



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **98489** (13) **C2**
(51) МПК
A61H 39/08 (2006.01)

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

(21) Номер заявки:	а 2009 11852	(72) Винахідник(и):	Мухіна Маріят Мурадалієвна (RU), Чадаєв Ніколай Всеніамінович (RU)
(22) Дата подання заявки:	07.05.2008	(73) Власник(и):	ФРЕЙ МЕДІКАЛ ТЕКНОЛОДЖІС АГ, Place Bel-Air 1, c/o MCE, Lausanne, CH-1003, Switzerland (CH)
(24) Дата, з якої є чинними права на винахід:	25.05.2012	(74) Представник:	Горяінов Олексій Олександрович, реєстр. №261
(31) Номер попередньої заявки відповідно до Паризької конвенції:	2007117021	(56) Перелік документів, взятих до уваги експертизою:	RU 2289391 C2, 20.12.2006 SU 1657185 A1, 23.06.1991 WO 1998/035646 A1, 20.08.1998 SU 1505548 A1, 07.09.1989 SU 1395324 A1, 15.05.1988 RU 2286133 C1, 27.10.2006 JP 8098708 A, 16.04.1996 RU 26402 U1, 10.12.2002
(32) Дата подання попередньої заявки відповідно до Паризької конвенції:	07.05.2007		
(33) Код держави-учасниці Паризької конвенції, до якої подано попередню заявку:	RU		
(41) Публікація відомостей про заявку:	25.01.2010, Бюл.№ 2		
(46) Публікація відомостей про видачу патенту:	25.05.2012, Бюл.№ 10		
(86) Номер та дата подання міжнародної заявки, поданої відповідно до Договору РСТ	PCT/RU2008/000285, 07.05.2008		

(54) СПОСІБ ГОЛКОВКОЛЮВАННЯ З ПРОЛОНГОВАНИМ ВПЛИВОМ

(57) Реферат:

Винахід належить до галузі медицини, а саме до рефлексотерапії. Винахід стосується способу голковколювання із пролонгованим впливом, при якому визначають точки голковколювання, вибирають точки входу та виходу голки, пропускають голку через вибрані точки входу і виходу, залишають обидва кінці голки зовні шкіри пацієнта, закріплюють голку в цьому положенні за допомогою фіксаторів, установлених на кінцях голки, і після закінчення сеансу голкотерапії залишають голку в тілі пацієнта на заданий час, при цьому за допомогою введення голок формують акузальні тракти в різних гістологічних шарах тканин пацієнта, а як точки входу і/або виходу кожної голки вибирають точки, розташовані в області акупунктурної точки і/або рефлексогенної зони, і/або індиферентної зони.

UA 98489 C2

Винахід відноситься до галузі медицини, а саме до рефлексотерапії і може бути використане для пролонгованого акупунктурного впливу на організм пацієнта.

В цей час перед сучасною медициною стає питання розвитку і оптимізації тих методів лікування, які виключають інвазію (введення всередину) лікарських препаратів, хімічних речовин. Актуальність даного напрямку пов'язана з ростом алергійних реакцій, виснаження імунних механізмів, розвитком дисбактеріозів і лікарській хвороби в організмі людини у відповідь на невідповідно часте застосування фармакологічних препаратів, а екологічну обстановку, що також погіршується, через ріст техногенних забруднень у результаті інтенсивного розвитку промисловості. До таких методів без лікарського лікувального впливу ставиться акупунктура - уколівання біологічно активних крапок за допомогою голки.

Наукова думка розвиває древні технології китайської медицини, які були відомі ще 5000 років тому. У цей час розвиток методів лікування заснованих на акупунктурі йде як у напрямку виявлення нових біологічно активних крапок та зон, використовуваних при акупунктурному впливі, і виборі найбільш оптимальних режимів і способів акупунктурного впливу для лікування окремих захворювань, так і в напрямку удосконалювання технічної бази, використовуваної голкорелефлексотерапевтом. Одним з таких напрямків є розробка методів лікування з використанням пролонгованого акупунктурного впливу на організм пацієнта. При цьому під пролонгованим акупунктурним впливом звичайно мається на увазі вплив, надаваний за допомогою голок, що залишаються в тканинах пацієнта на певний час після закінчення сеансу голкорелефлексотерапії.

Відомий спосіб пролонгованого акупунктурного впливу, при якому пролонгований акупунктурний вплив здійснюється за допомогою проколювання вуха пацієнта в акупунктурній крапці наскрізною сергою (патент US 5465593, A44C 7/00, опублікований 14.11.1995). У зазначеному способі вплив голкою здійснюється тільки на одну точку акупунктури, що не дозволяє забезпечити достатнього інтенсивного пролонгованого впливу, при цьому його інтенсивність згодом зменшується через виникнення ефекту адаптації. Крім того, запропонований спосіб має обмежену сферу застосування.

Найбільш близьким аналогом до заявленого способу, обраним як прототип, є спосіб пролонгованого впливу на акупунктурні точки, що полягає у визначенні крапок голковколівання, одна з яких вибирається точкою входу голки, а інша - точкою її виходу, після чого роблять уколівання цих крапок шляхом нанизування їхньою однією голкою і закріплюють фіксатором, установлюваному на кінці голки в місці її виходу на поверхню шкіри (патент RU 2289391, A61H 39/00, опублікований 20.12.2006). Таким чином, забезпечується формування лікувального каналу між двома акупунктурними точками, причому голка в каналі може перебувати тривалий час (рік і більше).

Зазначений спосіб, що дозволяє збільшити інтенсивність пролонгованого впливу і частково перебороти ефект адаптації, знайшов широке застосування в медичній практиці для лікування ожиріння, при цьому лікувальний канал формувалася за допомогою проколювання однією голкою 2-х крапок АТ17 і АТ18 на вушній раковині в зоні козелка, фіксування голки в цьому положенні і залишення її у вушній раковині на кілька місяців та більше. За три роки за вищеописаною технологією було проліковано близько 12000 пацієнтів з досягненням позитивного результату більш ніж в 80 % пацієнтів. Разом з тим у порядку 15-20 % пацієнтів результати лікування виявилися нижче очікуваних через спостережуване відторгнення голки. Також залишилося необхідність у вживанні додаткових заходів по забезпечення оптимального дозування сили акупунктурного впливу і подолання ефекту адаптації через його негативний вплив на ефективність лікування з використанням пролонгованого акупунктурного впливу. Крім того, використання даного способу при лікуванні деяких нозологічних форм може створювати проблеми відносно вибору відповідної рецептури, тому що рекомендуються точки, що, акупунктури можуть бути значно віддалені одна від одної, що створює перешкоду для впливу "нанизування однією голкою", і, відповідно, обмежує варіювання у виборі крапок.

Технічним завданням, що розв'язується запропонованим винаходом, є створення способу голковколівання із пролонгованим впливом, що дозволяє забезпечити збільшення лікувального ефекту за допомогою подолання ефекту адаптації, зміни інтенсивності рефлексогенного впливу і запобігання ускладнень, а також розширити вибір рецептури, використовуваної при лікуванні різних нозологічних форм.

Зазначені завдання забезпечуються тим, що у відомому способі голковколівання із пролонгованим впливом, при якому визначають точки голковколівання, вибирають точки входу і виходу голки, пропускають голку через обрані точки входу і виходу, залишають обидва кінці голки зовні шкіри пацієнта, закріплюють голку в цьому положенні за допомогою фіксаторів, встановлених на кінцях голки, і після закінчення сеансу голкотерапії залишають голку в тілі

пацієнта на заданий час, новим є те, що за допомогою введення голок формують акузальні тракти в різних гістологічних шарах тканин пацієнта, а як точки входу і/або виходу кожної голки вибирають точки, розташовані в області акупунктурної точки, і/або рефлексогенної зони, і/або індиферентної зони.

5 Крім того, гістологічний шар вибирають із групи, що включає: епідермальний шар, мембрану епідермісу, сосочковий, сітчастий, епіхондральний, хрящовий, підшкірно-жировий, м'язовий шар, зв'язки, фасції або сухожилля.

Крім того, при проведенні сеансу голкотерапії встановлюють голки для формування акузальних трактів тільки в одному з гістологічних шарів тканин пацієнта, а формування акузальних трактів в інших шарах тканин здійснюють шляхом введення голок при наступних сеансах голкотерапії.

Крім того, при проведенні сеансу голкотерапії встановлюють голки для формування акузальних трактів у різних гістологічних шарах тканин пацієнта.

10 Крім того, при проведенні сеансу голкотерапії установку голок для формування акузальних трактів в одному або декількох гістологічних шарів тканин здійснюють після витягу голок, установлених під час попереднього сеансу.

Крім того, при проведенні сеансу голкотерапії установку голок для формування акузальних трактів в одному або декількох гістологічних шарів тканин здійснюють без витягу голок, установлених під час попереднього сеансу.

20 Крім того, для фіксування голки використовують, принаймні, один рухливий фіксатор, установлений на тілі голки з можливістю ковзання, а його закріплення в заданому положенні здійснюють за допомогою пластичної деформації тіла голки. Крім того, голка забезпечена фіксаторами, установленими на кінцях, голки, при цьому, принаймні, один з фіксаторів виконаний рухливим і встановлений з можливістю ковзання по тілу голки.

25 Крім того, тіло голки виконане твердим у вигляді стрижня або гнучким у вигляді струни. Крім того, тіло голки виконане із пластичного металевго сплаву.

Формування за допомогою установки голок акузальних трактів у різних гістологічних шарах тканин пацієнта дозволяє змінювати інтенсивність рефлексогенного впливу, корельованого з фізіологічними процесами, що відбуваються в гістологічних середовищах акузальних трактів, що з однієї сторони забезпечує подолання ефекту адаптації, а з іншої сторони дозволяє запобігти можливим ускладненням.

Вибір як точки входу і/або виходу кожної голки крапок, розташованих в області акупунктурної точки, і/або рефлексогенної зони, і/або індиферентної зони дозволяє змінювати інтенсивність рефлексогенного впливу і розширити вибір рецептури.

35 Вибір гістологічного шару із групи, що включає: епідермальний шар, мембрану епідермісу, сосочковий, сітчастий, епіхондральний, хрящовий, підшкірно-жировий, м'язовий шар, зв'язки, фасції або сухожилля забезпечує подолання ефекту адаптації за рахунок зміни інтенсивності рефлексогенного впливу й сприяє запобіганню можливих ускладнень.

Установка голки для формування акузальних трактів тільки в одному з гістологічних шарів тканин пацієнта і формування акузальних трактів в інших шарах тканин шляхом введення голок при наступних сеансах голкотерапії дозволяє більш точно регулювати інтенсивність рефлексогенного впливу і запобігати можливим ускладненням.

Установка голки для формування акузальних трактів у різних гістологічних шарах тканин пацієнта дозволяє збільшити інтенсивність рефлексогенного впливу і розширити вибір рецептури.

45 Установка голок для формування акузальних трактів в одному або декількох гістологічних шарів тканин, здійснювана без витягу голок, установлених під час попереднього сеансу, сприяє збільшенню інтенсивності рефлексогенного впливу.

Використання для фіксування голки, принаймні, одного рухливого фіксатора, установленого на тілі голки з можливістю ковзання, і його закріплення в заданому положенні за допомогою пластичної деформації тіла голки дозволяє забезпечити надійне закріплення голки на тілі пацієнта під час лікування, що є однією з необхідних умов, що забезпечують ефективність лікування й запобігання можливих ускладнень.

Виконання тіла голки твердим у вигляді стрижня або гнучким у вигляді струни дозволяє розширити вибір рецептури для даного способу. Виконання тіла голки із пластичного металевго сплаву дозволяє забезпечити надійне закріплення фіксатора в заданому положенні за допомогою пластичної деформації тіла голки.

Сутність винаходу пояснюється наступними кресленнями:

Фіг.1 - загальний вид голки;

60 Фіг.2 - вид ділянки I на Фіг. 1 (укрупнено)

Для реалізації пропонованого способу можна використовувати голку 1, зображену на Фіг. 1. тіло якої виконано твердим у вигляді стрижня або гнучким у вигляді струни. На стрижні або струні голки 1 установлені два фіксатори 2 і 3, розташованих на протилежних кінцевих ділянках голки, при цьому один з фіксаторів або обидва фіксатори виконані рухливими і установлені з можливістю ковзання по тілу голки. Закріплення рухливих фіксаторів у заданому положенні здійснюють за допомогою пластичної деформації кінцевих ділянок голки, що залишаються зовні шкіри. Для надійного закріплення фіксатора досить здійснити пластичну деформацію тіла голки шляхом її стиску до деформованого стану (сплющування), наприклад, за допомогою щипців, що здійснюється із зовнішньої сторони (тобто не зверненої у бік тіла пацієнта) фіксатора. Після чого ширина голки в місці стиску буде перевищувати діаметр наскрізного отвору рухливого фіксатора, що забезпечить його надійне стопоріння. При необхідності, можна додатково закріпити фіксатор на тілі голки за допомогою її сплющування із внутрішньої сторони (тобто контактуючої з тілом пацієнта) фіксатора (Фіг. 2). Голка може бути виготовлена з відомих в голкорексфлексотерапії пластичних металів і сплавів, що не викликають алергійної реакції на метал, наприклад, зі сплаву, що складає з 75 % золота, 13 % срібла й 12 % міді (див. наприклад, патент RU 26402, А61В 17/06. опублікований 10.12.2002). Розміри голок можуть мати різні значення, обумовлені вибором місця установки голок і параметрів впливу.

При здійсненні голковколювання визначають точки голковколювання, відповідно до рецептури, що рекомендується для лікування наявного у хворого захворювання, причому точки входу і виходу кожної голки вибирають із крапок, розташованих в області акупунктурної точки, і/або рефлексогенної зони, і/або індиферентної зони. Потім пропускають голку 1 через обрані точки входу і виходу, формуючи акузальний тракт у відповідному гістологічному шарі тканин пацієнта, і залишають обидва кінці голки зовні шкіри пацієнта. Після чого закріплюють голку 1 у цьому положенні за допомогою встановлених на кінцях голки фіксаторів 2 і 3, з яких по крайньої один виконаний рухливим. Рухливі фіксатори стопоряться за допомогою стиску відповідної зовнішньої ділянки тіла голки (за межами фіксатора) до деформованого стану (сплющування). Вільні кінці голки, що виходять за межі фіксаторів відкушують за допомогою щипців. По закінченню сеансу голкотерапії голку залишають у тілі пацієнта на заданий час, що може перевищувати 1 рік і більше. Залежно від обраної тактики лікування може бути використано кілька голок, кожна з яких установлюється в різному гістологічному шарі. Однак при цьому не виключений варіант, при якому одна голка може бути встановлена відразу в декількох гістологічних шарах. Як правило, при проведенні сеансу голкотерапії встановлюють голки для формування акузальних трактів тільки в одному з гістологічних шарів тканин пацієнта, а формування акузальних трактів в інших шарах тканин здійснюють шляхом введення голок при наступних сеансах голкотерапії. При цьому, залежно від необхідної динаміки лікування, установку голок при наступних сеансах голкотерапії можна робити, як з витягом голок, установлених під час попереднього сеансу, так і складанням раніше встановлених голок, що звичайно сприяє посиленню рефлексогенного впливу. При виборі як точки входу і/або виходу кожної голки крапок, розташованих в області акупунктурної точки, і/або рефлексогенної зони, і/або індиферентної зони можуть бути використані різні варіанти:

- із точки в точку;
- із точки в рефлексогенну зону;
- із точки в індиферентну зону (за межі рефлексогенної зони);
- з рефлексогенної зони в точку;
- з рефлексогенної зони в рефлексогенну зону;
- з рефлексогенної зони в індиферентну зону;
- з індиферентної зони в точку;
- з індиферентної зони в рефлексогенну зону.

При цьому варіанти "із точки в точку" і "з рефлексогенної зони в рефлексогенну зону" включають, у тому числі, випадки, коли точки входу і виходу голки можуть перебувати, відповідно, у межах границі однієї точки або однієї зони.

Збільшення варіювання у виборі крапок введення і виходу голки розширює діапазон формування акузального тракту й, відповідно, можливості способу в частині вибору рецептури для лікування різних нозологічних форм, а також дозволяє забезпечити більше виборчий вплив і подолання адаптаційного ефекту в процесі пролонгованого впливу. При цьому в описі заявленого способу використане відоме з рівня техніки поняття "рефлексогенна зона", наприклад, з монографії "Центральні механізми акупунктурної терапії". Н. А Миколаїв, Рига, 1998, відповідно до якої:

- під терміном рефлекс розуміється швидка відповідь різних біологічних структур на певне, специфічне й точно локалізоване подразнення, що виникає крім вольового контролю

людини, (там же, стор.6), а основним фактором є периферичне походження будь-якого рефлексу;

- під рефлексогенною зоною розуміють периферичну зону впливу, що формує початок або закінчення відповідної рефлекторної дуги, створюючи або діагностичну зону, або місце додаток лікувального впливу. Лікарям відомі по семіотиці точки, характерні для певних захворювань, їм також прекрасно відомі і зони Head а (там же, стор. 15).

При цьому точка акупунктури може розглядатися як окремий випадок рефлексогенної зони. Рефлекторна периферична зона є точковообразний для крапок корпоральної акупунктури і аурикулотерапії. Так точка Weihe, використовується в гомеопатії, уже більше по своєму діаметрі більшості відомих акупунктурних крапок (у межах подушечки пальця). Точка Hannemann а (також використовується в гомеопатії) має аналогічний розмір. Зони Head а значно більше великі - їхні розміри можуть досягати до декількох сантиметрів. Теж справедливо і для дермалгічних зон Jarricot, що є звичайно круглими або овальними по своєму контури (Jarricot.H., 1932. -Sur certains etats douloureux: visceralgies, dermalgies reflexes, cellnles et qHelqHesphenomenes reflexes d origine therapeutiqueEssai clinique et therautique. These de medicine, Lyon).

При лікуванні пацієнтів з використанням заявленого способу робота в основному проводилася з дермалгічними зонами (болючими зонами на шкірі, що мають зв'язки із внутрішніми органами й системами).

Як гістологічний шар вибирають шар із групи, що включає: епідермальний шар, мембрану епідермісу, сосочковий, сітчастий, епіхондральний, хрящовий, підшкірно-жировий, м'язовий шар, зв'язки, фасції або сухожилля.

При цьому, слід зазначити, що формований відповідно до заявленого способу "канал" не ставиться до акупунктурним каналом або меридіаном у традиційному розумінні меридіанів, прийнятому в рефлексотерапії. Він, на відміну від звичайних акупунктурних каналів, які подумки проведеною не матеріальною лінією з'єднують енергетичні потоки між строго певними точками, механічно з'єднує будь-які окремо взяті акупунктурні точки згідно рецептурі, складеної лікарем, і в місці знаходження голки в результаті процесів епітелізації фізично утвориться матеріальний канал. У зв'язку із цим, щоб підкреслити відмінність зазначеного каналу від традиційного поняття "акупунктурний канал", для позначення даного каналу в справжньому описі використаний запропонований автором термін "акузальний тракт" (від лат. acus- голка).

Механізм пролонгованого впливу такого лікувального каналу "акузального тракту" можна описати в такий спосіб. Як відомо при постановці голок на тривалий час (пролонгованому впливу) виникає адаптація до рефлексогенного впливу, що знижує ефективність лікування і збільшує час видужання. Формування "акузального тракту" заявленим способом забезпечує підтримка необхідної інтенсивності рефлексогенного впливу в тракті протягом досить тривалого часу, дозволяючи при цьому уникнути запальних ускладнень. При цьому, інтенсивність рефлексогенного впливу в тракті має тенденцію до каскадного збільшення, тому що проградієнтно корелюється з фізіологічними процесами, що відбуваються в гістологічних середовищах у місці знаходження голки. Безпосередньо, у момент самого введення голки, утвориться, як відомо, первинний потік імпульсів. Потім, після пропущення голки через обрані точки (нанизування крапок), формуються вторинні потоки імпульсів, могутніші, перманентні й пролонговані. Ці потоки вторинних імпульсів з рефлексогенної зони обумовлені фізіологічними процесами, що відбуваються в тканинах. При цьому, можна виділити 3 етапи процесів, що відбуваються в тканинах, і відповідно, імпульси, що виникають на кожному етапі, підрозділяються на три види:

1 ЕТАП - Епітелізація акузального тракту. До 30 днів

У результаті формування акузального тракту, створюється простір акузального тракту із двома отворами, сформоване голкою. Відповідно до законів регенерації, тканини навколо голки починають епітелізуватися, формуючи епітелізований канал. У процесі розростання епітелію в ході поступової і тривалої епітелізації рецепторами кліток генерується потужний потік вторинних мікроімпульсів 1-ого виду з рефлексогенної зони в підкіркові центри гіпоталамо-гіпофізарної системи, що підсилює лікувальний ефект від даного впливу. Зокрема, при лікуванні ожиріння, швидше створюється вогнище гальмування в центрі голоду в гіпоталамусі і активуються ліполітичні механізми, як наслідок інтенсивніше знижується маса тіла. При лікуванні артеріальної гіпертонії аферентні імпульси потенціюють ангіосупресорний ефект у судинно-руховому центрі в гіпоталамусі, швидше нормалізується артеріальний тиск. У випадку лікування алергії підсилюється активність антигістамінних механізмів, які швидше припиняє алергічну реакцію. Для пацієнтів з більше тривалим анамнезом і вираженим ступенем захворювання, яким необхідно більше пролонгований вплив, від одного до декількох місяців, важливим

терапевтичним моментом є вплив вторинними імпульсами 2-ого види, які продукуються на 2 етапі.

2 ЕТАП - Регенерація акупунктурного каналу

Коли епітелізація акузального тракту закінчується, поверхня утвореного каналу буде покрита багатошаровим плоским ороговіваючим епітелієм, епідерміс-зовнішній шар кліток якого поступово відлущується. Відновлення епідерміса відбувається за рахунок його глибокого паросткового шару ("Анатомия человека", Борзяк Э. И. і ін., т.2, М, Медицина, 1987 р., стор. 469). Даний процес регенерації кліток епідерміса є потужним подразником екстерорецепторів, трансформуючи енергію подразнення в нервові імпульси, детермінуючи потужний потік нейрогенної аферентної імпульсації ("Анатомия людини", Борзяк Э. И. і ін... т.2, М, Медицина, 1987 р., стор. 290) у ядра головного мозку. Відповідно до рефлекторної теорії, загальноприйнятої в медицині - чим більше імпульсів з периферії, тим виразніше процеси в центральних структурах - гангліарних вузлах, підкіркових центрах головного мозку. Таким чином, вторинна імпульсація 2-ого види сприяє посиленню лікувального ефекту.

3 ЕТАП - інтраканальна екстумеація (ex-tumeo - набухати- лат.)

При залишенні голки в акузальному тракті від 4 місяців і більше в просвіті каналу утворюються скупчення відлущених кліток епідермісу, нейтрофілів і макрофагів, що загинули бактерій. На практиці при видаленні голки на цьому етапі на ній видно білястий наліт, а іноді цей наліт у вигляді стрижня самовитягає притиснутим тампоном до зовнішньої стінки акузального тракту. Згодом буде відбуватися поступове нагромадження зазначених продуктів життєдіяльності мікроорганізмів і в міру заповнення акузального тракту продуктами життєдіяльності тканинних структур створюється тиск на його внутрішні стінки з ефектом розпирання, і чим довше голка буде перебувати в каналі, тим більше накопичений уміст каналу буде давити на його стінки, і, отже, тим виразніше буде пасивна прессорна імпульсація. Ці імпульси класифікуються як вторинні імпульси 3-ого виду. Вони сприяють підтримці домінанті, сформованої на попередніх етапах і також потенціюють лікувальний ефект. При цьому, оскільки акузальний тракт є наскрізним і забезпечується відтік екссудата і виходу утилізованих органели, кліток та інших продуктів життєдіяльності мікроорганізмів на поверхню шкіри, у каналі не буде зайвих застійних явищ і, відповідно, формування умов для розвитку запальних ускладнень.

Однак, при постановці голки й формування акузального тракту в одному із шарів шкіри через певний час, індивідуальне для кожного пацієнта, знову виникає звикання рецепторів акузального тракту, тобто настає адаптація до кількості і сили імпульсів. Щоб перебороти цей ефект необхідно послідовно або одночасно підсилювати потік імпульсів. Для цього пропонується формувати акузальні тракти в різних гістологічних шарах тканин пацієнта, наприклад, по черзі проходити епідермальний шар шкіри, сосочковий шар шкіри, сітчастий шар шкіри, підшкірно-жирову клітковину. Вибір послідовності гістологічних шарів тканин пацієнта для формування акузальних трактів визначають виходячи як з особливостей організму пацієнта і характеру його захворювання, так і з урахуванням специфіки кожного гістологічного шару з погляду його придатності для цілей пролонгованої голкорексфлексотерапії. Причому кожен гістологічний шар має свої особливості будови, іннервації і кровообігу, а також свій клітинний склад. Використання цих особливостей і дозволяє одержати новий технічний результат.

Рекомендується починати постановку голок з епідермального шару шкіри. Тоді, після визначення крапок входу і виходу голки, розташованих в області акупунктурної точки, і/або рефлексогенної зони, і/або індивідуальної зони, голка вводиться в епідермальний шар шкіри, виводиться на поверхню і фіксується, а потім залишається в даному положенні на певний період часу залежно від нозології. Далі на наступному сеансі голку видаляють або залишають там же, якщо потрібно підсилити вплив. Критерієм знаходження голки в даному шарі шкіри є просвічування стрижня голки з - під епідермальних кліток. Результатом введення голки в даний шар буде створення найбільш м'якої і тонкої імпульсації для обережного початку лікування, а також можливість проведення пробного лікування, щоб не спровокувати через занадто потужну імпульсацію загострення захворювання або будь яких інших ускладнень від проведення голкотерапії, тобто для перевірки реакції організму на голкотерапію. Необхідність такого підходу викликана проблемою наявності індивідуальної нестерпності голковколівання в деяких хворих, про що попереджають всі допомога з акупунктури. При такій реакції, після постановки голок, пацієнт покривається холодним потом, блідне і непритомніє. В основі етіологічного механізму даної патологічної реакції є утворення потужного потоку афферентних імпульсів, що виникає в зоні акупунктури під впливом голки. Доцентровим потоком імпульси направляються в гіпоталамо-гіпофізарну зону, у розташовані там вегетативні центри, які не справляються із цією інформацією і відбувається збій, що проявляється вищеописаною симптоматикою. При цьому - основна рекомендація - видалити голки. Тобто у цьому випадку однозначно вважається, що при

таких симптомах голкотерапія протипоказана і пацієнт втрачає допомоги лікаря таким ефективним способом, як голковколювання. Вплив же в епідермальний шар вирішує завдання підготовки організму і вегетативних центрів до потоку аферентної імпульсації та запобігання можливих патологічних реакцій на голковколювання. Оскільки при введенні голки в даний шар шкіри імпульси будуть мінімальні, те неприємні відчуття при цьому практично зведуться на ні, тобто, інакше кажучи, це можна зрівняти з "скіпкою", отриманої людиною в побуті, що він навіть не помітив. Таким чином, здійснення початкового впливу в епідермальний шар забезпечує ініціацію, що щадить, лікування і є превентивною мірою запобігання патологічної реакції організму на голковколювання, що дозволяє перебороти індивідуальну нестерпність хворих до акупунктурного впливу. Потім голка вводиться в мембрану епідермісу, з висновком її кінця на поверхню шкіри і закріпленням фіксатором. Потім також іде час експозиції, що при пролонгованому впливі може становити до 60 днів і більше. На практиці замічений розвиток адаптації через 60 днів.

Для запобігання адаптації, посилення ефекту і відновлення імпульсації на наступному прийомі пацієнтові вводиться голка цим же способом, але в сосочковий шар дерми. Сосочковий шар характеризується рихлістю, тому при введенні в цей шар голка буде трохи просвічувати, а рука лікаря при постановці голки буде якби провалюватися в неоформлену сполучну тканину. Результатом формування акузального тракту в даному шарі буде активація імпульсації за рахунок залучення нових рецепторів, а також за рахунок біохімічних процесів, що відбуваються при розсмоктування мікродіapedезних крововиливів, що утворюються при травматизації під час введенні голки судин малого діаметра, більшою кількістю яких характеризується даний шар шкіри. Пацієнтові виробляється установка голки як з видаленням попередньої, тому що і з її залишенням у зоні впливу. Наступний прийом призначається також за показниками.

На наступному прийомі процедура уколівання повторюється по тій же схемі, але вплив виробляється в сітчастий шар дерми. Голка залишається на необхідний час для експозиції. Сітчастий шар, на відміну від більше поверхневого сосочкового шару, що розташовується безпосередньо під епідермісом, складається із щільної неоформленої сполучної тканини, що містить велику кількість колагенових і еластинових волокон і невеликої кількості ретикулярних волокон, він самий щільний із всіх шарів. Дані про будову цього шару дерми наведені у відомих джерелах ("Анатомія людини", Борзяк Э. И. і інші, т.2, М, Медицина. 1987 р., стор. 470). Критерієм влучення голки в цей шар буде почуття щільного тихорецького середовища і супутньої йому необхідності з певним силовим напором і тиском просувати голку. Результатом дії голки в даному шарі буде відновлення характеру імпульсації за рахунок залучення нових рецепторів, і, як наслідок, запобігання адаптації.

У деяких випадках для поліпшення надійності тримання голки рекомендується встановлювати її в підсітчастому шарі, тому що шари еластинових і колагенових волокон будуть сприяти утворенню своєрідного корсета, що буде запобігати вихід голки через шкіру. Критерієм влучення голки в цей шар буде почуття провалу руки в середовище з меншим опором. Краще приживлення голки під сітчастим шаром обумовлено також тим, що ця голка, розташовуючись під цим шаром, фактично буде лежати в підшкірній клітковині, що містить жирові скупчення. Саме в ній. проходить глибока дермальна артеріальна мережа, тобто здійснюється гарне кровопостачання. Це означає оптимальне проходження всіх репаративних процесів, а також гарну трофіку для утворення вищезгаданого тракту (каналу).

Глибока лімфатична мережа також формується саме в границі з підшкірно-жировою клітковиною, лімфатичні судини глибокої мережі з'єднуються з судинами фасцією, м'язів, направляються до регіонарних лімфовузлів. Таким чином, гарний лімфовідтік і відсутність застійних явищ у цій зоні також будуть сприяти регенерації кліток для загоснення й епітелізації акузального тракту. Даними анатомічними особливостями обумовлює надійність і міцність стінок формованого тракту для пролонгованого впливу на точки, а значить і надійність знаходження в ньому голки. Слід також зазначити, що анатомічна особливість підсітчастого шару полягає в найбільш вираженому сплетенні нервових волокон соматичних, чутливих (черепних, спинномозкових) і нервів вегетативної системи саме в підсітчастому шарі та верхніх шарах підшкірно-жирової клітковини. Відомо, що при гарній іннервації більше імпульсів надійде по доцентрових волокнах у підкіркові центри мозку. Чим більше створюється потік імпульсів, тим виразніше терапевтичний ефект від даного впливу.

Наступним гістологічним шаром буде шар підшкірно-жирової клітковини. Це особливо актуально при застосуванні в рецептурі корпоральних крапок. Той же самий результат буде підсилюватися в цьому випадку через особливості будови та кровопостачання жирових кліток, травматизація яких буде збільшувати викид біологічно активних речовин (гістамінов, простагландинів), за рахунок яких подразнення рецепторів буде ще інтенсивніше, а

терапевтичний ефект могутніше. Потік імпульсів, сформованих в акузальному тракті, розташованому в підшкірно-жировій клітковини, потенціює лікувальний ефект усього сеансу.

У певних клінічних випадках рекомендується провести зазначену процедуру в перихондральному шарі. Це вистілка хряща, наприклад, на вушній раковині. Особливістю даного шару є наявність коллагенових волокон, розташованих в одній площині у вигляді паралельних пучків. У ньому також акузальний тракт може формуватися на I рік і більше. Результатом буде також бути залучення нових рецепторів, за рахунок цього - відновлення імпульсації та запобігання адаптації до акупунктурного впливу. З огляду на необхідність при деяких нозологіях впливати на точки, розташовані на вушній раковині, здійснення даного способу може вироблятися в хрящовій тканині. Основу даного гістологічного середовища формують ізогенні клітинні групи хондроцитів, оточених міжклітинною гомогенною речовиною, що складається із протеїнгліканів.

Важливим у рецептурному відношенні є створення акузального тракту в м'язовому шарі. Особливістю м'язового шару є потужне кровопостачання та іннервація. М'язову тканину характеризуються мимовільним скороченням м'язових волокон, які мають розгалуження, які зливаються між собою, завдяки чому з'являється розгалужена м'язова мережа. Відповідно розподіл імпульсів поширюється з усією рецепторної зони м'яза, що утягує нові рецептори, підсилює імпульсацію і запобігає розвитку адаптації. За рахунок цих особливостей буде виробляється відновлення імпульсації за рахунок підключення нових рецепторів, а отже, запобігання адаптації до акупунктурного впливу.

Наступним варіантом здійснення даного способу є підключення рецепторного апарату зв'язок. Щільна волокниста неоформлена тканина зв'язок, фасція і сухожилля складається з фіброblastів, еластичних і ретикулярних волокон.

У практиці бувають випадки, коли після надання впливу на всі зазначені шари, необхідно додатково підсилити імпульсацію та оновити характер імпульсів, утягуючи нові рецептори. Для цього використовувалося створення вигнутого тракту, одна галузь якого проходить через всі гістологічні шари до зв'язок, а інша галузь виходила через ці ж шари, як би роблячи вигин у зв'язках. Цей прийом дозволяв підсилити ефект процедури, за рахунок чого досягався швидкий терапевтичний результат.

Наведена послідовність шарів для формування акузальних трактів носить рекомендаційний характер і не обмежує вибір можливих варіантів використання заявленого способу, оскільки на практиці зазначений вибір, як вказувалося вище, визначається виходячи з конкретної ситуації і специфіки кожного гістологічного шару. Також пропонований спосіб допускає установку в обраному гістологічному шарі відразу кілька голок за один сеанс.

Результати застосування пропонованого способу можуть бути проілюстровані наступними прикладами із практики.

Приклад А. Пацієнтка звернулася зі скаргами на нерегулярний цикл із хворобливими проявленнями в області малого таза в ці дні.

Оваріальною дисфункцією страждає протягом 3-х років. Медикаментозне лікування протипоказане через алергію на лікарські препарати. Класична акупунктура дала нестабільний результат.

Було ухвалене рішення провести курс пролонгованої аурикулотерапії з формуванням акузального тракту в різних гістологічних шарах. Перед сеансом акупунктури за допомогою електропунктурної діагностики був обраний ряд найбільш репрезентативних крапок на вушній раковині: АТ55 (шень-мень), АТ 58 (матка), АТ 82 (діафрагма), АТ 83 (середина вуха). Визначивши топографію крапок, у точку АТ55 була уведена голка в поверхневий епітеліальний шар, а виведена із точки АТ 58, після чого голка була закріплена в даному положенні за допомогою фіксатора. Те ж саме було здійснено і з іншою парою аурикулярних крапок. Через АТ82 була уведена голка в епітеліальний шар, проведена в цьому шарі та виведена з АТ83.

Даний вплив дозволяє генерувати тонкий потік імпульсів для вступного впливу на підкіркові гіпоталамічні структури. Голки залишені на 1,5 місяця. На наступному прийомі голки видалили, а вплив здійснили через ці ж точки, але вже в сосочковому шарі дерми та залишили голки ще на 2 місяці. У сосочковому шарі перебуває багато судин дрібного калібру, капілярних петель. При впливі голкою виникають діapedезні мікрокрововиливи, при розсмоктуванні яких відбувається гіперпродукція імпульсів ще через цього фактора. Критерієм влучення голки в Цей шар шкіри може служити почуття провалу голкою в м'яку субстанцію. Пацієнтка відзначила поліпшення загального самопочуття в дні циклу, зменшення хворобливості. Після видалення голок із сосочкового шару голки були введені вищеописаним способом пролонгованого впливу в сітчастий шар дерми, більше щільний шар шкіри, у якому перебувають еластичні та колагенові волокна, велика кількість рецепторів. Відновлення впливу на новий тканинний шар підсилює

імпульсацію та перешкоджає розвитку адаптації. Якщо необхідно поліпшити тримання голки, то краще вколювати під цей шар, тому що цей корсет з колагенових і еластичних волокон буде втримувати голку й перешкоджати її відторгненню. Голки залишені на 3 місяці. На прийомі пацієнтка повідомила про стійке поліпшення самопочуття, але тривалість місячних все-таки залишалася збільшеної порядку 3-х днів. І тоді було застосоване створення акузального вигнутого тракту, що йде через всі шари. Голки залишені в тих же рецептурних крапок ще на 3 місяці. За даний період лікування новим способом пролонгованого впливу пацієнтка відзначила поліпшення не тільки загального самопочуття, але і усунення всіх патологічних симптомів - місячні стали безболісні, регулярні. Після чого показань для подальшого впливу не спостерігалось і голки були вилучені з вушної раковини пацієнтки.

Приклад 1. Із точки в рефлексогенну зону

Пацієнтка 48 років звернулася із загостренням невралгії трійникового нерва. Скарги на іррадіюючі гострі болі по типі прострілів у зону вушної раковини і внутрішнього вуха. В анамнезі: Страждає невралгією трійникового нерва протягом 10 років. Напади провокуються переохолодженням, нервовими стресами. Загострення виникають, як правило, кожні 1-2 міс. Напередодні відзначала тривале знаходження в прохолодному приміщенні. Напади болю виникають удень, але особливо виражені в нічний час, практично не купіруються знеболюючими препаратами, змушена не спати і з ранку втрачає працездатність. Об'єктивно: при пальпації зони вушної раковини відзначається різка хворобливість у крапці IG 19 (тин-гун) з іррадіацією у внутрішнє вухо, а також по ходу скуластої дуги в область орбіти.

З метою купірування даної симптоматики необхідно провести тривалу садацію цієї точки способом пролонгованого впливу. Для цього проведено укалювання точки з наступним висновком кінця голки зовні, шкіри поза даним акупунктурної точки, але в поруч, що перебуває зону, іннервації верхньощелепного нерва (друга галузь трійникового нерва). Голка уведена в сосочковий шар дерми і зафіксована зовні шкіри знімними фіксаторами,

установленими з обох сторін голки. Прийом призначений через 3 тижні. На прийомі пацієнтка скарг на болючий синдром не пред'являла. З її слів уночі нападів болю не спостерігалася, спала добре, інтенсивність нападів і частота зменшилися відразу наступного дня після сеансу, а протягом 3-х діб напади повністю припинилися. Для закріплення результату, з огляду на хронічний плин і тривалість періодів загострення невралгії, голка залишена ще на 1,5 місяця. Через 1,5 міс. Болю не відновлялися і для продовження знаходження голки не було показань. Голку видалили з акузального тракту.

Приклад 2. Із точки в індіферентну зону

Голка ставиться в одну точку з виходом на будь-яку зручну ділянку шкіри.

Пацієнт 7 років. На сеанс привів батько зі скаргами на мимовільне нічне сечовипускання. Страждає захворюванням з народження. Лікувалися в невропатолога фармакопрепаратами безрезультатно. Класичне голковколювання проходили неодноразово курсами без позитивної динаміки. Частота нічного нетримання іноді становить 2-3 рази за ніч. Об'єктивно-патологічних видимих дефектів сечостатевої системи не виявлено, аналізи в нормі. Поставлено діагноз сфінктерно-детрузорної асинергії. З метою купірування енуреза хлопчикові був проведений пролонгований вплив виборчий на точку RP 6 (Сань-Инь- цзяо) із двох сторін на внутрішній поверхні нижньої третини гомілки. Із цієї метою голка була уведена в точку RP 6, а нижній кінець голки був виведений на 2 см. вище в зручне місце, із двох кінців надітий фіксатор. Пов'язка вилучена через тиждень. Акузальний тракт, утворений у підшкірно-жировій клітковині, заепітелізувався, шкірні покриви чисті, голка вільно рухається в каналі, випаданню з каналу перешкоджають фіксатори з 2-х кінців. Мимовільне сечовипускання через 10 днів пролонгованої терапії стало виникати спочатку не щодня, через 3 тижні спостерігалися світлі проміжки по 3-4 дні. Протягом наступних 2 місяців частота нетримання спостерігалася 1 раз у тиждень і напади плавно зійшли нанівець протягом 3-х наступних місяців, більше не відновлялися. Через 6 міс. голки вилучені з акузальних трактів.

Приклад 3. З індіферентної зони в точку

Пацієнт 18 років звернувся зі скаргами на пітливість долонь. Даний симптом з'явився в пубертатний період в 14 років і підсилюється з віком. Прояви підсилюються при хвилюванні, що викликає збільшення стану психоемоційної напруги і пацієнт випробовує при цьому глибокий дискомфорт. Крім того, пацієнт учиться управляти особистим автотранспортним засобом і кермо, сковзаючи у вологих долонях, наражає на небезпеку життя його та пасажирів на дорозі. Серед використаних методів лікування проводилося медикаментозне протягом 6 міс. у невропатолога, а також протягом 1 року періодичні курси акупунктурної рефлексотерапії по класичних схемах. Значимих терапевтичних результатів досягнуто не було. Об'єктивно: стан

задовільне. Шкірні покриви нормального фарбування. При огляді виявляється виражений гіпергідроз долонь і аксілярних зон. При обстеженні патології внутрішніх органів не виявлено.

Для лікування обрана найвідоміша точка загальної дії, що рекомендується для впливу, зокрема, при вегетосудинній дистонії - хз-гу (Gl 4). З метою створення максимально потужного потоку імпульсів голки вводилися із зони прилягаючої до даного акупунктурної точки і проводилися в різних гістологічних шарах - епідермальному, сосочковому, сітчастому, підшкірно-жировій клітковині, і м'язовому шарі, а потім виводилися в самій крапці на поверхню шкіри і фіксувалися фіксаторами. Таким чином, було сформовано одночасно 5 акузальних трактів, з яких потужний потік імпульсів по аферентним нейронам направлявся в гіпоталамо-гіпофізарну зону. Там відбувався аферентний синтез, імпульси по еферентним нейронам верталися до потових залоз, розташованих у сітчастому шарі шкіри долонної поверхні кисті та аксиллярної (пахвової) області. Даний сигнал збалансував дисфункцію потових залоз, а саме гіперпродукцію секрету залізистими клітками потових залоз. У результаті, швидше, ніж у випадку звичайної акупунктури, був досягнутий терапевтичний результат, а саме протягом 2-х місяців відбулося зниження потовиділення, що доставляло пацієнтові величезний психологічний дискомфорт. Зі слів пацієнта нормалізація секреції потових залоз наступила вже через тиждень після установки голок способом пролонгованого впливу з індиферентної ділянки в точку.

Приклад 4. З рефлексогенної зони в рефлексогенну зону

Пацієнтка 34 років, звернулася зі скаргами на тривалі інтенсивні головні болі. Страждає мігренню з 20 років. Напади виникають спонтанно, не пов'язані із зовнішніми подразниками. Болю останнім часом купірувала сильними ненаркотичними анальгетиками, які перестали допомагати в терапевтичних дозах. Об'єктивно: стан задовільне, положення голови змушене. Оскільки активні рухи при поворотах голови підсилюють біль, то пацієнтка тримає голову зафіксувавши положення з невеликим нахилом уперед, тому що в цьому положенні болючі відчуття хоча б стабільні. При огляді шийного відділу хребта - руху в повному обсязі безболісні. Відзначається деяка пастозність особи. При огляді та пальпації різко хворобливі 2 зони за вушною раковиною, обидві діаметри з подушечку мізинця на відстані 1 см. друг від друга. При топографічному визначенні хворобливих зон у цій області не розташовується ні однієї акупунктурної точки. Поруч перебувають VB 20 і VB 12, однак епіцентр болю у вигляді 2-х зон розташовується між цими точками. Замічено, що при тривалій пальпації болючих зон відбувається деяка аналгезія.

На прийомі було проведено голковколювання способом пролонгованого впливу в знайдені болючі зони шляхом введення голки в одну зону і виведення її кінця з іншої зони з наступним фіксуванням голки в м'язовому шарі за допомогою фіксатора. Голка залишена на 1 місяць. На прийомі через 1 місяць пацієнтка повідомила, що біль став зменшуватися протягом наступних 2-х годин після сеансу. Протягом усього періоду носіння голки біль не відновлювався. Голка залишена ще на 1 міс. На повторному прийомі хворобливих нападів не відзначає. Стан задовільне. Самопочуття гарне. Голка вилучена з каналу.

Приклад 5. З рефлексогенної зони в точку

Пацієнт 65 років звернувся з болем в області правої лопатки, що підсилюється при рухах у плечовому суглобі і при тривалій фіксації одноманітного положення тіла. Біль постійна з іррадіацією в певну ділянку під лопаткою. При огляді обертає на себе увага змушене положення тіла - праве плече ледве підняте. Пальпаторно - м'які тканини на ураженій стороні хворобливі, ущільнені. При глибокій пальпації виявляється ділянка підвищеної щільності розміром з бобове насіння, різко хворобливий. При цьому біль іррадіює у плече, шию настільки сильно, що пацієнт навіть скрикує. Дана симптоматика обумовлена розвитком при тривалій наявності спазму частини м'язових волокон на тлі остеохондрозу шийно-грудного відділу "триггерної зони" - trigger zones- (Shealy, C., Mortimer, J. Et Hagfor, N., 1970.- Dorsal column electroanalgesia. J. Neurosurg., 32, 560-564.). Проведена класична акупунктура в тригер і по рекомендації у цих випадках рецептурі ефекту не дала. Мануальна терапія пацієнтові протипоказана за віковими критеріями.

На сеансі було зроблено уколювання способом пролонгованого впливу зони в проекції триггера з виведенням голки що знаходиться на відстані 3 см точку місцевої дії V 45. Голка зафіксована фіксаторами з формуванням вигнутого акузального тракту, що проходить через епідермальний шар, мембрану епідермісу, сосочковий, сітчастий, епіхондральний, підшкірно-жировий і м'язовий шар, і залишена на 2 тижні. Через 2 тижні на прийомі пацієнт повідомив, що самопочуття покращилося через 3 доби. Зі слів: "прокинувся без болю". При огляді змушене положення тіла відсутній. Пальпаторно виявляється залишкова хворобливість у зоні триггера. Голка залишена ще на 2 тижні. На наступному прийомі хворобливість практично відсутня, але

голка залишена ще на 10 тижнів для закріплення ефекту. Через 2,5 місяці на прийомі тканини в зоні голковколювання м'які, безболісні. Самопочуття пацієнта гарне. Болю не відновлялися.

Приклад 6. З рефлексогенної зони в індіферентну зону

Пацієнтка 23 року звернулася зі скаргами на стійкий біль у лівому боці. Біль має тупий характер і поступово вимотує, тому що не проходить протягом місяця. При обстеженні внутрішніх органів патології не виявлено. Об'єктивно: стан задовільне. Живіт м'який безболісний. Фізіологічні відправлення в нормі. При пальпації зони 6 ребра і міжребер'я по середньоаксиллярній лінії виявляється зона хворобливості. Шкірні покриви над даною зоною не змінені. Ущільнення відсутні.

Знайдено центр даної елективної болю за допомогою тупого зонда і у нього уведена голка способом пролонгованого впливу з висновком іншого кінця за межі болючої зони. Кінець зафіксований знімним фіксатором. Голка залишена на 3 доби в підшкірно-жировому шарі. При огляді пацієнтка повідомила про "затухання" болі. Голка залишена ще на 3 доби. На прийомі пацієнтка повідомила про істотне полегшення стану, біль періодично виникає, але у цілому "світлий" проміжків стало значно більше. Пацієнтці призначений прийом через 1 місяць. На прийомі скарг немає. Болючі відчуття повністю зникли. Голка вилучена з каналу.

Приклад 7. Сама точка в межах своєї границі

Пацієнтка 56 років страждає бронхіальною астмою протягом 20 років. Проходить регулярне медикаментозне лікування в період загострення: весна - осінь. Між періодами загострення приймає бронхолітики. В останні 2 роки напади практично щоденні, переважно у вечірній час протягом усього року. Санаторно-курортне лікування, медикаментозне лікування, класична акупунктура вираженого ефекту не дала, приносячись лише тимчасове полегшення нападів бронхоспазма. Об'єктивно: пацієнтка нормального харчування і статури. Шкірні покриви нормального кольору, чисті. При аускультатії легенів - дихання жорстке, видих подовжений. Частота дихальних рухів 26 у хв, експіраторна задишка. Устало питання про призначення гормонального лікування.

Так як загальновідомо, що гормонотерапія-це терапія "відчаю", вирішено провести курс способом пролонгованої голкотерапії на цілий комплекс крапок показаних для лікування даної нозології. Для цього взяті точки на вушній раковині АТ 13 (надниркова), АТ15(горло і гортань), АТ 28 (гіпофіз), АТ 51 (симпатична), АТ31 (астма), АТ55 (шень-мень). На задній поверхні спини взяті наступні корпоральні точки V11, V41, V42,V13,V43,V15,V17. Для кожної окремої точки визначалася топографічна зона цієї точки. У контурний край точки вводилася голка і проводилася через всю точку, потім голка виводилася з іншого краю точки, кінці фіксувалися знімними фіксаторами. Для аурикулярних крапок бралися тонкі голки довжиною 2-5 мм, що вводяться в хрящовий шар, а для корпоральних крапок - більше стовщені, довжиною від 1 см до 1,5 см. Зазначені голки використовувалися для формування вигнутого акузального тракту, що проходить через епідермальний шар, мембрану епідермісу, сосочковий, сітчастий, епіхондральний, підшкірно-жировий і м'язовий шар. Голки були залишені в пацієнтки на 28 днів. На наступному прийомі пацієнтка повідомила про значне поліпшення самопочуття, частота нападів бронхоспазма скоротилася до 2-3 разів у тиждень. Голки залишені ще на 2 місяці. Пацієнтка на прийом не прийшла, але по телефону повідомила, що самопочуття поступово поліпшується і напади ядухи турбують її вже 1-2 рази в тиждень. Повідомила, що дозволила собі подорож, що раніше дозволити не могла через хворобу - виїхала до дочки на 3 місяці на Сахалін. На прийомі через 10 місяців пацієнтка повідомила про рідкі загострення задишки 1 раз в 3-4 тижні, які легко купуються бронхолітиками. З огляду на, що стан стабілізований і вдалося домогтися ремісії, голки вилучені з аурикулярних і корпоральних крапок.

Приклад 8. Рефлексогенна зона в межах своєї межі

Пацієнтка 24 р., звернулася зі скаргами на надлишкову вагу. При огляді - виражені жирові відкладення по глутео-феморальному типі. Об'єктивно - ріст 1,56, вага 90 кг. Проведено сеанс пролонгованого впливу на АТ 17-18; призначена гіпокалорійна дієта. Наступний прийом призначений через 1 місяць. На повторному прийомі - вага - 3 кг. Скарги на яскраві смакові відчуття навіть при прийманні прісної, малосольної, без спецій їжі. Дуже довго відчуття зберігаються у вигляді смакових переживань. Переслідують смакові спогади та іноді смакові галюцинації.

На практиці було замічено, що при впливі на АТ 17-18 (спрага, голод) блокується апетит і почуття спраги, але пацієнти дійсно часто скаржаться на гострі, яскраві смакові відчуття й смакову пам'ять.

Необхідно застосувати пролонгований вплив на зону язикоглоткового нерва, що перебуває в зоні слинної залози. У цій області немає акупунктурних крапок, але замічено, що при гальмовому впливі на дану зону зменшуються смакові відчуття і слиновиділення, тому що

чутливі волокна цього нерва сприймають смакові подразнення, а вегетативні регулюють слиновиділення. Такий варіант впливу, як уколівання зони підстави козелка пролонгованим способом з формуванням акузального тракту в хрящовому шарі, дає виражений терапевтичний результат у деякої частини пацієнтів, чим класичне уколівання АТ 17-18. Пацієнтці було

5 проведено уколівання даної зони для вплив на рецептори 9 пари черепно-мозкових нервів - язикоглоточного нерва. Призначено наступний прийом через 1 міс. На третьому прийомі - стан задовільне. Скарг на колишні симптоми не пред'являла. Вага знизилася на 7 кг. Далі пацієнтка стабільно знижувала вагу при гарному самопочутті і схудла до нормальної маси тіла (63 кг) за 6 міс.

10 Промислова придатність

Застосування пропонованого способу голковколівання із пролонгованим впливом дозволяє забезпечити ефективне лікування не медикаментозними методами широкого кола захворювань, а також підвищити дієвість голковколівання із пролонгованим впливом за рахунок подолання ефекту адаптації, зміни інтенсивності рефлексогенного впливу, запобігання ускладнень, а також

15 розширення вибору рецептури, застосовуваної при лікуванні різних нозологічних форм. Можливість використання при реалізації способу щодо простого і недорогого встановлення та мінімум побічних ефектів, дозволяють забезпечити широке застосування пропонованого способу в медичній практиці.

20 ФОРМУЛА ВИНАХОДУ

1. Спосіб голковколівання із пролонгованим впливом, при якому визначають точки голковколівання, вибирають точки входу та виходу голки, пропускають голку через вибрані точки входу і виходу, залишають обидва кінці голки зовні шкіри пацієнта, закріплюють голку в

25 цьому положенні за допомогою фіксаторів, установлених на кінцях голки, і після закінчення сеансу голкотерапії залишають голку в тілі пацієнта на заданий час, який **відрізняється** тим, що за допомогою введення голок формують акузальні тракти в різних гістологічних шарах тканин пацієнта, а як точки входу і/або виходу кожної голки вибирають точки, розташовані в області акупунктурної точки і/або рефлексогенної зони, і/або індиферентної зони.

30 2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що гістологічний шар вибирають із групи, що включає: епідермальний шар, мембрану епідермісу, сосочковий, сітчастий, епіхондральний, хрящовий, підшкірно-жировий, м'язовий шар, зв'язки, фасції або сухожилля.

3. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що при проведенні сеансу голкотерапії встановлюють голки для формування акузальних трактів тільки в одному з гістологічних шарів тканин пацієнта, а формування акузальних трактів в інших шарах тканин здійснюють шляхом введення голок при наступних сеансах голкотерапії.

4. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що при проведенні сеансу голкотерапії встановлюють голки для формування акузальних трактів у різних гістологічних шарах тканин пацієнта.

5. Спосіб за п. 1 або п. 3, або п. 4, який **відрізняється** тим, що при проведенні сеансу голкотерапії встановлення голок для формування акузальних трактів в одному або декількох гістологічних шарах здійснюють після витягування голок, встановлених під час попереднього сеансу.

6. Спосіб за п. 1 або п. 3, або п. 4, який **відрізняється** тим, що при проведенні сеансу голкотерапії установку голок для формування акузальних трактів в одному або декількох гістологічних шарах здійснюють без витягування голок, встановлених під час попереднього сеансу.

7. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що для фіксування голки використовують принаймні один рухливий фіксатор, встановлений на тілі голки з можливістю ковзання, а його закріплення в заданому положенні здійснюють за допомогою пластичної деформації тіла голки.

8. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що голка забезпечена фіксаторами, встановленими на кінцях голки, при цьому принаймні один з фіксаторів виконаний рухливим і встановлений з можливістю ковзання по тілу голки.

9. Спосіб за п. 1 або п. 8, який **відрізняється** тим, що тіло голки виконане твердим у вигляді стрижня або гнучким у вигляді струни.

55 10. Спосіб за п. 1 або п. 8, який **відрізняється** тим, що тіло голки виконане із пластичного металевго сплаву.

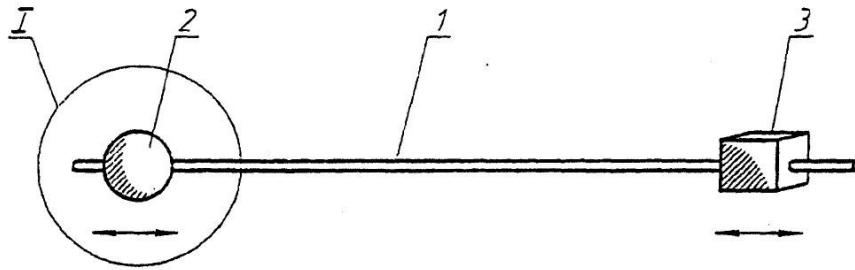


Fig. 1

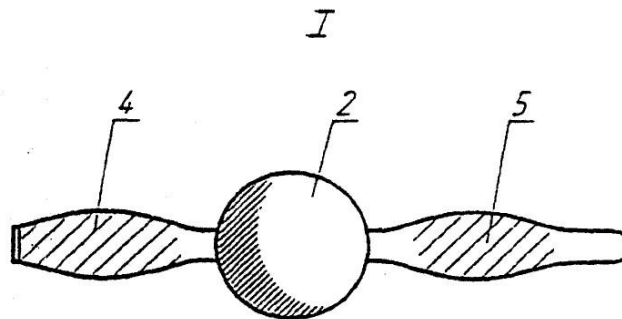


Fig. 2

Комп'ютерна верстка Л. Купенко

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601