

УДК 616.833.544-009.73	UDC 616.833.544-009.73
НЕВРОПАТИЯ ЛАТЕРАЛЬНОГО КОЖНОГО НЕРВА БЕДРА: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ	LATERAL CUTANEOUS NERVE NEUROPATHY OF THE THIGH: PREVALENCE, DIAGNOSIS AND TREATMENT
Чирва Жанна Александровна	Chirva Janna Alexandrovna
<i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар</i>	<i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar</i>
Рапацкий Константин Николаевич – канд. мед. наук	Rapatskiy Konstantin Nikolaevich – MD
<i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»; ГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар</i>	<i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»; SBEA HE «Kuban state medical university», Krasnodar</i>
Каменева Елена Сергеевна – канд. мед. наук	Kameneva Elena Sergeevna – MD
<i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»; ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар</i>	<i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»; SBEA HE «Kuban state medical university», Krasnodar</i>
Статья посвящена своевременному выявлению и устранению причинных факторов невропатии латерального кожного нерва бедра, что позволяет добиться значительного улучшения качества жизни пациентов с парестетической мералгией.	The article is devoted to the timely detection and elimination of causal factors of neuropathy of the lateral cutaneous nerve of the thigh, which allows achieving a significant improvement in the quality of life of patients with paresthetic meralgia.
Ключевые слова: ЛАТЕРАЛЬНЫЙ КОЖНЫЙ НЕРВ БЕДРА, ПАРЕСТЕТИЧЕСКАЯ МЕРАЛГИЯ, СИНДРОМ БЕРНГАРДТА – РОТА	Key words: LATERAL CUTANEOUS NERVE OF THE FEMORUM, PARESTHETIC MERALGIA, BERNHARDT-ROTH SYNDROME

Введение

Невропатия латерального кожного нерва бедра, или мералгия парестетическая, или синдром Бернгардта – Рота представляет сенсорную мононевропатию компрессионно-ишемического генеза. Заболевание проявляется парестезиями, жгучей болью и онемением в зоне иннервации нерва – переднелатеральной поверхности бедра. Это состояние обусловлено компрессией или повреждением латерального кожного нерва бедра, являющегося чувствительным нервом, иннервирующим кожу его наружной поверхности.

Несмотря на кажущуюся простоту диагностики, патология часто маскируется под радикулопатию, артроз тазобедренного сустава или миофасциальный синдром. Врач должен применять глубокие знания анатомии, клинических особенностей и современных методов лечения.

В статье представлен обзор эпидемиологии, патогенеза, диагностических алгоритмов и актуальных терапевтических стратегий, основанных на данных доказательной медицины.

Анатомия и патогенез

Латеральный кожный нерв бедра формируется из L2–L3 спинномозговых корешков и, прободая наружный край большой поясничной мышцы, проходит косо вниз и кнаружи, через подвздошную ямку к верхней передней ости, располагаясь в туннеле, образованном двумя листками наружной части паховой связки. После ее прохождения нерв располагается на поверхности портняжной мышцы, где делится на переднюю и заднюю ветви. Передняя ветвь, продолжаясь вниз, проходит в канале широкой фасции бедра. Располагаясь на 10 см ниже передней подвздошной ости, она прободает фасцию и делится на конечные ветви, которые иннервируют кожу переднелатеральной поверхности бедра. Задняя ветвь поворачивает кзади и иннервирует кожу над большим вертелом по наружной поверхности верхней половины бедра.

Особенности хода нерва обуславливают возможность его поражения на разных уровнях:

- 1) при выходе из полости таза нерв совершает резкий изгиб под углом и прободает подвздошную фасцию;
- 2) в месте прохождения и изгиба под углом на участке между верхней передней остью и областью прикрепления паховой связки;
- 3) в канале паховой связки;
- 4) между костной поверхностью передней верхней подвздошной ости и сухожилием портняжной мышцы;
- 5) в сухожильной части между волокнами портняжной мышцы;
- 6) в туннеле, образованном широкой фасцией бедра.

Основные механизмы повреждения:

1. Компрессия – сдавление между связками, мышцами или рубцовыми тканями (ожирение, беременность, ношение корсетов, тесной одежды или ремней, длительное сидение).

2. Ишемия – нарушение микроциркуляции при сахарном диабете, васкулитах.

3. Травма – ушибы и растяжения, хирургические вмешательства в области таза, бедра или поясницы.

Распространенность

Согласно Клиническим рекомендациям РФ (2022), категории Международной классификации болезней (МКБ) – «Мононевропатии», уровень заболеваемости составляет примерно 3–4 случая на 10 тыс. в год. Невропатия латерального кожного нерва бедра встречается во всех возрастных группах, но наиболее часто на 4–5-й декадах жизни.

По данным международных популяционных исследований (Suber et al., 2021):

- общая распространенность – 4,3 случая на 10 000 населения;
- *группы риска:*

- пациенты с ожирением (ИМТ >30) – риск повышается в три раза;
- беременные (II–III триместры) – до 12 % случаев;
- больные сахарным диабетом – нейропатию латерального кожного нерва бедра (ЛКНБ) выявляют у 8 % лиц с полинейропатией;
- профессиональные факторы: длительное ношение тяжелых ремней, корсетов.

В странах Азии уровень распространенности невропатии латерального кожного нерва бедра выше (до 6,1 на 10 000), что обусловлено генетическими особенностями строения связочного аппарата.

Клиническая картина

Симптомы невропатии латерального кожного нерва бедра:

- гипестезия на передненаружной его поверхности, причем степень выраженности нарушений тактильной чувствительности больше, чем проявление нарушений болевой и температурной чувствительности;
- упорные жгучие боли, парестезии по передненаружной поверхности бедра, усиливающиеся при длительном стоянии или сидении;
- гипералгезия при пальпации в зоне выхода нерва (точка на 2 см медиальнее передней верхней подвздошной ости);
- трофические расстройства в виде истончения кожи, гипергидроза.

Диагностика

Диагноз «парестетическая мералгия» в основном клинический, основанный на анамнезе и физикальном обследовании. Оно включает анализ врачом типичной клинической картины, проведение кожных проб для определения болевой и температурной чувствительности. Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования позволяют исключить другие нозологии, которые проявляются подобной симптоматикой, например, неврит, вызванный *Herpes zoster*, опухоли спинного мозга и конского хвоста, облитерирующего эндартериита и т. д.

Дополнительные методы исследования:

- **Электронейромиография (ЭНМГ)** – современный метод инструментальной диагностики, исследования скорости проведения по чувствительным волокнам латерального кожного нерва бедра (снижение амплитуды сенсорного потенциала (чувствительность – 85 %).

- **Ультразвуковое исследование** – визуализация хода нерва и выявление участков компрессии (утолщение ($>1,2$ мм) и гипоэхогенность в зоне компрессии).

- **Магнитно-резонансная томография (МРТ)** – исключение других причин боли, таких как опухоли или грыжи.

- **Диагностическая блокада нерва** – введение местного анестетика в область латерального кожного нерва бедра (облегчение симптомов подтверждает наличие диагноза).

Дифференциальную диагностику проводят для исключения следующих состояний с похожими симптомами: радикулопатия L2–L3, феморальная невропатия, поясничное сплетение, опухоли таза или брюшной полости, ишиас.

Лечение парестетической мералгии

Применение консервативной терапии эффективно у 70–80 % пациентов:

1. Медикаментозное лечение:

Антиконвульсанты: габапентин (300–3600 мг/сут), прегабалин (150–600 мг/сут) – уменьшают нейропатическую боль.

Трициклические антидепрессанты (амитриптилин – 25–150 мг/сут) – альтернатива при непереносимости антиконвульсантов.

Кортикостероиды: локальное инъекционное введение гиалуроновой кислоты (ГЛК) с местными анестетиками в область выхода латерального кожного нерва бедра у передней верхней ости подвздошной кости. Процедуру желательно проводить под ультразвуковой навигацией.

2. Физиотерапия:

- ультразвуковая терапия с гидрокортизоном.
- импульсные токи;
- микроволновая терапия;
- электрофорез.

3. *Модификация образа жизни:* снижение массы тела, исключение тесной одежды, длительной статической нагрузки в неудобном положении.

4. Упражнения на растяжку и укрепление мышц.

При подтвержденной неэффективности консервативной терапии в течение 6–12 мес для декомпрессии нерва пациентам возможно проведение хирургического метода лечения – неврилиза латерального кожного нерва бедра.

В настоящее время популярны инновационные методики терапии с учетом их эффективности и безопасности. Одним из таких подходов является PRP-терапия, включающая плазму, богатую тромбоцитами. Инъекции стимулируют регенерацию тканей, ускоряют заживление и уменьшают воспаление. При противопоказаниях к оперативному лечению возможно применение малоинвазивного метода купирования хронической боли – криоабляция нерва (криодеструкция или криоанальгезия). Он основан на воздействии низких температур на нервные ткани, что приводит к временному снижению их способности проводить болевые импульсы.

Прогноз и профилактика

Парестетическая мералгия Бернарда – Рота часто является самокупирующимся состоянием. У большинства пациентов симптомы исчезают в течение нескольких месяцев при устранении причинного фактора. Однако при сохранении симптомов более 6 мес и отсутствии эффекта от консервативного лечения рекомендуется рассмотреть инвазивные методы терапии.

Заключение

Невропатия латерального кожного нерва бедра – наиболее распространенная причина возникновения хронической боли в бедре, лечение которой предусматривает применение мультидисциплинарного подхода. Современные методы визуализации и использование персонализированной терапии позволяют достичь значительного улучшения качества жизни пациентов. Раннее выявление и устранение причинных факторов, а также индивидуальный подбор лечения приводят к значительному улучшению качества жизни пациентов. Перспективным направлением в регенерации нерва остается изучение роли биологических терапий (PRP, стволовые клетки).

Список литературы

1. Мононевропатии : клинические рекомендации, 2022.
2. Epidemiology of Meralgia Paresthetica / *J. Suber [et al.]* // Muscle Nerve. – 2021.
3. Одинак М. М. Клиническая диагностика в неврологии : руководство для врачей / М. М. Одинак, Д. Е. Дыскин. – СПб.: СпецЛит, 2007.
4. Яхно Н. Н. Болезни нервной системы: руководство для врачей / Н. Н. Яхно, Д. Р. Штульман. – М.: Медицина, 2001. – Т. 1.
5. Баринов А. Тоннельные невропатии: обоснование патогенетической терапии / А. Баринов // Врач. – 2012.
6. Гусев А. А. Хирургическое лечение клинически атипичного варианта болезни Бернгардта – Рота (клиническое наблюдение и обзор литературы) / А. А. Гусев, В. Ю. Черebilло, М. Ю. Курнухина // Russian Journal of Neurosurgery. – 2020. – Т. 22.