В.В. Косарев, д.м.н., профессор, **С.А. Бабанов**, д.м.н., ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», РФ

Шейно-плечевая радикулопатия и плечелопаточный периартроз

Шейно-плечевая радикулопатия может развиваться при выполнении работ, связанных с длительным пребыванием в вынужденной рабочей позе с наклоном туловища, головы (сгибание, переразгибание, повороты), т. е. в позе, типичной для многих врачей хирургических специальностей, стоматологов, оториноларингологов.

На большую распространенность у этих специалистов болезней опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани указывали многие исследователи (А.А. Приедит, 1980; В.С. Васюкова, Г.И. Куценко, В.Г. Сидамон-Эристави, 1985), придавая важное значение в развитии данной патологии вынужденной рабочей позе.

При шейно-плечевой радикулопатии в процесс вовлекаются шейные корешки. Заболевание нередко сочетается с плечелопаточным периартрозом. Клиническая картина характеризуется постепенным нарастанием болей ноющего, грызущего характера в плече, лопатке, иррадиирующих в шейно-затылочную область, реже – по всей руке. Боли беспокоят как при движении руки, так и в покое. Нередко отмечаются слабость в руке, повышенная утомляемость. При объективном обследовании обращают на себя внимание некоторое ограничение движения руки, положительные симптомы натяжения (усиление болей при повороте и наклоне головы в здоровую сторону), болезненность при надавливании в точках Эрба (верхней и нижней надлопаточной и подмышечной), а также в паравертебральных точках шейно-грудного отдела позвоночника. В тяжелых случаях отмечается гипотрофия мышц плечевого пояса. Нарушения чувствительности по корешковому типу нередко сочетаются с периферическими вегетативно-сосудистыми расстройствами – цианозом, гипергидрозом, гипотермией кистей (Л.А. Тарасова, 1991; В.В. Аршин, 1996; Г.П. Котельников, В.В. Косарев, В.В. Аршин, 1997).

При установлении профессионального генеза заболевания следует учитывать локализацию патологического процесса, отсутствие в анамнезе инфекции, травм, переохлаждения и своеобразные расстройства чувствительности (В.Г. Артамонова, Н.А. Мухин, 2008).

Плечелопаточный периартроз

Как указывалось выше, плечелопаточный периартроз может сочетаться с шейно-плечевой радикулопатией и развиваться на стороне поражения. Формируется при работах, связанных с выполнением часто повторяющихся движений в плечевом суставе. Наиболее часто наблюдается у лиц, работа которых связана с длительным отведением и подниманием работающей руки (чаще у женщин), совершением ротации плеча (Л.А. Тарасова, 1996). Заболевание постепенно развивается у работающих с большим стажем. Появляются боли в плечевом суставе, усиливающиеся при повороте плеча, поднимании рук выше горизонтального уровня. В покое боли отсутствуют или незначительны, за исключением ночного периода (давление на область сустава). Движение в суставе может сопровождаться иррадиацией боли в область шеи, лопатки, а также вниз по руке. Движения же вдоль туловища вперед-назад безболезненны, что исключает артрит. В дальнейшем боли усиливаются и становятся постоянными, снижая трудоспособность и затрудняя рутинную повседневную деятельность. При объективном обследовании выявляются небольшая припухлость, умеренная болезненность при пальпации плечевого сустава, при движении руки в нем ощущается хруст. Затруднено закладывание руки за спину. В выраженных случаях заметна приподнятость плеча (при шейно-плечевых плексопатиях нередко опущение), отмечается резкое ограничение движений, которые осуществляются вместе с лопаткой. Пальпируются болевые точки в области большого бугорка головки плеча, межбугорковой борозды, у внутреннего края дельтовидной мышцы, в области акромиально-ключичного сочленения. В тяжелых случаях может развиваться тугоподвижность в плечевом суставе. Длительное нарушение его функций приводит к гипотрофии, а атрофия дельтовидной мышцы – к остеопорозу головки плечевой кости, выявляемому рентгенологически.

Заболевание часто рецидивирует, при длительном течении рентгенологически также обнаруживаются участки склероза в области большого бугорка головки плеча, солевые отложения в подакромиальной, поддельтовидной слизистых сумках и других околосуставных тканях.

Для профессионального генеза заболевания характерны следующие признаки: односторонность поражения, в частности поражение правой верхней конечности; постепенное начало заболевания у высокостажированных работников; отсутствие проявлений воспалительного процесса (температуры, увеличения СОЭ, сдвигов в белой крови); в начале заболевания – появление симптомов во время работы.

Клинический пример

Больная Р.А. И-ва, 1949 г. р. Клинико-экспертная комиссия (КЭК) в декабре 1997 г. Зубной врач. Из санаторно-гигиенической характеристики: «Стаж работы 27,5 лет. В течение рабочей смены принимает 10-12 больных, 90% рабочего времени (смена 6 ч 15 мин) занята лечением больных, 10% – оформлением медицинской документации. В процессе лечения больных врач работает в вынужденной рабочей позе, в том числе стоя, в наклонном положении, сидя. Основная физическая нагрузка при этом ложится на шейный, грудной, поясничный отделы позвоночника, а также на плечевой, локтевой суставы и запястье правой руки. В течение рабочей смены на организм врача-стоматолога влияют следующие вредные факторы: вынужденная рабочая поза, локальная вибрация, контакт с лекарственными и аллергическими препаратами, костной пылью. Ведущими вредными факторами являются локальная вибрация, время действия которой составляет 50% рабочего времени».

Из истории развития заболевания: «Впервые боли в шейном отделе позвоночника появились в 1983 г. (через 13 лет от начала работы), с 1994 г. они стали носить постоянный характер; также присоединились боли в правом плече, правой руке, выполнять привычную работу стало трудно; в апреле 1997 г. из-за болей и слабости в правой руке не смогла выполнять работу зубного врача. Лечилась амбулаторно и стационарно, но без существенного эффекта – сохранялись тупые боли в правой руке, плече, затылке, онемение руки, чувство неловкости в ней, иногда – пастозность кисти. Кроме того, беспокоили головокружение, шум в ушах. С учетом длительной нетрудоспособности (более 4 мес) и неэффективности лечения после медико-социальной экспертизы больная направлена в Центр профпатологии. На основании проведенных исследований (рентгенографии, магнитно-резонансной томографии шейного отдела позвоночника, электромиографии, ультразвукового исследования), консультаций невропатолога, ортопеда, данных санитарно-гигиенических условий труда КЭК профцентра пришла к заключению о профессиональном характере заболевания зубного врача И-вой: «Шейно-плечевая радикулопатия (компрессионная). Правосторонний плечелопаточный периартроз II степени». Больная признана нетрудоспособной в своей профессии.

В 1980 г. В.А. Данилиным на основании клинических наблюдений и проведенного анкетного опроса 127 акушеров-гинекологов описано заболевание мышечно-суставного аппарата правой руки, которое он считал профессиональным. Из всех обследованных у 56 (44,1%) женщин-гинекологов в возрасте 28-61 года установлено наличие сходных жалоб и объективной симптоматики. Наиболее часто (67,9%) наблюдались боли в большом, указательном и среднем пальцах правой руки, обычно усиливающиеся во время работы и ночью, реже – после работы и утром после сна, снижение силы в этих пальцах (44,6%) и ощущение их онемения во время работы (у 55,4%). Нередко наблюдалось побеление концевых фаланг в холодное время года, при мытье рук холодной водой или во время работы. На появление тугоподвижности в фалангах указательного и среднего пальцев указывали 8 (14,3%) человек, в среднем и большом – 4 (7,1%). Постоянная боль в пальцах и мышцах правого предплечья отмечалась у 18 врачей (32,1%), боль и онемение пальцев – у 25 (44,6%), боли и снижение силы – у 28 (50,0%). Три симптома одновременно (боли, онемение и снижение силы) отметили 15 (26,8%) врачей, 4 симптома (боли, онемение, снижение силы в пальцах и боли в мышцах предплечья) наблюдались у 10 человек (17,9%), по 5 симптомов – у 6 (10,7%) врачей.

Боли в пальцах через 3-7 лет от начала работы в абортарии возникли у 13, через 10-15 лет – у 12 и через 16-26 лет – у 14 врачей; снижение силы в пальцах в последовательно указанные сроки наступило у 8, 9 и 15 человек. Тугоподвижность в фалангах пальцев развилась у 3 врачей через 10 лет от начала работы, а у 9 – через 15-28 лет.

В результате перечисленных изменений 3 врача вынуждены были изменить профиль своей работы, так как профессиональные манипуляции пальцами правой руки стали невозможными. У большинства пациентов после физиотерапевтического лечения наступал временный эффект; более стойкие результаты наблюдались в случае изменения профиля профессии – работа без однообразных и часто повторяющихся мышечных усилий с нагрузкой на пальцы правой руки. На основании изложенного В.А. Данилиным сделано заключение о том, что у гинекологов с длительным стажем работы в условиях часто повторяющихся однотипных движений пальцев правой руки (предплечья) может развиваться профессиональное заболевание этой руки – вегетомиофасцит предплечий (приказ № 555 Минздрава СССР, список профзаболеваний) или хронический миофиброз предплечья (приказ № 90 Минздрава РФ).

Клинический пример

Врач акушер-гинеколог Т.Г. Д-ко, 49 лет. Работает с 1976 г., с 1982 г. – заведующая гинекологическим отделением медико-санитарной части. Предъявляет жалобы на тяжесть в руках, отечность кистей. Из санитарно-гигиенической характеристики: «При вагинальных исследованиях имеется длительная фиксация пальцев правой кисти (резкое отведение большого пальца и сгибание 4-5-го пальцев правой кисти). Правая рука согнута в локтевом суставе, левая рука также согнута в локтевом суставе и постоянно находится на весу. Работу производит с наклоном корпуса до 50 раз за смену и испытывает постоянные нагрузки на шейно-грудной отдел позвоночника. При операциях по прерыванию беременности, выскабливании матки правой рукой держит кюретку, левой рукой, согнутой в локтевом суставе, на весу держит пулевые щипцы. Движения правой кисти и лучезапястного сустава носят непрерывный характер. Основная нагрузка падает на правую руку, медленными движениями с усилием поворачивает кюреткой против часовой стрелки, за 15 мин около 30 движений. При расширении цервикального канала применяет металлические расширители, при их введении возникает мышечное сопротивление шейки матки, прилагается усилие мышц и суставов: плечелопаточного, плеча, предплечья, лучезапястного сустава, кисти правой руки. В среднем использует 10 расширителей на одну больную. Во время проведения полостной операции испытывает физическую нагрузку на правую руку при разведении операционной раны зеркалами (так как имеется противодействие костно-тазового кольца). Испытывает физическую нагрузку на правый лучезапястный сустав во время полостных операций при работе с иглодержателем и зажимами». 25 ноября 1990 г. во время работы впервые возникли резкая болезненность, гиперемия и отек лучезапястного сустава. Консультирована хирургом, ортопедом-травматологом, КЭК профцентра. Хронический тендовагинит разгибателей правой кисти. Стенозирующий лигаментоз справа I-II степени, внутренний эпикондилез правого плеча I-II степени. Заболевания профессиональные. Даны рекомендации.

Лечение

При мышечных, радикулярных болях, невралгиях наряду с другими обезболивающими средствами (новокаином, нестероидными противовоспалительными препаратами) может быть рекомендован ибупрофен замедленного высвобождения по 300 мг. Его анальгетический эффект связан с подавлением синтеза простагландинов по циклооксигеназному пути. Кроме анальгетического, препарат обладает также противовоспалительным и антипиретическим эффектами. Назначается по 1-2 капсуле 2 р/сут. Применение данного лекарственного средства не рекомендуется во время беременности, при наличии у больного гиперчувствительности к нестероидным противовоспалительным препаратам, а также у пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, бронхиальной астмой.

В.В. Косарев, С.А. Бабанов. Профессиональные заболевания медицинских работников. – 2-е изд., испр. и доп. – Самара: ООО «Офорт», 2009. – С. 89-94.

Наш сайт www.health-ua.com В среднем более 8000 посещений в день* • Архив «Медичної газети «Здоров'я України» с 2003 года *http://top.bigmir.net/report/58476