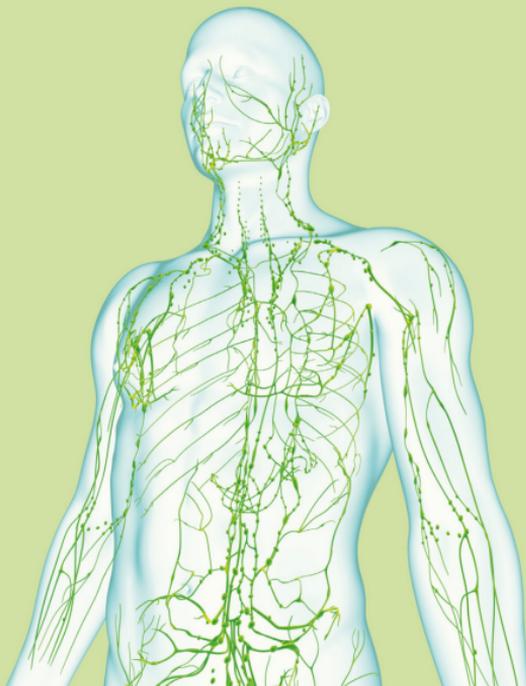


■  
ШКОЛА  
ДОКТОРА  
КРУТОВА  
■

Крутов Г. М.

# Лимфодренажный массаж в практике прикладной кинезиологии

Практическое пособие



# Григорий Михайлович Крутов

## Лимфодренажный массаж в практике прикладной кинезиологии

*Текст предоставлен издательством*

*[http://www.litres.ru/pages/biblio\\_book/?art=64095502](http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=64095502)*

*Лимфодренажный массаж в практике прикладной кинезиологии: Перо;*

*Москва; 2021*

*ISBN 978-5-00171-812-3*

### **Аннотация**

«Абсолютно все заболевания «возникают» по общему шаблону. Существует внешний травмирующий фактор, который приводит к появлению первичного звена повреждения. Организм пытается скомпенсировать это нарушение, перераспределяя нагрузку по отдаленным регионам. Так же, как круги от брошенного камня расходятся по воде, постепенно угасая, так и нагрузка от региона первичной травмы уходит в регион компенсации. Регион компенсации, в свою очередь, будет забирать ресурсы у других регионов тела. И когда внутренние ресурсы исчерпаны, в отдаленных регионах – тех, что поддерживали компенсаторный регион, – возникает боль, и поступает связанная с ней жалоба пациента. Жалоба, как правило, не имеющая никакого отношения ни к травмирующему фактору,

ни к первичному звену повреждения, а зачастую – и к региону компенсации...»

В формате PDF A4 сохранен издательский макет.

# Содержание

I. Концепция здоровья	6
1.1. Структурный аспект здоровья	17
Конец ознакомительного фрагмента.	24

**Григорий Крутов**  
**Лимфодренажный**  
**массаж в практике**  
**прикладной кинезиологии**

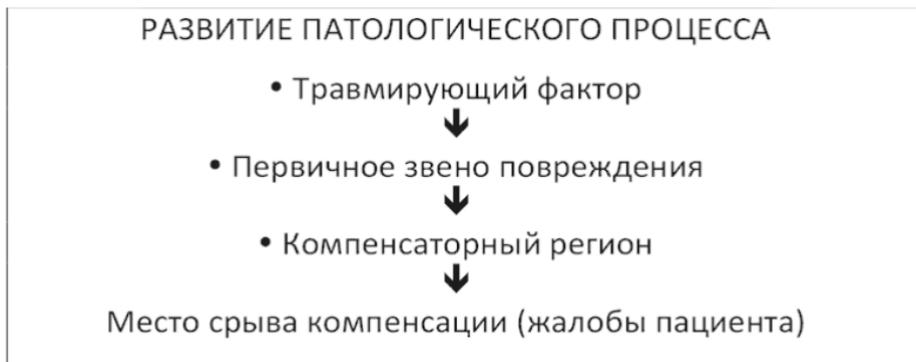
© Крутов Г. М., 2021

# I. Концепция здоровья

Абсолютно все заболевания «возникают» по общему шаблону. Существует внешний травмирующий фактор, который приводит к появлению первичного звена повреждения. Организм пытается скомпенсировать это нарушение, перераспределяя нагрузку по отдаленным регионам. Так же, как круги от брошенного камня расходятся по воде, постепенно угасая, так и нагрузка от региона первичной травмы уходит в регион компенсации. Регион компенсации, в свою очередь, будет забирать ресурсы у других регионов тела. И когда внутренние ресурсы исчерпаны, в отдаленных регионах – тех, что поддерживали компенсаторный регион, – возникает боль, и поступает связанная с ней жалоба пациента. Жалоба, как правило, не имеющая никакого отношения ни к травмирующему фактору, ни к первичному звену повреждения, а зачастую – и к региону компенсации (рис. 1).

**ПРИМЕР.** Человека ударили по левой ноге. Как следствие, он начинает хромать, т. е., включается компенсаторный механизм: оберегается и разгружается травмированный участок. Человек вынужденно наклоняет корпус в противоположную сторону. И в результате боль возникает там, где, казалось бы, её быть не может. Например, в области шеи: ведь с вынужденным наклоном корпуса вправо голова тоже отклоняется, тем самым укорачивая мышцы шеи. Или в об-

ласти правой ноги, в связи с перегрузкой противоположной конечности. Боль может быть и в области поясницы, если там перестало хватать компенсаторных ресурсов. И истинная причина жалоб на боли в той же шее – травма левой ноги! Травмирующий фактор – удар, первичное звено повреждения – левая нога. Компенсаторный регион – поясница, в которой произошел наклон. А место срыва компенсации – те самые жалобы пациента – шея и противоположная нога, которые находятся очень далеко от места травмы.



**Рис. 1. Каскад развития дисфункции тела.**

Пациент придет к нам с жалобой на шею. Осматривая, опрашивая его, мы найдем, что причина в пояснице. Остеопаты, выслушивая движение ткани, придут к пояснице. Диагностика через мышечное тестирование укажет нам на поясницу. Даже выслушивание пульса, если мы зададимся целью выяснить, «почему все эти процессы проявили себя в пуль-

се», даст нам рецепт, разгружающий регион компенсации. И это правильно. Поясница как регион компенсации чувствует себя хорошо. Пациент на нее не жалуется. Пояснице хорошо, потому что она отдала свою нагрузку шее и противоположной ноге. Вылечив, добавив ресурсов в поясницу, мы тут же избавим от боли и шею, и правую, здоровую, ногу.

Мы лечим пациенту поясницу, нимало не затрагивая первичное звено повреждения – левую ногу. Соответственно, как только пациент встанет с кушетки и заново нагрузит первичное звено повреждения, тем самым провоцируя на усиленную работу компенсаторный регион, это приведёт к повторному появлению жалоб.

Второй вариант развития событий: мы вылечили первичное звено повреждения, компенсаторный регион, но пациент снова приходит с теми же жалобами. Это может говорить только об одном: травмирующий фактор никуда не делся. Есть что-то, что нагружает то самое первичное звено повреждения.

Почему пациент не выздоровел сам? Либо на уровне первичного региона возникла анатомическая деформация – перелом, к примеру. И теперь это новая «анатомическая норма», под которую вынуждено перестроиться тело. Либо травмирующий фактор не исчез. Например, мы продолжаем есть ту «мусорную» пищу, занимаемся нелюбимым делом или сидим на поломанном стуле.

Таким образом, эффективное лечение возможно, когда

мы лечим первичный регион, или регион травмы. И любое эффективное лечение – это нанесение травмы пациенту. Травмы, которая приводит к изменению первичного региона, изменению анатомии тела: надеваем на него гипс, ставим стельку, назначаем физкультуру.

Есть известный «треугольник здоровья Гудхарта», стороны которого представляют собой структурный, химический и эмоциональный аспекты здоровья. Акупунктурный – энергетический компонент включен здесь в структурный аспект, поскольку на уровне структуры тела он проявлен вегетативной нервной системой. Это, на мой взгляд, несправедливо, поскольку не в полной мере отражает энергетическую составляющую здоровья.

Предлагаю представить энергетический компонент как самостоятельный аспект, наравне с тремя другими, и посмотреть на работу тела через «квадрат здоровья» (рис. 2).

Итак, у нас есть четыре аспекта здоровья: химический, структурный, вегетативный и эмоциональный. И всё здоровье – это баланс между этими четырьмя аспектами. Если мы изобразим их в виде квадрата – все четыре стороны должны быть равными. Если вдруг один из аспектов выпадает из общей конструкции, то все остальные вынуждены под него подстраиваться. И тогда вместо квадрата у нас получается, например, трапеция. Т. е., один из аспектов здоровья выходит на передний план. Нами он воспринимается как ведущий симптом, основная жалоба.

Мы видим эмоциональную дисфункцию, а в реальности проблема может быть химической. Или, например, мы видим дисфункцию вегетативную, а в реальности окажется, что дисфункция не вегетативная, а структурная. По схеме «квадрат здоровья» (рис. 2) можно понять, что эмоции и химия уравнивают друг друга, точно так же, как и структура с вегетатикой.



## **Рис. 2. «Квадрат здоровья».**

Почему это происходит? Эмоции выражаются определенной позой тела, тоном голоса и мимикой, т. к. они, большей частью, невербальны. По разным оценкам, на невербальную часть эмоционального посыла приходится от 80 до 98 % информации, а на слова – от 20 до 2 %. Если мы оставим только тело – наш структурный компонент – то тело больше чем на 60 % выдаёт эмоциональную реакцию. Таким образом, если у человека имеется какая-либо хроническая эмоция, то тело постоянно будет находиться в одной и той же позе. И это приводит к тому, что какие-то части тела или органы намного хуже дренируются: меньше механического движения, ограничение дыхания в этой части, либо лимфатический застой – для тела это символ воспаления. Таким образом, эмоциональная фиксация приводит к эмоциональной дисфункции, устойчивому эмоциональному нарушению.

Химия и эмоции взаимосвязаны. Любая химическая дисфункция создает определенное ограничение тела, вынужденную позу, которую мозг считает как конкретное эмоциональное состояние. И, наоборот, при наличии какой-то хронической эмоциональной фиксации (конфликт в семье, нелюбимая работа) рано или поздно возникает хроническая воспалительная реакция в той части тела, которая оказывается зажатой в вынужденной позе.

Это же относится к балансу между структурой и вегетати-

кой. Структура тела – это мышцы, кости, суставы, т. е. каркас. И в нём есть, условно говоря, распорки – кости, и мышцы – «пружины сжатия», которые всё время пытаются сократиться и сложить тело. Между этими костями-распорками и мышцами, работающими на сжатие, и формируется определенная статика тела.

Движения, которые может совершать наше тело, подчинены строгой биомеханике. Она должна учесть «пожелания» и возможности всех частей тела, от пальцев ног до зубов. Задача вегетатики – определить правильную последовательность включения тела в работу. Например, чтобы поднять опущенную руку вверх, нужно, чтобы сперва включилась надостная мышца и подтянула плечевую кость вверх. Затем подостная и подлопаточная мышцы прижмут плечевую кость к лопатке. Только после этого сможет включиться дельтовидная мышца, которая начнет отводить руку. Первые тридцать градусов – это как раз работа вращательной манжеты надостной, подостной и подлопаточной мышц. До девяноста градусов будет работать дельтовидная мышца, а дальше – трапециевидная мышца. Если у пациента возникают какие-либо нарушения в работе плеча – он должен либо изменить структуру – например, полечиться, либо через вегетатику поменять последовательность включения мышц в работу. И вот здесь появляются компенсирующие движения. Например, если пациент хочет отвести руку в сторону (при том, что у него не работает вращательная манжета), он дол-

жен будет или наклониться в сторону (добрать эти тридцать градусов наклоном корпуса), или наклониться вперед. И для нас важно то, что нарушение вегетатики – последовательности включения тела в работу – приводит к перегрузке других частей тела.

Вегетатика отвечает за согласованную работу всего организма. Поэтому традиционная китайская медицина, которая на неё и нацелена, по сути, лечит всё: она не ориентируется непосредственно на диагноз, на конечную точку выхода болезни, а компенсирует нарушение нормального внутрисистемного процесса. И здесь прослеживается причинно-следственная связь со структурным аспектом. Нарушилась структура (например, шрам после аппендэктомии) – тело принимает вынужденную позу, такую, при которой шрам меньше его стягивает. Эта поза приводит к тому, что у тела: 1) нарушается лимфоотток в регионе ограничения подвижности, 2) мозг считывает эту вынужденную позу как эмоциональное состояние. Все это приводит к изменению алгоритма работы тела и перегрузке вегетативного аспекта. Поэтому, с какой бы стороны мы не подошли к болезни – со стороны структуры, эмоций, химии – мы всё равно можем успешно вылечить пациента, и если мы подходим с приоритетной стороны – результат будет максимально быстрым и устойчивым.

Если химией подлечивать эмоциональную дисфункцию, то это придётся делать постоянно. Если первопричина – какая-то структурная проблема, например, шрам, и с ним не

работать, то можно сколько угодно корректировать химию, эмоции, но тело всё равно будет «складываться» и мозг будет считать это как эмоциональную фиксацию. Результат будет недостаточным.

Итак, мы с вами теперь знаем о том, что дисфункции тела возникают каскадом. Есть внешний объект – травмирующий фактор, при контакте с которым формируется первичный регион.

Затем возникает каскад компенсаций – формирование вторичного или компенсаторного региона. И в конце каскада компенсаций – там, где не хватило ресурсов, либо там, где сохраняется анатомическое нарушение, – проблема, приводящая к жалобам.

Мы знаем теперь о том, что первичный регион может сохранять болезнь из-за анатомического изменения в первичном регионе. Это может быть шрам, спаечный процесс, костная мозоль после перелома кости, из-за чего анатомия тела становится изменённой, а значит, и функционирование будет искаженным.

Болезнь также может сохраняться, потому что причина травмы – внешнее воздействие – не исчезла, то есть топор остался торчать в ноге; мы носим те самые ботинки, которые являются травмирующим фактором, которые постоянно деформируют ногу; занимаемся спортом с нарушением техники.

И вполне разумно задаться вопросом: а как этот каскад

возникает? Что происходит внутри каждого из аспектов здоровья? Если мы с вами рассмотрим каждый аспект здоровья, то мы увидим свои «точки входа».

То есть, существуют точки, которыми мы постоянно прикасаемся к внешней среде, через которые мы постоянно получаем те самые внешние сигналы. Для структуры это, например, стопы, зубы. Для химии тела – все слизистые оболочки, то есть точки химического поверхностного контакта, и так дальше, с каждым из регионов. Я намеренно использовал слово «постоянно», хотя, казалось бы, стопы и зубы не всегда контактируют с внешним миром.

Теперь давайте подробно разберем каждый из аспектов здоровья. В каждом из аспектов нам нужно увидеть вход сигнала, его адаптацию (то, как мы «перевариваем» этот сигнал) и выход – реакцию тела на раздражитель.

Для любого из аспектов принципиально важная вещь – это контакт с внешним миром, с внешней средой. И в каждом из аспектов здоровья существует точка, через которую мы воспринимаем внешние раздражители, будь то химический, структурный, вегетативный или эмоциональный раздражитель.

Любой внешний раздражитель должен нашим телом каким-то образом восприниматься. Дальше тот сигнал, который получило тело, должен в нем адаптироваться, т. е. организм должен обработать и усвоить информацию, которую он получил (эта информация может касаться как структур-

ного, так и химического или эмоционального аспектов здоровья). И дальше организм должен на нее отреагировать согласно древнему рефлекторному механизму «стимул – реакция», благодаря которому мы выживаем.

# 1.1. Структурный аспект здоровья

Точка входа сигнала АНАТОМИЯ	→ Адаптация ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ	→ Выход (результат) ПРОЯВЛЕНИЕ
Зубы	Позвоночник + твердая мозговая оболочка  Диафрагмы тела	Паттерн шага
Стопы		Паттерн дыхания
Висцеральная система Структурные фиксации (шрамы, татуировки, места переломов и пр.)		Профессиональный паттерн
ЛЕЧЕНИЕ	ЛЕЧЕНИЕ	ДИАГНОСТИКА

Для структурного аспекта точки входа это стопы, которыми мы постоянно соприкасаемся с внешним миром, и зубы, которыми мы также «пробуем» мир. К структурно нагружаемым элементам, которыми мы соприкасаемся с внешним миром, относятся ещё и ладони, и вся наша кожа, т. е. те точки, посредством которых мы тактильно воспринимаем мир.

Давайте разберемся, что происходит при прыжке на ноги. Почему при прыжке со второго этажа некоторые люди не получают травм? Некоторые ломают пятки. Некоторые ломают таз. Некоторые – позвоночник. И почему есть типичные места травмы? Почему у некоторых нагрузка полностью гасится телом?

Мы прыгнули на ноги, арки нашей стопы собрали нагруз-

ку на таранную кость, часть нагрузки погасилась. Проходя через кости, она также немного гасится, попадает на тазовое кольцо, и вот тут как раз самое интересное. Если вы посмотрите на анатомию чашки таза, то вы увидите: ребра жесткости таза сходятся в крестец, который стоит клинышком и который боковыми гранями собирает нагрузку и направляет ее вверх, в позвоночник, но при этом клинышек крестца замыкается на диафрагму таза, то есть на *мембрану*.

Представьте барабан, который мы с вами бросили на землю. Мы просто услышим грохот, но с барабаном ничего плохого не случится, т. к. его мембрана рассеивает энергию удара.

Но если мы пробьем мембрану барабана и бросим уже обод на землю – обод погнется. То же и с тазом. И со всем нашим телом! Наши мембраны – диафрагмы – гасят нагрузку.

Когда мы прыгнули на ноги, то нагрузка, которая пришла в таз, на тазовой диафрагме отпружинила и частично погасилась, как на том самом барабанае. Пошла дальше вверх по позвоночнику и погасилась на грудобрюшной диафрагме. Потом пошла дальше, вверх по позвоночнику и погасилась на мембране апертуры грудной клетки.

Пошла дальше вверх по позвоночнику – и погасилась на диафрагме полости рта. Пришла в череп, на ребро жесткости черепа – и погасилась на куполе черепа.

То же самое снижение нагрузки происходит, если на го-

лову падает кирпич.

Почему кирпич попадает на голову, но голова не травмируется, а ломается шея?

По куполу черепа нагрузка передаётся на ребро жесткости, с ребра жесткости, через затылочный выступ, который направляет нагрузку вниз, она передаётся на позвоночник, гасится на диафрагме полости рта, гасится на апертуре грудной клетки, гасится на грудобрюшной диафрагме, гасится на тазовых диафрагмах и уходит в ноги, на купол стопы, и через её арки уходит в землю.

Так должно быть в норме. А что если у нас в теле есть какое-то нарушение? И только ли диафрагмы важны для адаптации?

Грудная клетка, к примеру, сверху ограничена апертурой, снизу грудобрюшной диафрагмой, а по бокам есть ребра, формирующие каркас жесткости. Это классический барабан с жестким ободом и двумя мембранами.

А в животе? Там ребер нет – значит, и нет ребра жесткости? Есть. И эту функцию выполняет поперечная мышца живота. Она работает как преднатяжитель, т. е., когда я собираюсь сделать какое-то движение, то сначала, с опережением движения включается она, а после этого включаются все остальные мышцы. И включается она для того, чтобы сформировать то самое ребро жесткости и выстроить тазовую и грудобрюшную диафрагму в одну линию, для того, чтобы они могли погасить нагрузку, которая приходит в те-

ло.

Итак, при прыжке на ноги, если таранная кость заблокирована, нагрузка от стопы не приходит в неё, не отпружинивает и не поднимается выше, то как раз и ломаются пятки, лодыжки, сама таранная кость.

Если хорошо работает таранная кость – перевела нагрузку вверх, попала она на регион таза, но при этом не работает тазовая диафрагма, – будет перекос в распределении нагрузки и возникнет разрыв тазового кольца. Травма возникла на том уровне, где нагрузка «остановилась».

Если тазовая диафрагма перевела нагрузку вверх, передала ее на грудобрюшную диафрагму, но та нарушена и не гасит нагрузку, то будет травма в местах прикрепления – на уровне первого и второго поясничных позвонков.

Таким образом, всегда тот участок, на котором передача нагрузки прекратилась, и становится зоной травмы. Отпружинила нагрузка на грудобрюшной диафрагме – ушла дальше вверх через грудную клетку – пришла на апертуру – на ней отпружинила – уходит вверх через шею к черепу. Там, на куполе черепа, выше ребра жёсткости она гасится.

Вспомните себя: при прыжке на ноги у вас перехватывает дыхание. Почему?

Нагрузка дошла до грудобрюшной диафрагмы. И это ещё намёк на то, что что-то не в порядке с вашей поперечной мышцей живота.

Вот, кстати, откуда взялось выражение «пупок развяжет-

ся»? Почему образуется грыжа белой линии живота и пупочного кольца?

Если мы с вами берем любой вес, например, если я поднимаю штангу, то я усиливаю осевую нагрузку через мой позвоночник. Нагрузка, которую я получил, должна погаситься на диафрагмах. А для этого они должны быть центрированы одна относительно другой.

Посмотрите, как люди компенсируют перегрузку и как пытаются выстроить диафрагмы. Кто-то открывает рот, высовывает язык для того, чтобы немножко подтянуть подчелюстную диафрагму, при этом корень языка лежит на подъязычной кости (через которую у нас, собственно, и моделируется работа подчелюстной диафрагмы). Кто-то, наоборот, стискивает для этого зубы. Но большинство делает вдох и задерживает дыхание, для того чтобы скомпенсировать плохо работающую поперечную мышцу живота. Штангисты с той же целью надевают пояс.

Все это помогает выставить диафрагмы одну над другой и работать ими слаженно.

А вот если поперечная мышца живота не работает и мы ее никак не скомпенсировали, то нагрузка будет рассеиваться не на диафрагме, а посередине, в слабом месте брюшной стенки, на пупочном кольце и белой линии живота.

Мы рассмотрели с вами стопу как точку структурного входа.

А будет ли эта точка влиять на организм в положении ле-

жа? Оправданно ли мое слово «постоянно»?

Влияет всегда. Потому что это точка анатомической нормы, точка анатомического здоровья. От стопы до мышц височно-нижнечелюстного сустава выстраиваются все анатомические мышечные цепи. Поэтому зубы – вторая важная точка анатомического входа.

Под анатомическую точку будет перестраиваться всё тело. Если у меня ноги кривые, значит, изначально точки прикрепления мышц расположены неверно, значит, изначально некоторые мышцы будут перерастянуты, а некоторые укорочены. Значит, изначально нагрузка, которая воспринимается моим телом, будет восприниматься искаженно. Значит, и по телу она будет проходить искаженно и, следовательно, потребует больше усилий от адаптационных систем. Мои диафрагмы, мой позвоночник, который проводит нагрузку, моя твердая мозговая оболочка – они вынуждены будут работать с большей нагрузкой.

Особенно важно, что возрастет нагрузка на твёрдую мозговую оболочку (ТМО). Напомню, что эта оболочка мозга, прикрепляющаяся к затылочной кости, первому и второму шейным позвонкам и к крестцу, является одной из тканей, которая у нас в теле нигде не прерывается. На выходе из межпозвоночного отверстия ТМО соединяется с сосудистой оболочкой и превращается в периневрий, окружающий нервные волокна. Таким образом, от головного мозга до кончиков пальцев на ногах у нас идет одна и та же ткань, окружающая

нерв. Это еще один пункт, который объясняет тесную связь стопы и зубов. Если у меня есть деформация стопы, костная мозоль после перелома, шрам, или удалён зуб – значит, у меня уже есть перекос в натяжении этой оболочки и уже существует ограничение в скольжении нервной ткани.

# Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.