

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования "Красноярский
государственный медицинский университет имени профессора
В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения
Российской Федерации

Кафедра нервных болезней с курсом ПО

Реферат

на тему «Болезнь Рота»

Автор реферата:

Ординатор 2 года обучения

213 группы

кафедры нервных болезней с курсом ПО

Пидюков П.С.

Красноярск 2022

Оглавление

Введение.....	3
Этиология.....	3
Клиническая картина.....	3
Диагностика.....	4
Лечение.....	4
Список литературы.....	6

Введение

Болезнь Рота (Болезнь Рота-Бернхардта, парестетическая мералгия Бернгардта-Рота) представляет собой невропатию наружного кожного нерва бедра при непосредственном его поражении (периферическая форма) или при поражении межпозвоночных дисков и корешков спинномозговых нервов в поясничном отделе позвоночника. Болезнь Рота Бернгардта впервые была описана российским ученым Ротом и немецким Бернгардтом в конце 19 века. Данная невропатия чаще встречается у мужчин (в три раза чаще, чем у женщин) старше 35 лет, людей с излишней массой тела, беременных женщин и любителей ношения тугой одежды.

Этиология

Латеральный (наружный) кожный нерв бедра включается в поясничное сплетение и складывается из корешков L1, L3 спинномозговых нервов. Он имеет некоторые анатомические особенности, которые способствуют развитию заболевания: при выходе из полости таза на бедро нерв описывает острый угол, причем в 1 из 6 случаев имеет веретенообразное утолщение в месте выхода на поверхность бедра. Особенно ярко выражено оно бывает в случаях, когда происходит трение нерва о кость или близлежащую связку.

Самыми частыми причинами развития заболевания являются:

- с ношением корсетов, тугой одежды (ремней, белья);
- давлением на нерв внутренних органов при беременности;
- ожирением с накоплением большого количества подкожно-жировой клетчатки в нижних отделах живота;
- искривление позвоночника;
- забрюшинные гематомы;
- переломы костей таза и травмы тазобедренных суставов;
- паховые грыжи;
- нарушение трофики нерва вследствие токсического поражения (хронической алкогольной интоксикации), сахарного диабета, атеросклероза, эндартериита;
- давлением на нерв опухолевидным образованием любого генеза;
- сдавление латерального кожного нерва бедра при асците (скоплении жидкости в брюшной полости).

Клиническая картина

Основной симптом заболевания: жгучая боль в области наружной поверхности бедра. Чаще всего болевой синдром развивается постепенно, не остро. Особенно сильно неприятные ощущения начинают беспокоить при стоянии или ходьбе, а в положении лежа могут исчезать совсем. Обычно появлению боли предшествуют парестезии, которые проявляются в виде “бегания мурашек” или покалываний, ощущаемых больным на коже бедра. Нередко происходит снижение болевой или температурной чувствительности

на коже бедра при непосредственном воздействии и проведении проб (например, покалывание стерильной иглой), при этом сохраняется чувство давления и жжения в стоячем положении. Обычно процесс является односторонним, но при поражении нервов на обеих ногах болевые ощущения различаются и имеют разную динамику.

Заболевание обычно протекает волнообразно – выраженные обострения сменяются периодами полного отсутствия болей. Но со временем приступы возникают всё чаще и при этом становятся длиннее и мучительнее.

Развитие заболевания происходит относительно медленно и постепенно, клиническая картина разворачивается в течение 1-2 лет от начала воспалительного процесса. У пациента могут быть симптомы в виде незначительных парестезий или снижения чувствительности, которые поначалу его даже не беспокоят. Тем не менее, чем раньше будет диагностировано заболевание и своевременно начато лечение, тем выше вероятность добиться положительных результатов.

Диагностика

Диагностика заболевания основывается на анализе типичной клинической картины, проведением кожных проб для определения болевой и температурной чувствительности. При объективном осмотре при проведении пальпации паховой складки на 2–3 пальца медиальнее передней верхней ости подвздошной кости возникает болевой синдром (положительный симптом Гольдберга). Для мералгии Рота-Бернгардта характерен положительный обратный симптом Ласега, при котором переразгибание бедра вызывает тракционную боль в проекции латерального кожного нерва бедра.

Основным методом диагностики является электронейромиография. Для исключения других заболеваний, которые могли привести к развитию болезни Рота, необходимо проведение рентгенографии костей таза и тазобедренных суставов, ультразвуковой диагностики органов брюшной полости. Кроме того, возможно проведение КТ и МРТ для исключения наличия опухолей.

Лечение

Основным направлением в лечении болезни Рота является устранение факторов, которые могут вызывать появление компрессионно-ишемической невропатии, а именно:

- необходимо носить просторную одежду;
- при ожирении следует прибегнуть к специальной диете и лечебной физкультуре;
- при наличии объемных образований показано их удаление;

- необходимо проводить лечение асцита консервативными методами или пункцией, если он является причиной появления синдрома Рота.

Для патогенетического лечения используется:

1. Рефлексотерапия. Воздействие на специальные биологически активные точки позволяет нормализовать обменные процессы в латеральном кожном нерве бедра и улучшить иннервацию кожи.
2. Физиотерапевтическое лечение. Применяют диадинамические токи, чрезкожную электронейростимуляцию, внутритканевую электростимуляцию, магнито-лазерную терапию и другие. Задача всех физиотерапевтических методов заключается в улучшении кровоснабжения нервного волокна и восстановлению его естественной функции по передаче нервного сигнала. Противопоказаниями к физиотерапевтическим методам могут быть доброкачественные и злокачественные новообразования, изменения в лабораторных анализах, тяжелые системные заболевания.
3. Лечебная физкультура и ношение корсета могут служить как лечебными, так и профилактическими мероприятиями. Они помогают избавиться от лишнего веса, улучшить трофику нерва, а также укрепить мышцы, и нормализовать работу фасциальных структур, внутри которых проходит нервное волокно, в связи с чем уменьшается вероятность появления трофических и дегенеративных изменений.
4. Нестероидные противовоспалительные средства. Использование этих препаратов (ибупрофен, диклофенак, лорноксикам, индометацин и др.) позволяет уменьшить болевой синдром и устранить воспалительный процесс. Лечение назначается курсами, длительный прием данных препаратов является опасным ввиду возможного повышения артериального давления, высокого риска тромбообразования и появления язвенных дефектов в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки.
5. Витамины и сосудистые препараты. Эти вещества позволяют улучшить образование миелина нервного волокна, восстановить его структуру, обменные процессы, кровоснабжение и функции.
6. Оперативное лечение. Проводится в редких случаях, когда имеет место выраженный болевой синдром, а консервативное лечение оказывается неэффективным.

Список литературы

1. Дроздов А.А. Новый справочник невропатолога / А.А. Дроздов. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2007. – 365с. – С. 244-245;
2. Евтушенко С. К., Евтушевская А. Н., Марусиченко В. В. Туннельные невропатии. Трудности диагностики и терапии // Международный неврологический журнал. — 2015. — Вып. 1 (71).
3. Скоромец, А. А. Туннельные компрессионно-ишемические моно- и мультиневропатии / Скоромец А.А. и [др.]. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 376 с. : ил.
4. Бедренная невропатия / Т. В. Зимакова и [др.] // Практическая медицина. – 2012. – № 2. – С. 51–56.