

356.33:616.711—06—079(331.053.2)

POSUZOVÁNÍ VERTEBROGENNÍCH ONEMOCNĚNÍ Z HLEDISKA SCHOPNOSTI K VÝKONU VOJENSKÉ SLUŽBY

Podplukovník MUDr. Rudolf BERAN, vojenská nemocnice v Olomouci, nervové oddělení

Hodnocení chorob páteře patří dnes k závažným a velmi odpovědným úkolům lékařské posudkové činnosti. Přispělo k tomu velké rozšíření zjištěných různých poškození páteře, nejčastěji degenerativních, které v pokročilejším věku postihují prakticky celou populaci. Další jejich charakteristikou, kterou ošetřující lékaři tak dobře znají, je jejich stálá, třebaš i pozvolná progresivita, vedoucí často k výrazným deformitám, časté bolestivé exacerpace a v pokročilých stádiích pak omezení pohyblivosti různého stupně spolu s oslabením síly příslušných svalových skupin. Právě tento typický postup onemocnění, jehož důsledky pak posuzují lékaři zabývající se posudkovou činností, by měl být závažnou připomínkou a mementem pro lékaře ošetřující, protože na nich spočívá odpovědnost za správný léčebný postup s perspektivou zachování co nejdélejší pracovní schopnosti a subjektivně dobrého stavu postižených.

Z degenerativních páteřních změn je nejdůležitější problém poškození meziobratlových destiček. Je nutné upozornit, že diagnóza výhřezu meziobratlové destičky se prováděla jen rentgenologicky zjištěným zúžením meziobratlového prostoru. Zkušený lékař může dnes postiženému vysvětlit jejich přirozený vznik, věkovou úměrnost výskytu a bezpodstatnost obavy z náhlého zhoršení. Musí se zmínit o preventivních zásadách správné fyzické zátěže, u duševních pracovníků zdůrazní význam tělesných cvičení a sportu, v indikovaných případech doporučí rehabilitační nebo lázeňské léčení, zásadně však odmítne snahy o trvalou fixaci páteře. Posuzující lékař musí dnes zcela objektivně a dynamicky hodnotit páteřní změny, nesmí popisovat a opírat se jen o statické rentgenologické nálezy, posudek musí opřít i o podrobné funkční vyšetření. Současně je třeba všimnout si a vyhodnocovat pracovní prostředí, způsob práce (pracovní návyky) a škodlivost působení některých nevhodných pracovních podmínek.

U chorob páteře zásadně hodnotíme její funkční stav, který je určen tvarem páteře, poruchami hybnosti a bolestivostí.

Již podle viditelných změn stavu a tvaru páteře můžeme často dobře posoudit druh i stupeň choroby, a tak předem odhadnout rozsah narušené pohyblivosti, vychýlení v rovině frontální, sagitální či tvary kombinované.

Rozsah aktivní i pasívní pohyblivosti, často spojený s bolestivostí, je nejdůležitějším činitelem pro posuzování funkční zdatnosti páteře. Podle stupně omezení určujeme totiž i stupeň změněné pracovní schopnosti a stanovíme tak

vhodnou schopnost k dosavadnímu či jinému přiměřenému zaměstnání. Při posuzování však musíme přihlížet jen k těm změnám, které se vyvinuly během dosavadního způsobu a druhu zaměstnání, nebo se jím podstatně zhoršily. Tento zdůrazněný fakt dokazuje důležitost pečlivě prováděné vstupní prohlídky u nového zaměstnance nebo žadatele, což bývá často podceňováno a snižováno na úroveň administrativního úkonu.

Údaje o intenzitě bolestí jsou jen subjektivní. Trvalé, silné nebo často se opakující bolesti mohou působit časté přerušování pracovní schopnosti. Proto u bolestivých syndromů musíme si vždy všimnout druhu zaměstnání, protože trvalé a neměnné zatížení páteře může vyvolávat nebo zhoršovat bolest při určitých pracovních stereotypch.

Jak z toho vyplývá, musí posuzující lékař vysoce odpovědně hodnotit všechny údaje o nemocném, včetně jeho zevního (pracovního) prostředí, aby správně a spravedlivě učinil závěr, který pro nemocného pak znamená existenční budoucnost. Také to podtrhuje význam dokonalé zdravotnické dokumentace u ošetřujících lékařů, která se stává základem pro posudkovou činnost.

Za výchozí degenerativní změny páteře pokládáme osteochondrotické procesy v meziobratlové destičce. Při degeneraci ploténky se meziobratlový prostor zužuje, a tím se těla obratlová vzájemně přibližují. Proto se také posunují artikulární plošky kloubních výběžků, sklouzávají, a tak dochází k jejich inkongruenci a degeneraci. Ploténka s meziobratlovými klouby tvoří jednotku. Při snížení výšky jednoho obratle se musí snížit i výška druhého, aby byl přibližně zachován tvar páteře. Současně dochází ke sklerotizaci horních i dolních okrajů obratlových těl, kterou chápeme jako proces reaktivní. Tato sklerotizace spolu se zúžením meziobratlového prostoru a za přítomnosti osteofytární produkce uzavírá obraz úplné diskogenní choroby.

Při posuzování pracovní schopnosti osob trpících degenerativními chorobami páteře můžeme postižené rozčlenit při určování funkčních i pracovních možností zhruba do 3 skupin:

1. Nemocní s osteochondrotickými, spondylo-tickými nebo spondylartrotickými změnami, u nichž funkce páteře nebyla omezena a bolestivost není trvalá. Tato počáteční údobí provázejí bolestivé syndromy s občasnými klidovými remisemi. Rtg. nález u těchto nemocných není rozhodující, rozhoduje pouze to, zda pacient trpí bolestmi, jak dlouho trvají a zda je páteř sku-

tečně funkčně naprosto zdatná. Nemocní této kategorie jsou schopni všech druhů prací.

2. Osteochondrózy, diskopatie, spondylózy a spondylartrózy provázené podstatným omezením funkce a trvalou místní bolestivostí, ale bez příznaků kořenového dráždění; projevují se trvalým nebo intermitujícím bolestivým syndromem. Nemocní nemohou vykonávat těžkou fyzickou práci a práci v chladu a vlhku. Vhodná jsou taková zaměstnání, při kterých se může střídát poloha vsedě s polohou vstoje i s občasným přecházením. U starších nemocných proto radíme při nadměrných pracovních požadavcích přerázení, u mladých jedinců případně přeškolení.

3. Nemocní trpící diskogenní chorobou s podstatným snížením a narušením funkce a s příznaky kořenového dráždění. V akutních obdobích vzniká pracovní neschopnost na několik týdnů. Po odeznění prudkých příznaků můžeme uvažovat jen o málo namáhavém zaměstnání v kanceláři, popřípadě o zaměstnání se zkrácenou pracovní dobou. U nemocných s nápadně vyvinutými a dlouho trvajícím příznaky při prvním vzplanutí, nebo u nemocných s častým a dlouhotrvajícím opakováním bolestivých záchvatů s iritačními nebo zánikovými jevy na periferním nervstvu, se svalovými atrofiemi a poruchami citlivosti dochází obvykle k trvalému vymizení pracovní schopnosti, hlavně u tělesně pracujících za nevhodných podmínek.

Bližší a přesnější rozhodnutí o pracovních možnostech jednotlivých zaměstnanců můžeme dělat jen po pečlivém zhodnocení zjištěného stadia onemocnění, jeho dynamiky, dále srovnáním s pracovními nároky dosud vykonávaného nebo předchozího zaměstnání. Musíme rovněž přihlížet k vrozeným i získaným schopnostem tělesným i duševním, k předběžnému výcviku a vzdělání.

Samostatné a izolované poškození meziobratlové destičky úrazem je velmi vzácné a dochází k němu obvykle při současných zlomeninách obratlových těl. Ve všech ostatních případech můžeme nejvýše uvažovat jen o zhoršujícím vlivu úrazů na méněcenné meziobratlové destičky. Při rozboru vlivu úrazu na chorobně změněné destičky je důležité zhodnotit také úrazový děj, za který není možné uznávat běžné pracovní příhody. Je třeba věnovat také pozornost způsobu zaměstnání, zhodnotit vliv ev. intenzivně prováděného sportu, u těžce pracujících pak vliv opakovaných a dlouhotrvajících mikrotraumat, u starších zaměstnanců i změny involuční. Jestliže uznáme zhoršující vliv úrazu na chorobně změněnou, méněcennou destičku, můžeme připsat na vrub pracovního úrazu jen určitou část úhrnné funkční ztráty, v nejasných případech až do výše jedné poloviny celkové ztráty. Takto přiznaný úrazový podíl na ztrátě výdělečné schopnosti bude v budoucnu postupně klesat souběžně s odezníváním akutního stadia. Otázku traumatické spondylózy uznáváme jen u ohraničených, lokalizovaných forem. Jasná je tato souvislost u úrazů s prokazatelnými místními trau-

matickými změnami na obratlových tělech, jako jsou kompresivní zlomeniny, infrakce a abrupce. Deformační změny v postiženém místě bývají prokazatelné na rtg. snímcích během 6—8 týdnů po zranění, ustalují se mezi 6.—7. měsícem. Důležité je proto srovnání snímků zhotovených při úrazu se snímkem zhotoveným za 6—8 týdnů po něm.

Zhoršení zjištěné spondylózy úrazem uznáváme jen jako aktivaci latentních chorobných změn v akutní bolestivý stav. Úrazový děj schopný vyvolat takový prudký bolestivý stav musí být výrazný a být provázen zvýšenou bolestivostí a ztrátou pracovní schopnosti.

Pracovní schopnost u spondylóz a diskopatií léčených konzervativně se obnovuje dříve u mladých osob a hlavně po funkční rehabilitaci. V pokročilejším věku vedou degenerativní změny páteře k podstatnému snížení funkce a trvalému snížení pracovní schopnosti. Pak je nutné nemocné v zaměstnání přeradit nebo jejich původní zaměstnání změnit. Pracovní schopnost u operativně léčených zůstává zachována u duševně pracujících, z tělesných prací jsou vyloučeny práce na zatížení páteře a její pohyblivost vysoce náročné. Operativní zákrok doporučujeme jen tehdy, selže-li konzervativní léčba trvající nejméně 3 měsíce, nebo tam, kde bolestivé iritace recidivují i přes opěťované léčení. Operovaný se může vrátit do zaměstnání někdy již po 3—6 měsících, nejlépe vyhovuje práce vstoje nebo střídavě vsedě a vstoje, spojená s malou svalovou námahou, v suchém a teplém prostředí.

Vrozené anomálie krční páteře jsou vzácné, častěji se řeší v rámci posudkové činnosti, zda rtg. zjištěná vrozená anomálie lumbosakrální páteře je pouhou normální anatomickou varietou, nebo zda znamená snížení funkční hodnoty páteře a je příčinou bolestivého syndromu. Spina bifida znamená pouze omezení pracovních možností pro výkony spojené se zatěžováním dolních končetin. Sakralizace nebo lumbalizace může být v pokročilejším věku někdy příčinou bolesti v kříži. Dále to jsou přechodné bolestivé exacerbace v abnormálně artroticky změněném kloubním spojení. Jednostranné anomálie narušují statiku páteře a současně působí předčasný vznik sekundárních deformačních změn na meziobratlových kloubech vedoucích k bolestivým syndromům a rychlému snížení pracovní schopnosti.

Spondylolistéza znamená vždy poruchu nosnosti lumbosakrálního úseku páteře. Její počáteční a střední stadia jsou dána dislokací asi o polovinu šíře obratlového těla. Nápadná je hyperlordóza s částečným omezením hybnosti, lokalizované bolesti v kříži zvětšující se a nabývající difúzního rázu po střední a velké svalové námaze, dlouhém stání a chůzi, dlouhotrvajícím předklonu. V tomto stadiu jsou nemocní schopni práce převážně vsedě nebo se střídavou polohou vsedě a vstoje s malým přecházením. Pokročilá stadia mají posun obratlového těla o celou jeho

šířku s klinickým obrazem těžké fixované hyperlordózy, zkrácením trupu, s výrazným bolestivým syndromem vylučujícím delší chůzi, stání a předklon. Obraz někdy doprovázejí i poruchy čítí a mikce. Pro většinu tělesně pracujících bude nemoc v tomto stadiu znamenat změnu zaměstnání za méně kvalifikované a tím tedy pokles výdělku o více než třetinu, tedy částečnou invaliditu, při manifestních neurologických příznacích pak invaliditu trvalou. Přímý traumatický vznik spondylolistézy je vzácný a předpokládá oboustranné zlomení obratlových oblouků. Jednodobý úraz působí většinou pouze zhoršujícím vlivem na existující anomálii v tom smyslu, že první obtíže vybaví uvolněním slabého vazivového spojení v místě rozštěpu oblouku, dosavadní bolesti zhorší, nebo způsobí skutečně podstatné zvětšení sklouznutí. Nebývá proto lehké rozhodnout o rozsahu úrazového podílu z celkového chorobného obrazu.

Získané deformity páteře postihují nejčastěji hrudní úsek. Každé vybočení je vždy provázeno torzí obratlů ve směru konvexity, vychýlením trnů ve směru konkavity, gibózním vyhnutím žeber na konvexitě a jejich protažením a oploštěním na straně konkávní. Těla obratlová podléhají současně klínovité deformaci a spondylotickým změnám, meziobratlové prostory se zužují, páteř se fixuje až do kostních bloků. Tyto těžké stavy bývají pak provázeny současně funkčními poruchami srdečními a plicními, atrofiemi vlastního i pomocného dýchacího svalstva. U těžkých deformit může vzniknout i spastická obrna následkem porušení míchy v místech nejvyšší výchylky páteře. Značný posudkový význam mají i statické skoliózy vzniklé při ztrátě nebo zkrácení jedné dolní končetiny nebo při onemocnění velkých kloubů dolních končetin. Vedou totiž k předčasnému vzniku degenerativních změn na lumbosakrálním úseku páteře. U zmíněných deformit působí nepříznivě práce s větší svalovou námahou, hlavně nošení a zvedání břemen, časté ohýbání trupu, pobyt ve vlhkém a chladném prostředí. Vhodné jsou práce vstoje se střídavou polohou vsedě a vstoje a s případným občasným přecházením. V obdobích bolestivé exacerbace doporučujeme dočasný pracovní klid až do vymizení akutních bolestivých příznaků.

V případě sakroiliakální iritace jsou nemocní v bolestivém stadiu neschopni práce až do vymizení akutních příznaků. V období relativního klidu působí prognosticky nepříznivě dlouhá chůze, práce v předklonu, zdvihání a nošení břemen, chlad a vlhko. Protože ve všech pracovních oborech je dostatečný počet fyzicky nenařaditelných zaměstnání, povede změna pracovního zařazení zřídka ke snížení kvalifikace a výdělku postiženého.

Při posuzování pracovní schopnosti u následků zánětlivého onemocnění páteře setkáváme se u neznocných s různými vývojovými stadii a jsou to stavy trvajících řadu let; obvykle s počátkem onemocnění mezi 20.—40. rokem. Nepodařilo se

prokázat, že by určitá zaměstnání měla specifický vliv na výskyt tohoto onemocnění, větší význam je nutno přičíst spíše fokálnímu dráždění organismu. Pokud předpokládáme vliv klimatických faktorů, vlhka a chladu na pracovištích i v bytech, jsou dosavadní zkušenosti zatím nepřesvědčující. Základní podmínkou pracovní schopnosti je především stanovení včasné diagnózy, léčením můžeme výdělečnou činnost zachovat, zlepšit nebo prodloužit. V bolestivém stadiu jsou nemocní v různých intervalech neschopni práce. V bezbolestném stadiu jsou dovoleny práce připouštějící střídavou polohu vsedě a vstoje s malým přecházením, manuální práce všeho druhu spojené s ohýbáním páteře a s její střídavou polohou v různých směrech. Méně vhodná pro toto období je práce kancelářská. Pracovní výkony mají být proloženy kratšími přestávkami. V období úplné ztuhlosti jsou nemocní neschopni jakékoli výdělečné činnosti.

Je pochopitelné, že výše rozebraná posudková kritéria platí v plném rozsahu, v některých případech i více při posuzování schopnosti k výkonu vojenské služby právě pro její vysokou fyzickou náročnost. Jde také o výběr mladých lidí, u nichž rozpoznání vady a způsob léčení mohou ovlivnit jejich pracovní zařazení a výdělečnou schopnost na celý život, a v tom je nesmírný význam odpovědně prováděné lékařské kurativy. Zato všichni posuzující lékaři si musí uvědomit, než vysloví posudek o snížené schopnosti nebo neschopnosti k výkonu vojenské služby, že jsou povinni nejdříve řešit otázku, zda lze účelným léčením tuto schopnost zlepšit nebo ji zcela obnovit. Není-li to možné, pak teprve se smí vyslovit závěr o změně stupně schopnosti k výkonu vojenské služby.

Stupeň fyzické náročnosti pro výcvik u jednotlivých druhů vojsk je hodnocen předepsanými zdravotními požadavky pro výběr. Tak nelze zařazovat do osádek tanků a samohybných děl jedince s opakujícími se blokádami páteře a k výsadkovým jednotkám jedince ani s lehkými deformitami páteře bez průvodních příznaků. K ženijním ani spojovacím jednotkám nedoporučujeme jedince, kteří trpí opakujícími se blokádami páteře, stejně tak je nezařazujeme ani k železničním jednotkám provozního směru, k průzkumným jednotkám, k Pohraniční a Vnitřní stráži. Rovněž žadatelům o přijetí do vojenských škol, učilišť a akademií z těchto důvodů přijetí nedoporučujeme. Změna zdravotní klasifikace je určována dosavadním klinickým obrazem v průběhu onemocnění, nebo již následky po tomto onemocnění. Tak se u těžkých forem vzdorujících léčení se značnými a trvalými poruchami hybnosti, citlivosti nebo trofiky vyslovuje dočasná neschopnost k výkonu vojenské služby. Pro lehké formy jen s menšími poruchami hybnosti, citlivosti nebo trofiky je určena neřadová služba, ne pro strážní službu spolu s dodatkem „ne pro těžkou fyzickou práci“ u vojáků v základní službě. U vojáků z povolání se stanoví omezení II. či I. stupně. Jde-li o vyhoje-

né, nerecidivující formy jen s nezávažnými nebo vůbec žádnými poruchami funkce, pak schopnost k řadové službě je zachována, maximálně se snižuje na B, což znamená neschopnost k řadové službě pro jednotky, které byly výše uvedeny.

Závěrem je nutné zdůraznit, že důsledným uplatňováním léčebně preventivních požadavků v boji proti předčasné invaliditě u chorob páteře určitě poklesne počet trpících těmito chorobami, prodlouží se jim doba dobré pracovní výkonnosti, a tím se zmenší počet osob se změněnou nebo vymizelou pracovní schopností. Každý lékař je povinen výše uvedený postup při vyšetřování, léčení i posuzování změn páteře dodržovat, protože je to základní článek prevence. Pravidlem by měla být snaha u vojáků z povolání zachovat co nejdelší schopnost k výkonu vojenské služby. Jedině takový postup při-

nese prospěch celku nejen výrazným zásahem pro upevnění zdraví občanů, ale i prospěch z hlediska ekonomického.

Souhrn

Byla rozebrána jednotlivá posudková kritéria pro hodnocení pracovní schopnosti u degenerativních onemocnění páteře, vrozených anomálií, získaných deformit páteře a u následků zánětlivých onemocnění páteře. Zdůrazňuje se objektivní a komplexní hodnocení stavu páteře hlavně z hlediska jejího funkčního stavu. Za zcela nevyhovující se považuje pouhé zhodnocení rtg. snímků. Důsledné uplatňování uvedených kritérií vyžaduje zejména posuzování schopnosti k výkonu vojenské služby. Závažné je předchozí rozhodnutí, zda onemocnění nebo následky lze dříve úspěšně léčit, než se vysloví posudek o snížené schopnosti.