

PROFESIONÁLNÍ ONEMOCNĚNÍ POHYBOVÉHO APARÁTU U MALÍŘE–NATĚRAČE, KAZUISTIKA

MUDr. Vendulka Machartová, Ph.D.¹, MUDr. Irena Šebová¹, MUDr. Zdeňka Salcmanová, CSc.²,
MUDr. Ivana Soukupová³

¹Klinika pracovního lékařství LF UK a FN Plzeň

²Neurologická klinika LF UK a FN Plzeň

³Zdravotní ústav Plzeň

Onemocnění pohybového aparátu jsou častá profesionální onemocnění. Tato onemocnění řadíme dle platného Seznamu nemocí z povolání (nařízení vlády č. 290/1995 Sb.) do kapitoly II mezi onemocnění způsobená fyzikálními faktory. Poškození pohybového aparátu je obsaženo v položkách č. 6–12 platného Seznamu nemocí z povolání. V našem kazuistickém sdělení se zabýváme neurologickou diagnózou – syndromem karpálního tunelu a ortopedickou diagnózou – chronickou tendinitidou Achilových šlach u malíře–natěrače. Ve svém sdělení přibližujeme i postup při klinickém vyšetření a následném posouzení profesionálních onemocnění.

Klíčová slova: profesionální onemocnění pohybového aparátu, syndrom karpálního tunelu, chronická tendinitida Achilových šlach.

Neurol. pro praxi, 2006; 5: 282–283

Onemocnění pohybového aparátu v posledních letech zaujímají přední místa v počtu hlášených nemocí z povolání. Nejčastěji hlášenou profesionální klinickou neurologickou diagnózou je syndrom karpálního tunelu, tvoří zhruba 25 % všech ohlášených profesionálních onemocnění (položka č. 7 a 10, kapitola II dle současného platného Seznamu nemocí z povolání dle nařízení vlády č. 290/1995 Sb.). Z ortopedických diagnóz jsou velice časté nemoci šlach, šlachových pochev nebo úponů, nebo svalů, nebo kloubů končetin (položka č. 9, kapitola II, NV 290/1995 Sb.), ty tvoří cca 13 % všech ohlášených profesionálních diagnóz.

Při vyšetření nemocných je důležité především podrobné odebrání anamnestických údajů, které je zaměřeno nejen na obvyklá sdělení nemocných, týkající se jejich zdravotních potíží a zdravotních potíží v rodině, ale i pracovní anamnézy s podrobným popisem pracovních operací. Nezbytnou součástí je klinické vyšetření a při podezření na profesionální původ obtíží, také konsiliární vyšetření neurologem a ortopedem. V případě diagnózy syndromu karpálního tunelu je nutné doplnit elektromyografické vyšetření (pro jednotný postup při vyšetřování a posuzování syndromu karpálního tunelu jako profesionálního onemocnění je nutné dodržet metodický postup dle Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky – uvedeno v částce 10, vydané v říjnu 2003). U ostatních klinických diagnóz zatím nebyl tento jednotný metodický postup přijat. Pokud jsou splněna klinická kritéria pro přiznání profesionálního onemocnění, je nutné ještě požádat o spolupráci hygienickou stanicí, která ověří podmínky na pracovišti a posoudí jejich možný vliv na vznik daného onemocnění.

V našem kazuistickém sdělení předkládáme případ vyučeného malíře–natěrače. Pacient se vyučil v oboru v r. 1965, prakticky celý život byl zaměstnán jako malíř–natěrač. V letech 1986–2002 pracoval jako malíř–natěrač ve stavební čtětě. V říjnu 2002 jej doporučil praktický lékař k našemu vyšetření s dg. chronické tendinitidy Achilových šlach oboustranně. Pro tyto potíže byl u praktického lékaře a ortopeda vyšetřen i v předchozích dvou letech. Na naší ambulanci jsme doplnili ještě nové ortopedické vyšetření a sonografické vyšetření Achilových šlach, při kterém byly prokázány kalcifikace při kaudálním okraji šlachy oboustranně, nebyla prokázána ruptura.

Při vyšetření na naší ambulanci bylo vysloveno podezření na další možné profesionální onemocnění – oboustranný syndrom karpálního tunelu. Neurolog vzhledem k vysoce suspektní diagnóze syndromu karpálního tunelu doporučil elektromyografické vyšetření, které prokázalo oboustranný syndrom karpálního tunelu s kompresí senzitivních i motorických vláken, vpravo významný, vlevo středně těžký.

Na základě výsledku těchto vyšetření byl konzultován hygienik a fyziolog práce se žádostí o posouzení expozice dlouhodobé nadměrné jednostranné zátěže v oblasti dolních i horních končetin. Vzhledem k tomu, že v době žádosti o hygienické šetření již byla stavební četa zrušena, byla pro hodnocení rizika dlouhodobé nadměrné jednostranné zátěže u malíře pokojů použita obdobná pracovní činnost vykonávaná ve FN Plzeň. Byl proveden časový snímek pracovní směny malíře pokojů. Malování bylo prováděno jak ve stoji na podlaze, tak na štaflích.

Za směnu vymaloval jeden pracovník plochu o velikosti 300 m², střídal obě horní končetiny. Při malování dochází k opakovaným pohybům v zápěstí

ve smyslu střídání palmární a dorzální flexe s velkou četností pohybů. Četnost pohybů byla **vypočtena** dle videozáznamu pracovní operace, celosměnová frekvence byla 28 680 pohybů, po značnou část pracovní směny byla práce vykonávána v nefyzilogické poloze se zdviženou horní končetinou nad hlavou. Vynakládaná svalová síla se pohybuje kolem 15 % F_{max}, ve vztahu k velikosti této svalové síly je z kalkulovala četnost pohybů nadlimitní (dle nařízení vlády 178/2001 Sb. ve znění pozdějších předpisů). Kritéria nadměrného jednostranného přetěžování horních končetin byla splněna.

Vzhledem k onemocnění dolních končetin byla posouzena pracovní poloha a zátěž dolních končetin při pohybu na malířských štaflích. Při poloze ve stoji na štaflích nebo výsuvném žebříku dochází k dlouhodobému statickému napětí lýtkového svalstva spojeného s přetěžováním šlachového aparátu, kdy veškerá hmotnost pracovníka spočívá na vymezeném úseku chodidla. Při chůzi na štaflích se zátěž pohybového aparátu dolních končetin ještě zvyšuje. Práce na štaflích představuje při výkonu malířských prací asi polovinu pracovní směny, z toho vlastní chůze na štaflích asi 30 minut. Dané údaje byly také potvrzeny vedením firmy, u které pacient pracoval.

Hygienické šetření potvrdilo u nemocného dlouhodobou nadměrnou jednostrannou zátěž dolních i horních končetin při práci malíře–natěrače.

Na základě klinického vyšetření, včetně doplňujících vyšetření pro posouzení tíže onemocnění, posouzení zdravotnické dokumentace praktického lékaře a specialistů z terénu a ověření pracovní anamnézy hygienickým šetřením jsme ohlásili tuto profesionální onemocnění – chronickou tendinitidu Achilovy šlachy oboustranně jako onemocnění dle

nařízení vlády č. 290/1995 Sb. – Seznamu nemocí z povolání, kapitoly II., položky č. 9, a oboustranný syndrom karpálního tunelu dle nařízení vlády č. 290/1995 Sb. – Seznamu nemocí z povolání, kapitoly II., položky č. 10. Po proběhlé zákonné lhůtě byl nemocnému vystaven posudek o odškodnění pro bolest, dle vyhlášky 440/2001 Sb., příloha 3, kapitola II, položky č. 9 a 10. Kontrolní vyšetření bylo provedeno za rok po ohlášení nemoci z povolání a bylo hodnoceno ztížení společenského uplatnění dle vyhlášky 440/2001 Sb., příloha 4, kapitola II, položky č. 9 a 10.

Při posuzování zdravotního stavu nemocného s případným uznáním nemoci z povolání je nutné dodržet všechny platné zákony, vyhlášky a další me-

todické postupy. Je důležité si uvědomit, že přiznání nemoci z povolání může významně změnit sociální situaci nemocného, který musí často opustit profesi, v které dlouhou dobu pracoval a byl tím poškozen. Pro zaměstnavatele je tato situace podnětem pro čerpání dávek ze smluvního pojištění o úrazu a nemoci z povolání u komerčních pojišťoven. Zaměstnavatelé se tomuto často brání tím, že dle možného právního postupu nesouhlasí s rozhodnutím o přiznání nemoci z povolání. Dodržení všech platných

právních norem je prostředkem pro lékaře všech odborností, kteří se podílejí na získání podkladů k zjištění odškodnitelné profesionální diagnózy, k obraně před možnými spory, a to i soudními.

MUDr. Vendulka Machartová, Ph.D.
Klinika pracovního lékařství LF UK a FN Plzeň
Alej Svobody 80, 304 60 Plzeň
e-mail: machartova@fnplzen.cz

Literatura

1. Brhel P a kol. Pracovní lékařství: základy primární pracovnělékařské péče. Brno: NCONZO, 2005. 338 s.
2. Nařízení vlády č. 290/1995 Sb.
3. Vyhláška č. 440/2001 Sb.
4. Metodický postup dle Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR, částka 10, říjen 2003.