

(19)



**Евразийское  
патентное  
ведомство**

(21) **201900283** (13) **A1**

(12) **ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ЕВРАЗИЙСКОЙ ЗАЯВКЕ**

(43) Дата публикации заявки  
**2020.10.30**

(51) Int. Cl. *A61H 1/00* (2006.01)

(22) Дата подачи заявки  
**2019.04.16**

---

(54) **СПОСОБ ОСТЕОПАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХЛЫСТОВОЙ ТРАВМЫ**

---

(96) **2019000036 (RU) 2019.04.16**

(71)(72) Заявитель и изобретатель:  
**УГЛОВ ВИТАЛИЙ ОЛЕГОВИЧ (RU)**

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к остеопатии. Способ остеопатического лечения хлыстовой травмы включает III этапа. На I этапе выполняют 1) устранение компрессии черепа и восстановление краниосакрального ритма (КСР) с помощью тканевых приёмов, 2) коррекцию костей черепа, 3) уравнивание шейного отдела позвоночника (ШОП), 4) коррекцию дисфункции крестца, 5) устранение асинхронизма краниосакрального соединения (КСС), 6) уравнивание грудного отдела позвоночника (ГОП) и поясничного отдела позвоночника (ПОП), 7) глобальное уравнивание организма краниосакральной техникой. II этап выполняют через 3-10 дней, который включает следующие приёмы: 8) коррекцию дисфункций в области средостения, 9) глобальное уравнивание организма краниосакральной техникой. III этап выполняют через 3-10 дней, который включает 10) коррекцию дисфункций в области малого таза, 11) глобальное уравнивание организма краниосакральной техникой. В случае необходимости на II и/или III этапе дополнительно осуществляют коррекцию дисфункций в области сердца и в области печени. Техническим результатом заявленного способа является поэтапная перестройка повреждённых тканей организма во время хлыстовой травмы до правильного функционального и анатомического состояния.

**A1**

**201900283**

**201900283**

**A1**

## Способ остеопатического лечения хлыстовой травмы

Изобретение относится к медицине, а именно к остеопатии.

Хлыстовая травма шеи обозначает повреждение шейного отдела позвоночника, мышц ввиду резкого разгибания и сгибания шеи, или наоборот (сгибания и разгибания).

Хлыстовая шейная травма может возникать исключительно из-за механического воздействия, которое заставляет человека резко наклонить и после запрокинуть голову назад, или наоборот. Более половины клинических случаев травмы шеи хлыстового характера приходится на автомобильные аварии, порядка пятидесяти пяти процентов. Вообще, чтобы травмировать шею необходимо сильное физическое воздействие, в редких случаях хлыстовая патология наступает от естественного резкого сгибания и разгибания шеи. Так, помимо дорожно-транспортных происшествий, травма может возникнуть из-за таких причин: падение с высоты; во время драки был нанесен удар в область головы; сильные физические нагрузки у профессиональных спортсменов.

Термин хлыстовая травма впервые был использован для обозначения повреждений шейного отдела позвоночника в США в 1928 г. на конференции ортопедов. В 1970 г. учеными Американской академии остеопатии было дано более четкое определение этого термина: хлыстовая травма – это травматическое воздействие короткого действия, следствием которого являются форсированные движения, идущие в двух противоположных направлениях. Эти движения вызваны нерезким изменением инерции, векторные силы которой повреждают все системы тела, то есть костные, миофасциальные, мембранозные, жидкостные и эмоциональные уровни. «... при хлыстовой травме тело испытывает силовое воздействие, и оно затрагивает все клетки тела от стоп до головы» Гарольд И. Магун (Harold I. Magoun).

В традиционной медицине недуг относится к серьезным травмам шейного отдела позвоночника, который существенно изменяет качество жизни пациента, приводит к инвалидности (при отсутствии своевременной комплексной терапии), в редких случаях к летальному исходу.

Травма такого характера несет в себе опасность только в том случае, если отсутствует корректное лечение самой патологии. Наиболее распространенное негативное последствие для пациента – это развитие фиброза, то есть разрастание соединительной ткани в области шейного отдела позвоночника, ее рубцевание, с последующим окостенением мышц и связок. Такое проявление вызывает определенную цепную реакцию на другие функции организма, которые невозможно предугадать. Страдают рядом

расположенные сосуды, вены, сбивается нормальная работа желудочно-кишечного тракта, нервной, сердечнососудистой и мочевыделительной системы. Помимо этого, травма несет в себе дополнительные последствия: межпозвоночная грыжа, постоянная тошнота, ежедневные мигрени, боли в области спины, скачки артериального давления, шея полностью теряет подвижность, расстройства невралгического характера. Все эти последствия сказываются на качестве жизни больного, вплоть до развития инвалидности.

Известен способ лечения хлыстовой травмы по Зильберману [1], включающий следующие этапы а) коррекция таза, заключающаяся в том, что дают крестцу свободу по отношению к подвздошным костям; б) уравнивание лонного сочленения. Крестец вводят в состояние нейтральности. Для этого необходимо использовать структуральные функциональные и жидкостные подходы, то есть воздействовать на все уровни повреждения. в) освобождение С1; г) декомпрессия С1—С0; д) высвобождение височных костей; е) коррекция краниосакрального асинхронизма.

Также известен остеопатический способ лечения хлыстовой травмы [2], включающий следующие этапы: 1. фасциальная коррекция дисфункций нижних и верхних конечностей, таза, верхней апертуры, шейного и поясничного отдела позвоночника; 2. Подвздошно – крестцовая декомпрессия; 3. Декомпрессия L5-S1; 4. Декомпрессия С0-С1; 5. Освобождение затылочно-височного соединения; 6. Устранение асинхронизма краниосакрального соединения (КСС) — коррекция ДФ Вебстера, коррекция спаек *dura mater*; 7. Коррекция дисфункций костей черепа и коррекция СБС (сфенобазиллярный синхондроз); 8. Затылочно-крестцовое уравнивание; 9. Коррекция соматических дисфункций структуральными и мягкоткаными техниками; 10. Уравнивание трех диафрагм; 11. Ингибция нижнего и верхнего симпатического ганглия; 12. Уравнивание кардиального и чревного сплетения.

Известные вышеуказанные способы имеют следующие недостатки: нет четкой системы, практически включают в себя почти все известные методы лечения, что в свою очередь создает лишнюю нагрузку на организм пациента.

Задачей, которую решает заявленное изобретение является повышение эффективности восстановления и оздоровления пациента путем полноценного восстановления микро и макро подвижности повреждённых во время хлыстовой травмы тканей организма пациента, а также запуск механизмов самоизлечения. Кроме того, задачей заявленного способа является снижение затраченного времени на проведение одного сеанса краниосакральной терапии и уменьшение количества произведенных сеансов, что приводит к уменьшению и материальных затрат для пациентов с хлыстовой травмой.

Поставленная задача решается тем, что способ включает 3 этапа.

На I этапе выполняют: 1) устранение компрессии черепа и восстановление краниосакрального ритма (КСР) с помощью тканевых приёмов, 2) коррекцию костей черепа, 3) уравнивание шейного отдела позвоночника (ШОП), 4) коррекцию дисфункции крестца; 5) устранение асинхронизма краниосакрального соединения (КСС), 6) уравнивание грудного отдела позвоночника (ГОП) и поясничного отдела позвоночника (ПОП), 7) глобальное уравнивание организма краниосакральной техникой. II этап выполняют через 3 – 10 дней, который включает следующие приёмы: 8) коррекцию дисфункций в области средостения, 9) глобальное уравнивание организма краниосакральной техникой. III этап выполняют через 3 – 10 дней, который включает 10) коррекцию дисфункций в области малого таза; 11) глобальное уравнивание организма краниосакральной техникой.

В случае необходимости на 2 и/или 3 этапе дополнительно осуществляют коррекцию дисфункций в области сердца и в области печени.

Проведение I этап в указанной последовательности позволяет произвести декомпрессию черепа, произвести коррекцию костей черепа и крестца, устранить краниосакральный асинхронизм и уравновесить весь позвоночник.

Для того, чтобы ткани и структуры организма пациента смогли перестроиться и адаптироваться после произведенных манипуляций II этап выполняют через 3 – 10 дней. При этом указанная последовательность действий позволяет механизмам саморегуляции начать восстановление организма.

III этап выполняют через 3 – 10 дней, поскольку организму необходимо это время чтобы ткани и структуры организма пациента смогли перестроиться и адаптироваться после произведенных манипуляций.

На 2 и/или 3 этапе дополнительно осуществляют коррекцию дисфункций в области сердца и в области печени в случае, выявления соответствующих дисфункций.

В целом заявленная последовательность операций способа остеопатического лечения хлыстовой травмы позволяет последовательно устранить все дисфункции, которые характерны для хлыстовой травмы за 3 сеанса.

Техническим результатом заявленного способа является поэтапная перестройка повреждённых тканей организма во время хлыстовой травмы до правильного функционального и анатомического состояния.

Указанные этапы заявленного способа можно выполнить следующим образом.

I этап: 1. устранение компрессии черепа и восстановление КСР осуществляют следующим образом: а) одна кисть руки врача чашей захватывает чешую затылочной кости, кнутри от астриона, пальцы направлены в каудальном направлении и расположены рядом с большим затылочным отверстием, а другая рука - ладонью охватывает лобные кости, пальцы расположены в каудальном направлении и их дистальные фаланги находятся на расстоянии 0,5 – 2,5 см друг от друга, причём 3-й палец расположен на метопическом шве, создают пальпаторный аккорд и определяют кранио-сакральный ритм или компрессию черепа,

б) затем создают интенцию на глобальную проблему, которая беспокоит тело пациента в данное время, и увеличивают напряжение в пальцах рук до момента определения плотности под ними, далее, не снимая напряжения с пальцев рук, переносят интенцию на выявленную плотность и ждут момента, когда ткани черепа под руками начнут приходить в движение, которое затем замедляется, наступает точка покоя и экспансия черепа,

в) осуществляют повторную оценку КСР, как указано на стадии а) и при определении кранио-сакрального ритма меньше 10 движений в минуту повторяют стадию б) (определяем две зоны),

д) далее, руки устанавливают перпендикулярно друг на другу и перекрещивают, голову пациента укладывают на руки так, чтобы затылок лежал на ладони, а пястная кость большого пальца правой и левой руки создавала опору на сосцевидных отростках справа и слева соответственно,

е) в фазу первичного выдоха пациента индуцируют затылочную кость в экстензию, не позволяя возвращаться во флексию, фиксируют её, переносят внимание на точки опоры в области сосцевидных отростков, ткани пациента под руками приходят в движение и формируют вектор, направление которого указывает зону, в которой пересекаются ощущения большого пальца правой и левой руки, расположенных на правом и левом сосцевидных отростках, соответственно, в данной зоне начинается движение тканей, которое затем останавливается (в случае хлыстовой травмы определяем один вектор в области головы, другой в области крестца),

ф) стадию е) повторяют до наступления точки покоя и размягчения тканей под пальцами, затем пальцы веером располагают на боковых поверхностях шеи с обеих сторон, создают пальпаторный аккорд и выявляют фасциальную тягу, оценивая её симметрию, силу, амплитуду и направление, затем переставляют руки на область выявленной тяги, выполняют не прямые остеопатические техники коррекции для размягчения и экстензии тканей под пальцами рук, повторно определяют появление

новой тяги и выполняют непрямые остеопатические техники коррекции для размягчения и экстензии тканей под пальцами рук до момента, когда все ткани под руками начинают двигаться синхронно в кранио-сакральном ритме равном 10-12 движений в минуту (одна зона в голове, другая в районе крестца),

При детальном обследовании этих зон стандартными остеопатическими техниками выявляют в голове – латеральный или вертикальный стрейн, в области крестца – нефизиологическая торсия крестца (влево по правой оси или вправо по левой оси), в 100% выявляется кранио-сакральный асинхронизм.

2) Для коррекции костей черепа кисти рук располагают сбоку от черепа справа и слева за ухом, создавая опору ребром ладони и пальцами рук, создают пальпаторный аккорд и интенцию на равновесие тела, выявляют движение тканей черепа под пальцами рук, выполняют технику аггравации, следуя за движением тканей, выявляют тягу и убирают её до момента, когда напряжение между руками уходит, ткани размягчаются и происходит экспансия, затем повторяют указанный приём этапа до достижения точки покоя, после чего удерживают ткани в достигнутом состоянии до появления кранио-сакрального ритма равного 10-12 движений в минуту.

3) Уравновешивание ШОП, заключается в том, что, не меняя положение рук после выполнения стадии 2) I этапа производят тракцию шейного отдела позвоночника в цефалическом направлении. Делают это медленно, постепенно следуя за всеми движениями, которые возникают вовремя тракции до тех пор, пока не прекратятся все движения. Затем возникает обратное движение, которому врач должен противодействовать до появления расслабления и экспансии тканей.

4) Коррекцию дисфункции крестца выполняют следующим образом. Пациент ложится на живот. Врач встает сбоку от пациента, создавая опору на обе ноги. Кисти рук врач располагает на крестце одна над другой. Создается пальпаторный аккорд и, следуя за движениями крестца под руками врача, непрямыми техниками врач последовательно отрабатывает все зоны напряжения в области крестца, до появления расслабления и экспансии.

5) Устранение асинхронизма КСС выполняют следующим образом: одна рука врача на крестце другая на затылочной кости. Создает пальпаторный аккорд. Так как хлыстовой травме присущ асинхронизм, то сначала одна рука (крестцовая) идет в экстензию, а другая рука (затылочная) во флексию. Доводим до конца движений, крестцовая рука фиксирует крестец, а затылочная переводит затылочную кость в экстензию доводя до конца движения и тоже фиксирует затылочную кость. Удерживают обе кости до расслабления и появления движения в обоих костях в одном

направлении. Не снимая напряжения сопровождают обе кости в течении нескольких фаз.

6) Уравновешивание грудного отдела позвоночника (ГОП) и поясничного отдела позвоночника (ПОП) заключается в том, что в положении пациента лежа на животе, руки вдоль тела, врач основанием ладони одной руки создает пальпаторный аккорд на первый грудной позвонок, другой рукой основанием ладони на область крестца, создаёт пальпаторный аккорд, вниманием охватывает все позвонки между руками, создаёт интенцию в разведении, при этом ткани между руками приходят в движение - растяжение, не снимая напряжения между руками, следует за движениями тканей, затем движения тканей между руками прекращаются, появляется обратное движение - сближение рук, врач фиксирует руки, не пуская позвонки на сближение, после чего ткани под руками размягчаются и руки расходятся.

7) Техника глобального уравновешивания организма краниосакральной техникой заключается в том, что исходное положение пациента лежа на спине, врач садится у головы далее, располагает кисти сбоку от черепа справа и слева за ухом, создавая опору ребром ладони и пальцами рук, создают пальпаторный аккорд и интенцию на равновесие тела, выявляют движение тканей черепа под пальцами рук, выполняют технику аггравации, следуя за движением тканей, выявляют тягу и убирают её до момента, когда напряжение между руками уходит, ткани размягчаются и происходит экспансия, до достижения точки покоя, после чего удерживают ткани в достигнутом состоянии до появления кранио-сакрального ритма равного 10-12 движений в минуту.

II этап выполняют через 3 – 10 дней. Приём 8) коррекцию дисфункций в области средостения выполняют следующим образом: исходное положение врача- встает сбоку от пациента кладет руки на грудь пациента одна на другую; исходное положение пациента- лежа на спине. Врач создает пальпаторный аккорд, после этого под руками врача появляются тянущие за собой движения следуя за которыми врач следует до окончания этих тяг, после чего врач удерживает набранное напряжение (непрямая техника) до появления расслабления и экспансии тканей. При появлении новых натяжений врач, описанным выше способом, последовательно убирает все натяжения до появления расслабления и экспансии тканей.

Приём 9) глобальное уравновешивание организма краниосакральной техникой выполняют, как описано в 7) I этапе.

III этап выполняют через 3 – 10 дней. Приём 10) коррекцию дисфункций в области малого таза выполняют следующим образом: исходное положение врача- встает сбоку от

пациента кладет руки в области малого таза пациента одна на другую; исходное положение пациента- лежа на спине. Врач создает пальпаторный аккорд, после этого под руками врача появляются тянущие за собой движения, следуя за которыми врач следует до окончания этих тяг, после чего врач удерживает набранное напряжение (непрямая техника) до появления расслабления и экспансии тканей. При появлении новых натяжений врач, описанным выше способом, последовательно убирает все натяжения до появления расслабления и экспансии тканей.

Приём 11) глобальное уравнивание организма краниосакральной техникой выполняют, как описано в 7) I этапе.

Так же периодически встречаются при хлыстовой травме дисфункция в области сердца. Эти проблемы решают следующим приёмом 12): исходное положение врача- встает сбоку от пациента кладет руки в проекции сердца пациента одна на другую; исходное положение пациента- лежа на спине. Врач создает пальпаторный аккорд, после этого под руками врача появляются тянущие за собой движения, следуя за которыми врач следует до окончания этих тяг, после чего врач удерживает набранное напряжение (непрямая техника) до появления расслабления и экспансии тканей. При появлении новых натяжений врач, описанным выше способом, последовательно убирает все натяжения до появления расслабления и экспансии тканей.

Так же периодически при хлыстовой травме встречается дисфункция в области печени, которую можно убрать следующим приёмом 13: исходное положение врача- встает справа от пациента кладет левую руку на область печени(плашмя на реберную решетку, большой палец повернут в сторону таза), правая рука ложиться на противоположную сторону реберной решетки в проекции пациента; исходное положение пациента- лежа на спине. Врач создает пальпаторный аккорд, после этого под руками врача появляются тянущие за собой движения, следуя за которыми врач следует до окончания этих тяг, после чего врач удерживает набранное напряжение (непрямая техника) до появления расслабления и экспансии тканей. При появлении новых натяжений врач, описанным выше способом, последовательно убирает все натяжения до появления расслабления и экспансии тканей.

На рентгенограмме и на МРТ для хлыстовой травмы характерно: 1. В шейном отделе выпрямленный лордоз или кифоз, с последующим образованием на уровне С3-С5 сначала протрузий и в дальнейшем грыж. 2. В грудном отделе усиление кифоза. 3. В поясничном отделе выпрямленный лордоз, с последующим образованием на уровне L4-5, L5-S1 сначала протрузий и в дальнейшем грыж.

Согласно заявленному способу в медицинском центре «Парацельс» и в частном кабинете пролечено 150 человек.

Пример 1. Пациентка В. 54 лет. Жалобы на боль в поясничном отделе позвоночника, боль за грудиной.

На рентгенограмме: кифоз шейного отдела, унковертебральный артроз; в поясничном отделе – выпрямленный лордоз, признаки остеохондроза. На первом сеансе было выявлено: вертикальный стрейн, торсия крестца влево по правой оси, кранио-сакральный асинхронизм. Проведен приём под №1), с помощью которой была устранена компрессия черепа и восстановлен краниосакральный ритм; приёмом под №2 произведена коррекция костей черепа; приёмом под номером 3 произведено уравнивание шейного отдела позвоночника; приёмом под №4 осуществлена коррекция крестца; приёмом под №5-устранен кранио-сакральный асинхронизм; приёмом под №6 – уравнивание грудного и поясничного отдела позвоночника. Приёмом под №7 произведено глобальное уравнивание через череп пациента.

На втором сеансе выявлено: дисфункция в области средостения и в области сердца. Не прямой техникой, описанной в приёме под №8 проведена коррекция дисфункции в области средостения и приёмом под №12 в области сердца. Техника глобального уравнивания через череп пациента, описана в пункте под №7.

На третьем сеансе выявлена: дисфункция в области внутренних органов малого таза. Не прямой техникой, описанной в приёме №10 проведена коррекция дисфункции в области внутренних органов малого таза. Техника глобального уравнивания через череп пациента, описана в приёме 12 под №7.

Самочувствие пациентки хорошее. Болей нет.

Пример 2. Пациент Д. 42 лет. Жалобы на боль в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией в правую ногу, боли в эпигастрии. Из анамнеза в 26 лет попал в аварию (лобовой удар). На МРТ шейного отдела: кифоз шейного отдела, грыжа С3-4 0,9 мм, протрузии С2-3 0,3 мм и С4-5 0,4 мм; в поясничном отделе – выпрямленный лордоз, грыжа L5-S1 0,8 мм, протрузии L4-5 0,3 мм; признаки остеохондроза и спондилеза.

На первом сеансе было выявлено - латеральный стрейн, торсия крестца влево по правой оси, кранио – сакральный асинхронизм. Проведён приём под №1), с помощью которого была устранена компрессия черепа и восстановлен краниосакральный ритм; приёмом под №2 произведена коррекция костей черепа; приёмом под номером 3 произведено уравнивание шейного отдела позвоночника; приёмом под №4 осуществлена коррекция крестца; приёмом под №5-устранен кранио-сакральный асинхронизм; приёмом

под №6 – уравнивание грудного и поясничного отдела позвоночника. Приёмом под №7 произведено глобальное уравнивание через череп пациента.

На втором сеансе было выявлено – дисфункция в области средостения. Не прямой техникой, описанной в приёме под №8, проведена коррекция дисфункции в области средостения. Техника глобального уравнивания через череп пациента описана в приёме под №7.

На третьем сеансе было выявлено – дисфункция в области печени и внутренних органов малого таза. Не прямой техникой, описанной в приёме №13, проведена коррекция дисфункции в области печени и приёмом под № 10 проведена коррекция дисфункции внутренних органов малого таза. Техника глобального уравнивания через череп пациента описана в приёме под №7. Самочувствие пациентки хорошее. Болей нет.

Пример 3. Пациентка А. 24 лет. Жалобы на головные боли и боль в шейном отделе позвоночника. Накануне попала в аварию (на светофоре удар сзади). На МРТ шейного отдела позвоночника – выпрямленный лордоз.

На первом сеансе было выявлено – вертикальный стрейн, торсия крестца вправо по левой оси, кранио – сакральный асинхронизм. Проведён приём под №1), с помощью которого была устранена компрессия черепа и восстановлен краниосакральный ритм; приёмом под №2 произведена коррекция костей черепа; приёмом под номером 3 произведено уравнивание шейного отдела позвоночника; приёмом под №4 осуществлена коррекция крестца; приёмом под №5-устранен кранио-сакральный асинхронизм; приёмом под №6 – уравнивание грудного и поясничного отдела позвоночника. Приёмом под №7 произведено глобальное уравнивание через череп пациента.

На втором сеансе было выявлено: дисфункция в области средостения и в области внутренних органов малого таза. Непрямой техникой описанной в приёме под №8 проведена коррекция дисфункций в области средостения и приёмом под №10 внутренних органов малого таза. Техника глобального уравнивания через череп пациента описана в приёме под №7. Самочувствие пациентки хорошее. Болей нет.

Пример 4. Пациентка В. 5 лет. Поскользнулась и сильно упала. На следующий день жаловалась на сильную боль в области шеи. У ребенка поднялась температура до 37,4. Ребенок осмотрен через неделю.

На первом сеансе было выявлено: вертикальный стрейн, торсия крестца вправо по левой оси, кранио-сакральный асинхронизм. Проведён приём под №1), с помощью которого была устранена компрессия черепа и восстановлен краниосакральный ритм; приёмом под №2 произведена коррекция костей черепа; приёмом под номером 3

произведено уравнивание шейного отдела позвоночника; приёмом под №4 осуществлена коррекция крестца; приёмом под №5-устранен кранио-сакральный асинхронизм; приёмом под №6 – уравнивание грудного и поясничного отдела позвоночника. Приёмом под №7 произведено глобальное уравнивание через череп пациента.

На втором сеансе было выявлено: дисфункция в области средостения, сердца и в области внутренних органов малого таза. Непрямой техникой описанной в приёме под №8 проведена коррекция дисфункций в области средостения и приёмом под №10 коррекция дисфункции внутренних органов малого таза. Техника глобального уравнивания через череп пациента описана в приёме под №7. Самочувствие пациентки хорошее. Болей нет.

**Источники информации:**

1. Н. С. Зарипова, С. В. Новосельцев. Остеопатическое лечение хлыстовой травмы. Российский остеопатический журнал, номер: 3-4 (22-23), год: 2013, стр. 140-145.

Издательство: Институт остеопатии (Санкт-Петербург), ISSN: 2220-0975

2. С. В. Новосельцев, Е. А. Бродин. Остеопатическая коррекция вегетативных нарушений у пациентов с хлыстовой травмой. Российский остеопатический журнал. Номер: 3-4 (18-19), год: 2012, стр. 82-88. Издательство: Институт остеопатии (Санкт-Петербург). ISSN: 2220-0975.

## Формула

1. Способ остеопатического лечения хлыстовой травмы, включающий выполнение 3 этапов, при этом на I этапе выполняют: 1) устранение компрессии черепа и восстановление краниосакрального ритма (КСР) с помощью тканевых приёмов, 2) коррекцию костей черепа, 3) уравнивание шейного отдела позвоночника (ШОП), 4) коррекцию дисфункции крестца; 5) устранение асинхронизма краниосакрального соединения (КСС), 6) уравнивание грудного отдела позвоночника (ГОП) и поясничного отдела позвоночника (ПОП), 7) глобальное уравнивание организма краниосакральной техникой, затем через 3 – 10 дней выполняют II этап, который включает следующие приёмы: 8) коррекцию дисфункций в области средостения, 9) глобальное уравнивание организма краниосакральной техникой, затем через 3 – 10 дней выполняют III этап, который включает 10) коррекцию дисфункций в области малого таза; 11) глобальное уравнивание организма краниосакральной техникой.

2. Способ по 1, в котором на II и/или III этапе дополнительно осуществляют коррекцию дисфункций в области сердца и в области печени.

## ЕВРАЗИЙСКОЕ ПАТЕНТНОЕ ВЕДОМСТВО

ОТЧЕТ О ПАТЕНТНОМ  
ПОИСКЕ(статья 15(3) ЕАПК и правило 42  
Патентной инструкции к ЕАПК)Номер евразийской заявки:  
201900283

Дата подачи: 16 апреля 2019 (16.04.2019)		Дата испрашиваемого приоритета:
Название изобретения: Способ остеопатического лечения хлыстовой травмы		
Заявитель: УГЛОВ Виталий Олегович		
<input type="checkbox"/> Некоторые пункты формулы не подлежат поиску (см. раздел I дополнительного листа) <input type="checkbox"/> Единство изобретения не соблюдено (см. раздел II дополнительного листа)		
А. КЛАССИФИКАЦИЯ ПРЕДМЕТА ИЗОБРЕТЕНИЯ:		
МПК:	A61H 1/00 (2006.01)	СПК: A61H 1/00 (2013-01)
Согласно Международной патентной классификации (МПК) или национальной классификации и МПК		
Б. ОБЛАСТЬ ПОИСКА:		
Минимум просмотренной документации (система классификации и индексы МПК) A61H 1/00, 7/00		
Другая проверенная документация в той мере, в какой она включена в область поиска:		
В. ДОКУМЕНТЫ, СЧИТАЮЩИЕСЯ РЕЛЕВАНТНЫМИ		
Категория*	Ссылки на документы с указанием, где это возможно, релевантных частей	Относится к пункту №
A	RU 2278708 C1 (ИДРИСОВА ЛИЯ ТУЛЯКОВНА) 27.06.2006, реферат, пример 2	1-2
A	RU 2472451 C1 (ГОУ ВПО ЧИТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ МЗ И СР РФ) 20.01.2013, реферат	1-2
A	WO 2018/052958 A1 (SENSE TECHNOLOGY INC) 22.03.2018, реферат	1-2
A	НОВОСЕЛЬЦЕВ С.В. и др. Остеопатическое лечение последствий кранио-цервикальной травмы. Мануальная терапия, 2008, №4 (32), сс. 26-34, раздел Выводы, п. 3	1-2
<input type="checkbox"/> последующие документы указаны в продолжении графы В		<input type="checkbox"/> данные о патентах-аналогах указаны в приложении
* Особые категории ссылочных документов:		"Г" более поздний документ, опубликованный после даты приоритета и приведенный для понимания изобретения
"А" документ, определяющий общий уровень техники		"Х" документ, имеющий наиболее близкое отношение к предмету поиска, порочащий новизну или изобретательский уровень, взятый в отдельности
"Е" более ранний документ, но опубликованный на дату подачи евразийской заявки или после нее		"У" документ, имеющий наиболее близкое отношение к предмету поиска, порочащий изобретательский уровень в сочетании с другими документами той же категории
"О" документ, относящийся к устному раскрытию, экспонированию и т.д.		"&" документ, являющийся патентом-аналогом
"Р" документ, опубликованный до даты подачи евразийской заявки, но после даты испрашиваемого приоритета		"L" документ, приведенный в других целях
"D" документ, приведенный в евразийской заявке		
Дата действительного завершения патентного поиска:		22 октября 2019 (22.10.2019)
Наименование и адрес Международного поискового органа: Федеральный институт промышленной собственности РФ, 125993, Москва, Г-59, ГСП-3, Бережковская наб., д. 30-1. Факс: (499) 243-3337, телетайп: 114818 ПОДАЧА		Уполномоченное лицо :  В.В. Евстигнеев  Телефон № (499) 240-25-91