

Document made available under the Patent Cooperation Treaty (PCT)

International application number: PCT/RU2006/000385

International filing date: 19 July 2006 (19.07.2006)

Document type: Certified copy of priority document

Document details: Country/Office: RU
Number: 2006125777
Filing date: 18 July 2006 (18.07.2006)

Date of receipt at the International Bureau: 31 October 2006 (31.10.2006)

Remark: Priority document submitted or transmitted to the International Bureau in compliance with Rule 17.1(a) or (b)



РОСПАТЕНТ

Федеральное государственное учреждение

«Федеральный институт

промышленной собственности

Федеральной службы по интеллектуальной
собственности, патентам и товарным знакам»

(ФГУ ФИПС)

Бережковская наб., 30, корп. 1, Москва, Г-59, ГСП-5, 123995
Телефон 240-60-15. Телекс 114818 ПДЧ. Факс 234- 30-58

Наш № 20/12-672

«21» сентября 2006 г.

СПРАВКА

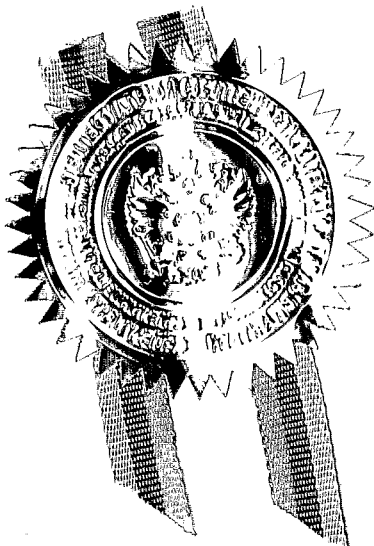
Федеральное государственное учреждение «Федеральный институт промышленной собственности Федеральной службы по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам» настоящим удостоверяет, что приложенные материалы являются точным воспроизведением описания изобретения, формулы изобретения, реферата и чертежей (если имеются) первой (приоритетной) заявки № 2006125777 на выдачу патента на изобретение, поданной 18 июля 2006 года (18.07.2006).

При последующей подаче заявки в патентные ведомства государств - участников Парижской конвенции по охране промышленной собственности номер Вашей первой (приоритетной) заявки следует представлять с двубуквенным кодом страны приоритета в соответствии со Стандартом ВОИС ST.3 (для Российской Федерации – RU), располагаемым без пробела перед номером заявки: **RU2006125777**

Название изобретения: Способ пролонгированного воздействия на акупунктурные точки и игла (варианты) для него

Заявитель: МУХИНА Марият Мурадалиевна
ЧАДАЕВ Николай Вениаминович

Автор(ы): МУХИНА Марият Мурадалиевна
ЧАДАЕВ Николай Вениаминович



Заведующий отделом

формальной экспертизы

Т.В.Апарина



Способ пролонгированного воздействия на акупунктурные точки и игла (варианты) для него

Группа изобретений относится к медицине, а именно к области рефлексотерапии. В течение 5-ти тысяч лет известно использование различных конструкций игл и способов воздействия на точки акупунктуры. К ним относятся массаж точек, их прогревание, прижигание, пунктирование и т.д. Предложенный способ характеризуется воздействием иглой на рефлексотерапевтические точки пациента.

Аналогом предложенного способа является известный с древних времен способ седативного воздействия на пациента с помощью корпоральных игл. Время воздействия этих игл колеблется согласно известному способу в пределах 30÷40 мин до 1÷2 часов максимально (Г. Лувсан «Очерки методов восточной рефлексотерапии», Новосибирск, издательство «Наука», Сибирское отделение, 1991, с.228).

Описанный способ имеет следующие недостатки: при некоторых состояниях, например, выраженных болевых синдромах (острые и хронические заболевания, онкологические и травматические болевые симптомы), аллергических заболеваниях, лечении абстинентных синдромов и т. д., действие корпоральных и аурикулярных игл регламентируется временем одного сеанса, пациент вынужден длительное время посещать одни и те же процедуры, не обеспечена возможность более пролонгированного лечения.

Также в качестве аналогов предложенного способа можно назвать способы воздействия иглами на акупунктурные точки пациента, описанные в книге Г. Барашкова «Рефлексотерапия боли», издательство «ТМ-Око» и НЦМИ «Универсимед», М., 1995 г., с.185-186, 124-125; и статье О.М. Коханович «Тезисы республиканской научной конференции

«Немедикаментозные методы купирования хронических болевых синдромов», опубликованной в 1989 г., с.73-74.

Недостатками названных способов является то, что в книге Г. Барашкова описывается техника большого укола, когда «игла вводится в одну локальную точку и через неё проводится до другой точки ...». То есть, игла не выходит из точки и в приводимом источнике не пишется о точке выхода иглы, через которую на поверхность кожи выходит свободный конец иглы, а, значит, конец иглы остается целиком в теле пациента.

Используемая автором терминология свидетельствует об описании традиционного введения игл для посеансного лечения пациента, что широко известно и описано практически в любых справочниках и монографиях по иглорефлексотерапии. Такое воздействие регламентируется действием одного сеанса. По его окончании иглы удаляются, и пациенту назначается следующий сеанс. При осуществлении этого способа пациент привязан к врачу, так как для достижения положительного эффекта необходимы курсы таких сеансов.

Те же недостатки присущи методу, описанному О.М. Коханович, где неправомерно упоминается термин «нанизывание», так как в этом способе описывается техника введения иглы «горизонтально-подкожно», т.е. игла остается в теле пациента на час, полтора и более (до 2-х суток) также, как в способе, описанном Г.Барашковым.

В качестве наиболее близкого аналога предложенного способа может быть рассмотрен способ снижения избыточной массы тела и коррекции фигуры, включающий в себя комплекс аурикулярной и корпоральной рефлексотерапии в сочетании с гипокалорийной диетой (RU 2233149, кл. А61Н 39/08, 27.07.2004).

Известный способ характеризуется воздействием на точки ушной раковины АГ17, 18, 87, 88 посредством микроигл, фиксируемых зажимами.

Время воздействия на аурикулярные точки пациента в известном способе увеличено до 60÷360 суток, в зависимости от диагноза пациента и биохарактеристик металла, из которого сделаны иглы.

В качестве наиболее близкого аналога предложенной иглы можно назвать золотую иглу для введения в ушную раковину со съёмным зажимом (RU 26402, кл. А61В 17/06, 10.12.2002) или иглу для иглорефлексотерапии со съёмным фиксатором (RU 52330, кл. А61Н 39/00, 27.03.2006).

К недостаткам известного способа и устройств можно отнести то, что используемый для фиксации иглы зажим и фиксатор выполнены съёмными и поэтому известные конструкции игл являются недостаточно надёжными в эксплуатации, а способ, использующий такие иглы, - не эффективным.

Предлагаемые иглы и способ лишены указанных недостатков.

Технический результат изобретения состоит в обеспечении длительного воздействия на акупунктурные, в частности, аурикулярные точки пациентов путем использования надёжно закрепленной на теле пациента одной и той же иглы в течение всего периода терапии, причем воздействующей сразу на группу акупунктурных (аурикулярных) точек, что непосредственно связано с более выраженным и быстрым наступлением лечебного эффекта.

Преимуществом данного способа укалывания является:

1. Возможность одновременно пунктировать группу точек, т.е. взять рецептуру по данной нозологии.
2. Реальность пролонгированной терапии, когда при постановке иглы пациент может больше не посещать врача до определенного срока, исходя из целесообразности дальнейшей терапии.
3. Надёжность держания иглы на теле пациента.
4. Экономические преимущества: возможность повторного применения после спецобработки, уменьшения количества оплаченных сеансов,

освобождения времени пациента и врача, соответственно уменьшения расхода игл и других материалов (антисептики, пластырь и др.).

Технический результат достигнут в изобретении тем, что способ пролонгированного воздействия на акупунктурные точки заключается в том, что вначале топографически определяют точки иглоукалывания, одна из которых выбирается точкой входа иглы, а другая – точкой ее выхода на поверхность кожи. После этого производят укалывание этих точек нанизыванием их одной иглой, например, имеющей головку, а свободный конец иглы загибают с образованием из него фиксатора.

Также в случае отсутствия у иглы головки после экспозиции иглы оба ее концевых участка загибают с образованием из них фиксаторов.

В качестве точек иглоукалывания выбирают, например, аурикулярные точки АТ17 и АТ18.

Закрепленную фиксаторами иглу оставляют в акупунктурных точках на необходимое для терапии время.

Иглу изготавливают той формы и конфигурации, которые являются актуальными для данного участка тела и поставленной задачи, из биологически нейтрального для пациента материала, что наряду с вышеописанным делает срок нахождения иглы в точках таким, какой необходим до полного исцеления или купирования данной симптоматики.

Данным способом может производиться воздействие на любые акупунктурные точки как на коже ушной раковины, так и тела, а также слизистых оболочках пациента. В качестве примера лечения ожирения рассматривается иглоукалывание АТ17, АТ18 на ушной раковине. Топографически определив две точки на ушной раковине, одна из них выбирается точкой входа иглы, другая - точкой выхода. Производится укалывание точек нанизыванием их одной иглой.

С целью надежного закрепления этой иглы на коже ушной раковины используется несъемный(е) фиксатор(ы).

Каждый фиксатор могут получать навивкой загнутого концевой участка иглы вокруг ее свободного участка.

Также каждый фиксатор могут получать навивкой загнутого конца иглы с образованием клубка или, по меньшей мере, одного витка спирали.

Иглу могут выполнять из любого биологически нейтрального для пациента материала, например, металла, такого как: золото, серебро, легированная сталь или сплав металлов. Также иглу могут выполнять из полимерного материала или комбинировать из разных материалов.

Иглу могут выполнять из резины, имеющей металлический наконечник.

Свободный конец иглы или наконечник могут выполнять из сплава металлов, обладающего памятью формы.

Согласно первому варианту игла для иглорефлексотерапии (акупунктурной рефлексотерапии), в частности, аурикулотерапии состоит из стержня с головкой.

Согласно второму варианту стержень указанной иглы не имеет головки.

Как уже отмечалось весь стержень или один или оба его концевых участка выполнены из материала, обладающего пластичными свойствами с обеспечением возможности образования из загнутого свободного конца или концевых участков стержня фиксатора(ов).

Один или оба фиксатора могут быть выполнены в виде навитых на стержень загнутых концов иглы.

Также один или оба фиксатора могут быть выполнены в виде клубков или, по меньшей мере, одного витка спирали.

Стержень иглы может быть выполнен из металла, например, золота, серебра, легированной стали или сплава металлов.

Стержень иглы может быть выполнен из полимерного материала.

Стержень иглы может быть выполнен комбинированным из разных материалов, например, стержень иглы может быть выполнен из резины с

металлическим(ими) наконечником(ами) или концевые участки стержня или наконечник(и) могут быть выполнены из сплава металлов, обладающего памятью формы.

Изобретение поясняется чертежом, где на фиг.1 схематично изображен вариант иглы с фиксатором в виде навитого на стержень загнутого конца иглы; на фиг.2 – вариант иглы с фиксатором в виде витка спирали; на фиг.3 – вариант иглы с фиксатором в виде свернутого в клубок конца иглы; на фиг.4 – вариант иглы, оба концевых участка которой выполнены загнутыми.

Изображенные на фиг.1-3 варианты игл, предназначенные, например, для введения в ушную раковину, состоят каждая из стержня 1, на одном конце которого преимущественно жестко закреплена головка 2, а второй конец стержня выполнен с возможностью образования из него фиксатора в виде замка 3.

На поверхности головки 2 и/или фиксатора 3 может быть выполнен один или несколько шипов (не показаны), предназначенных для контакта с выбранной точкой (точками) на теле или ушной раковине пациента с целью усиления воздействия на нее.

Возможны различные варианты форм выполнения головок стержней и фиксаторов. Так на фиг.1 представлена игла с объемной полой или монолитной головкой в виде шара 2. На фиг.2 изображена головка в виде кольцевого элемента 4, а фиксатор – в виде витка спирали 5 (возможно образование нескольких витков спирали).

На фиг.3 представлена игла с головкой, имеющей пластинчатую форму 6, и фиксатором в виде клубка 7.

Для обеспечения формирования из свободного конца стержня иглы фиксатора весь стержень или его концевая часть (наконечник) выполняется из материала, обладающего пластичными свойствами, такого, например, как: сплав золота, серебра, легированная сталь и др.

Также возможно выполнение не всего стержня, а только его концевой части из сплава металлов, обладающего памятью формы, например, Ti Ni.

Изображенный на фиг.4 вариант иглы характеризуется тем, что оба концевых участка стержня 1 выполнены с возможностью образования из них фиксаторов, например, в виде единичного витка спирали 5 на одном конце стержня и клубка 7 – на другом.

Преимущественно игла выполнена из сплава, применяемого для изготовления золотых игл, состоящего из 75% золота, 13% серебра и 12% меди.

Стержень 1 иглы для аурикулотерапии может иметь длину 10 мм и диаметр 0,6 мм.

Стержень иглы выполнен гладким и равномерным по диаметру на протяжении всей длины иглы. Кончик иглы слегка заострен. Иглу вводят в центр выбранной точки (точка входа) и для закрепления ее в ушной раковине (точка выхода) фиксируют загнутым свободным концом стержня, или в варианте отсутствия головки – загнутыми концевыми участками стержня.

Устройством для формирования на конце(ах) иглы фиксатора(ов) может быть пинцет или другие подобные приспособления.

Головка 2 в некоторых вариантах выполнения устройства может устанавливаться на стержень с возможностью съёма.

Таким образом, игла фиксируется на теле или в ушной раковине в точке входа с помощью головки или фиксатора в виде загнутого конца стержня, а в точке выхода – с помощью фиксатора в виде загнутого конца стержня.

Преимуществом предлагаемой иглы с несъемным фиксатором является возможность оставления ее в ушной раковине на длительный срок (до 3-х лет), что необходимо, например, для коррекции избыточной массы тела, игла не требует постоянного врачебного наблюдения, отсутствует вероятность ее самопроизвольного удаления пациентом и травматизации с

последующим образованием рубцовой деформации. После завершения процедуры, сформированный(е) в виде фиксатора(ов) кончик(и) иглы откусывают щипчиками и иглу удаляют из-под кожи пациента.

Заявленный технический результат для объекта «способ» формируется в три этапа и каскадно нарастает по интенсивности, проградиентно коррелируя с физиологическими процессами, происходящими в гистологических средах в месте прокола иглы методом нанизывания. В момент непосредственно самого введения иглы происходит, как известно, формирование первичного потока импульсов. В результате данного воздействия, именно при введении иглы нанизыванием, формируются вторичные потоки импульсов, более мощные, перманентные и пролонгированные. Под термином «пролонгированные» понимаются особо длительные процессы, происходящие в гистологических средах в результате введения иглы в точку входа и выведения ее из точки выхода. В известных источниках приводятся сроки обычного укалывания и процессы, связанные с первичным эффектом (у Кохановича - 2 суток, у Барашкова - несколько часов). В предложенном способе обеспечено получение лечебного эффекта в течение 90 дней без съема иглы или, например, при лечении ожирения - до 3 лет. Эти потоки вторичных импульсов с рефлексогенной зоны обусловлены физиологическими процессами, происходящими в тканях. Процессы в тканях классифицируются в 3 этапа, а импульсы, возникающие на каждом этапе, подразделяются на три порядка.

1 ЭТАП - Эпителизация акупунктурного канала. До 30 дней.

В результате нанизывания двух точек одной иглой, создается акупунктурный канал с двумя отверстиями: точка входа и выхода, между ними образовано пространство, сформированное иглой. Согласно законам регенерации, ткани вокруг иглы начинают эпителизоваться, формируя эпителизованный канал. В процессе разрастания эпителия в ходе постепенной и длительной эпителизации рецепторами клеток генерируется

мощный поток вторичных микроимпульсов 1-ого порядка с рефлексогенной зоны в подкорковые центры гипоталамо-гипофизарной системы, что усиливает лечебный эффект от данного воздействия.

В частности, при лечении ожирения, быстрее создается очаг торможения в центре голода в гипоталамусе и активируются липолитические механизмы, как следствие интенсивнее снижается масса тела. При лечении артериальной гипертензии афферентные импульсы потенцируют ангиосупрессорный эффект в сосудодвигательном центре в гипоталамусе, быстрее нормализуется артериальное давление. В случае лечения аллергии усиливается активность антигистаминных механизмов, которые быстрее купируют аллергическую реакцию.

Для пациентов с более длительным анамнезом и выраженной степенью заболевания, которым необходимо более пролонгированное воздействие (от одного до нескольких месяцев), важным терапевтическим моментом является воздействие на выбранные точки вторичными импульсами 2-ого порядка, которые продуцируются на 2 этапе.

2 ЭТАП - Регенерация акупунктурного канала.

Когда эпителизация акупунктурного канала заканчивается, поверхность канала становится покрыта многослойным плоским ороговевающим эпителием, эпидермисом, наружный слой клеток которого постепенно слущивается. Обновление эпидермиса происходит за счёт его глубокого росткового слоя (см. Борзяк Э.И. «Анатомия человека», т.2 М.: Медицина, 1987 г., с.469). Данный процесс регенерации клеток эпидермиса является мощным раздражителем экстерорецепторов, трансформируя энергию раздражения в нервные импульсы, детерминируя мощный поток нейрогенной афферентной импульсации (см. Борзяк Э.И. «Анатомия человека», т.2 М.: Медицина, 1987 г., с.290) в ядра головного мозга.

Согласно рефлекторной теории, общепринятой в медицине - чем больше импульсов поступает с периферии, тем выраженнее протекают процессы в центральных структурах - ганглиарных узлах, подкорковых

центрах головного мозга. Таким образом, вторичная импульсация 2-ого порядка способствует усилению лечебного эффекта.

3 ЭТАП - интраканальная экстумеация (ex-tumeo – набухать - лат.)

При оставлении иглы в акупунктурном канале на срок от 4-х месяцев и более в просвете канала образуются скопления отшелушенных клеток эпидермиса, нейтрофилов и макрофагов, погибших бактерий. На практике при удалении иглы на этом этапе на ней виден белесоватый налет, а иногда этот налет в виде стержня самоизвлекается прижатым к наружной стенке канала тампоном. При этом данный процесс не является воспалительным, так как не сопровождается гиперемией, болью, отеком и другими признаками воспаления. Это естественный процесс накопления утилизированных органелл, клеток и других продуктов жизнедеятельности микроорганизмов. Данное заполнение акупунктурного канала продуктами жизнедеятельности тканевых структур создает давление на внутренние стенки с эффектом распираения и чем дольше игла стоит в канале, тем больше образуется количество содержимого канала, тем выраженнее пассивная прессорная импульсация. Эти импульсы классифицируются как вторичные импульсы 3-ого порядка. Они способствуют поддержанию доминанты, сформированной на предыдущих этапах, и также потенцируют лечебный эффект.

В предложенном изобретении зона воздействия иглой не ограничена только толщиной стержня самой иглы, так как в зону воздействия входят точки, топографически расположенные в месте прохождения стержня иглы, например, гипотензивная канавка (AT105) (смотри пример 2).

Надежность удерживания иглы обеспечена в предложенном решении применением несъемного фиксатора, который закрепляет иглу, но игла вводится в одну точку и выходит из другой, таким образом соединяя две и более точки, которые связаны каналом, состоящим из самой иглы.

В подтверждение осуществления предложенного способа приводятся следующие клинические примеры по разным нозологиям.

Пример 1. Лечение аллергии

Пациентка И., 23 г., с диагнозом: полиноз (аллергия на пыльцу берёзы) обратилась с жалобами на слезотечение, резь в глазах, насморк, кашель. Обследована аллергологом: О. Вазомоторный назофарингит с положительными аллергическими пробами на пыльцу березы.

В анамнезе - ежегодное обострение каждой весной. Антигистаминные препараты малоэффективны, а также вызывают сонливость и противопоказаны при вождении автомашины, что ограничивает действия пациентки.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Явления гиперемии конъюнктивы и склер, из носовых ходов обильное отделяемое бесцветного цвета, пациентка постоянно его вытирает платком, что привело к выраженной мацерации и отёчности кожи в зоне крыльев носа, сухой кашель.

Лечение проводилось следующим образом:

В проекции аллергической бороздки (АТ71 - точка крапивницы) определяются две репрезентативные точки, одна из которых является точкой входа иглы, другая точкой её выхода, в эти точки вводилась игла методом нанизывания, т.е. игла входит в одну, а выходит из другой точки на поверхность кожи и закрепляется головкой и фиксатором, выполненным в виде загнутого в спираль свободного конца иглы. Иглу оставляли на 60 дней. Осмотр через 60 дней показал исчезновение экссудативного ринита, отсутствие симптомов конъюнктивита и других проявлений аллергической реакции. Иглу удаляют путём откусывания щипцами загнутого в спираль ее конца и вывода другого её конца с головкой из канала.

Пример 2. Лечение гипертонической болезни

Пациентка С., 45 лет, обратилась с жалобами на повышение артериального давления, частые головные боли, одышку, частые кризовые состояния с тошнотой, рвотой. Гипотензивные препараты противопоказаны из-за поливалентной лекарственной аллергии.

Объективно: Состояние средней тяжести. Артериальное давление 200/100 мм. рт. ст., частота дыхания 30 ударов в мин., пульс 90 ударов в мин., нижние конечности резко пастозны. Осмотр окулиста выявил изменения в глазном дне, соответствующее 3-й степени гипертонии.

Диагноз: Эссенциальная гипертензия 3 ст. Сердечно-сосудистая недостаточность 1-2 ст.

Лечение проводилось следующим образом:

В аурикулярной точке АТ105 (точка, снижающая кровяное давление), именуемой также как гипотензивная канавка, занимающая всю верхнюю треть борозды задней поверхности ушной раковины, топографически определялись две наиболее репрезентативные точки одной канавки, одна из которых является точкой входа иглы, другая точкой выхода, в эти точки вводилась игла методом нанизывания, т.е. иглу вводили в одну, а выводили из другой точки на поверхность кожи и закрепляли фиксатором, выполненным путем образования из свободного конца иглы витка спирали. Игла оставлена на 90 дней.

Осмотр через 90 дней показал: состояние пациента удовлетворительное, наблюдается снижение АД до 160/90 мм. рт. ст., частота пульса 80 уд. в мин., частота дыхания 20 в мин; значительное уменьшение пастозности нижних конечностей.

Пример 3. Лечение Люмбаго

Пациент Р., 48 лет, обратился с жалобами на внезапную резчайшую боль в глубине поясничной области, спровоцированную поднятием груза. Объективно: поза вынужденная, зафиксированная в момент приступа с наклоненным вперед туловищем, пальпаторно выраженное напряжение поясничных мышц. Дефанс усугубляется болезненностью межкостистой связки. Слева спазм паравертебральных мышц. На рентгенограмме поясничного отдела позвоночника - признаки псевдоспондилолистеза 1-11 поясничных позвонков.

Лечение проводилось следующим образом:

Топографически справа от остистых отростков определялись корпоральные точки V22 (сань-цзяо-шу) и V51 (хуань-мэнь), затем в точку V22 вводилась игла нанизыванием, а местом выхода была точка 51. Далее на конце иглы использовался фиксатор, выполненный путем навивки загнутого конца иглы вокруг прилежащего к нему свободного участка стержня. Игла устанавливалась на двое суток.

Осмотр назначен через 2 дня. Объективно: восстановление нормальной осанки, исчезновение болевого синдрома, пальпация зоны L 1-11 безболезненна. Люмбаго купировано.

Формула изобретения

1. Способ пролонгированного воздействия на акупунктурные точки, заключающийся в топографическом определении точек иглоукалывания, одна из которых выбирается точкой входа иглы, а другая – точкой ее выхода, после этого производят укалывание этих точек путем нанизывания их одной иглой, при этом один или оба концевых участка иглы загибают с образованием из них фиксаторов.

2. Способ по п.1, в котором в качестве точек иглоукалывания выбирают АТ17 и АТ18 на ушной раковине.

3. Способ по п.1 или п.2, отличающийся тем, что каждый фиксатор получают навивкой загнутого конца иглы вокруг ее свободного участка.

4. Способ по п.1 или п.2, отличающийся тем, что каждый фиксатор получают навивкой загнутого конца иглы с образованием клубка или, по меньшей мере, одного витка спирали.

5. Способ по п.1, отличающийся тем, что иглу изготавливают из биологически нейтрального для пациента материала.

6. Способ по п.1 или п.5, отличающийся тем, что иглу выполняют из металла, например, золота, серебра, легированной стали или сплава металлов.

7. Способ по п.1 или п.5, отличающийся тем, что иглу выполняют из полимерного материала.

8. Способ по п.1 или п.5, отличающийся тем, что иглу выполняют комбинированной из разных материалов.

9. Способ по п.1 или п.5, отличающийся тем, что иглу выполняют из резины, имеющей металлический наконечник.

10. Способ по п.8, отличающийся тем, что свободный конец иглы или наконечник выполняют из сплава металлов, обладающего памятью формы.

11. Игла для иглорефлексотерапии, содержащая стержень с головкой, при этом весь стержень или его свободный конец выполнен из материала,

обладающего пластичными свойствами с обеспечением возможности образования из загнутого свободного конца стержня фиксатора.

12.Игла по п.11, отличающаяся тем, что фиксатор выполнен в виде навитого на стержень его загнутого конца.

13.Игла по п.11, отличающаяся тем, что фиксатор выполнен в виде клубка или, по меньшей мере, одного витка спирали.

14.Игла по п.11, отличающаяся тем, что ее стержень выполнен из металла, например, золота, серебра, легированной стали или сплава металлов.

15.Игла по п.11, отличающаяся тем, что ее стержень выполнен из полимерного материала.

16.Игла по п.11, отличающаяся тем, что ее стержень выполнен комбинированным из разных материалов.

17.Игла по п.16, отличающаяся тем, что ее стержень выполнен из резины с металлическим наконечником.

18.Игла по п.16, отличающаяся тем, что свободный конец стержня или наконечник выполнен из сплава металлов, обладающего памятью формы.

19. Игла для иглорефлексотерапии, выполненная в виде стержня, при этом весь стержень или его концевые участки выполнены из материала, обладающего пластичными свойствами с обеспечением возможности образования из загнутых концевых участков стержня фиксаторов.

20.Игла по п.19, отличающаяся тем, что один или оба фиксатора выполнены в виде навитых на стержень его загнутых концевых участков.

21.Игла по п.19, отличающаяся тем, что один или оба фиксатора выполнены в виде клубков или, по меньшей мере, одного витка спирали.

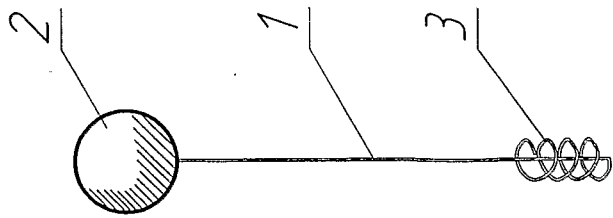
22.Игла по п.19, отличающаяся тем, что ее стержень выполнен из металла, например, золота, серебра, легированной стали или сплава металлов.

23.Игла по п.19, отличающаяся тем, что ее стержень выполнен из полимерного материала.

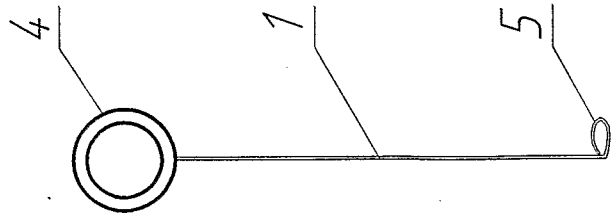
24.Игла по п.19, отличающаяся тем, что ее стержень выполнен комбинированным из разных материалов.

25.Игла по п.24, отличающаяся тем, что ее стержень выполнен из резины с металлическим наконечниками.

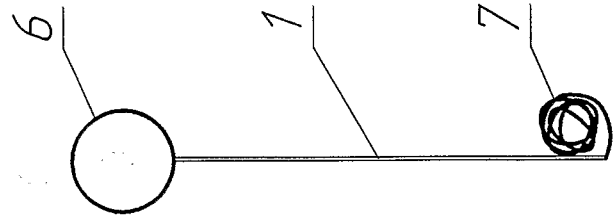
26.Игла по п.24, отличающаяся тем, что концевые участки стержня или наконечники выполнены из сплава металлов, обладающего памятью формы



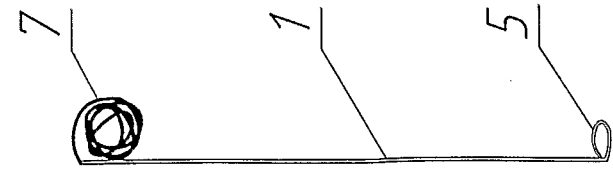
Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3



Фиг. 4

**Способ пролонгированного воздействия на акупунктурные точки
и игла (варианты) для него**

Реферат

Группа изобретений относится к медицине, а именно к области рефлексотерапии. Способ характеризуется нанизыванием акупунктурных точек одной иглой и заключается в топографическом определении точек иглоукальвания с последующим вводом в одну из них иглы, имеющей головку, и выводом из другой точки свободного конца иглы, после чего указанный конец загибают с образованием из него фиксатора. Игла по первому варианту характеризуется выполнением в виде стержня с головкой, выполненного с возможностью формирования из его свободного конца фиксатора. Согласно второму варианту оба концевых участка стержня иглы выполнены с возможностью формирования из них фиксаторов. Технический результат изобретения заключается в обеспечении более длительного воздействия на акупунктурные точки с одновременным повышением надежности держания иглы на коже пациента.