимости двигательного разнообразия и регулярной активности, но не должна трактоваться как буквальное описание физиологических процессов в фасциях. Условная шкала ощущений может помогать получать обратную связь, однако не заменяет клинические инструменты оценки боли. Практическая ценность комплексного подхода заключается в том, что мануальное воздействие не рассматривается изолированно. Оно включается в более широкую программу, где основное значение имеют постепенное восстановление двигательной активности, развитие силы и координации, учёт индивидуальных ограничений и безопасная организация нагрузки. Для подтверждения эффективности и уточнения условий применения такого подхода необходимы дальнейшие исследования с объективными критериями оценки.

Приложение. *Глоссарий авторских и специальных терминов.*

1. *Теория* «*засохшей марли*» – авторская образная модель, с помощью которой описывается субъективное ощущение скованности и ограниченной подвижности мягких тканей после длительного периода однообразной двигательной активности. Не является установленным физиологическим механизмом.

2. *Гидродинамическое выравнивание фасции* – авторское обозначение предполагаемого изменения субъективных ощущений после механического воздействия. В данной работе движение межтканевой жидкости непосредственно не измерялось.

3. *Фиброз* – образование избыточной соединительной ткани в результате различных патологических или восстановительных процессов. Наличие фиброза не может быть установлено только по пальпаторному ощущению.

4. *Нутрицевтическая поддержка* – использование пищевых продуктов и специализированных пищевых компонентов для восполнения потребности организма в питательных веществах; не является самостоятельным методом лечения повреждений опорно-двигательного аппарата.

5. *Условная моторная норма* – авторский ориентир функционального состояния, включающий способность человека сохранять контроль положения тела и

Content is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)

выполнять основные перемещения с достаточной силой, координацией и переносимостью нагрузки.

6. Импинджмент-синдром – термин для описания определённых вариантов боли и ограничения движений в области плеча. Диагноз требует клинической оценки и не устанавливается только по внешнему осмотру.

7. Пальпаторная оценка – субъективное исследование тканей с помощью прикосновения, позволяющее оценить чувствительность и воспринимаемую плотность, но не заменяющее инструментальную диагностику.

8. Соматический блок – авторское выражение для описания устойчивого мышечного напряжения или ограничений движений, которые могут сопровождать физический дискомфорт и психоэмоциональное напряжение; не является самостоятельным медицинским диагнозом.

Список литературы

1. Капанджи, А. И. Функциональная анатомия. В 3 т. Т. 1. Верхняя конечность; Т. 2. Позвоночник / А. И. Капанджи; пер. с фр. Г. А. Анисимова. – Москва : Эксмо, 2020. – 752 с. – ISBN 978-5-04-103328-6.

2. Майерс, Т. В. Анатомические поезда. Миофасциальные меридианы для мануальных терапевтов и специалистов по движению. – 3-е изд / Т. В. Майерс; пер. с англ. Ю. С. Воробьевой. – Москва : Эксмо, 2018. – 320 с. – ISBN 978-5-699-75618-6.

3. Матвеев, Л. П. Теория и методика физической культуры: учебник для институтов физической культуры / Л. П. Матвеев. – Москва : Физкультура и спорт, 1991. – 543 с. – ISBN 5-278-00326-X.

4. Шлейп, Р. Фасциальная сила. Роль соединительной ткани в физическом здоровье и спортивных достижениях / Р. Шлейп, Т. Бейер;пер. с англ. Т. О. Новиковой. – Санкт-Петербург : Питер, 2017. – 224 с. – ISBN 978-5-496-02450-1.

5. Янда, В. Мышечные дисбалансы при патологии опорно-двигательного аппарата / В. Янда. – Москва : Медицина, 1987. – 144 с.

6. Солодков, А. С. Физиология человека. Общая. Спортивная. Возрастная : учебник для высших учебных заведений физической культуры. – 9-е изд., испр.

Содержимое доступно по лицензии Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)

и доп / А. С. Солодков, Е. Б. Сологуб. – Москва : Спорт, 2024. – 624 с. – ISBN 978-5-907601-44-4.

Content is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)