

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

EDN: <https://elibrary.ru/guzsot>DOI: <https://doi.org/10.31089/1026-9428-2023-63-7-481-484>

© Коллектив авторов, 2023

Меткалова М.М., Сафронова Т.Г., Папаримова О.В.

Проблемы связи с профессией поясничной радикулопатии. Клинический случай у артиста-исполнителя танцевальных номеров

КГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», ул. Новожилова, 19, Владивосток, 690011

Для цитирования: Меткалова М.М., Сафронова Т.Г., Папаримова О.В. Проблемы связи с профессией поясничной радикулопатии. Клинический случай у артиста-исполнителя танцевальных номеров. *Мед. труда и пром. экол.* 2023; 63(7): 481–484. <https://elibrary.ru/guzsot> <https://doi.org/10.31089/1026-9428-2023-63-7-481-484>**Для корреспонденции:** Меткалова Мария Михайловна, заведующая профпатологическим центром КГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн». E-mail: mmetkalova@mail.ru**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Дата поступления: 11.05.2023 / Дата принятия к печати: 27.06.2023 / Дата публикации: 05.08.2023

Mariya M. Metkalova, Tatyana G. Safronova, Olga V. Paparimova

Problems of connection with the profession of lumbar radiculopathy. A clinical case of an artist-performer of dance numbers

Hospital for War Veterans, Novozhilova St., 19, Vladivostok, 690011

For citation: Metkalova M.M., Safronova T.G., Paparimova O.V. Problems of connection with the profession of lumbar radiculopathy. A clinical case of an artist-performer of dance numbers. *Med. truda i prom. ekol.* 2023; 63(7): 481–484. <https://elibrary.ru/guzsot> <https://doi.org/10.31089/1026-9428-2023-63-7-481-484> (in Russian)**For correspondence:** Maria M. Metkalova, the Head of the Occupational Pathology Center at the Hospital for War Veterans. E-mail: mmetkalova@mail.ru**Funding.** The study had no funding.**Conflict of interests.** The authors declare no conflict of interests.

Received: 11.05.2023 / Accepted: 27.06.2023 / Published: 05.08.2023

Радикулопатии — медико-социальная и экономическая проблема, которая не только снижает качество жизни, активность и работоспособность, но и является причиной инвалидизации пациентов.

Радикулопатия пояснично-крестцового отдела позвоночника относится к мультифакториальным заболеваниям, имея множество факторов риска развития, нередко сочетающихся между собой. Среди факторов риска выделяют профессиональные факторы риска, обусловленные трудовой деятельностью человека, и непрофессиональные (общие причины).

Общепризнанным этиологическим фактором развития профессиональной радикулопатии пояснично-крестцового уровня является тяжесть трудового процесса выше допустимых показателей.

Нормируемыми показателями тяжести трудового процесса в нашей стране являются: физическая динамическая нагрузка, масса поднимаемого и перемещаемого груза, общее число стереотипных рабочих движений, величина статической нагрузки, характер рабочей позы, глубина и частота наклона корпуса, перемещения в пространстве.

Формирование клинических симптомов скелетно-мышечных нарушений и поражения корешков пояснично-крестцового уровня возникает при длительном (не менее 10 лет) выполнении всех видов работ со значительными статико-динамическими нагрузками общего характера с участием мышц туловища, нижних и верхних конечностей, частыми и глубокими наклонами корпуса тела во время работы, большой амплитудой движений в поясничном отделе позвоночника и ротацией туловища, длительным пребыванием в фиксированной позе сидя или наклонив-

шись, микро- и макротравматизацией поясничного отдела позвоночника. Существенная роль в возникновении профессиональной хронической пояснично-крестцовой радикулопатии отводится хроническому перерастяжению задних отделов межпозвоночного сегмента и задней продольной связки при физическом напряжении в положении максимального сгибания. Примерами таких работ служат вальцовочные, кузнечные, клепальные, обрубные, строительные, работа водителей большегрузных транспортных средств, работы в горнодобывающей промышленности, погрузочно-разгрузочные работы.

Для профессиональных заболеваний спины характерны их постепенное развитие, острое начало в период работы или в течение короткого периода после рабочей смены, наличие улучшения при длительных перерывах в работе, обострение проявлений после перерывов, отсутствие травм, инфекционных и эндокринных заболеваний в анамнезе, наличие сопутствующих неблагоприятных факторов.

Особо актуальной, при заболеваниях спины, является проблема установления связи профессиональных заболеваний с условиями труда, оценка которых может быть затруднена ввиду характера трудовой деятельности.

Учитывая вышеизложенное, хотелось бы предоставить наш клинический случай:

Женщина, 37 лет.

Профессиональный маршрут:

Работает артистом-исполнителем танцевальных номеров с 2003 г, стаж работы 20 лет.

Условия труда:

Согласно санитарно-гигиенической характеристике условий труда, работа артиста сопряжена с постоянным

пребыванием на ногах до 80% времени смены — класс 3.1. В процессе выполнения технологических операций артист-исполнитель танцевальных номеров производит около 280 наклонов корпуса (вынужденных более 30°) за смену — класс 3.1. Региональные нагрузки (стереотипные движения) при работе мышц рук и плечевого пояса (поднятие вверх и опускание вниз рук, маятникообразные движения рук слева направо и обратно — размахивая платочком, удержание рук у пояса, выкидывание рук вперёд в наклоне с движением туловища назад и пр.) составляют в среднем 41 280 за смену — класс 3.2.

В соответствии с дополнением к санитарно-гигиенической характеристике по показателям тяжести труда, согласно хронометражу рабочего времени в дни репетиций время физических нагрузок в течение рабочего дня составляет 7 часов 20 минут (92%), в дни выступлений время физических нагрузок в течение рабочего дня — 6 часов 10 минут (77%).

Физические нагрузки представляют собой: трюковые элементы вращения на 2-х ногах с поворотом на 360°; вращения на одной ноге с работой второй ноги в воздухе под углом 90° или 180° с поворотом на 360°; повороты в продвижении по кругу со сменой ноги и со сгибанием обеих ног в воздухе с поворотом на 360°; прыжок в воздухе с поджатыми ногами; дробные выстукивания на месте, в повороте на 180° и 360° с переменой ног и с переходом на одну ногу; поддержки классического и современного танца с переходом на одну ногу и выходом в воздух с приземлением на одну ногу, при этом вторая нога вытянута под углом 90–120°. Также определяют длительное статическое и динамическое напряжение мышц спины и динамические высоко координированные нагрузки верхнего плечевого пояса и нижних конечностей. Работа артиста сопряжена с постоянным пребыванием на ногах более 80% времени смены, периодическое более 50% времени смены нахождение в неудобной позе (с поворотом туловища, неудобным расположением конечностей и др.).

Жалобы: на боль в поясничной области с двух сторон с распространением в ягодичные области и левую нижнюю конечность (по задне-наружной поверхности бедра и голени) интенсивностью до 7 баллов по ВАШ, «стартовые боли» в утренние часы, слабость в ногах при ходьбе по лестнице вверх (возникает при опоре на ступеньку).

Анамнез заболевания: предварительный и периодические медицинские осмотры не проводились.

Считает себя больной с августа 2018 г., когда на рабочем месте при исполнении танцевального номера в наклоне корпуса остро появилась резкая боль в поясничном отделе позвоночника. Получала лечение амбулаторно с 08.08.2018 г. по 17.08.2018 г. с *DS:* Вертеброгенная люмбаго, выраженный болевой синдром.

В дальнейшем неоднократно получала лечение амбулаторно и в дневном стационаре с временной утратой трудоспособности (с 15.02.2019 по 07.03.2019 г.; с 21.03.2019 по 04.04.2019 г.; с 14.08.2019 по 27.08.2019 г.), на фоне лечения отмечалась положительная динамика в виде уменьшения болевого синдрома.

Консультирована нейрохирургом 13.06.2019 г.: Дегенеративно-дистрофическое заболевание пояснично-крестцового отдела позвоночника. Синдром вертеброгенной люмбагии, ремиссия, рекомендовано консервативное лечение.

01.02.2020 г. после длительной физической нагрузки вновь появилась боль в поясничном отделе позвоночника,

скованность мышц. С 03.02.2020 г по 21.02.2020 г. — лечение по ЛВН амбулаторно с положительным лечебным эффектом. По результатам МРТ поясничного отдела позвоночника от 13.02.2020 определяется остеохондроз, грыжа диска *L4–L5* с формированием сагиттального стеноза позвоночного канала, начальные признаки спондилоартроза на уровне *L4–L5*.

Затем в связи с повторными обострениями вертеброгенной люмбагии получала лечение амбулаторно и в дневном стационаре с временной утратой трудоспособности (с 18.08.2020 по 01.09.2020 г.; с 20.01.2021 по 31.01.2021; с 15.03.2021 по 23.03.2021 г.) с положительным лечебным эффектом.

На ЭНМГ от 10.04.2021 г. определяется незначительно выраженная радикулопатия *L5* слева, негрубые нейрогенные изменения соответствующих мышц с признаками хронически текущих денервационно-реинервационных процессов, более выраженных в мышцах стопы.

С апреля 2021 г. по личной просьбе уменьшена нагрузка при выполнении танцевальных номеров (не выполняет сложные элементы со скручиваниями, поворотами и вращениями). На фоне снижения нагрузки отмечает относительную стабилизацию процесса, обострений в течение 12 месяцев не отмечала.

Впервые направлена в Приморский краевой центр профессиональной патологии в декабре 2021 г. с целью проведения экспертизы связи заболевания с профессией. 10.01.2022 г. осмотрена в амбулаторных условиях профпатологом, неврологом профцентра, установлен *DS:* Вертеброгенная радикулопатия *L4, L5* справа, умеренный болевой, мышечно-тонический синдром. Рекомендовано предоставить дополнение к санитарно-гигиенической характеристике условий труда по показателям тяжести трудового процесса.

Далее получала лечение в отделении Дневной стационар с медицинской реабилитацией 26.04.2022–06.05.2022 с диагнозом: Дорсопатия: вертеброгенная люмбаго, грыжа диска *L4–L5*, умеренно выраженный болевой синдром с мышечно-тоническим компонентом. ВАШ 86. На фоне лечения с недостаточным улучшением сохранялись выраженные головные боли, скованность и напряжение мышц туловища, боли в нижних конечностях, усиливающиеся при ходьбе.

Стационарное обследование и лечение в условиях профпатологического отделения Приморского краевого центра профессиональной патологии 05.07.2022–18.07.2022, установлен *DS:* Дискогенная радикулопатия *L4–L5* слева на фоне дорзальной грыжи межпозвоночного диска на уровне позвоночного сегмента *L4–L5*, стеноза спинномозгового канала на уровне *L4–L5*, спондилеза, спондилоартроза, с умеренно выраженным мышечно-тоническим синдромом в мышцах ишиокруральной группы, умеренно выраженным стойкий болевым синдромом, значительным ограничением подвижности поясничного отдела позвоночника, вторичным относительным укорочением правой нижней конечности, анталгическим сколиозом пояснично-грудного уровня.

Неврологический статус: объём пассивных движений сохранен. Мышечная сила в баллах слева/справа: плечо 5/5, предплечье 5/5, кисть 5/5, бедро 5/5, голень 4,5/5, стопа 4,5/5. Мышечный тонус в норме билатерально. Глубокие рефлексы в норме билатерально. Пирамидные знаки отсутствуют билатерально. Атрофии нет. Глубокая чувствительность в норме. Слабость длинного разгибателя

большого пальца стопы слева до 4,5 балла; ограничение движений в поясничном отделе при наклоне вперёд и влево, гипестезия лампасного типа по *L5-S1*. Резко ограничены наклоны корпуса вперёд, влево и вправо, назад. Относительное укорочение длины правой нижней конечности, перекос таза, сколиоз пояснично-грудного отдела позвоночника с другой вправо.

В позе Ромберга устойчивость сохранена. Координаторные пробы: пальценосовая в норме билатерально, пяточно-коленная в норме билатерально.

В период госпитализации проведено дообследование:

- Компьютерная томография позвоночника 11.07.2022 г. Заключение: С-образный, правосторонний сколиоз поясничного отдела позвоночника I степени. Дегенеративно-дистрофические изменения в поясничном отделе позвоночника, спондилез, спондилоартроз поясничного отдела позвоночника. Дорзальная протрузия межпозвонкового диска на уровне *L5-S1*. Дорзальная грыжа межпозвонкового диска на уровне позвоночного сегмента *L4-L5*. Стеноз спинномозгового канала на уровне *L4-L5*. Артроз дугоотростчатых суставов.
- Электронейромиография игольчатыми электродами 07.07.2022 г. Заключение: Выявлены нейрофизиологические признаки корешкового поражения *L4-L5* слева по аксональному типу.
- На фоне проведённого лечения: электростимуляция на аппарате БТА, Акварелакс, лекарственная терапия (НПВП, миорелаксанты, витамины группы В) — состояние без существенного улучшения.
- Проведение экспертизы связи заболевания с профессией отложено в связи с недостаточностью сведений по тяжести труда. Оформлен запрос на предоставление дополнения к санитарно-гигиенической характеристике условий труда. Даны рекомендации по дообследованию (консультация травматолога и нейрохирурга).
- Осмотрена травматологом-ортопедом 27.07.2022 г., установлен *DS*: С-образный, правосторонний сколиоз поясничного отдела позвоночника I степени. Дегенеративно-дистрофические изменения в поясничном отделе позвоночника, спондилез, спондилоартроз поясничного отдела позвоночника. Дорзальная протрузия межпозвонкового диска на уровне *L5-S1*. Дорзальная грыжа межпозвонкового диска на уровне позвоночного сегмента *L4-L5*. Стеноз спинномозгового канала на уровне *L4-L5*. Артроз дугоотростчатых суставов.
- Осмотрена нейрохирургом установлен *DS*: Дегенеративно-дистрофические изменения пояснично-крестцового отдела позвоночника. Грыжа межпозвонкового диска *L4-L5*. Дискогенная люмбалгия справа. Невыраженный болевой синдром.

Далее получила курс лечения амбулаторно с 05.08.2022 по 18.08.2022 г. по поводу радикулопатии поясничного отдела позвоночника — с кратковременным положительным эффектом. В динамике усилилась боль в поясничном отделе позвоночника с ограничением движений.

Экспертиза связи заболевания с профессией. 12.10.2022 г. обратилась повторно в Центр профпатологии с дополнением к санитарно-гигиенической характеристике по показателям тяжести труда. Проведена экспертиза связи заболевания с профессией.

Решением врачебной комиссии от 12.10.2022 г. выявлена прямая причинно-следственная связь заболевания с профессиональной деятельностью. Установлен диагноз хронического профессионального заболевания: *MS4.1*, Хроническая радикулопатия *L4-L5* слева на фоне дорзальной грыжи межпозвонкового диска на уровне позвоночного сегмента *L4-L5*, стеноза спинномозгового канала на уровне *L4-L5*, спондилеза, спондилоартроза, с умеренно выраженным мышечно-тоническим синдромом в мышцах ишиокрыральной группы, умеренно выраженным стойкий болевой синдромом, значительным ограничением подвижности поясничного отдела позвоночника, вторичным относительным укорочением правой нижней конечности, анталгическим сколиозом пояснично-грудного уровня.

При принятии решения ВК руководствовалась следующими критериями:

1. Наличие жалоб на боли в поясничной области с двух сторон с распространением в ягодичные области с двух сторон и левую нижнюю конечность (по задне-наружной поверхности бедра и голени) интенсивностью до 7 баллов по ВАШ, «стартовые боли» в утренние часы, слабость в ногах при ходьбе по лестнице вверх (возникает при опоре на ступеньку).

2. Данные объективного осмотра: слабость длинного разгибателя большого пальца стопы слева до 4,5 баллов; резкое ограничение движений в поясничном отделе при наклоне вперёд и влево, назад, гипестезия лампасного типа по *L5-S1*. Относительное укорочение длины правой нижней конечности, перекос таза, сколиоз пояснично-грудного отдела позвоночника с дугой вправо.

3. Результаты инструментальных методов обследования: с 2020 г. по результатам МРТ поясничного отдела позвоночника определяется остеохондроз, грыжа диска *L4-L5* с формированием сагиттального стеноза позвоночного канала, начальные признаки спондилоартроза на уровне *L4-L5*. По результатам КТ поясничного отдела позвоночника от 11.07.2022 г определяется С-образный, правосторонний сколиоз поясничного отдела позвоночника I степени. Дегенеративно-дистрофические изменения в поясничном отделе позвоночника, спондилез, спондилоартроз поясничного отдела позвоночника. Дорзальная протрузия межпозвонкового диска на уровне *L5-S1*. Дорзальная грыжа межпозвонкового диска на уровне позвоночного сегмента *L4-L5*. Стеноз спинномозгового канала на уровне *L4-L5*. Артроз дугоотростчатых суставов.

Начальные признаки хронически текущих денервационно-реинервационных процессов регистрируются по данным ЭНМГ от 10.04.2021 г. В динамике от 07.07.2022 г: Выявлены нейрофизиологические признаки корешкового поражения *L4-L5* слева по аксональному типу.

4. Острое начало заболевания, связанное с физическими перегрузками в процессе выполнения трудовой деятельности, при стаже работы 15 лет в условиях воздействия физических перегрузок и функционального перенапряжения поясничного отдела позвоночника, нижних конечностей, микротравматизации их в течение 77–92% рабочего времени за смену, а так же, длительное статическое и динамическое напряжение мышц спины и динамические высоко координированные нагрузки верхнего плечевого пояса и нижних конечностей, постоянное пребывание на ногах более 80% времени смены, периодическое более 50% времени смены нахождение в неудобной позе (с поворотом туловища, неудобным расположением конечностей),

прогрессирование и рецидивирующее течение заболевания с неоднократными обострениями с временной утратой трудоспособности, а после уменьшения нагрузки на рабочем месте отмечается относительная стабилизация процесса.

5. В процессе диагностического поиска были исключены заболевания со сходной клинической картиной, но имеющие другую этиологию (врождённые аномалии позвоноч-

ника, патологии брюшного отдела аорты и сосудов нижних конечностей, патологии суставов нижних конечностей, патологии костной ткани, инфекционные и воспалительные заболевания, системные заболевания соединительной ткани, первичное злокачественное и метастатическое поражение позвоночника и спинного мозга, заболевания брюшной полости и органов малого таза, травмы позвоночника).
