

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

УДК 616.831-009.1-009.7-06

ЛЕЧЕНИЕ НЕВРАЛГИИ ЗАТЫЛОЧНОГО НЕРВА ПО МЕТОДУ МАСТЕРА ТОНГА И С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИНАМИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ

Туков А.А.

ГАУЗ МО «ЦГКБ г. Реутов», Реутов, e-mail: atukov40@mail.ru

Невралгия затылочного нерва имеет достаточно высокий удельный вес в структуре заболеваний пациентов, страдающих хроническими головными болями. Невралгия затылочного нерва, или окципитальная невралгия, встречается примерно у 40% пациентов с хроническими головными болями. Затылочная невралгия обычно возникает при сдавливании нерва фиброзом, окружающими анатомическими структурами или костной патологией, такой как костные шпоры или гипертрофическая атланта-эпистропическая связка. Для лечения невралгии затылочного нерва авторы предлагают методы, обеспечивающие комплексное воздействие на весь заинтересованный регион. Предлагаемые методы – лечение фармакологическими препаратами – зачастую дают краткосрочный положительный эффект. Некоторые авторы предлагают стимуляцию затылочного нерва, вплоть до постоянной имплантации электродов, а в тяжелых случаях, когда все неоперативные усилия исчерпаны, используют хирургическую перерезку нерва. В настоящей работе на примере невралгии затылочного нерва у пожилого человека сообщается о результатах лечения с использованием акупрессуры методом мастера Тонга и динамической электронеуростимуляции аппаратом «ДиаДЭНС» при обострении невралгии. В результате проведенного лечения отмечено снижение болевого синдрома. Стойкий положительный эффект, с полным отсутствием болевого синдрома, отмечался после десятого сеанса. Ночные и дневные боли прекратились, сон восстановился. При последующем наблюдении в течение года более в области иннервации нижней ветви затылочного нерва пациент не отмечал.

Ключевые слова: невралгия затылочного нерва, акупрессура, метод мастера Тонга, динамическая электронеуростимуляция, «ДиаДЭНС-ДТ», пожилой возраст пациента, обострение невралгии

TREATMENT OF NEURALGIA OCCIPITAL NERVE BY THE METHOD OF THE MASTER OF TONG AND USING DYNAMIC ELECTRONEUROIMULATION

Tukov A.A.

GAUZ MO «TsGKB Reutov», Reutov, e-mail: atukov40@mail.ru

Occipital neuralgia has a fairly high proportion in the structure of diseases of patients with chronic headaches. Occipital neuralgia, or occipital neuralgia, occurs in approximately 40% of patients with chronic headaches. Occipital neuralgia usually occurs when the nerve is compressed by fibrosis, surrounding anatomical structures, or bone pathology, such as bone spurs or hypertrophic atlanto-epistropic ligament. For the treatment of occipital neuropathy, the authors propose methods that provide a comprehensive effect on the entire region concerned. The proposed pharmacological treatment methods often give a short-term positive effect. Some authors suggest stimulation of the occipital nerve, up to the permanent implantation of electrodes, and in severe cases when all non-operative efforts are exhausted, surgical nerve transection is used. In the present work, using an example of an occipital nerve neuralgia in an elderly person, the results of treatment using acupressure using the Tonga master method and dynamic electroneurostimulation with the DiaDENS apparatus during exacerbation of neuralgia are reported. As a result of the treatment, a decrease in pain was noted. A persistent positive effect, with a complete absence of pain, was noted after the 10th session. Night and day pains stopped, sleep recovered. During subsequent follow-up during the year, the patient did not notice pain in the innervation of the lower branch of the occipital nerve.

Keywords: occipital nerve neuralgia, acupressure, Tonga master method, dynamic electroneurostimulation, DiaDENS-DT, elderly patient, exacerbation of neuralgia

Международное общество головной боли определяет затылочную невралгию как приступообразную стреляющую или колющую боль в дерматоммах большого или малого затылочного нерва [1].

Причинами появления невралгии затылочного нерва являются:

- травмы, повреждения, различные заболевания позвоночника,
- переохлаждение,
- перенапряжение мышц на фоне общего малоподвижного образа жизни,
- частые стрессовые ситуации,
- остеохондроз,

- инфекционные болезни,
- сосудистые воспаления,
- подагра,
- диабет,
- травма шейно-затылочной области (наиболее часто),
- спазм мышц шеи (или миофасциальный синдром),
- дегенеративные изменения межпозвоночного сустава C1-2 (остеоартрит C1-2),
- ревматоидный артрит с поражением данного сустава,
- мальформация Арнольда – Киари (аномалия Арнольда – Киари),

– нервные или костные опухоли данной области.

Проявляется заболевание в двух формах:

1. Пароксизмальная форма (приступообразная): приступы сильной пульсирующей (или в виде толчков) боли с одной стороны головы (реже с обеих сторон), начинающиеся в подзатылочной области и распространяющиеся через темя, висок в лобную область, в глазное яблоко.

2. Постоянная форма: непрекращающиеся умеренные боли с эпизодами усиления.

При обследовании пациента часто можно обнаружить нарушение чувствительности кожи головы в зоне иннервации большого затылочного нерва (повышенная или пониженная болевая чувствительность). При пальпации определяется болезненность в местах, где проходит данный нерв [2]. Необходимо помнить, что шейный отдел позвоночника является самым подвижным, а размеры и масса позвонков в нем меньше, чем в других отделах, при этом масса головы является значительной. Поэтому наиболее частыми причинами затылочной невралгии являются: хронический мышечный спазм при длительной вынужденной позе, травмы шейного отдела и их последствия, переохлаждение. Для данной патологии характерна боль, иррадиирующая от затылка к макушке, в сторону плеч, лопаток и надплечий. Резкие, стреляющие боли чаще бывают односторонними, но бывают и двусторонними. Методики лечения фармакологическими препаратами зачастую дают краткосрочный положительный эффект. Для достижения длительной ремиссии следует использовать и другие методы, обеспечивающие комплексное воздействие на весь заинтересованный регион [3, 4].

Воспаление затылочного нерва проявляется характерной пульсирующей болью в затылочном районе головы, в области ушей, висков, нижней челюсти. Она усиливается при движениях головой и может сопровождаться тошнотой. Часто на стороне поражения возникает боль в области глаза [4, 5].

Поскольку симптомы болезни крайне неспецифичны, поставить диагноз нередко довольно трудно. Необходимо дифференцировать патологию с мигренью, головными болями другого генеза, артериальной гипертензией и другими заболеваниями. Для уточнения диагноза необходимо полноценное обследование, начиная с осмотра врача и выполнения лабораторных исследований и заканчивая специфическими исследованиями, среди которых наибольшую роль имеют:

– рентгенография шейного отдела позвоночника, позволяющая визуализировать костные структуры, определить наличие объемных образований и остеохондроза;

– компьютерная томография, которая дает возможность получить послойное изображение структур шейного отдела позвоночника;

– магнитно-резонансная томография – наиболее точный метод, позволяющий получить представление о строении костей и мягких тканей в обследуемой области [6].

Окципитальную невралгию следует дифференцировать от отраженной боли, возникающей в затылочной области при поражении атлантаксиального или верхнего зигапофизияльного сочленений, а также от боли, возникающей от триггерных точек, расположенных в шейных мышцах.

Для лечения невралгии затылочного нерва авторы предлагают методы, обеспечивающие комплексное воздействие на весь заинтересованный регион, так как лечение фармакологическими препаратами зачастую дает краткосрочный положительный эффект, предлагается стимуляция затылочного нерва, вплоть до постоянной имплантации электродов [2, 7, 8]. T.L. Trentman с соавторами сообщают о стимуляции затылочного нерва как метода лечения резистентных расстройств, таких как мигрень и кластерная головная боль. Авторы подкожно имплантировали датчики в затылочную область, чтобы стимулировать дистальные ветви затылочных нервов (C2-3). Сообщалось о ряде осложнений этого метода, таких как болезненная прямая мышечная стимуляция и миграция импланта. Авторы также сообщают о первых двух случаях эрозии затылочного импланта. В обоих случаях эрозия импланта произошла через много месяцев после имплантации. Один пациент потерял значительное количество веса между временем имплантации и эрозией импланта, в то время как другой пациент не имел явных факторов риска. Один пациент перенес удаление импланта с повторной имплантацией через 1 месяц; другой лечился с удалением гранулемы в месте эрозии и профилактической терапией антибиотиками. Оба пациента вернулись к превосходному контролю головной боли. Авторы считают, что эрозия импланта является возможным осложнением стимуляции затылочных нервов [9].

После того, как все неоперативные усилия исчерпаны, хирургическая перерезка нерва является лечением выбора в этих случаях. Изолированная нейроэктомия C2 или ганглионэктомия выполняется для оптимального облегчения боли. Инструменталь-

ное слияние С1-2 может быть рассмотрено в случае выявления обширной фасетной артропатии с нестабильностью. Авторы рассматривают спектр вариантов лечения этого изнурительного состояния и обсуждают пример пациента, которому потребовалось преобразование в инструментальное слияние С1-С2 после ганглионэктомии С2 из-за распространенного обширного дегенеративного заболевания и интраоперационных результатов, указывающих на атлантоаксиальную нестабильность [4].

При лечении все чаще используется акупунктура в качестве альтернативной или дополнительной терапии для лечения боли. Она хорошо переносится, с низким риском развития серьезных побочных эффектов. Акупунктура была изучена у пациентов с хроническими ежедневными идиопатическими или напряженными головными болями и для профилактики мигрени. Кокрейновский обзор сравнил иглоукалывание с обычным уходом и фиктивным иглоукалыванием для головной боли напряжения. По сравнению с теми, кто получал фиктивную акупунктуру, у большинства пациентов, получавших иглоукалывание, частота головной боли снизилась как минимум на 50% (51% против 43%; $P < 0,05$). Это преимущество было более ощутимым, если сравнивать иглоукалывание с обычным лечением [10]. Иглоукалывание помогает значительно уменьшить боль и снять мышечный спазм при болях в шейном отделе позвоночника [11].

Большинство специалистов по рефлексотерапии используют много игл на курс лечения, в течение 10 или более процедур, прежде чем они видят результаты. Тогда как при применении метода мастера Тонга пациент обычно чувствует улучшение уже после одного или двух сеансов лечения, с минимальным количеством игл. Иглоукалывание по методу мастера Тонга безопасно; большинство точек расположены на конечностях. Иглы никогда не вводятся в место боли или травмы. Акупунктура по методу мастера Тонга является быстрой эффективной системой, при которой виден немедленный результат [12].

Но даже после успешного лечения пациенту необходимо пройти комплекс реабилитационных мероприятий, которые позволят ему вновь разработать мышцы, снизить уровень боли.

Периоды реабилитации:

1. Ранний (2–20 дней). Задача врача — уменьшить боль, снять воспаление в нервном окончании, воссоздать мышцам необходимые условия для восстановления функционирования.

2. Поздний (20–60 дней). В этот период врач стремится восстановить функцию нервного окончания, разработать все мышцы и вернуть им былую подвижность.

3. Резидуальный (2 месяца – 2 года). Невролог и пациент стремятся закрепить полученный результат и исключить возможность ремиссии.

Периоды реабилитации этих больных могут различаться в зависимости от тяжести заболевания [13].

Профилактические мероприятия по предупреждению неврита затылочного нерва должны носить постоянный характер:

- рациональная организация рабочего процесса;
- систематические занятия физическими упражнениями;
- избегание травм и переохлаждений;
- оздоровление рациона питания с добавлением максимального количества витаминов и минералов;
- удержание правильного положения шеи во время работы;
- своевременное лечение респираторных и инфекционных заболеваний;
- рациональное распределение физических нагрузок;
- профилактическое лечение сопутствующих заболеваний в случае их наличия [14].

Цель исследования: на основе случая невралгии затылочного нерва у пожилого человека показать эффективность её лечения методом рефлексотерапии мастера Тонга и динамической электростимуляцией.

Материалы и методы исследования

Больной А., беспокоят боли в шее слева, возраст 79 лет (рост 164 см, вес 75 кг), головные боли, с иррадиацией в затылочную, теменную область слева и за глаз. Болевой синдром развивался примерно шесть лет.

На момент обращения боль достигала 6–7 баллов ночью и 2–4 баллов днем по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Боль усиливалась при кашле и чихании. Нарушен сон из-за периодических ночных головных болей. Поворотами головы на подушке боль можно несколько снизить, боль не усиливается при физической нагрузке.

При обследовании пациента на МРТ определены дегенеративные изменения шейного отдела позвоночника (остеохондроз). Задние грыжи С5-С6 (выступает кпереди до 2 мм, диффузно кзади до 3 мм), С6-С7 (выступает диффузно кзади до 3 мм) дисков. Задние протрузии С3-С4, С4-С5 (до 1–1,5 мм). Выявлена грыжа диска L4-L5.

При рентгенографии кранио-вертебрального стыка определяются рентген-признаки подвывиха С1.

Пациент получал спортивные травмы шейного и грудного отделов позвоночника при занятиях борьбой в студенческие годы. При пальпации шейного отдела позвоночника слева определяется болезненность в месте выхода нижней ветви затылочного нерва и по его ходу в затылочной и теменной области.

Собранный анамнез жизни, данные об имеющихся заболеваниях, результаты клинического, рентгенологического обследования и магнитно-резонансной томографии позволили поставить диагноз – невралгия нижней ветви затылочного нерва слева.

Результаты исследования и их обсуждение

В начале заболевания проводились курсы лекарственного лечения: мелоксикам 7,5 мг по 1 таб. – 2 раза в день в течение 10 дней, сирдалуд 2 мг по 1 таб. на ночь – 14 дней. Больной отмечал положительный эффект после проведенной терапии, который сохранялся не более двух-трех недель. Далее болевой синдром постепенно возвращался до интенсивности первого периода лечения, опять нарушался сон.

Больному провели лечение акупрессурой, используя точки, предложенные мастером Тонгом на правой руке, то есть противоположной стороне боли. Использовалась точка 22.02 (Chong Xian) на ладони правой кисти. При акупрессуре на эту точку больной отмечает сильную болезненность. Для снятия боли был использован метод торможения, который можно вызвать сильным давлением, с увеличивающейся интенсивностью во время манипуляции. Этот метод оказывает болеутоляющее, гипотензивное, десенсибилизирующее и седативное воздействие. Давление на биологически активную точку осуществлялось в течение 2 мин.

Дневные и ночные головные боли и боли в шее после первого сеанса прекратились. Сон восстановился. В связи с тем, что боли в точке 20.02 (Chong Xian) пациент не ощущал, принято решение лечение дальше не проводить.

В течение пяти лет пациент наблюдался в поликлинике, за этот период не отмечает возврата болей.

Боли возобновились год назад. Повторное использование акупрессуры по методу мастера Тонга результатов не дало. Проведение курса лекарственного лечения (мелоксикам 7,5 мг в течение 10 дней) дало кратковременный эффект.

Решено наряду с гимнастикой провести курс лечения с использованием динамической электростимуляции аппаратом

«ДиаДЭНС» на месте выхода нижней ветви затылочного нерва и по его ходу в затылочной и теменной областях головы слева. Сила тока подбиралась с постоянной частотой 77 Гц в комфортной области ощущений. Длительность процедуры составляла 10 мин. После 10 дней боли значительно снизились, поэтому через неделю курс лечения был повторен по 15 мин за процедуру.

Лечение проводилось пациентом самостоятельно, в домашних условиях ежедневно. Пациент приходил в реабилитационный центр, где находится на периодическом врачебном контроле его состояния и режимом воздействия аппарата. В течение всего периода лечения пациент отмечал хорошую переносимость этого метода реабилитации. В результате проведенного лечения значительно снизился болевой синдром. Далее наблюдался стойкий положительный эффект, болевой синдром больной не отмечает после десятого сеанса. Восстановился сон, дневные и ночные боли прекратились.

При дальнейшем наблюдении в течение года болей в области иннервации нижней ветви затылочного нерва пациент не отмечал.

Заключение

Результаты проведенного лечения неврита затылочного нерва у пожилого мужчины доказывают высокую эффективность проведения лечения акупрессурой точки 20.05 (Chong Xian) по методу, предложенному мастером Тонгом, на первом этапе и использования динамической электростимуляции аппаратом «ДиаДЭНС» при обострении невралгии.

Список литературы

1. Choi I., Jeon S.R. Neuralgias of the Head: Occipital Neuralgia. *J. Korean Med. Sci.* 2016. V. 31. № 4. P. 479–488.
2. Невралгия затылочного нерва. [Электронный ресурс]. URL: <https://bacrlanov.ru/nevralgiya-zatylochnogo-nerva> (дата обращения: 04.08.2020).
3. Мальцев К.В. Комплексное лечение невралгии большого затылочного нерва: применение тракционных мануальных техник, точечного массажа и лечебной физкультуры // *Мануальная терапия.* 2016. № 4. С. 84–85.
4. Janjua M.B., Reddy S., El Ahmadieh T.Y., Ban VS, Ozturk A.K., Hwang S.W., Samdani A.F., Passias P.G., Welch W.C., Arlet V. Occipital neuralgia: A neurosurgical perspective. *J. Clin. Neurosci.* 2020. № 71. P. 263–270.
5. Дубовская Н.А. Невралгия (неврит) затылочного нерва. [Электронный ресурс]. https://clinica-voita.ru/reading/neurology/nevralgiia_nevrit_zatiilochnogo_nerva (дата обращения: 04.08.2020).
6. Невралгия затылочного нерва. Лечение невралгии затылочного нерва. [Электронный ресурс]. URL: <https://medklinika.spb.ru/zabolevaniya/nevralgiya-zatylochnogo-nerva> (дата обращения: 04.08.2020).
7. Slavin K.V., Isagulyan ED., Gomez C., Yin D. Occipital Nerve Stimulation. *Neurosurg. Clin. Am.* 2019. V. 30. № 2. P. 211–217.

8. Texakalidis P., Tora M.S., Nagarajan P., Keifer O.P. Jr, Boulis N.M. High cervical spinal cord stimulation for occipital neuralgia: a case series and literature review. *J. Pain Res.* 2019. V. 21. № 12. P. 2547–2553.
9. Trentman T.L., Dodick D.W., Zimmerman R.S., Birch B.D. Percutaneous occipital stimulator lead tip erosion: report of 2 cases. *Pain Physician.* 2008. V. 11. № 2. P. 253–256.
10. Kelly R.B. Acupuncture for pain. *Am. Fam. Physician.* 2009. V. 80. № 5. P. 481–484.
11. Игнатъев Р.Г. Иглорефлексотерапия при остеохондрозе шеи. [Электронный ресурс]. URL: <http://spine5.com/osteochondroz/sheya/iglorefleksoterapiya/> (дата обращения: 04.08.2020).
12. Master Tung Acupuncture. Inner Light Wellness Acupuncture. [Электронный ресурс]. URL: <http://innerlight-wellness.net/master-tung-acupuncture/> (дата обращения: 04.08.2020).
13. Неврит. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.mos-clinics.ru/health-encyclopedia/nevrit/> (дата обращения: 04.08.2020).
14. Василенко М.Г. Невралгия затылочного нерва у взрослых: симптомы, причины и лечение. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.medicina.ru/patsientam/zabolevanija/nevralgiya-zatylochnogo-nerva/> (дата обращения: 04.08.2020).