Мононевропатии

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: G54.0, G54.1, G54.2, G54.3, G54.4, G54.5, G54.8, G54.9 · Ассоциация нейрохирургов России, Всероссийское общество неврологов, Общероссийская общественная организация "Союз реабилитологов России"

Мононевропатии — поражение одного периферического нерва или его ветвей, чаще компрессионно-ишемическое, с болью, парестезиями, нарушением чувствительности и/или парезом в зоне иннервации. Рекомендация охватывает диагностику, консервативное и хирургическое лечение наиболее частых мононевропатий верхних и нижних конечностей, межрёберных нервов и ветвей плечевого сплетения.

Главное

- Единых клинико-инструментальных критериев для большинства мононевропатий нет: диагноз ставят по жалобам, анамнезу, неврологическому осмотру и инструментальному подтверждению.
- Стимуляционная ЭНМГ поражённого нерва — основной инструментальный метод: она уточняет уровень, характер и степень поражения; при необходимости добавляют игольчатую ЭМГ мышц поражённого и соседних нервов.
- Для оценки нейропатической боли используют DN4: сумма ≥4 баллов указывает на нейропатическую боль или нейропатический компонент боли.
- При лёгком и среднетяжёлом синдроме запястного канала первая линия — иммобилизация лучезапястного сустава (УУР А, УДД 3) и локальное введение глюкокортикоидов с местным анестетиком, предпочтительно под УЗ-навигацией (УУР А, УДД 1).
- При наличии нейропатического болевого синдрома у пациентов старше 18 лет применяют амитриптилин 25–150 мг/сут, габапентин 300–3600 мг/сут или прегабалин 150–600 мг/сут; при неэффективности препаратов первого ряда — трамадол 100–400 мг/сут.
- При мононевропатии лучевого нерва хирургическая декомпрессия показана при неэффективности консервативной терапии в течение 3 месяцев (УУР С, УДД 5).
- Большинство пациентов лечатся амбулаторно; госпитализация обычно нужна только для хирургического лечения.

Диагностика

1. Начать с уточнения жалоб по зоне иннервации: боль, онемение, парестезии, жжение, слабость, нарушение походки или мелкой моторики; при боли оценить интенсивность по ВАШ и нейропатический компонент по DN4, а при поражении седалищного нерва также LANSS.
2. Собрать анамнез провоцирующих факторов: повторные стереотипные движения, позы с компрессией нерва, травмы, иммобилизация, ношение тесной одежды/обуви, костылей, ортезов, работа с вибрацией, беременность, ожирение, сахарный диабет и другие возможные причины.
3. При осмотре определить топику поражения: проверить чувствительность в зоне нерва, силу ключевых мышц по MRC, наличие атрофий, сухожильные рефлексы и трофические изменения.
4. Использовать провокационные тесты по предполагаемому нерву: Тинеля/Фалена/Дуркана при синдроме запястного канала, Тинеля при локтевом, малоберцовом и бедренном нервах, тест Карнетта при поражении нижних межрёберных нервов, манёвры на грушевидную мышцу при подозрении на синдром грушевидной мышцы.
5. Выполнить стимуляционную ЭНМГ поражённого нерва; для локтевого нерва электрофизиологический критерий кубитального синдрома — скорость проведения на уровне локтя <50 м/с и/или градиент скорости >10 м/с между предплечьем и локтем.
6. Добавить игольчатую ЭМГ при подозрении на аксональное поражение, поражение других нервов или для дифференциальной диагностики с радикулопатией, плексопатией, болезнью двигательного нейрона и другими имитаторами.
7. УЗИ нерва используют для визуализации ствола и причины компрессии; МРТ выполняют при недостаточной информативности УЗИ, сомнительной клинике, подозрении на объёмное образование или после неудачного вмешательства.

Лечение

- Устранить компрессию и провоцирующие факторы: при локтевой нейропатии не сгибать локоть >90° длительно и не опираться на локоть; при малоберцовой — не сидеть «нога на ногу»; при синдроме Вартенберга — отказаться от браслетов/часов; при наружном кожном нерве бедра — исключить тугие ремни и тесную одежду.
- Ортезы и шины применяют для разгрузки нерва и коррекции двигательных нарушений: при СЗК — иммобилизация лучезапястного сустава; при лёгком кубитальном синдроме — ночной ортез, ограничивающий сгибание локтя >60° до 6 месяцев; при плегии стопы — ортез на щиколотку/стопу и ночное шинирование.
- При СЗК лёгкой и средней степени можно провести пробное консервативное лечение с ожиданием регресса симптомов в течение 2 недель; при рецидиве симптомов после двух инъекций глюкокортикоидов следует менять тактику.
- Пероральный преднизолон при СЗК у взрослых: 20 мг ежедневно 14 дней (УУР А, УДД 2); при синдроме переднего межкостного нерва в рамках невралгической амиотрофии в течение 1 месяца от боли — преднизолон 1 мг/кг, не менее 60 мг/сут 1 неделю, затем снижать на 10 мг ежедневно до отмены (УУР С, УДД 4).
- Альтернатива при синдроме переднего межкостного нерва в рамках невралгической амиотрофии: метилпреднизолон 1 г на 100 мл раствора натрия хлорида внутривенно 3 дня или иммуноглобулин человека нормальный суммарно 2 г/кг на курс (УУР С, УДД 4).
- При постгерпетической мононевропатии межрёберных нервов с нейропатической болью используют пластырь с лидокаином (УУР А, УДД 1); также возможны локальное введение глюкокортикоидов с местным анестетиком и радиочастотная абляция поражённого нерва.
- При синдроме грушевидной мышцы применяют НПВП и миорелаксанты (УУР С, УДД 5); у взрослых эффективно введение ботулинического токсина типа А в грушевидную мышцу под УЗ-навигацией (УУР А, УДД 2).
- Реабилитация: лечебные лангеты и ортезы для компенсации двигательного дефицита; при малоберцовой мононевропатии — физическая терапия и электростимуляция паретичных мышц стопы (УУР С, УДД 5).

Когда направить и как наблюдать

- Направлять на хирургическое лечение при СЗК, если нет стойкого достаточного эффекта от консервативной терапии, ремиссии сокращаются или прогрессирует неврологическая симптоматика (УУР А, УДД 1).
- При кубитальном синдроме хирургическое лечение используют при неэффективности консервативной терапии и при тяжёлых формах; предпочтительна декомпрессия in situ с медиальной эпикондилэктомией или без неё (УУР В, УДД 2).
- При лучевой мононевропатии декомпрессия показана, если консервативная терапия неэффективна 3 месяца (УУР С, УДД 5).
- При подмышечной мононевропатии невролиз оптимален в сроки 3–6 месяцев после поражения; после 12 месяцев улучшения малозначимы.
- При бедренной мононевропатии послеоперационное компрессионное или прямое повреждение требует неотложной хирургической ревизии и декомпрессии (УУР С, УДД 4); при тракции/тупой травме — ревизия, если нет существенного восстановления за 3 месяца.

Частые вопросы

Какие симптомы наиболее типичны для синдрома запястного канала?

Онемение и/или покалывание в I–III пальцах и медиальной части IV пальца длительностью не менее 1 месяца, боль в запястье/кисти/пальцах, нарушение мелкой моторики — пуговицы, мелкие предметы, почерк. Для оценки тяжести можно использовать Бостонский опросник.

Как отличить поражение локтевого нерва в канале Гийона от поражения на уровне локтя?

При поражении поверхностной ветви в канале Гийона нарушена чувствительность 4–5 пальцев, но чувствительность гипотенара сохранена. Расстройства чувствительности по медиальному краю предплечья указывают на более высокий уровень поражения, а не на локоть или канал Гийона.

Когда игольчатая ЭМГ информативна при подмышечной или седалищной нейропатии?

Игольчатую ЭМГ при этих поражениях проводят через 3–4 недели от начала симптомов, когда максимально выражена денервационная спонтанная активность.

Какие препараты указаны в рекомендации для нейропатической боли при мононевропатиях?

У взрослых: амитриптилин 25–150 мг/сут, габапентин 300–3600 мг/сут или прегабалин 150–600 мг/сут; если препараты первого ряда неэффективны — трамадол 100–400 мг/сут.

Нужна ли госпитализация пациенту с мононевропатией?

Обычно нет: пациенты могут лечиться амбулаторно. Госпитализация требуется, как правило, только при хирургическом лечении.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/988-mononevropatii. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/988_1