



## Синдром Бернгардта-Рота, как редкое проявление гигантской кисты брюшной полости\*

Натальский А.А.<sup>1,2</sup>, Кочетков Ф.Д.<sup>1,2</sup>, Гриднев И.Д.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, (ул. Высоковольтная, д. 9, г. Рязань, 390026, Россия)

<sup>2</sup> Областная клиническая больница, (ул. Интернациональная, д. 3а, Рязань, 390039, Россия)

**Для цитирования:** Натальский А.А., Кочетков Ф.Д., Гриднев И.Д. Синдром Бернгардта-Рота, как редкое проявление гигантской кисты брюшной полости. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2025;(12): 151–155 doi: 10.31146/1682-8658-ecg-244-12-151-155

✉ Для переписки:

**Кочетков**

**Федор**

**Дмитриевич**

kochetkovf@bk.ru

**Натальский Александр Анатольевич**, д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии с курсом детской хирургии; врач-хирург отделения неотложной хирургии

**Кочетков Федор Дмитриевич**, ассистент кафедры факультетской хирургии с курсом детской хирургии; врач-хирург отделения неотложной хирургии

**Гриднев Илья Денисович**, клинический очный ординатор 1 года обучения кафедры факультетской хирургии с курсом детской хирургии

### Резюме

\* Иллюстрации к статье – на цветной вклейке в журнал (стр. I).

В статье описан клинический случай синдрома «латерального кожного нерва бедра» (синдром Бернгардта-Рота, парестетическая мералгия) у пациентки Н.1965 года, которая поступила в ГБУ РО ОКБ 23.09.2024 г. с клинической картиной кисты брюшной полости неясного генеза.

В результате диагностического исследования, сбора анамнестических данных и клинической картины был установлен предварительный клинический диагноз: киста забрюшинного пространства. Проведение МРТ исследования пациентки не было возможным из-за ИМТ более 50 кг/м<sup>2</sup>. Пациентку беспокоила выраженная жгучая боль по латеральной поверхности бедра, онемение в течение двух последних недель, увеличение живота в течение 3-х последних месяцев, тянущие боли в гипогастрии с 6:00 утра. На второй день госпитализации у больной появились положительные перитонеальные симптомы, в результате чего было принято решение о проведении диагностической лапаротомии. При ревизии органов брюшной полости было обнаружено объемное образование размерами 30 x 40 см, растущее из правого яичника с перекрутом сосудистой ножки, а также около 200 мл геморрагического выпота в малом тазу и по латеральным каналам. Бригадой из хирургов и гинекологов была произведена резекция опухоли с прошиванием сосудистой ножки, лево-и правосторонней аднексэктомией. В первый же день после операции пациентка отмечала значительное улучшение состояния, симптоматика сдавления латерального кожного нерва бедра исчезла в первые сутки после операции. На 5 сутки пациентка была выписана под наблюдение хирурга по месту жительства в удовлетворительном состоянии.

**Ключевые слова:** кожный нерв бедра, синдром Бернгардта-Рота, киста брюшной полости

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

EDN: YQWMRS



<https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-244-12-151-155>

## Bernhardt-Roth syndrome as a rare manifestation of a giant abdominal cyst\*

A.A. Natalsky<sup>1,2</sup>, F.D. Kochetkov<sup>1,2</sup>, I.D. Gridnev<sup>1</sup><sup>1</sup> Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov, (9, Vysokovoltynaya Str., Ryazan, 390026, Russia)<sup>2</sup> Regional Clinical Hospital, (3a Internatsionalnaya Str., Ryazan, 390039, Russia)

**For citation:** Natalsky A.A., Kochetkov F.D., Gridnev I.D. Bernhardt-Roth syndrome as a rare manifestation of a giant abdominal cyst. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2025;(12): 151–155. (In Russ.) doi: 10.31146/1682-8658-ecg-244-12-151-155

✉ **Corresponding author:**

**Fedor D. Kochetkov**  
kochetkovf@bk.ru

**Alexander A. Natalsky**, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Faculty Surgery with a course in Pediatric Surgery; surgeon at the Department of Emergency Surgery; ORCID: 0000-0002-2387-3440

**Fedor D. Kochetkov**, Assistant at the Department of Faculty Surgery with a course in Pediatric Surgery; surgeon at the Department of Emergency Surgery; ORCID: 0000-0001-6646-8595

**Ilya D. Gridnev**, is a 1-year clinical resident at the Department of Faculty Surgery with a course in pediatric surgery; a trainee physician at the first surgical department; ORCID: 0000-0002-9826-4164

### Summary

\* Illustrations to the article are on the colored inset of the Journal (p. I).

The article describes a clinical case of the “lateral femoral cutaneous nerve” syndrome (Bernhardt-Roth syndrome, paresthetic meralgia) in patient N.1965, who was admitted to GBU RO OKB on 09/23/2024 with a clinical picture of an abdominal cyst of unknown origin.

As a result of the diagnostic examination, collection of anamnestic data and the clinical picture, a preliminary clinical diagnosis was established: a cyst of the retroperitoneal space. An MRI examination of the patient was not possible due to a BMI of more than 50 kg/m<sup>2</sup>. The patient was concerned about severe burning pain on the lateral surface of the thigh, numbness during the last two weeks, abdominal enlargement during the last 3 months, and pulling pains in the hypogastrium from 6:00 a.m. On the second day of hospitalization, the patient showed positive peritoneal symptoms, as a result of which it was decided to perform a diagnostic laparotomy. An examination of the abdominal organs revealed a 30×40 cm bulky formation growing from the right ovary with a twisted vascular pedicle, as well as about 200 ml of hemorrhagic effusion in the pelvis and through the lateral canals. A team of surgeons and gynecologists performed tumor resection with stitching of the vascular pedicle, left- and right-sided adnexectomy. On the very first day after the operation, the patient noted a significant improvement in her condition, the symptoms of compression of the lateral cutaneous nerve of the thigh disappeared on the first day after the operation. On day 5, the patient was discharged under the supervision of a surgeon at her place of residence in a satisfactory condition.

**Keywords:** femoral cutaneous nerve, Bernhardt-Roth syndrome, abdominal cyst

**Conflict of interests.** The authors declare no conflict of interest.

### Введение

Латеральный кожный нерв бедра – это одна из ветвей бедренного нерва, иннервирующий кожу передней и латеральной поверхности бедра. Нерв проходит через подвздошно-поясничную область и может подвергаться компрессии в сразу нескольких местах [1].

По различным данным, доля поражений периферической нервной системы составляет 5–10% в структуре общей заболеваемости [2]. Приблизительно 1/3 случаев поражений периферических нервов – различные туннельные невропатии, обусловленные компрессией и связанной с ней ишемией периферических нервов в узких фиброзных и фиброзно-костных каналах (туннелях). Компрессионно-ишемическая невропатия латерального кожного нерва бедра впервые была описана немецким неврологом М. Bernhardt в 1878 г..

Позднее, в 1895 г., русский невролог В.К. Рот ввел термин «парестетическая мералгия» (meralgia paraesthetica) для обозначения данной патологии. Позднее данный туннельный синдром получил название в честь обоих ученых [3].

М. Bernhardt, В.К. Рот и другие исследователи установили, что данное поражение периферической нервной системы возникает в результате прямого травматического повреждения, патологических процессов в области малого таза, компрессии нерва в канале под паховой связкой либо на уровне передней верхней ости подвздошной кости при прохождении нерва через толщу портняжной мышцы, а также позиции, оказывающие давление на нерв, например, длительное сидение [4].

Основные симптомы включают: боль, парестезии по латеральной поверхности бедра, дискомфорт,

который может усиливаться при длительном сидении, стоянии или физической активности. Не удалось найти информацию о частоте встречаемости синдрома Бернгардта-Рота в хирургии. Однако известно, что хирургическое вмешательство при этом заболевании используется крайне редко и применяется при выраженном болевом синдроме (операция проводится в области пупартовой связки с целью устранить компрессию нерва).

Синдром Бернгардта-Рота чаще всего поражает мужчин старше 50 лет. Пик заболеваемости приходится на шестое десятилетие жизни – практически три четверти больных находятся в таком возрасте [5]. Иногда синдром выявляется у беременных, преимущественно в период третьего триместра, что связано с изменением у них области таза [6].

В большинстве клинических случаев невропатии наружного кожного нерва бедра имеет односторонний характер, на долю двусторонних поражений приходится около 20%. Диагностика синдрома Бернгардта-Рота включает сбор анамнеза, физикальное исследование, инструментальные методы и лабораторную диагностику [7].

Важным этапом в диагностике является тщательный сбор анамнеза, который включает в себя информацию о характере симптомов, их длительности, триггерных факторах, а также наличии

сопутствующих заболеваний (например, диабет, ожирение или травмы).

В процессе физикального обследования врач обращает внимание на ощущения пациента в области бедра, проводя тесты на чувствительность к прикосновениям и температуре, а также оценивая рефлексы [8]. У пациентов могут наблюдаться положительные симптомы, такие как гипестезия или дистрофические изменения в зоне иннервации нерва.

Важно исключить другие состояния, которые могут вызывать схожую симптоматику. К ним относятся: патологии поясничного отдела позвоночника (например, грыжи межпозвоночных дисков), активация седалищного нерва или ишиас, внешние компрессивные факторы (например, обтягивающая одежда или набор веса), условия, связанные с нарушениями метаболизма, такие как диабетическая невропатия [9].

В некоторых случаях может потребоваться электрофизиологическое исследование (например, электромиография), которое позволяет оценить проводимость по нервным волокнам и исключить другие неврологические расстройства [10]. МРТ поясничного отдела рекомендуется для исключения компрессии нервных корешков или других анатомических аномалий.

## Клинический случай

Пациентка Н.1965 года, поступила в ГБУ РО ОКБ 23.09.2024 г. С жалобами на боли в животе, жжение, онемение по латеральной поверхности бедра. В ходе сбора данных анамнеза выяснилось, что симптомы появились в 2020 году. 23.09.2024 состояние пациентки ухудшилось, больная была доставлена бригадой СМП в ГБУ РО ОКБ, госпитализирована в хирургическое отделение. Из анамнеза жизни у пациентки имеется гипертоническая болезнь 3 стадии, контролируемая, риск 4, ЛХЦЭ от 2020 года, ожирение 3 степени.

При поступлении состояние пациентки оценивалось как средней тяжести. Объективно: сознание ясное, кожные покровы обычной окраски, обычной влажности, без высыпаний. Отеков нет. Слизистый обычной окраски, без патологических высыпаний. Состояние подкожно-жировой клетчатки избыточное. Лимфатические узлы не пальпируются. Аускультация легких: дыхание проводится по всем отделам, хрипов нет, ЧДД-18. Результат перкуссии/аускультации сердца: перкуторно границы сердца не изменены, аускультативно тоны приглушены, патологические шумы не выслушиваются. Артериальное давление 135/80 мм рт ст, ЧСС-85 ударов в минуту. Пальпация органов брюшной полости: болезненна в эпигастрии, околопупочной области, правой и левой подвздошных областях, печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется, определяется объемное образование, занимающее несколько областей живота. Аускультация: перистальтика вялая. Стул обычной окраски, газы отходят. Симптомы раздражения брюшины не определяются. Результат обследования мочеполовой системы: область проекции почек внешне не

изменена, симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание не затруднено, свободное, безболезненное. Менингеальные симптомы отрицательные. Температура 36.7. Пульс 85 уд/мин. Сатурация 97%. Рост-160см, вес-147 кг.

Локальный статус: Пальпация живота болезненна в области эпигастрия, околопупочной области, правой и левой подвздошных областях. Пациентке было выполнено УЗИ в условиях приемного отделения: описано образование размерами 28x26 см, расположенное предположительно забрюшинно.

Показатели биохимического и общеклинического анализа крови и мочи в пределах нормы. ФЛГ: органы грудной клетки без патологических изменений. ЭКГ: Синусовый ритм. Горизонтальное положение ЭОС. SpO2:97%. Пациентка была госпитализирована в хирургическое отделение для дополнительной диагностики и принятия решения о дальнейшей тактике лечения. На вторые сутки ухудшение состояния – появились слабо положительные перитонеальные симптомы, выполнено трансвагинальное УЗИ: по его результатам образование предположительно может быть связано с маткой, левые и правые придатки не поддаются визуализации, определяется выпот жидкости в малом тазу. Принято решение о проведении диагностической лапаротомии.

Под комбинированным эндотрахеальным наркозом выполнена среднесрединная лапаротомия. При ревизии органов брюшной полости было обнаружено объемное образование размерами 30 x 40 см (рис. 1)

При осмотре образования выяснилось, что оно происходит из правого яичника, а положительные

перитонеальные симптомы были связаны с перекрутом его сосудистой ножки и как следствие ишемическими явлениями. (рис. 2).

Также в брюшной полости обнаружено около 200 мл геморрагического выпота. Произведена резекция данного образования (рис. 3), прошивание сосудистой ножки, совместно с гинекологами было решено провести лево-и правостороннюю аднексэктомии. Установлен дренаж в малый таз, послойное ушивание раны, наложена асептическая повязка.

Кровопотеря составила около 100 мл. После оперативного вмешательства пациентка доставлена в палату. Через несколько часов пациентка

отметила значительное улучшение состояния: боль и тяжесть в животе больше не беспокоили, чувство жжения и онемения по латеральной поверхности бедра исчезли. По результатам прижизненного патологоанатомического исследования – фолликулярная киста яичника.

В послеоперационном периоде пациентке проводилась анальгетическая терапия, антикоагулянтная терапия, перевязки с бетацидом ежедневно. На первые сутки по дренажу около 10 мл геморрагического отделяемого, на вторые сутки дренаж удален. Также пациентке было рекомендовано ношение бандажа. Рана заживала первичным натяжением, швы без признаков нагноения.

## Обсуждение

Синдром Бернгардта-Рота, или парестетическая мералгия, представляет собой невропатическое состояние, вызванное компрессией латерального кожного нерва бедра. Это состояние чаще всего характеризуется болями, парестезиями в области латеральной поверхности бедра, болевой синдром также может вызывать перемежающуюся хромоту.

Синдром может быть вторичным, развиваясь на фоне механических факторов, таких как травмы, сдавление нерва объемными образованиями брюшной полости или увеличенная масса тела, а также может иметь идиопатическую природу [11].

Несмотря на то, что точные эпидемиологические данные по синдрому Бернгардта-Рота недостаточны, оно рассматривается как относительно редкое заболевание. Исследования показывают, что частота парестетической мералгии составляет 1–2% среди всех случаев невропатий нижних конечностей. У женщин это состояние регистрируется чаще, особенно в связи с механическими факторами, такими как беременность и ожирение [12].

Ультразвуковое исследование может быть полезно для визуализации анатомии латерального кожного нерва бедра и определения потенциальных источников компрессии таких как объемные образования или изменения в окружающих мягких тканях. УЗИ позволяет выявить признаки отека или воспаления в области иннервации нерва. Особенностью УЗИ является возможность динамического наблюдения за структурными изменениями в реальном времени, что делает его ценным инструментом для оценки состояния нерва и его прижизненного функционирования.

МРТ является более информативным методом визуализации в сравнении с УЗИ, особенно при исследовании глубоких структур. Метод позволяет получать детализированные изображения области таза и бедра, что особенно важно для исключения

других заболеваний, которые могут имитировать симптомы синдрома Бернгардта-Рота, таких как грыжи межпозвоночных дисков, процессы, связанные с компрессией нервов или сосудов [13]. МРТ помогает визуализировать наличие гематом, кист, опухолей или изменений в мягких тканях, которые могут воздействовать на латеральный кожный нерв [14].

Врачи-неврологи играют ключевую роль в установлении диагноза синдрома Бернгардта-Рота, а также в формировании стратегии лечения. Неврологи проводят оценку симптомов, исследуют неврологический статус пациента и назначают соответствующие дополнительные методы исследования.

Междисциплинарный подход с участием неврологов, хирургов и других специалистов позволяет достичь наилучших результатов в лечении пациентов с этим синдромом.

В данной статье рассматривается случай сдавления латерального кожного нерва бедра объемным образованием брюшной полости и хирургическое вмешательство в этом случае было единственным эффективным методом в лечении данной патологии.

Синдром Бернгардта-Рота требует комплексного подхода к диагностике и лечению. Специфические методы визуализации, такие как УЗИ и МРТ, играют критически важную роль в идентификации компрессии нерва и сопутствующих патологий. Участие неврологов в диагностическом процессе и лечении обеспечивают многопрофильный подход, который необходим для успешного восстановления пациентов. В тех случаях, когда консервативная терапия оказывается недостаточно эффективной, хирургическое вмешательство может существенно улучшить состояние пациентов и вернуть их к полноценной жизни.

## Заключение

1. Проявление синдрома Бернгардта-Рота чаще всего является причиной внутренней компрессии и требует особой настороженности у лечащего врача и необходимости в более широком проведении диагностического поиска

в установке причины развития клинических симптомов.

2. При подозрении на синдром Бернгардта-Рота обязательно исследование малого таза у всех пациентов – как женщин, так и мужчин

- с использованием МРТ/КТ в некоторых затруднительных случаях КТ с внутривенным контрастированием для точной визуализации причины развития данного состояния.
- Отсутствие своевременного лечения может приводить к развитию контрактуры конечности и развитие инвалидности у данных пациентов.
  - В случае невозможности консервативного и/или хирургического лечения в настоящее время используются методы экстракорпоральной ударно-волновой терапия в сочетании с физиотерапией.

## Литература | References

- Chalk C., Zaloum A. Femoral and obturator neuropathies. *Handb Clin Neurol.* 2024;201:183–194. doi: 10.1016/B978-0-323-90108-6.00007-7.
- Carolus A., Uerschels A.K. Seltene Nervenkompressionssyndrome [Rare nerve compression neuropathies]. *Handchir Mikrochir Plast Chir.* 2024 Feb;56(1):21–31. German. doi: 10.1055/a-2250-8389.
- Terrelonge M. Jr., Rosow L. Common Focal Neuropathies in the Hospitalized Patient. *Neurol Clin.* 2022 Feb;40(1):175–190. doi: 10.1016/j.ncl.2021.08.013.
- Greeneway G.P., Page P.S., Ammanuel S.G., Hanna A.S. Lateral femoral cutaneous nerve transposition. *Neurosurg Focus Video.* 2023 Jan 1;8(1): V8. doi: 10.3171/2022.10.FOCVID2289.
- Terrelonge M. Jr., Rosow L. Common Focal Neuropathies in the Hospitalized Patient. *Neurol Clin.* 2022 Feb;40(1):175–190. doi: 10.1016/j.ncl.2021.08.013.
- Colak C., Chamie L.P., Youngner J. et al. MRI Features of Pelvic Nerve Involvement in Endometriosis. *Radiographics.* 2024 Jan;44(1): e230106. doi: 10.1148/rg.230106.
- Jackson T.J. Editorial Commentary: The Optimal Nerve Block for Hip Arthroscopy Is Undetermined. *Arthroscopy.* 2023 Feb;39(2):298–299. doi: 10.1016/j.arthro.2022.10.021.
- de Ruyter G.C.W., Oosterhuis J.W.A., Vissers T.F.H., Kloet A. Unusual causes for meralgia paresthetica: systematic review of the literature and single center experience. *Neurosurg Rev.* 2023 May 6;46(1):107. doi: 10.1007/s10143-023-02023-2.
- Tarasenko S.V., Karyukhin I.V., Rakhmaev T.S., Lunkov I.A., Nikitin D.A., Donyukova S.P., Panina N.Y. Experience of using puncture-drainage interventions with ultrasound navigation in the treatment of patients with pancreatic cysts in chronic pancreatitis. *Russian Medical and Biological Bulletin named after academician I.P. Pavlov.* 2013;21(3):124–129. doi: 10.17816/PAVLOVJ20133124–129.
- Тарасенко С.В., Карюхин И.В., Рахмаев Т.С., Луньков И.А., Никитин Д.А., Донюкова С.П., Панина Н.Ю. Опыт применения пункционно-дренирующих вмешательств с ультразвуковой навигацией в лечении пациентов с кистами поджелудочной железы при хроническом панкреатите. *Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова.* 2013;21(3):124–129. doi: 10.17816/PAVLOVJ20133124–129.
- Ayyildiz A., Dogu B., Ciftci S., Yilmaz F., Kuran B. Idiopathic Lumbosacral Neuropathy Syndrome: Case Report. *Sisli Etfal Hastan Tip Bul.* 2020 Aug 24;54(3):384–387. doi: 10.14744/SEMB.2019.45143.
- Roitberg G.E., Smirnov I.V., Kondratova N.V., Baklanov A.N., Strunin O.V., Kataev A.A., Gulaev E.V. A clinical case of successful anesthesia during surgical correction of super-severe scoliotic spinal deformity in a patient with Peliceus-Merzbacher disease. *Nauka molodykh (Eruditio Juvenium).* 2024;12(4):601–616. (in Russ.) doi: 10.23888/HMJ2024124601–616.
- Ройтберг Г.Е., Смирнов И.В., Кондратова Н.В., Бакланов А.Н., Струнин О.В., Катаев А.А., Гулаев Е.В. Клинический случай успешной анестезии при хирургической коррекции сколиотической деформации позвоночника сверхтяжелой степени у пациента с болезнью Пелицеуса–Мерцбахера. *Наука молодых (Eruditio Juvenium).* 2024;12(4):601–616. doi: 10.23888/HMJ2024124601–616.
- Terrelonge M. Jr., Rosow L. Common Focal Neuropathies in the Hospitalized Patient. *Neurol Clin.* 2022 Feb;40(1):175–190. doi: 10.1016/j.ncl.2021.08.013.
- Wukich D.K., Frykberg R.G., Kavarthapu V. Charcot neuroarthropathy in persons with diabetes: It's time for a paradigm shift in our thinking. *Diabetes Metab Res Rev.* 2024 Mar;40(3): e3754. doi: 10.1002/dmrr.3754.
- Matičić U.B., Šumak R., Omejec G., Salapura V., Snoj Ž. Ultrasound-guided injections in pelvic entrapment neuropathies. *J Ultrason.* 2021 Jun 7;21(85): e139-e146. doi: 10.15557/JoU.2021.0023.

## К статье

Синдром Бернгардта-Рота, как редкое проявление гигантской кисты брюшной полости (стр. 151–155)

## To article

Bernhardt-Roth syndrome as a rare manifestation of a giant abdominal cyst (p. 151–155)

Рисунок 1

УЗИ-картина объемного образования в приемном отделении

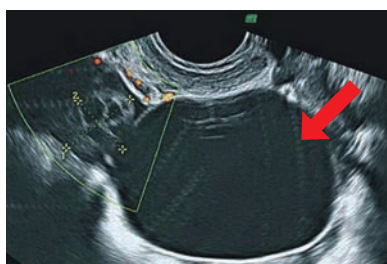


Рисунок 2.

Гигантская киста брюшной полости (интраоперационная картина)



Рисунок 3.

Сосудистая ножка кисты яичника с её перекрутом.

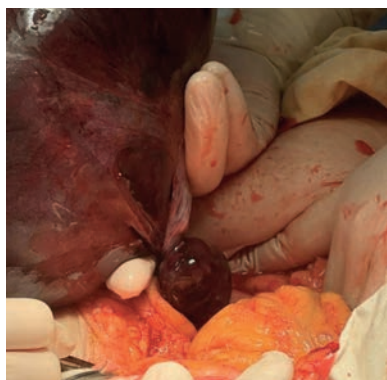


Рисунок 4.

Макропрепарат кисты яичника

