

**Daniel Zarzycki**

## **Rozwój chirurgii kręgosłupa w 100-leciu Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego**

Do roku 1928 lekarze interesujący się chirurgią ortopedyczną pozbawieni byli szerszej wymiany poglądów.

Zjazdy Chirurgów Polskich przeciążone były tematyką ogólnochirurgiczną, tak, że niewiele miejsca pozostawało na omawianie zagadnień subspecjalizacyjnych. Podobnie przedstawiała się sprawa z publikacjami z dziedziny chirurgii ortopedycznej. W bibliografii ortopedycznej za lata 1900-1930 opracowanej przez Franciszka Raszeję, a opublikowanej w Chirurgii Narządów Ruchu w 1932 roku [1], na 603 pozycje naukowe, publikacji dotyczących schorzeń kręgosłupa jest tylko 31. Od chwili powstania Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego, tj. od 1928 roku, poprzez cały okres międzywojenny i tuż po II wojnie światowej, w piśmiennictwie ortopedycznym polskim i zagranicznym dotyczącym leczenia schorzeń kręgosłupa dominują dwie jednostki chorobowe, tj. gruźlica kręgosłupa oraz boczne skrzywienie kręgosłupa. Piszę boczne skrzywienie kręgosłupa, bowiem w tamtych latach nie rozróżniano jeszcze w sposób jednoznaczny skrzywień wrodzonych od idiopatycznych. Świadczą o tym publikacje Rutkowskiego w 1925 r: „Nawykowe skrzywienie kręgosłupa” [15] i Wierzejewskiego w 1928 r: „Czy istnieje nawykowe boczne zwichnięcie kręgosłupa?” [2]. Pierwszą próbę usystematyzowania tych jednostek chorobowych podjął w roku 1922 I. Wierzejewski w swojej pracy habilitacyjnej pt. „O przyrodzonych zmianach kręgosłupa”.

Za ojca światowej chirurgii kręgosłupa uważany jest F. Albee, który w roku 1911 opublikował wyniki leczenia chirurgicznego gruźlicy kręgosłupa z zastosowaniem przeszczepu litego pobranego z kości piszczelowej. Pobrany przeszczep kostny Albee osadzał pomiędzy rozwarstwione wyrostki kolczyste kręgow w celu uzyskania spondylodezy. Metoda ta zyskała sobie również uznanie w leczeniu bocznych skrzywień kręgosłupa [3].

W Polsce metodę tę wprowadzają do leczenia Wierzejewski w Poznaniu, Gruca we Lwowie i Zaremba w Krakowie. Wierzejewski ze względu na dużą ilość

powikłań, dokonuje modyfikacji metody Albeego umieszczając wszczepy kostne przykręgosłupowo, bez rozszczepiania wyrostków kolczystych. Wyniki pierwszych 8 operacji we własnej modyfikacji opublikował w „Zeitschrift für Orthopädische Chirurgie” w roku 1913.

Kilka lat później (1929) Zaremba z Krakowa publikuje „Uwagi krytyczne o operacji Albeego w gruźlicy kręgosłupa” i jest to jedna z pierwszych publikacji w naszym czasopiśmie [4].

Pierwsze próby leczenia schorzeń kręgosłupa z dostępu przedniego w piśmiennictwie zachodnim pojawiają się w latach 20-tych minionego stulecia. W Australii Royle w roku 1928 opisał operacyjne usunięcie półkręgu z dostępu przedniego [5].

W Polsce w okresie międzywojennym leczenia deformacji kręgosłupa z dostępu przedniego nie wykonywano.

Pierwsze próby leczenia schorzeń kręgosłupa z dostępu przedniego w piśmiennictwie zachodnim pojawiają się w latach 20-tych minionego stulecia. W Australii Royle w roku 1928 opisał operacyjne usunięcie półkręgu z dostępu przedniego [5]. W USA Lacombe and De Forest-Smith w roku 1933 również donoszą o resekcji trzonów kręgowych w leczeniu skolioz wrodzonych [4].

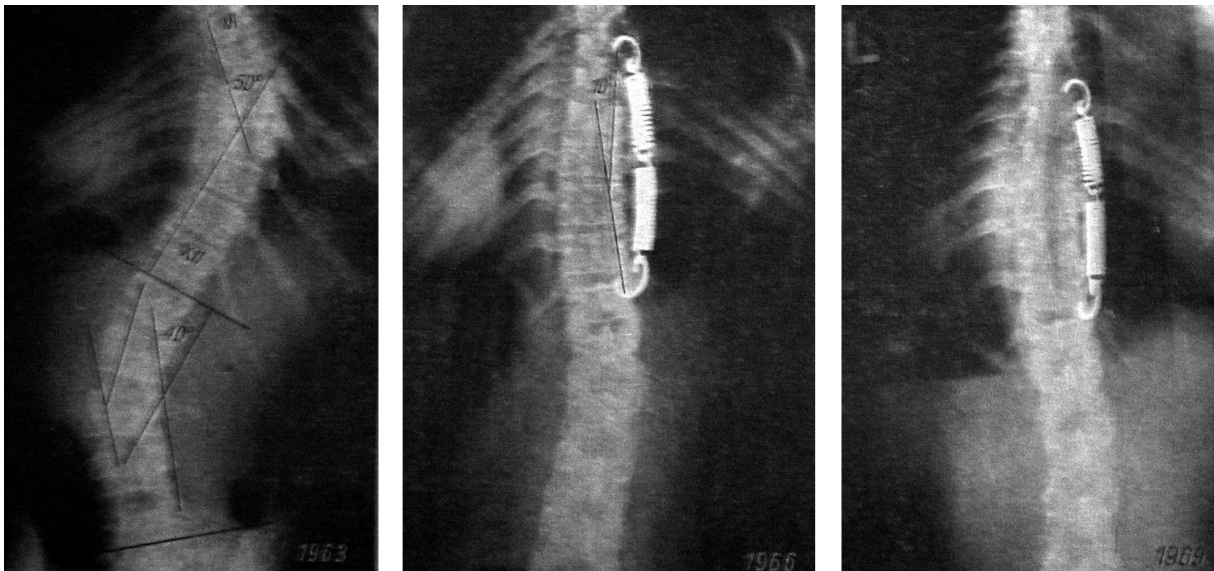
W Polsce w okresie międzywojennym leczenia deformacji kręgosłupa z dostępu przedniego nie wykonywano.

Koniec II wojny światowej, jak pisze A. Gruca „... postawił ortopedię polską wobec nadludzkiej niemal zadań.... Zmniejszenie przez wojnę o około 40% kadry ortopedów, dewastacja szpitali, brak łóżek i najprostszyczych urządzeń stawiały ortopedię polską wobec trudności zdawałoby się nie do pokonania...” [6]. Mimo tak wielu trudności okres powojenny charakteryzował się jednak dynamicznym rozwojem spondyloortopedii polskiej, umożliwił nowe spojrzenie i poszukiwanie bardziej efektywnych metod rozwiązywania problemów patologii kręgosłupa. W procesie tym swoje zasługi położył Gruca, Wajsflog, Wierusz, Malawski, Tylman, Świdorski i inni.

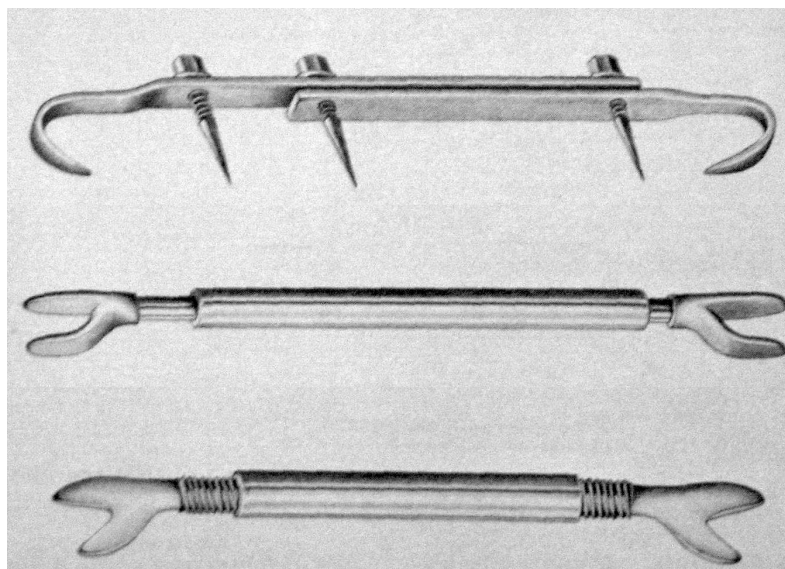
W okresie powojennym najważniejszym zadaniem chirurgów kręgosłupa było poszukiwanie rozwiązań konstrukcyjnych w celu dobrej korekcji i stabilizacji kręgosłupa. Pionierem światowym w tym względzie był A. Gruca, który w roku 1956 stosuje w leczeniu bocznych skrzywień kręgosłupa sprężyny (Ryc. 1). Do leczenia za pomocą sprężyn kwalifikowano progresujące boczne idiopatyczne skrzywienie kręgosłupa I i II stopnia. Wyniki leczenia Gruca opublikował w czasopismach o światowym zasięgu takich jak: J. B. J. S., Revue de Chir. Orthop. [7,8,9] i wielu innych. Metodę swoją Gruca spopularyzował również w Stanach Zjednoczonych, gdzie osobiście operował wielu chorych. W Klinice Poznańskiej metodę tę do leczenia wprowadził Król w roku 1961. W roku 1956 Król w Poznaniu,

w kilkunastu przypadkach, dla korekcji skoliozy zastosował poprzeczkę Marino-Zucco (Ryc. 2). Zakres zabiegów operacyjnych wykonywanych w tym czasie w Polsce nie odbiegał od standardów światowych obowiązujących w chirurgii kręgosłupa.

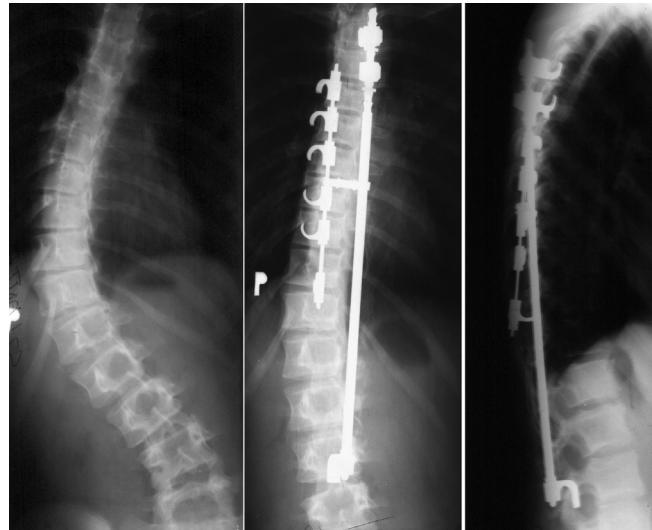
Wielkim przełomem w chirurgii kręgosłupa było wprowadzenie do leczenia w roku 1958 instrumentarium Harringtona (Ryc. 3). Swoje pierwsze wyniki Harrington opublikował w roku 1962 [10]. Autor metody początkowo proponował korekcję skrzywienia bez spondylodezy, z dodatkową stopniową dystracją na pręcie w okresie późniejszym. Komplikacje w postaci wypadania haków, wyłamania wyrostków, pęknięcia pręta i wystąpienia spontanicznej spondylodezy spowodowały, że Harrington skłonił się do rady dr



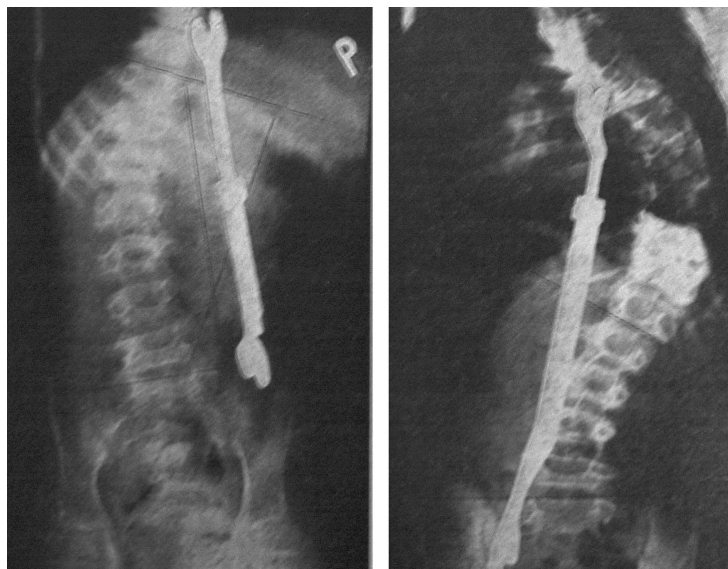
Ryc. 1. Sprężyna Gruca



Ryc. 2. Instrumentarium Marino-Zucco



Ryc. 3. Instrumentarium Harringtona



Ryc. 4. Metaloplastyka Wejssfloga

J. Moe aby swoje instrumentarium stosować równocześnie ze spondylodezą. Fakt ten stał się początkiem nowoczesnej ery chirurgicznego leczenia skolioz.

Metoda Harringtona zyskała na całym świecie ogromne uznanie. Była stosowana we wszystkich schorzeniach kręgosłupa, jego urazach, nowotworach zarówno z dostępu tylnego, jak i, w pewnych modyfikacjach, z dostępu przedniego.

W Polsce po raz pierwszy metodę tę zastosował Król w Poznaniu w roku 1968.

Przykliniczne Warsztaty Ortopedyczne w Poznaniu podjęły się produkcji instrumentarium Harringtona ze stali biologicznej, co pozwoliło na wprowadzenie tej metody w pozostałych klinikach ortopedycznych w Polsce. Wejssflog wraz z zespołem Kliniki Ortopedii w Bytomiu, w roku 1968 wprowadza do le-

czenia operacyjnego własnej konstrukcji dystryktory, a metodę tę nazwał metaloplastyką (Ryc. 4).

Instrumentarium Harringtona poddane było w Polsce wielu modyfikacjom. Wierusz i Bącal opracowali zestaw BW 2, który zyskał wielką popularność w Polsce i w latach 1970-1990 stosowany był niemal we wszystkich ośrodkach zajmujących się leczeniem operacyjnym kręgosłupa (Ryc. 5).

W roku 1983 Tylman i wsp. wprowadza do leczenia skrzywień dziecięcych dwuczęściową rozwórką do wieloetapowej korekcji tych skrzywień, duża liczba powikłań była przyczyną zaniechania tej techniki operacyjnej w leczeniu tych przypadków.

Nigdy jednak nie porzucono koncepcji leczenia schorzeń i deformacji kręgosłupa z dostępu przedniego. W roku 1960 Dwyer w Australii rozpoczyna le-

czenie skolioz za pomocą przedniej segmentarnej instrumentacji [11]. Tendencja do kyfotyzacji odcinka lędźwiowego kręgosłupa spowodowała, że metoda ta nie uzyskała większej popularności. Zielke w 1970 modyfikuje technikę Dwycera poprzez wprowadzenie otwartych śrub dotrzonowych oraz półsztywnego pręta kompresyjno-dystrakcyjnego (Ryc. 6). Dobrze wyniki leczenia uzyskane tą metodą spowodowały jej dużą popularność na całym świecie [12]. W Polsce jednak metody leczenia deformacji kręgosłupa z dostępu przedniego w latach 1945-1990 nie zyskały wielu entuzjastów.

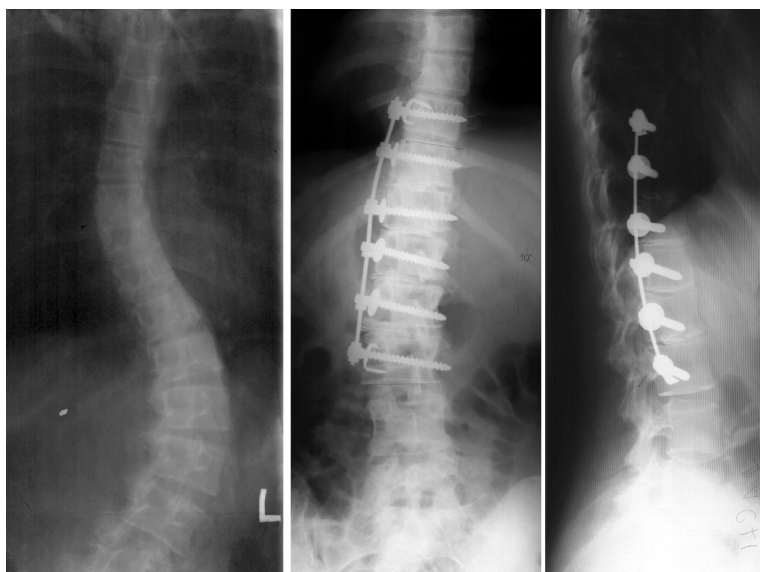
Wszystkie dotychczas stosowane metody leczenia operacyjnego kręgosłupa wymagały zawsze zastosowania dodatkowego unieruchomienia zewnętrznego, najczęściej w postaci gorsetu gipsowego, co było wiel-

ką uciążliwością dla pacjentów. Mając to na uwadze cały świat ortopedyczny pracował nad bezgipsowymi technikami operacyjnymi.

W roku 1982 Eduardo Luque z Meksyku opublikował pierwsze wyniki nowej sublaminarnej stabilizacji skrzywienia za pomocą drutów mocowanych do gładkich prętów w kształcie litery „L” (Ryc. 7). Po zabiegu operacyjnym nie stosował żadnego unieruchomienia zewnętrznego [13]. W Polsce po raz pierwszy metodę tę zastosował w leczeniu skrzywień wczesnodziecięcych Zarzycki [14]. Dalsze modyfikacje metody Harringtona pozwalające na wczesną pionizację pacjentów po zabiegu operacyjnym oraz zaniechanie stosowania unieruchomienia zewnętrznego wprowadzili Drummond w roku 1982 (technika



Ryc. 5. Zestaw BW-2



Ryc. 6. Instrumentarium Zielkego

Wisconsin) i Bobechno w roku 1983. Metody te w Polsce zyskały szybko dużą popularność i do leczenia wprowadzili je Zarzycki, Tokarowski, Golik, Urban (Ryc. 8).

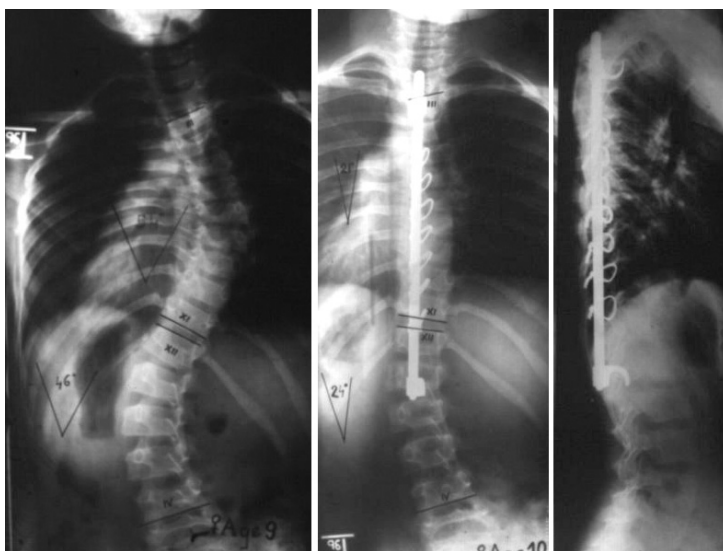
Kolejnym wielkim przełomem w chirurgii kręgosłupa było wprowadzenie w 1984 r. przez Cotrela i Dubousseta instrumentarium do trójpłaszczyznowej korekcji kręgosłupa (instrumentarium C-D). System dwóch prętów wraz z zestawem otwartych haków i śrub transpedicularnych zrewolucjonizował chirurgię kręgosłupa – zarówno rekonstrukcyjną, jak i urazową (Ryc. 9).

U nas w kraju po raz pierwszy metodę C-D zastosował Przybylski w roku 1985. Bącał po uzyskaniu ustnej zgody Cotrela na produkcję instrumentarium C-D w Polsce uruchamia ją na Politechnice Zielonogórskiej. Później produkcję instrumentarium kręgosłupowego podejmuje nowopowstała firma LfC.

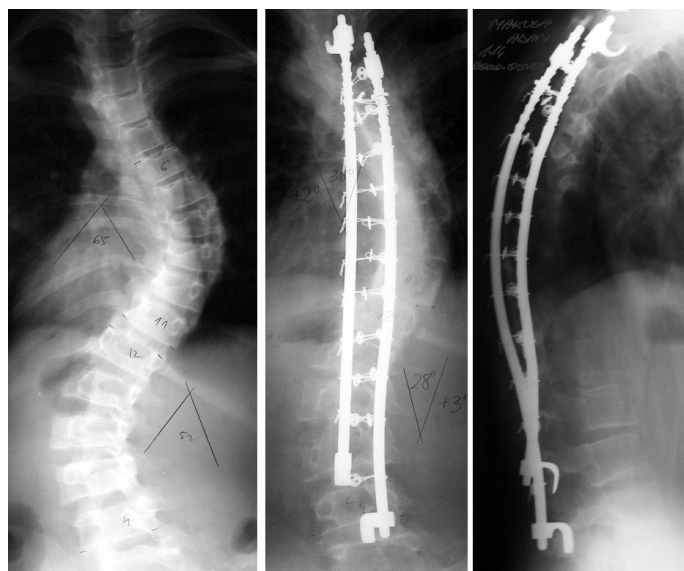
Instrumentarium C-D doczekało się wielu modyfikacji takich jak: system TRSH, Colorado, Moss-Miami, polskie DERO i szereg innych (Ryc. 10).

Aktualnie liczba nowoprodukowanych systemów kręgosłupowych zarówno dla dostępu tylnego, jak i przedniego gwałtownie narasta. Systemy te są adaptowane do korekcji wszelkich deformacji kręgosłupa. Nowe rozwiązania zrewolucjonizowały leczenie deformacji kręgosłupa w myelomeningocelle, skrzywieniach lędźwiowych przez wprowadzenie śrub transpedicularnych i wielu innych. Dzisiaj chirurgia kręgosłupa, to nie tylko skoliozy, to cała gama schorzeń deformacyjnych i onkologicznych, ze zmianami zwyrodnieniowymi włącznie.

Wszystkie te jednostki chorobowe są od roku 1990 leczone w polskich ośrodkach specjalistycznych bez



Ryc. 7. Instrumentarium Harrington-Luque



Ryc. 8. Technika Wisconsin

jakichkolwiek zahamowań i opóźnień w stosunku do Stanów Zjednoczonych i Europy Zachodniej.

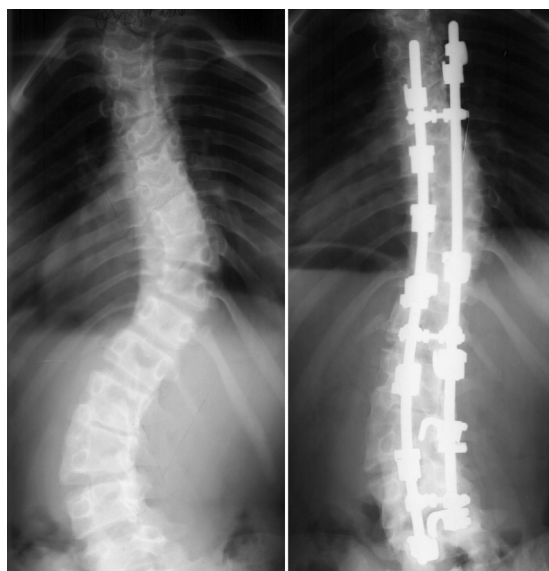
Wśród mnogości rozwiązań technicznych najważniejszym celem implantów była korekcja i dobra spondylodeza operowanego odcinka. Brak spondylodezy był przyczyną powikłań ze strony implantów. Spondylodeza w każdym przypadku ograniczała jednak funkcję i ruchomość kręgosłupa.

Dlatego w połowie lat 90-tych zarysowały się tendencje stosowania artroplastyk w kręgosłupie. Pierwszymi elementami artroplastyk kręgosłupowych są sztuczne dyski: szyjny i lędźwiowy. Kilkuletnie obserwacje potwierdzają pozytywne efekty implantacji tych elementów kręgosłupa.

W Polsce, w Poznaniu i Krakowie wykonano dwa pilotażowe zabiegi implantacji dysków w odcinek lędźwiowy i szyjny.

W okresie 75-lecia PTOiTr odbyły się trzy Zjazdy Towarzystwa poświęcone schorzeniom kręgosłupa:

- Rok 1956 – Warszawa – XII Zjazd PTOiTr  
Temat I: „Leczenie bocznych skrzywień kręgosłupa”.  
Temat II: „Leczenie złamań kręgosłupa z porażeniem”.
- Rok 1970 – Katowice – XIX Zjazd PTOiTr  
Temat I: „Leczenie bocznych idiopatycznych skrzywień kręgosłupa”.  
Temat II: „Leczenie złamań szyjki kości udowej”.
- Rok 1992 – Gdańsk – XXIX Zjazd PTOiTr



Ryc. 9. Instrumentarium Cotrela i Dubousseta



Ryc. 10. Uniwersalny System DERO

Temat I: „Leczenie bocznych skrzywień kręgosłupa”.

Temat II: „Obrażenia stawu kolanowego”.

5 lutego 1972 r. powstaje Ogólnopolska Sekcja Spondyliatrii Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, której Prezesem został wybrany Prof. Gerwazy Świderski. Sekcja bardzo ściśle współpracuje z Polskim Towarzystwem Ortopedycznym i Traumatologicznym.

Stały wzrost nowych metod diagnostycznych, terapeutycznych i operacyjnych z zakresu schorzeń kręgosłupa oraz wzrost zainteresowania tą tematyką wśród ortopedów stały się przyczyną powstania w roku 1981 Sekcji Spondyloortopedii PTOiTr, której pierwszym prezesem został wybrany Prof. Stefan Maławski z Otwocka. Sekcja co 2 lata w okresach międzyjazdowych organizuje sympozja związane z tematyką kręgosłupową.

Lata 2004-2012 to kolejny okres, w którym dokonał się olbrzymi postęp zarówno w diagnostyce i leczeniu chirurgicznym schorzeń kręgosłupa.

W diagnostyce nowotworów pierwotnych i przerzutowych kręgosłupa coraz większe zastosowanie znajduje badanie PET, uznawane aktualnie jako najdoskonalsze w ocenie rozległości zmian nowotworowych w tkance kostnej.

W leczeniu chirurgicznym nowotworów kręgosłupa, zarówno pierwotnych, jak i przerzutowych, najlepsze wyniki uzyskuje się stosując technikę całkowitej spondylektomii „en block” (Ryc. 11). Technikę tę opracował i wprowadził do praktyki klinicznej Tomita i wsp. (..) W celu wykonania tego zabiegu koniecz-

na jest specjalnie skonstruowana przez Tomitę piłka gigli. Stosowanie tej techniki operacyjnej zapewnia przeżycie powyżej 5 lat u 75% pacjentów. W Polsce metoda ta jest rzadko stosowana.

Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa. Kończąc swój artykuł w 2003 roku pt. „Rozwój chirurgii kręgosłupa w 75-leciu Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego” pisałem o wprowadzeniu do leczenia sztucznych dysków szyjnych i lędźwiowych. Dzisiaj leczenie zwyrodnieniowej choroby dyskowej za pomocą sztucznych dysków stało się metodą z wyboru i stosowana jest ona w wielu ośrodkach krajowych, między innymi: Konstancinie, Krakowie, Olsztynie, Piekarach Śląskich, Zakopanem. (Ryc. 12, 13). Stosowanie usztywnień w zwyrodnieniowej chorobie dyskowej zwłaszcza w odcinku szyjnym nie jest zalecane ze względu na występowanie tzw. objawu „segmentu sąsiedniego”.

Chirurgia Małoinwazyjna. Kolejnym postępowaniem w leczeniu zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, w tym choroby dyskowej są: nukleoplastyka, pierścienioplastyka (IDET), laseroplastyka i ekspandory międzykolczyste powodujące międzytrzonową dekompresję tarczy międzykręgowej. (Ryc. 13). Wszystkie ww. metody zaliczane są do technik małoinwazyjnych, a więc kierunku, w którym podąża współczesna ortopedia i chirurgia kręgosłupa. Stosowane są one z powodzeniem w wielu ośrodkach w kraju, takich jak: Kamienna Góra, Żory, Piekary Śląskie, Olsztyn, Zakopane i inne.



Ryc. 11. Resekcja „en block” zmian nowotworowych na poziomie Th12



Ryc. 12. Degeneracyjna dyskopatia odcinka szyjnego kręgosłupa. Implantacja 2 sztucznych dysków



Ryc. 13. Degeneracyjna dyskopatia odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Implantacja sztucznego dysku

Bardzo rozwinęła się na świecie jako dział technik małoinwazyjnych chirurgia endoskopowa.

Endoskopia – stosowana jest w leczeniu skolioz, dyskopatii odcinka piersiowego i lędźwiowego, w paliatywnym leczeniu jednoogniskowych guzów złośliwych i przerzutów nowotworowych do kręgosłupa, biopsji, wadach wrodzonych kręgosłupa, zmianach zapalnych.

Wielką popularność na świecie zyskała endoskopia przezotworowa nukleotomia lub discektomia. W okresie ostatnich lat wykonano na świecie dziesiątki tysięcy endoskopowych kręgosłupowych procedur stosując ten sam dostęp lecz różne specyficzne metody i technologie (Ryc. 14). Aktualnie poza Kliniką CMUJ w Zakopanem metoda endoskopowa ta nie zyskała w Polsce większego uznania.

Kyfoplastyka i wertebroplastyka. Wielkim postępem w leczeniu złamań osteoporotycznych kręgosłupa, przerzutach nowotworowych i świeżych złamaniach okazała się kyfoplastyka i wertebroplastyka. W kyfoplastyce dokonuje się za pomocą balona wprowadzonego przez pedikulum w celu restytucji wysokości trzonu kręgowego, a następnie w wytworzoną niszę wstrzykuje się cement kostny (Ryc. 15). Wertebroplastyka tylko częściowo dokonuje restytucji wysokości trzonu kręgowego, głównie stabilizuje złamanie i znosi dolegliwości bólowe. Kyfoplastyka ze względu na wysoki koszt balonu i aparatu rozprężającego oraz braku jej w katalogu procedur NFZ nie jest u nas w kraju powszechnie stosowana.

Ostatnie lata to olbrzymi rozkwit na całym świecie technik operacyjnych z dostępu tylnobocznego i bocznego kręgosłupa. Jedną z najczęściej stosowa-





Ryc. 14. Expander międzywyrostkowy implantowany na 2 poziomach L4-L5, L5-S1



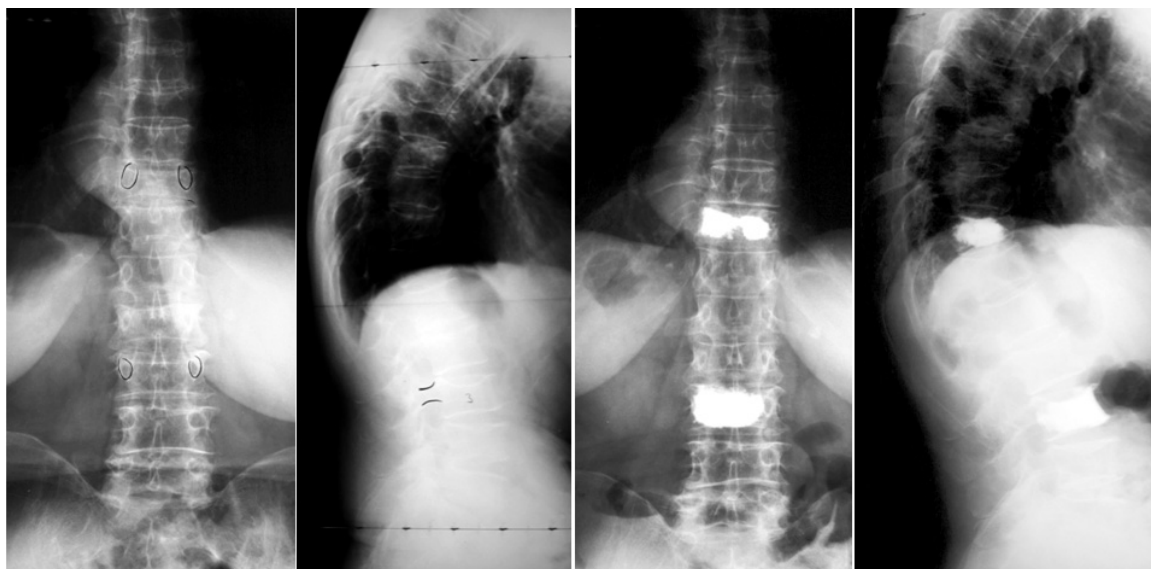
Ryc. 15. Dyskopatia piersiowa Th5-Th6. Resekcja endoskopowa

nych jest technika przezskórnej stabilizacji kręgosłupa (Ryc. 16). Zaletą tych technik operacyjnych jest przede wszystkim: mniejsze uszkodzenie tkanek miękkich, mniejsza utrata krwi, krótszy pobyt w szpitalu, szybszy proces zdrowienia, zmniejszenie powikłań w postaci tzw. „segmentu sąsiedniego”, szybszy czas zabiegu oraz marketingowe ze względu na pacjenci lubią „nowości”. Jak każda nowa metoda obarczona jest wadami – należą do nich: długa krzywa uczenia się, większe napromieniowanie zespołu operującego przez tzw. ramię C, otyli pacjenci. W przyszłości problem ten mogą rozwiązać roboty, stereotaktyczna nawigacja, oraz aparaty typu O-arm.

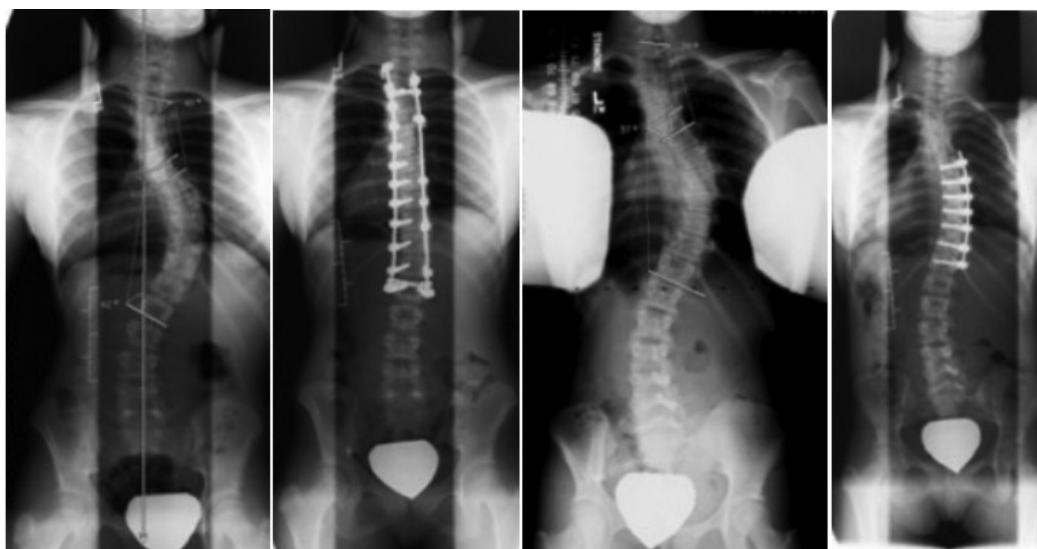
Wskazania do stosowania technik małoinwazyjnych są bardzo szerokie: złamania, zapalenie krążka

międzykręgowego i trzonów, dyskopatia piersiowa, paliatywne leczenie jednoogniskowych guzów złośliwych i przerzutów, biopsje, niestabilność degeneracyjna, stenoza kanału z niestabilnością, kręgozmyk degeneracyjny i węzinowy, wrodzone deformacje kręgosłupa. Stosowanie technik małoinwazyjnych jest możliwe dzięki konstrukcji nowych instrumentarium i implantów.

Dynamiczna stabilizacja kręgosłupa. Z chwilą wprowadzenia implantów do leczenia schorzeń i deformacji kręgosłupa zawsze dążyliśmy do osiągnięcia jak najlepszej sztywności układu stabilizacyjnego. Po wielu latach obserwacji okazało się, że zbyt duża sztywność (przesztywnienie) układu nie jest korzystne dla układu kostnego. Przesztywnienie



Ryc. 16. Wertenoplastyka dwupoziomowa. Złamania osteoporotyczne



Ryc. 17. Idiopatyczne skrzywienie kręgosłupa leczenie: a) dostęp tylny, b) dostęp przedni

w wielu przypadkach jest przyczyną braku zrostu w miejscu planowanej spondylodezy, złamań przeciążeniowych implantów, metalozy. Aktualnie konstruowane implanty-instrumentaria zawierają element mikroruchów jakże korzystny w kontakcie kość-metal. Dynamiczne pedikularne stabilizacje za pomocą instrumentarium, takich jak Dynesis, Cosmic, Paradigm Spine w długim okresie obserwacji uzyskały dobre wyniki [17]. Ze względu na wysoki koszt implantów ten typ stabilizacji jest mało popularny w naszym kraju.

Skoliozy idiopatyczne. Tendencje w leczeniu tej jednostki chorobowej idą w dwóch kierunkach: po pierwsze poprzez ograniczenie rozległości spondylodezy zarówno z dostępu tylnego, jak i przedniego oraz derotację skrzywienia en block. Dobry wynik końco-

wy uzyskujemy poprzez instrumentację skrzywienia dwuukowego z dostępu tylnego tylko za pomocą śrub transpedikularnych. Po drugie coraz większe zastosowanie ma spondylodeza przednia w skrzywieniach jednoukowych, która zmniejsza zakres spondylodezy, daje lepszą korekcję skrzywienia i szybszą spondylodezę [15] (Ryc. 17).

Wszystkie ww. metody i techniki operacyjne są stosowane w Polsce w Klinikach, oddziałach ortopedycznych i neurochirurgicznych. Jedyńm problemem jest wycena procedur medycznych, które w wielu przypadkach są niedoszacowane i hamują dalszy postęp chirurgii kręgosłupa.

W związku z olbrzymim zainteresowaniem chirurgią kręgosłupa wśród lekarzy ortopedów i neurochirurgów oraz stale wzrastającą liczbą pacjentów wy-

magających leczenia chirurgicznego oraz niezbyt efektywną działalnością Sekcji Spondyloortopedii postanowiono powołać do życia wspólnie z kolegami neurochirurgami Polskiego Towarzystwa Chirurgii Kręgosłupa.

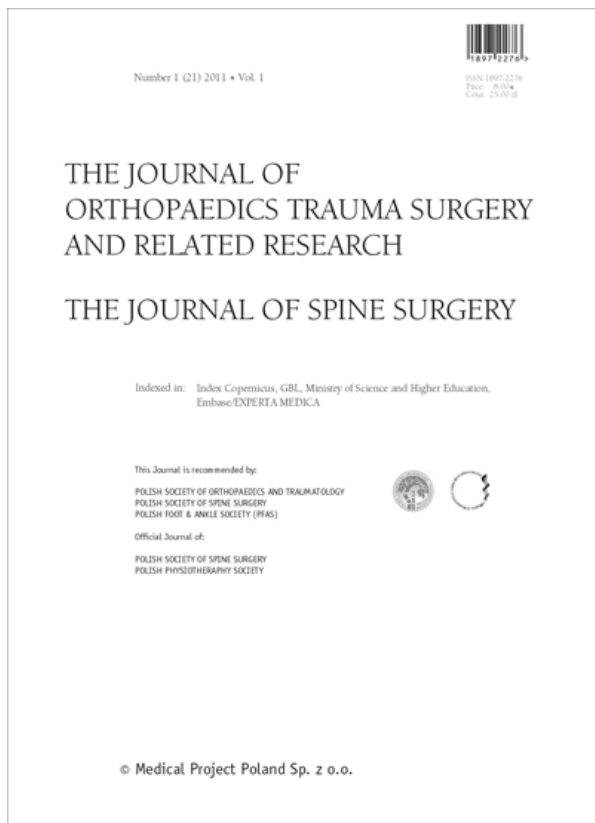
Polskie Towarzystwo Chirurgii Kręgosłupa (PTChK) powołane zostało do życia 31 października 2006 r. w Zakopanem w trakcie obrad I Międzynarodowego Sympozjum Naukowego pt. „Kontrowersje i Postępy w Chirurgii Kręgosłupa”. Członkowie założyciele postanowili uznać Sympozjum za I Zjazd Polskiego Towarzystwa Chirurgii Kręgosłupa.

Polskie Towarzystwo Chirurgii Kręgosłupa zostało wpisane do Krajowego Rejestru Sądowego dn. 27.04.2007 r. pod nr KRS 0000279821. W statucie Towarzystwa zapisano, że funkcję Prezydenta naprzemiennie pełnią ortopeda i neurochirurg.

Pierwszym Prezydentem Towarzystwa został wybrany Prof. zw. dr hab. med. Daniel Zarzycki.

Siedzibą Towarzystwa została Katedra i Klinika Ortopedii w Zakopanem.

Nowo powstałe Towarzystwo postanowiło wydawać własne czasopismo naukowe pod nazwą „The Journal Spine Surgery”, którego w chwili obecnej redaktorem naczelnym jest Prof. zw. dr hab. med. Daniel Zarzycki.



Ryc. 18. Okładka czasopisma „The Journal Spine Surgery”

Wiosną 2012 roku ukazał się pierwszy numer „The Journal of Spine Surgery” jako samodzielnego czasopisma Towarzystwa (Ryc. 18).

**I Zjazd Polskiego Towarzystwa Chirurgii Kręgosłupa**, 30-31 październik 2006 r. Zakopane.

Tematyka Zjazdu: „Kontrowersje i Postępy w Chirurgii Kręgosłupa”.

W Zjeździe brało udział 140 uczestników. Wygłoszono 41 referatów, w tym lekarze z Austrii, USA, Belgii, Finlandii, Ukrainy oraz Wielkiej Brytanii.

**II Zjazd Polskiego Towarzystwa Chirurgii Kręgosłupa**, 24-25 październik 2008 r. Zakopane.

Tematyka Zjazdu:

1. „Choroba dyskowa kręgosłupa”;
2. „Zespoły bólowe kręgosłupa”;
3. „Urazy kręgosłupa”;
4. „Badania podstawowe i bioinżynieria”.

W Zjeździe brało udział 260 uczestników. Wygłoszono 59 referatów

**III Zjazd Polskiego Towarzystwa Kręgosłupa** odbył się w dniach, 14-16 październik 2010 r. Zakopane.

Tematyka Zjazdu:

1. „Choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa”;
2. „Deformacje kręgosłupa – leczenie operacyjne”;
3. „Patologia pogranicza czaszkowo-kręgosłupowego”;
4. „Rehabilitacja w schorzeniach kręgosłupa”.

W Zjeździe brało udział 270 uczestników. Wygłoszono 70 referatów.

Gościem specjalnym Zjazdu był Dr John Kostiuik z John Hoppkins University, Baltimore USA. Ponadto w Zjeździe uczestniczyli lekarze ze Szwecji, Ukrainy, Zjednoczone Emiraty Arabskie, Hiszpani, Szwajcarii, Niemiec.

Nowym Prezydentem Towarzystwa na walnym zgromadzeniu członków został wybrany neurochirurg Prof. dr hab. med. Wojciech Kloc.

Nowo wybrany Prezydent zgłosił propozycję powołania 4 oddziałów terenowych: północnego, południowego, zachodniego i wschodniego co uzyskało akceptację członków Towarzystwa. Oddziały Regionalne w okresie międzyjazdowym organizują Sympozja i spotkania naukowe.

**IV Zjazd Polskiego Towarzystwa Chirurgii Kręgosłupa**, 11-13 październik 2012 r. Zakopane.

Tematyka Zjazdu:

1. „Nowotwory Kręgosłupa”;
2. „Chirurgia Małoinwazyjna”;
3. „Medycyna oparta na faktach (EBSM)”.

W Zjeździe uczestniczyło 300 lekarzy wielu specjalności medycznych. Wygłoszono 64 referaty.

Członkami honorowymi Towarzystwa są: Prof. dr hab. med. Stefan Malawski, Prof. dr hab. med. Ger-

wazy Swiderski, Prof. dr hab. med. Jan Haftek, Prof. dr hab. med. Daniel Zarzycki

W swoim szkicu historycznym rozmyślnie najczęściej uwagi poświęciłem ludziom, którzy wnieśli największy wkład w rozwój światowej i polskiej chirurgii kręgosłupa. Datami bibliograficznymi chciałem pokazać jak podążaliśmy za światowymi nowinkami, tendencjami i upodobaniami.

Chciałem odświeżyć i przypomnieć dokonania tych wszystkich, którzy w trudzie kładli zręby pod dzisiejszy poziom polskiej spondyloortopedii. Wydawało mi się to sprawą najważniejszą w dniach Jubileuszu 100-lecia ortopedii polskiej.

## PIŚMIENNICTWO

1. Raszeja F.: Polska Bibliografia ortopedyczna 1900 - 1930. Chir. Narz. Ruchu Ortop. Pol. 1932, 5, str. 531-567.
2. Wierzejewski I.: Czy istnieje nawykowe boczne skrzywienie kręgosłupa? Chir. Narz. Ruchu Ortop. Pol. 1928, z. I.
3. Albee F.: Transplantation of a portion of the tibia into the spine for Potts disease: A preliminary report. JAMA 1911, 57, str. 885-886.
4. Zaremba J.: Uwagi krytyczne o operacji Albee'go w gruźlicy kręgosłupa. Chir. Narz. Ruchu Ortop. Pol. 1929, z. IV.
5. Royle ND.: The operative removal of an accessory vertebra. Med. H. Aust. 1928, 1, str. 467.
6. Gruca A.: Rozwój ortopedii w Polsce w latach 1928-1958. Chir. Narz. Ruchu Ortop. Pol., 1958, 23, str. 509 - 514.
7. Gruca A.: Revue de Chir. Ortop., 1956, 42, str. 916-920.
8. Gruca A.: Estratto XLI Congresso Societa Italiana di Ortopedia e Traumatologia. Bologna, 1956, str. 419-429.
9. Gruca A.: The pathogenesis of idiopathic scoliosis. J. Bone Joint. Surg. (Am) 1958, 40, str. 570-84
10. Harrington P.: Treatment of scoliosis: Correction and internal fixation by spinal instrumentation. J. Bone Joint. Surg (Am) 1962, 44, str. 592-610.
11. Dwyer A.F., Newton N.C., Sherwood A.A.: An anterior approach to scoliosis. A preliminary report. Clin. Orthop. 1969, 62, str. 169-202.
12. Zielke K, Stunkat R., Beaujean F.: Derotation and fusion. Anterior spinal instrumentation. Orthop. Trans 1978, 2, str. 270.
13. Luque ER.: Segmental spinal instrumentation for correction od scoliosis. Clin. Orthop. 1982, 163, str. 192-209.
14. Zarzycki D.: Operacyjne leczenie skolioz wczesnodziecięcych. Chir. Narz. Ruchu Ortop. Pol. 1985, 50, str. 95-101.