

(19)



**Евразийское  
патентное  
ведомство**

(11) **042055**

(13) **B1**

(12) **ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ЕВРАЗИЙСКОМУ ПАТЕНТУ**

(45) Дата публикации и выдачи патента  
**2022.12.30**

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

(21) Номер заявки  
**201900069**

(22) Дата подачи заявки  
**2019.01.16**

---

(54) **СПОСОБ ВОССТАНОВЛЕНИЯ И ОЗДОРОВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА  
КРАНИОСАКРАЛЬНЫМИ ПРИЁМАМИ**

---

(43) **2020.07.31**

(56) RU-C1-2611908  
RU-C1-2476195  
UA-U-73602

(96) **2019000001 (RU) 2019.01.16**

(71)(72)(73) Заявитель, изобретатель и  
патентовладелец:

**УГЛОВ ВИТАЛИЙ ОЛЕГОВИЧ (RU)**

---

(57) Изобретение относится к области медицины, в частности к восстановительной медицине, и может быть использовано в лечебно-профилактических учреждениях: санаториях, профилакториях, лечебно-физкультурных диспансерах, частных кабинетах мануальной терапии, реабилитационных центрах, салонах красоты, ветклиниках. Предложенный комплекс краниосакральных приёмов позволяет уменьшить время проведения одного сеанса краниосакральной терапии. На диагностику и коррекцию функциональной проблемы тратится 15-25 мин. Каждый применяемый приём проводится под объективным контролем, а именно определением краниосакрального ритма, что позволяет полностью решить самую важную проблему организма, которая у него есть "здесь и сейчас" и на решение которой у организма есть адаптационный резерв. Данный комплекс приёмов позволяет в 86% за 2-3 сеанса избавить пациента от любой функциональной проблемы.

**042055**

**B1**

**042055**  
**B1**

Изобретение относится к области медицины, в частности к восстановительной медицине, и может быть использовано в лечебно-профилактических учреждениях: санаториях, профилакториях, лечебно-физкультурных диспансерах, частных кабинетах мануальной терапии, реабилитационных центрах, салонах красоты, ветклиниках.

Известен способ краниальной мануальной терапии, описанный в литературе [Гарольд Ивэн Мэгоун "Краниальная остеопатия", издательско-полиграфическое акционерное общество "Беловский полиграфист", 1992. - С. 97-100]. Данный способ заключается в том, что сначала пациента укладывают на массажном столе с плоской жесткой опорной поверхностью, затем проводят диагностику - пальпаторно исследуют позвоночник, сочленения и голову пациента. Затем врач тестирует руками или на аппаратуре краниосакральный ритм, потом врач проводит мягкие мануальные действия, сначала формируя лечебное усилие с помощью опорной поверхности, а затем действует, упираясь на части тела пациента и чувствуя противодействие опорной поверхности массажного стола и тела пациента, каждый раз согласовывая его с краниосакральным ритмом, при этом врач проводит поэтапное воздействие на диафрагмы методом компрессии из положения пациента спиной к плоской поверхности массажного стола: на тазовую, на дыхательную, шейно-грудную, диафрагму рта, краниальную диафрагму. Так же из положения пациента спиной к плоской поверхности массажного стола сначала врач каждый раз формирует лечебное действие, а затем проводит действие - тракцию за затылочные холмы, тракцию за ушные раковины, балансировку височных костей, осуществляет компрессию IV желудочка мозга, проводит постизометрическую релаксацию, при этом на каждом этапе проводит также тестирования краниосакрального ритма. Все эти действия врач может выполнять и из положения пациента на животе в зависимости от самочувствия пациента.

Недостатком известного способа является то, что он не дает достаточной релаксации при работе с диафрагмами. Кроме того, при болевом синдроме и достаточно сильной ригидности мышц и связок любого отдела позвоночника при обычной компрессии и тракции часто происходит усиление болевого синдрома и мышечный спазм. И хотя опытный врач формирует пациенту, лежащему на плоской поверхности массажного стола, достаточно мягкие мануальные действия, пациент ощущает резкую боль и напряжение в шее и спине. Кроме того, в известном методе мануальной терапии применяется и тракция шейного отдела позвоночника, но как показала практика, этого не достаточно при работе с атлантом и другими заблокированными сегментами позвоночника. При обычном методе тракции лечебное усилие формируется на плоской опорной поверхности, действует так, что воздействию подвергаются, в основном, здоровые межпозвоночные соединения, заблокированные же практически не подвергаются изменениям, и внутридисковое давление существенно не снижается.

Также для достижения выраженного лечебного эффекта при использовании этого метода необходимо провести 10-15 сеансов при продолжительности работы врача 40-50 мин.

Известен способ краниосакральной мануальной терапии, описанный в патенте UA №68065, опубликованном 12.03.2012 г., который заключается в том, что пациента размещают на плоской опорной поверхности с возможностью использования ее для формирования лечебного воздействия на каждом этапе, проводят клиническую диагностику состояния позвоночника и сочленений, тестируют краниосакральный ритм. По результатам выполняют мануальные действия, согласовывая их с краниосакральным ритмом. Мануальные действия включают на каждом этапе формирование лечебного действия и поэтапное действие на диафрагмы методом компрессии - на тазовую, дыхательную, шейно-грудную, диафрагму рта, краниальную диафрагму, выполняют тракцию за затылочные бугры с использованием опорной поверхности, а также тракцию за ушные раковины, балансирование височных костей, выполняют компрессию IV желудочка мозга, проводят постизометрическую релаксацию. При этом на каждом этапе проводят тестирование краниосакрального ритма, например, с помощью приборов. Мягкое мануальное воздействие выполняют при одновременном согласовании краниосакрального дыхания и диафрагмального дыхания и при этом выполняют отсылку Vi - spread. Также выполняют тракцию шейного отдела позвоночника с использованием опорной поверхности, балансирование атланта, тракцию атланто-окципитального сочленения. При этом тракцию за уши выполняют с постукиванием зубами, работу с дыхательной диафрагмой выполняют на вдохе, потом следуют компрессия, торсия, на выдохе - компрессия, и дополнительно выполняют артикуляцию.

Недостатком известного способа является необходимость провести 10-15 сеансов по 40-50 мин каждый. Кроме того, не предусмотрен анализ и лечение тканевых дисфункций.

Также известен способ оздоровления пациента путем системного воздействия на организм с использованием остеопатических приемов по методу доктора Артемова, заявленный в патенте РФ №2296551, опубликованном 10.04.2006 г., содержащий системное воздействие на организм, включающее проведение общего и остеопатического обследования структуральной, висцеральной и краниальной систем, электропунктурную диагностику по методу Фолля с тестированием и подбором эффективной дозы необходимых биологических активных препаратов. В последующем осуществляют остеопатическое воздействие на вышеуказанные системы пациента в течение восьми сеансов на протяжении двух месяцев, последовательно по одному разу в неделю. Затем проводят три сеанса с периодичностью один раз в месяц, после чего раз в три месяца проводят контрольный осмотр. На сеансе коррекцию структуральных

дисфункций (СД) сопровождаются коррекцией внутренних органов, иннервирующихся из тех же сегментов позвоночника. Перед устранением СД производят миофасциальный релиз поясничного, грудного и шейного отделов в течение 20-30 мин. На каждом сеансе в течение часа дополнительно воздействуют на те же сегментарные зоны и внутренние органы, дисфункции которых устранялись в течение сеанса, лазерной рефлексотерапией, или талассотерапией, или СКЭНАР-терапией, или СКЭНАР-терапией с лечебным одеялом. Способ обеспечивает комплексную профилактику заболеваний за счет действия на организм на системном и клеточном уровнях и оптимального учета взаимозависимости органов.

Недостатками способа оздоровления пациента путем системного воздействия на организм с использованием остеопатических приемов по методу доктора Артемова является его недостаточная эффективность из-за ограниченных остеопатического и миофасциального релизового воздействий на тело пациента (только поясничный, грудной, шейный отделы - сегменты позвоночника с коррекцией соответствующих внутренних органов), из-за длительных перерывов между сеансами, кроме того, способ требует дополнительных затрат на аппаратуру для электропунктурной диагностики по Фоллю и лечение лазерной рефлексотерапией с лечебным одеялом.

Наиболее близким аналогом заявляемого способа, выбранным в качестве прототипа, является способ восстановления и оздоровления пациента путем системного воздействия на организм с использованием остеопатических приемов по методу "ив", описанный в патенте RU2431456C1 2011.10.20. Предварительно перед остеопатическим воздействием проводят массаж спины с использованием меда и дополнительно миофасциальный релиз головы и крестцово-подвздошного сустава. Остеопатическое воздействие на пациента осуществляют в положении его лежа на животе последовательным проведением техники массажа паравертебральной зоны, начинают надавливая слева затем справа от пациента одной рукой на голову пациента, другой на его шею, с одновременным поворотом головы в противоположную сторону от воздействия. Прием повторяют слева и справа по 3-4 раза, после чего руки переходят на грудной и поясничный отделы позвоночника с давлением на паравертебральные мышцы сверху вниз и с возвращением наверх по позвоночнику, раздвигают позвоночные сегменты в противоположные стороны. Прием повторяют 2 раза и руки перемещают к поясничному отделу позвоночника, фиксируя кистью одной руки поочередно противоположный гребень подвздошной кости, основанием ладони другой руки делают ротационную растяжку поясничного и нижнегрудного отдела позвоночника, сдвигая мышцы в поперечном направлении через позвоночник, и глубокое продольное растяжение мышц боковой стороны тела в каудальном и краниальном направлениях одновременно. Прием повторяют 4 раза и далее проводят снизу вверх ручное растяжение позвоночных сегментов, раздвигая ребром ладони позвоночные сегменты, перемещая один из них в краниальном, другой в каудальном направлениях, мягкие мануальные техники висцеральной терапии органов брюшной полости (желчный пузырь, печень, поджелудочная железа, толстый и тонкий кишечник, мочевого пузыря, мочеточники, почки) с лечебной и профилактической направленностью, мягкие мануальные техники краниальной и сакральной систем, после чего проводят миофасциальный релиз головы и шеи, грудного поясничного крестцово-подвздошного сустава с использованием техники длинных рычагов. При этом остеопатическое обследование структуральной, висцеральной и краниальной систем проводят до 5 мин. Массаж спины с использованием меда проводят в течение 10 мин. Миофасциальный релиз головы и шеи, поясничного, грудного отделов, крестцово-подвздошного сустава проводят в течение 10 мин. Массаж паравертебральной зоны проводят в течение 10 мин. Массаж паравертебральной зоны проводят в течение 10 мин. Мягкие мануальные техники краниальной, сакральной и висцеральной терапии проводят в течение 30 мин. Миофасциальный релиз головы и шеи, поясничного, грудного отделов, крестцово-подвздошного сустава проводят в течение 10 мин, контрольную позиционную диагностику дисфункций с окончательным их устранением проводят в течение 5 мин. Гимнастику, укрепляющую мышечно-связочный аппарат, проводят в течение 10 мин. Все процедуры способа проводят в 9 сеансов через день.

Недостатками способа оздоровления пациента путем системного воздействия на организм с использованием остеопатических приемов по методу "ив" является необходимость проведения 12-15 сеансов, использование дополнительных терапевтических средств и подготовка к сеансу занимает 20-30 мин, в течение часа проводится остеопатическая коррекция. Кроме того, использование лазерной рефлексотерапии, талассотерапии или СКЭНАР-терапии требует использования большого количества специалистов, дополнительного оборудования, что приводит к удорожанию процедуры.

Задачей настоящего изобретения является повышение эффективности восстановления и оздоровления пациента путем выявления напряжений в организме, восстановление микро- и макроподвижности тканей, 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 различными заболеваниями.

Поставленная задача решается тем, что способ включает следующие этапы:

а) осуществляют оценку краниосакрального ритма, при этом одна кисть руки врача чашей захватывает чешую затылочной кости, кнутри от астериона, пальцы направлены в каудальном направлении и расположены рядом с большим затылочным отверстием, а другая рука ладонью охватывает лобные кос-

ти, 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 краниосакральный ритм;

b) 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 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;

c) осуществляют повторную оценку краниосакрального ритма, как указано на этапе a) и при определении краниосакрального ритма меньше 10 движений в минуту повторяют этап b);

d) далее руки устанавливают перпендикулярно друг на друга 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;

e) 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;

f) этап e) 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 не прямые остеопатические техники коррекции для размягчения и экстензии тканей под пальцами рук до момента, когда все ткани под руками начинают двигаться синхронно в краниосакральном ритме равном 10-12 движений в минуту;

j) далее 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 j) до достижения точки покоя, после чего удерживают ткани в достигнутом состоянии до появления краниосакрального ритма равного 10-12 движений в минуту.

Дополнительно можно после фазы f) применить технику глобального уравнивания позвоночника.

Техническим результатом заявляемого способа является создание эффективного, быстродействующего и малозатратного способа за счет гармонизации тонусов сегментарного и над сегментарного уровня вегетативной нервной системы, снятия фасциальных ограничений, порождающих структурные нарушения, вызывающие аноксию и анаболизм тканей; улучшения на локальном уровне микроциркуляции, устранения дисфункции опорно-двигательного аппарата и внутренних органов.

Технический результат, получаемый вследствие использования заявленного способа, состоит в повышении уровня жизненных сил, в устранении последствий травм и удлинении срока эффективной работы опорно-двигательного аппарата, в облегчении функционирования органов и систем, включая нервную систему и головной мозг, и в улучшении качества жизни, в том числе за счет устранения болей, беспокоящих пациента, улучшения симметричности расположения частей тела, улучшения внешности. Способ испытан и показан к применению в любом возрасте, в том числе, для младенцев с момента рождения, для беременных женщин, для людей пожилого возраста, животных.

Термины и понятия используемые в описании изобретения.

Мануальная медицина - совокупность лечебно-диагностических методик, используемых для установления причин и устранения, выявленных патобиомеханических нарушений путем мануального воздействия на анатомические структуры черепа, позвоночника, крестца, суставы, мышечно-связочный аппарат, внутренние органы в целях восстановления их подвижности и оптимального функционирования. Остеопатический метод включает в себя выполнение диагностических и лечебных манипуляций. Согласно современным представлениям, краниосакральная система включает в себя следующие анатомические структуры: сфенобазиллярный симфиз (СБС), атланта-затылочное сочленение, торакальная диафрагма, пояснично-крестцовый переход, крестцово-подвздошные сочленения. Помимо элементов краниосакральной системы при ряде нарушений в орбиту остеопатических воздействий нередко вовлекают тазовую диафрагму и реберно-ключичное пространство. Основой остеопатии является теория о краниосакральном ритме (КСП), сформулированная на основе большого практического опыта. Краниосакральный ритм или "механизм первичного дыхания" - суть и отражение биомеханических взаимоотношений костей черепа и крестца, основанных на представлениях о реципрокных мембранах, где "ключевой" зоной явля-

ется сфенобазиллярный симфиз (СБС). Краниосакральный ритм формируется пятью составляющими: движением массы мозга, подвижностью костей черепа, флюктуацией ликвора, мембранами взаимного натяжения (*dura mater*) и подвижностью крестца между подвздошными костями ("Остеопатия. Методические рекомендации №2003/74", утв. Минздравом РФ 27.10.2003).

Пальпаторный аккорд это мягкое, свободное, сконцентрированное положение рук.

Интенция, намерение (суш) (лат. *intentio* - направлять к). 1. Намеренный замысел свершить акт воли. 2. Факт задания себе определенной цели - твердый и преднамеренный замысел - цель, которой стремишься достигнуть. 3. В тканевой концепции: модуляция внимания, которому сознание придает направление, смысл и форму. С помощью интенции сознание посылает информацию в выбранное пространство, которое оно собирается занять. Интенция позволяет сформулировать просьбу. Живая структура отвечает на намерение, но она отвечает в соответствии с возможностями данного момента.

Точка покоя, стилл-поинт (выражение) (англ. - точка неподвижности). Точка покоя связана со временем. В тканевом подходе существуют два типа точек неподвижности: физиологическая точка неподвижности и точка неподвижности разрешения. Физиологическая точка покоя возникает в любом чередующемся явлении. Каждая фаза этого явления отделена от другой моментом (иногда очень коротким), в котором явление, движущееся в одну сторону, останавливается, а затем направляется в другую сторону. Точка покоя разрешения соответствует моменту разрешения, исчезновения зоны задержки энергии. В этот момент структура заканчивает высвобождать задержанную энергию, перед тем как начать общаться снова. Эта неподвижность может длиться некоторое время. Очень важно соблюдать эту фазу и ждать, сохраняя объективные параметры (плотность, напряжение) и субъективные параметры (присутствие, внимание, интенция), окончания точки покоя. Точка покоя заканчивается либо с началом нового цикла освобождения тканей, либо экспансией структуры, означаящим ее возврат к общению.

Техники аггравации - это техники, в которых остеопат-оператор, на короткое время еще более усиливает положения повреждения (аггравировет) костных или мягкотканевых структур с целью запустить процесс самовосстановления тела. Этот подход можно сравнить с гомеопатией - подобное лечим подобным. Техники аггравации относятся к непрямым техникам остеопатии.

В монографии Гарольда Ивена Мэгоуна "Остеопатия в сфере черепа" изложены основные принципы краниальной остеопатии. Концепция краниальной остеопатии основана на знании структуры и функции цереброваскулярной, и системы циркуляции спинно-мозговой жидкости (СМЖ). Объемы и давление жидких сред - крови и ликвора в единой краниоспинальной полости находятся в тесной корреляции. Установлено, что имеется два пути циркуляции СМЖ: первый - циркуляция, вызванная секреторным давлением, направленным от желудочков мозга в сторону спинно-мозгового канала; второй обусловлен нерегулярными движениями СМЖ, которые инициируются локальными и региональными колебаниями объема крови и модулируются изменениями давления СМЖ и резистентности путей ее движения. Важным является установление связи внешних проявлений краниосакрального ритма с интракраниальными показателями, которые характеризуют первичный дыхательный механизм (ПДМ) - комплекс явлений, проявляющихся в виде ритмических движений костей черепа и крестца. Термин "краниосакральный ритм" (КСР) применяется для количественной характеристики деятельности первичного дыхательного механизма. КСР характеризуется следующими параметрами: частотой, амплитудой и силой. В норме у здоровых людей частота КСР составляет от 8 до 14 циклов в минуту. Эти движения происходят вследствие врожденной подвижности мозга, инициируемой флюктуациями спинно-мозговой жидкости. ПДМ сфокусирован на конечном звене респираторной цепи - на процессах тканевого дыхания, тогда как внешнее или торакальное дыхание является вторичным дыхательным механизмом. При этом физические силы, вызывающие движение костей черепа, выявляются классическими остеопатическими методами пальпации. Известны три типа сил, деформирующих объект - деформации растяжения, кручения и изгиба. Учитывая физические свойства живой кости, ни одна из этих деформаций не может иметь места - необходимые для этого силы далеко превосходят силы, реально имеющиеся в организме. Движения костей черепа можно рассматривать как относительные смещения их позиций в местах их шовных соединений (подвижность костей черепа локализована в их швах). Выслушивание первичного дыхательного механизма осуществляют при постановке рук на череп захватом через свод или лобно-затылочным захватом. На основании данных краниального тестирования определяются особенности структурно-энергетических нарушений.

Выполнение этапа а) заявленного способа позволяет определить частоту кранио-сакрального ритма, что позволяет определить уровень здоровья пациента, объем лечения и впоследствии ориентироваться при оценке результата проведенного лечения при повторном обращении пациента.

Выполнение этапов б) и с) заявленного способа позволяет произвести диагностику состояния пациента и при необходимости осуществить мероприятия, направленные на нормализацию краниосакрального ритма.

Выполнение этапов е) и ф) заявленного способа позволяет определить локально зону максимального напряжения в теле пациента и не убирая руки врача техника позволяет убрать это напряжение.

Относительно фасциальных тяг следует заметить, что несмотря на воздействие на орган различных натяжений, "здесь и сейчас" он будет "подстраиваться" под одно наиболее значимое повреждение. Это

связано с рефлекторным иерархическим выбором, нацеленным на то, чтобы "жертвовать всем, кроме главного". По мере коррекции первичных поражений орган будет демонстрировать векторы тяг к другим поражениям, вплоть до полного их устранения.

В локальной тканевой зоне можно определить: тяги, связанные с нормальными анатомическими взаимоотношениями органов, например связки, суставные переходы; тяги, связанные с патологическими изменениями самого органа, например напряжения связок и уплотнения в надкостнице крестца; тяги, связанные с патологическими изменениями в области региона, например наличие фиксации на уровне матки будет обязательно сказываться на позиции крестца; тяги, связанные с отдаленными поражениями, например влиянием на крестец первичного повреждения затылочной кости.

Выполнение этапа j) заявленного способа позволяет произвести глобальное уравнивание тканей в организме пациента, что позволит быстрее и легче настроится телу на процесс восстановления с минимальным временем и минимальными неприятными ощущениями.

В целом выполнение заявленного способа приводит к уменьшению времени проведения одного сеанса краниосакральной терапии. На диагностику и коррекцию функциональной проблемы тратится 15-25 мин и в среднем 3 сеанса. Каждый применяемый приём проводится под объективным контролем, а именно, определением краниосакрального ритма, что позволяет полностью решить самую важную проблему организма, которая у него есть "здесь и сейчас", и на решение которой у организма есть адаптационный резерв.

Кроме того, предложенная последовательность краниосакральных приёмов позволила существенно повысить терапевтический эффект от проведенных сеансов лечения, в частности сбалансировать полученные пациентом травмы, минимизировать влияние травм на функционирование тела, достичь эффективной работы опорно-двигательного аппарата, улучшить функционирование органов и систем (в т.ч. нервной системы, головного мозга), устранить у пациента боли, приблизиться к оптимальной симметричности расположения частей тела.

Достижение указанного технического результата обусловлено следующими основными принципами. Тело человека - самонапряженная система. В самонапряженных системах стабильные части управляют подвижными частями. Наиболее стабильная часть в теле человека - это череп, следовательно, состояние тканей черепа и положение костей черепа будет отражаться на положении частей тела и их состоянии. Воздействуя на кости и мембраны черепа, можно изменять взаимное расположение частей тела, добиваясь их оптимального пространственного соотношения, что дает возможность телу человека эффективно функционировать.

Новизна заявленного способа заключается в строгой последовательности выполнения лечебного комплекса приемов, в авторском выполнении части приемов краниосакральной терапии и объективном контроле качества и полноты проведенной терапии.

#### **Подробное описание выполнения заявленного изобретения**

Согласно заявленному способу оздоровления краниосакральными приёмами проведено лечение около 1000 пациентов, ниже приведено несколько примеров, подтверждающих применимость заявленного способа.

Пример 1. Пациент мужчина С. 65 лет. Обратился в частный кабинет. Диагноз: сахарный диабет 2 типа, болен 3 года. До начала лечения уровень сахара составлял в среднем 11,4 ммоль/л. Компрессия черепа.

Было проведено восстановление и оздоровление пациента краниосакральными приёмами согласно предложенному способу. На первом сеансе выявлена компрессия черепа. Далее создана интенция на глобальную проблему, которая беспокоила тело пациента на момент проведения терапии. После чего определена плотность под руками, при этом одна кисть руки - чашей захватывает чешую затылочной кости, кнутри от астериона, 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 дистальный фаланги находятся на расстоянии 0,5-2,5 см друг от друга, причём 3 палец расположен на метопическом шве. Затем перенесли интенцию на выявленную плотность и увеличением напряжения в пальцах рук достигли момента, когда ткани черепа под руками пришли в движение, которое затем замедлилось и наступила точка покоя и экспансия черепа.

Был выявлен стресс. Осуществлена повторная оценка краниосакрального ритма, который равен 12.

Далее, руки врача были установлены перпендикулярно друг на друга и перекрещены. Голова пациента расположена на руках так, чтобы затылок лежал на ладони, а пястная кость большого пальца правой и левой руки создавала опору на сосцевидных отростках справа и слева соответственно. В фазу первичного выдоха пациента была индуцирована затылочная кость в экстензию, не позволяя возвращаться во флексию фиксирована. Затем внимание было перенесено на точки опоры в области сосцевидных отростков. При этом ткани пациента под руками пришли в движение и сформировали вектор, направление которого указало на область, в которой расположена поджелудочная железа.

В области, в которой пересекаются ощущения большого пальца правой и левой руки, расположенных на правом и левом сосцевидных отростках соответственно, началось движение тканей, которое затем остановилось и наступила точка покоя и размягчения тканей под пальцами. Затем пальцы веером

были расположены на боковых поверхностях шеи с обеих сторон, создан пальпаторный аккорд и выявлена фасциальная тяга. Оценив её симметрию, силу, амплитуду и направление (направление фасциальной тяги совпало с определенным в предыдущей методике - область поджелудочной железы), руки переставлены на область выявленной тяги, выполнены не прямые остеопатические техники коррекции для размягчения и экстензии тканей под пальцами рук, повторно определено появление новой тяги и выполнены не прямые остеопатические техники коррекции для размягчения и экстензии тканей под пальцами рук до момента, когда все ткани под руками начали двигаться синхронно в краниосакральном ритме равном 10-12 движений в минуту,

Далее кисти рук были установлены сбоку от черепа справа и слева за ухом, создав опору ребром ладони и пальцами рук, создан пальпаторный аккорд и интенция на равновесие тела. Выявлено движение тканей черепа под пальцами рук, выполнена техника аггравации, следуя за движением тканей выявлена тяга, которая убрана. При этом напряжение между руками уходит, ткани размягчаются и происходит экспансия. Повторяют указанный приём до достижения точки покоя, после чего в достигнутом состоянии ткани удерживали до появления краниосакрального ритма равного 10-12 движений в минуту.

Следующий приём был через неделю. На втором сеансе выявлен КСР ритм 4, амплитуда 1, сила 1. Далее создана интенция на глобальную проблему, которая беспокоила тело пациента на момент проведения терапии. После чего определена плотность под руками, при этом одна кисть руки - чашей захватывает чешую затылочной кости, кнутри от астериона, 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 дистальный фаланги находятся на расстоянии 0,5-2,5 см друг от друга, причём 3 палец расположен на метопическом шве. Затем интенцию перенесена на выявленную плотность и увеличением напряжения в пальцах рук был достигнут момент, когда ткани черепа под руками пришли в движение, которое затем замедлилось и наступила точка покоя и экспансия черепа.

Был выявлен психоэмоциональный блок. Осуществлена повторная оценка краниосакрального ритма, который равен 12.

Далее, руки врача были установлены перпендикулярно друг на друга и перекрещены. Голова пациента расположена на руках так, чтобы затылок лежал на ладони, а пястная кость большого пальца правой и левой руки создавала опору на сосцевидных отростках справа и слева соответственно. В фазу первичного выдоха пациента была индуцирована затылочная кость в экстензию, не позволяя возвращаться во флексию, фиксирована. Затем внимание было перенесено на точки опоры в области сосцевидных отростков. При этом ткани пациента под руками пришли в движение и сформировали вектор, направление которого указало на область, в которой расположена поджелудочная железа.

В области, в которой пересекаются ощущения большого пальца правой и левой руки, расположенных на правом и левом сосцевидных отростках соответственно, начинается движение тканей, которое затем останавливается, затем наступает точка покоя и размягчения тканей под пальцами. Затем пальцы врача были расположены веером на боковых поверхностях шеи с обеих сторон, создан пальпаторный аккорд и выявлена фасциальная тяга. Оценив её симметрию, силу, амплитуду и направление (направление фасциальной тяги совпало с определенным в предыдущей методике - область поджелудочной железы) руки были переставлены на область выявленной тяги. Выполнены не прямые остеопатические техники коррекции для размягчения и экстензии тканей под пальцами рук, повторно определено появление новой тяги и выполнены не прямые остеопатические техники коррекции для размягчения и экстензии тканей под пальцами рук до момента, когда все ткани под руками начали двигаться синхронно в краниосакральном ритме равном 10-12 движений в минуту.

Пациент жаловался на боль в позвоночнике, поэтому была проведена техника глобального уравнивания позвоночника. Положение пациента: лежа на животе, руки вдоль тела. Положение врача: сбоку от пациента, опора на две ноги, укореняемся. Важно отрегулировать высоту кушетки, чтоб руки врача были выпрямлены при опоре на пациента. Положение рук врача: врач основанием ладони упирается одной рукой на 1 грудном позвонке, другой рукой в области крестца. Пальпаторный аккорд, вниманием охватываем все позвонки между рук врача. Создаем интенцию в разведении. При этом ткани приходят в движение. Не снимая напряжения следуя за движениями. Когда движения прекращаются под руками ощущаем обратную тягу (сближение рук), не пускаем ткани, удерживая набранные параметры. В конце техники ткани под руками размягчаются и руки расходятся. После этого все позвонки под руками движутся в краниосакральном ритме, равном 10-12 движений в минуту.

Далее, кисти рук были расположены сбоку от черепа справа и слева за ухом. Создавая опору ребром ладони и пальцами рук создан пальпаторный аккорд и направлена интенция на равновесие тела. Были выявлены движения тканей черепа под пальцами рук, выполнена техника аггравации. Следуя за движением тканей выявлена тяга, которая убрана. При этом напряжение между руками уходит, ткани размягчаются и происходит экспансия. Повторяют указанный приём до достижения точки покоя, после чего в достигнутом состоянии ткани удерживали до появления краниосакрального ритма равного 10-12 движений в минуту.

На фоне лечения сахар крови снизился до 9,08 ммоль/л.

На третьем сеансе выявлен КСР ритм 8, амплитуда 2, сила 2. Сразу проведен поиск и оценка фасциальной тяги. Для этого пальцы врача были расположены веером на боковых поверхностях шеи с обеих сторон, создан пальпаторный аккорд. Была выявлена фасциальная тяга, оценена её симметрия, сила, амплитуда и направление (направление фасциальной тяги было вверх в область головы). Так как сохранились неприятные ощущения в позвоночнике повторно проведена техника глобального уравнивания позвоночника.

Кисти были расположены сбоку от черепа справа и слева за ухом. Создавая опору ребром ладони и пальцами рук создан пальпаторный аккорд и направлена интенция сначала на напряжение, затем на равновесие тела, выявлено движение тканей черепа под пальцами рук, выполнена техника агравации. Следуя за движением тканей выявлена тяга выполнены не прямые остеопатические техники коррекции для размягчения и экстензии тканей под пальцами рук до момента, когда все ткани под руками начали двигаться синхронно в краниосакральном ритме равном 10-12 движений в минуту.

Контрольный осмотр показал: после проведенного лечения КСР- ритм 12, амплитуда 3, сила 3, сахар крови снизился до 6,3 ммоль/л.

Пример 2. Ребенок Ф. 9 лет поступил в Сергиево-Посадский детский дом для слепоглохих детей. Диагноз: органическое поражение ЦНС. Грубая задержка пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР). Амблиопия. Вторичная глаукома. Двухсторонняя нейросенсорная тугоухость. До начала лечения компрессия черепа. Уровень развития навыков самообслуживания до начала работы 51,9%.

Согласно заявленному способу оздоровления краниосакральными приёмами ребенку было проведено 4 сеанса с интервалом в неделю и ввиду тяжести состояния 4 сеанса с интервалом в 2 недели, и 4 сеанса с интервалом 3 недели. Через полгода уровень развития навыков самообслуживания повысился до 62,8%, КСР ритм 12, амплитуда 3, сила 3. Отдельно необходимо отметить, что у ребенка Ф. наблюдаются значительные сдвиги в овладении бытовыми навыками (в основном связанных с одеванием/раздеванием), а также в организации поведения и усвоении элементарной учебной деятельности. Мальчик проявляет большую самостоятельность в выполнении инструкций взрослого (в словесно-жестовой форме), самостоятельно без побуждения выполняет отдельные действия в привычной ситуации.

Пример 3. Женщина 34 лет обратилась в частный кабинет. Диагноз: грыжа L5-S1 0,9 см; протрузия диска L3-L4 0,3 см, L2-L3 0,2 см. До начала лечения компрессия черепа, боль в области головы, боль в поясничном отделе позвоночника.

Согласно заявленному способу оздоровления краниосакральными приёмами было проведено 3 сеанса с интервалом в неделю. Боль в области головы и в поясничном отделе прошла; КСР ритм равен 12, амплитуда 3, сила 3. Затем с интервалом в 2 месяца было проведено 3 сеанса. Контроль проведён через 7 месяцев.

При повторном рентгенологическом обследовании протрузии не выявлены, в области, где ранее была диагностирована грыжа, выявлена протрузия диска 0,2 см.

Также, согласно заявленному способу, можно оказывать помощь домашним животным.

Пример 4. Пациент мужчина 3., возраст 56 лет. Обратился с жалобами на боль в шейном, грудном и поясничном отделах позвоночника. Диагноз: атеросклероз магистральных артерий головы 65%. Компрессия черепа. После проведения 3 сеансов боли в позвоночнике полностью пропали; КСР - ритм 12, амплитуда 3, сила 3. В течении 4 лет проводилась поддерживающая терапия по одному сеансу 2-3 раза в год. На сегодняшний день атеросклероз магистральных артерий сердца 40%.

Пример 5. Пациент кабель тибетского мастифа 2 года. В результате драки с другой собакой была сломана нижняя челюсть, которая плохо срасталась. Собаке собирались восстанавливать челюсть оперативным путем. До начала работы КСР был заблокирован (компрессия черепа). После проведенных 2 сеансов челюсть собаки заросла естественным путем. Операция не понадобилась. КСР ритм 12, амплитуда 3, сила 3.

Пример 6. Пациент новорожденный котенок. После рождения не шевелился и даже при помощи человека не мог сосать свою мать. В ходе лечения выявлена компрессия черепа, родовая травма головы, проведено лечение по предложенной схеме. После сеанса активность котенка возросла и он самостоятельно смог сосать мать. Кошечка выросла здоровой без проблем и не отличалась от других своих сверстников. КСР ритм 12, амплитуда 3, сила 3.

#### ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

1. Способ восстановления и оздоровления пациента краниосакральными приемами, включающий следующие этапы:

а) осуществляют оценку краниосакрального ритма, при этом одна кисть руки чашей захватывает чешую затылочной кости кнутри от астериона, 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, причем 3-й палец расположен на метопическом шве, создают пальпаторный аккорд и определяют краниосакральный ритм, и в случае, если краниосакральный ритм равен или меньше 6, то

b) увеличивают напряжение в пальцах рук до определения плотности под ними, далее не снимая напряжение с пальцев рук ждут наступления точки покоя и экспансии черепа;

c) осуществляют повторную оценку краниосакрального ритма, как указано на этапе a), и при определении краниосакрального ритма меньше 10 движений в минуту повторяют этап b);

d) далее руки врача устанавливают перпендикулярно друг на друга 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;

e) в фазу первичного выдоха пациента индуцируют затылочную кость в экстензию, не позволяя возвращаться во флексию, фиксируют ее, затем ткани пациента под руками приходят в движение, направление которого указывает зону, в которой начинается движение тканей, которое затем останавливается;

f) этап e) 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 ее 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 не прямые остеопатические техники коррекции для размягчения и экстензии тканей под пальцами рук до момента, когда все ткани под руками начинают двигаться синхронно в краниосакральном ритме, равном 10-12 движений в минуту,

j) далее располагают кисти сбоку от черепа справа и слева за ухом, создавая опору ребром ладони и пальцами рук, создают пальпаторный аккорд и выявляют движение тканей черепа под пальцами рук, выполняют технику аггравации, следуя за движением тканей выявляют тягу и убирают ее до момента, когда напряжение между руками уходит, ткани размягчаются и происходит экспансия, затем повторяют указанный прием этапа j) до достижения точки покоя, после чего удерживают ткани в достигнутом состоянии до появления краниосакрального ритма, равного 10-12 движений в минуту.

2. Способ по п.1, в котором дополнительно после этапа f) применяют технику глобального уравнивания позвоночника, заключающуюся в том, что в положении пациента лежа на животе, руки вдоль тела, врач основанием ладони одной руки нажимает на первый грудной позвонок, другой рукой основанием ладони на область крестца создает пальпаторный аккорд, при этом ткани между руками приходят в движение - растяжение, не снимая напряжения между руками, следуя за движениями тканей, затем движения тканей между руками прекращаются, появляется обратное движение, врач фиксирует руки, непуская ткани, после чего ткани под руками размягчаются.

3. Способ восстановления и оздоровления пациента краниосакральными приемами, включающий следующие этапы:

a) осуществляют оценку краниосакрального ритма, при этом одна кисть руки чашей захватывает чешую затылочной кости кнутри от астериона, 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, причем 3-й палец расположен на метопическом шве, создают пальпаторный аккорд и определяют краниосакральный ритм, и в случае, если краниосакральный ритм больше 6, то

d) руки врача устанавливают перпендикулярно друг на друга 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;

e) в фазу первичного выдоха пациента индуцируют затылочную кость в экстензию, не позволяя возвращаться во флексию, фиксируют ее, затем ткани пациента под руками приходят в движение, направление которого указывает зону, в которой начинается движение тканей, которое затем останавливается;

f) этап e) 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 ее 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 не прямые остеопатические техники коррекции для размягчения и экстензии тканей под пальцами рук до момента, когда все ткани под руками начинают двигаться синхронно в краниосакральном ритме, равном 10-12 движений в минуту,

j) далее располагают кисти сбоку от черепа справа и слева за ухом, создавая опору ребром ладони и пальцами рук, создают пальпаторный аккорд, выявляют движение тканей черепа под пальцами рук, выполняют технику аггравации, следуя за движением тканей, выявляют тягу и убирают ее до момента, когда напряжение между руками уходит, ткани размягчаются и происходит экспансия, затем повторяют указанный прием этапа j) до достижения точки покоя, после чего удерживают ткани в достигнутом состоянии до появления краниосакрального ритма, равного 10-12 движений в минуту.

4. Способ по п.3, в котором дополнительно после этапа f) применяют технику глобального уравни-

вешивания позвоночника, заключающуюся в том, что в положении пациента лежа на животе, руки вдоль тела, врач основанием ладони одной руки нажимает на первый грудной позвонок, другой рукой основанием ладони на область крестца создает пальпаторный аккорд, при этом ткани между руками приходят в движение - растяжение, не снимая напряжения между руками, следуя за движениями тканей, затем движения тканей между руками прекращаются, появляется обратное движение, врач фиксирует руки, не пуская ткани, после чего ткани под руками размягчаются.

