

**Андрей Толюпов**

# **Новый взгляд на гармонию тела**

## **Часть 2**

**Москва  
«Книга по Требованию»**

УДК 61  
ББК 53.58  
Т55

Т55 **Толюпов А.**  
Новый взгляд на гармонию тела: Часть 2 / Андрей Толюпов – М.: Lennex Corp, — Подготовка макета: ООО «Книга по Требованию», 2024. – 54 с.

**ISBN 978-5-8853-2957-6**

Уважаемые читатели! Это моя вторая книга «НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ГАРМОНИЮ ТЕЛА» (2 часть), посвященная заболеваниям туловища. Первая часть книги была посвящена проблемам мышечно-фасциального характера головы и шеи. Будет еще и третья книга, посвященная патологиям конечностей.

Уважаемые читатели! Это моя вторая книга «НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ГАРМОНИЮ ТЕЛА» (2 часть), посвященная заболеваниям туловища.

Первая - «НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ГАРМОНИЮ ТЕЛА» - посвящена проблемам мышечно-фасциального характера головы и шеи.

Будет еще и третья книга, посвященная патологиям конечностей.



## ВВЕДЕНИЕ

В наш век дороже всего ценится что? Правильно - информация. Работа же с ней, как известно, требует от человека больше шевелить мозгами, а не телом вообще. Что и печально.

Многочисленные исследования, проведенные в разных странах и на разных континентах, показывают, что эпизоды неспецифической мышечно-скелетной боли в течение жизни беспокоят 60-85 % населения, а у 6-20 % боль носит хронический характер.

По данным британских исследователей, люди с сидячей работой стареют в среднем на десять лет раньше, чем их более активные ровесники. Тогда как американские ученые доказали, что сидение (во время работы за компьютером, разговоров по телефону, просмотра телепрограмм, чтения) не только приводит к набору лишнего веса, но и к метаболическим и другим сдвигам в организме.

Прежде всего, страдают мышцы и позвоночник. Следствием длительного нахождения в вынужденном положении у компьютера является высокая распространенность болей в спине и пояснице.

Итак, разберемся, какие органы и системы чаще других оказываются под прицелом у гиподинамии - "дочери" малоподвижного образа жизни. И как от этих проблем избавиться.

Относительно недавно начало формироваться мнение о том, что мышечно-фасциальный болевой синдром (МФБС) является следствием функциональных биомеханических нарушений двигательной системы.

Мышечно-фасциальная система является частью системы, основные отделы которой - информационный вход, центральные звенья, в совокупности определяют возможность сохранять равновесие и адекватно реагировать на разнообразные воздействия, испытываемые организмом в покое и при движениях.

Для правильной организации движения мозг должен сформировать «схему тела» - модель тела, отражающую его структурную организацию как единое целое. Дефицит информации из одного источника (мышечного, суставного, вестибулярного, зрительного) компенсируется информацией из других.

Факторами, способствующими развитию мышечно-фасциального болевого синдрома являются — длительная психоэмоциональная нагрузка, при неадекватной физической нагрузке, либо при исходных проблемах в опорно-двигательном аппарате. Механизм развития синдрома заключается в формировании порочного круга, в котором отправной точкой является пограничное (между здоровьем и заболеванием) состояние организма.

Вторым компонентом порочного круга является стресс. На начальном этапе развития мышечно-фасциального синдрома возникают порочные нейрофункциональные связи между очагами

стрессового возбуждения в коре головного мозга и глубокими ядра кортикоспинальных путей.

В результате этого даже не значительная стрессовая нагрузка приводит к соматическому (телесному) дисбалансу в ослабленных органах и системах. Чаще всего утомляемость, дискомфорт «тянущие боли» проявляется в области шеи, спины, поясницы, т.к. у подавляющего большинства людей, в позвоночнике имеются пограничные, функциональные нарушения.

Жалобы пациентов часто сводятся к проблеме болей в голове, мышцах шеи, чувства «скованности» и боли в грудном и поясничном отделах, в спине, в ногах, чувства «усталости» по вечерам, полная «разбалансировка» организма.

Источником болей в спине могут быть перенапряжённые мышцы или защемлённые нервные корешки спинного мозга. Если боль распространяется вдоль мышц. Боль не резкая тянущая, возникает ощущение, что мышцы наполнены кровью, боль усиливается при растяжении этой мышцы - скорее

всего у вас накопилась излишняя усталость в мышцах спины.

Такая ситуация часто происходит при работе длительное время в неудобном положении, а так же при неправильной осанке. Например, если долго сидеть за столом сгорбившись, или в положении, когда одно плечо выше другого. Длительная работа с приподнятыми руками, или согнувшись в пояснице - то же может привести к таким болям. Если боль резкая стреляющая, неожиданная, распространяется, опоясывая туловище от позвоночника, или распространяется в ногу или руку. Эта боль скорее всего вызвана защемлением нервных окончаний спинного мозга. Чаще всего эта проблема возникает при неожиданном повороте или сгибании туловища.

Болезненная спина мешает нам жить, даже обычные ежедневные обязанности, выполнять становится всё труднее и трудней.



Мышцы спины, которые перенапряжены - можно расслабить, а мышцы, которые слабые, не тренированные - восстановить и тонизировать.

Наша задача разорвать порочный круг путем воздействия на телесную сторону, т.е. восстановить и улучшить состояние опорно-двигательной системы, посредством рефлексотерапевтических и психосоматических методик. Очень хорошо при болях практически любого характера помогает прохождение курса массажа спины. С помощью этой процедуры легче всего и быстрее привести мышцы в оптимальное состояние.

Метод контактного воздействия- «TouchTherapyClinic», метод пальцевой компрессии, особый метод, основанный на общехолистической теории, определяющей человека как единый комплекс души и тела. Метод «HandTouch» является прекрасным профилактическим средством оздоровления организма и профилактики заболеваний связанных с мышечно-фасциальными

проблемами и мышечно-фасциальным болевым синдромом.

В настоящее время при лечении МФБС в основном внимание обращается на болезненные мышечные уплотнения и триггерные точки.

Проанализировав результаты обследования пациентов с жалобами на боли в пояснице, спине, груди, ногах где пациенты наблюдались у кардиологов, гинекологов, урологов, неврологов им проводились различные исследования и курсы консервативной патогенетической терапии, мною проводились индивидуальные курсы лечения альтернативными методами (акупунктура, компрессия «болевого» точки методом «HandTouch», массаж близлежащих участков направленный на растяжение и др.) в зависимости от характера патологического процесса конкретного больного.

# АНАТОМИЯ

## Большая грудная мышца – *m. Pectoralis Major*

Большая грудная мышца, *m. pectoralis major*, парная, широкая, располагается наиболее поверхностно в передневерхних отделах грудной клетки. Верхнебоковым краем мышца подходит к переднему краю дельтовидной мышцы, образуя вместе с ней дельтовидно-грудную борозду, а у края ключицы — подключичную ямку, *fossa infraclavicularis*. Нижнебоковой край большой грудной мышцы иногда ясно обрисовывается через кожные покровы. Мышца начинается на внутренней половине ключицы — ключичная часть, *pars clavicularis*, от передней поверхности грудины и хрящей II—VII ребер — грудино-реберная часть, *pars sternocostalis*, и от передней стенки влагалища прямой мышцы живота — брюшная часть, *pars abdominalis* (слабо выраженная). Направляясь латерально и кверху, пучки большой грудной мышцы сходятся так, что пучки нижней части мышцы ложатся позади пучков верхней части, в

результате чего в этом месте мышца значительно утолщена. Эта суженная, но утолщенная часть мышцы переходит на плечевую кость, образуя по своему ходу переднюю стенку подмышечной ямки, fossa axillaris, и затем в сухожилие, прикрепляется к гребню большого бугорка плечевой кости, нижними пучками выше, а верхними — ниже.

**Функция:** приводит и вращает плечо вовнутрь, при горизонтальном положении руки приводит её в сагиттальное положение, а при укрепленной верхней конечности своей грудино-реберной частью мышца способствует расширению грудной клетки при акте дыхания.

**Иннервация:** nn. pectorales medialis et lateralis (CV-ThI).

**Кровоснабжение:** aa. thoracoacromialis, thoracicalateralis, thoracica superior, rr. intercostales anteriores.