

Gazeta Lekarska

PISMO IZB LEKARSKICH

EGZEMPLARZ BEZPŁATNY • ISSN 0867-2164



www.gazetalekarska.pl

Temat miesiąca
**Ratujemy i...
co dalej?**

s. 12

Stomatologia
prof. Ryszard Koczorowski:
gerostomatologia

s. 26

Ochrona zdrowia w UE
Australia – na garnuszku
budżetu państwa

s. 48

Przeszłość i teraźniejszość wciąż się przenikają

Z prof. Damianem Kuszem, kierownikiem Katedry i Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu Wydziału Lekarskiego w Katowicach Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, prezesem Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego, rozmawia Lucyna Krysiak.

FOTO: Archiwum



Polska ortopedia i traumatologia obchodzi w tym roku 100 lat istnienia. Do jakich refleksji skłania taki jubileusz?

Na początku minionego stulecia wszystko, co wiązało się z leczeniem przy użyciu skalpela, było chirurgią w ogólnym znaczeniu tego słowa. Dopiero z niej wyłoniły się poszczególne specjalności. Ortopedia i traumatologia także. Operacje narządu ruchu wymagały nowego podejścia do stosowania znanych wówczas technik operacyjnych i innego instrumentarium chirurgicznego. Tkanka kostna wbrew pozorom jest bardzo wrażliwa, podatna na zakażenia, dlatego od początku rozumiano, że kluczową sprawą w operacjach kości i stawów jest nie tylko pomysłowość, ale też aseptyka. Nawet obecnie, przy możliwościach korzystania z antybiotyków o szerokim spektrum działania, zakażenie wprowadzone do kości trudno się leczy. Stąd tak dużą wagę przywiązuje się do profilaktyki. Rozumiano też, że ortopedia to nie tylko operacje, ale protezowanie i rehabilitacja, bez których nie ma powrotu do sprawności. Obecną pozycję dziedziną ta zawdzięcza więc tamtym pionierskim odkryciom, badaniom i badaczom. Na co dzień nie myśli się o tym. Ten jubileusz przypomina jednak, jaką drogę przeszła polska ortopedia, zanim znalazła się w obecnym miejscu. Ta przeszłość z teraźniejszością wciąż się przenikają. Na przełomie XIX i XX w. w Polsce było kilka znaczących centrów chirurgii, z których wyrosły ośrodki ortopedyczne. Jednym z nich był Lwów z Wydziałem Lekarskim Uniwersytetu im. Jana Kazimierza, skąd wywodzili się Ludwik Rydygier, Cezary Schramm czy Adam Gruca. To w ich umysłach zrodziło się rozumienie konieczności oddzielenia chirurgii narządu ruchu od innych dyscyplin chirurgicznych.

Podczas jubileuszowych uroczystości, które odbyły się w Poznaniu, wielokrotnie podkreślano wkład polskich lekarzy w rozwój ortopedii. Czy świat o nich pamięta?

Dokonania polskich ortopedów wywarły wpływ na rozwój tej specjalności w wielu krajach. Kiedy w 1913 r. w Poznaniu otworzono pierwszy szpital ortopedyczny, który po 10 latach przeobraził się w pierwszą w Polsce klinikę ortopedyczną, w tamtych czasach to było rewolucyjne przedsięwzięcie. Stał za nim prof. Ireneusz Wierzejewski, którego uważa się za protoplastę ortopedii. 1 kwietnia 1913 r. podpisał on umowę z Towarzystwem Charitas i ten dzień przyjmuje się za datę powstania polskiej ortopedii jako odrębnej specjalności. Profesor Wierzejewski był także współzałożycielem w 1928 r. i pierwszym prezesem Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego. Poza nim również profesorowie: Adam Gruca, Franciszek Raszeja i Wiktor Dega byli znani w świecie z nowatorskich rozwiązań w tej specjalności. Prof. Dega w 1970 r. na posiedzeniu Biura Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia przedstawił polską koncepcję kompleksowej rehabilitacji, która stała się modelową. Był także twórcą Katedry Medycyny Rehabilitacyjnej w Poznaniu, wówczas pierwszej tego rodzaju placówki w Polsce i na świecie. Staraniem prof. Grucy w Warszawie przy ul. Lindleya powstała największa w kraju, licząca 164 łóżka, klinika ortopedyczna, w której w latach 1945-1964 leczono się stacjonarnie 29 759 pacjentów i operowano blisko 20 tys. chorych, stosując najnowocześniejsze techniki operacyjne. Można więc powiedzieć, że prof. Gruca stworzył podwaliny pod dzisiejszą ortopedię.

100 lat temu urazów doznawało się głównie na wojnach. Jak wyglądała praca ortopedy w tamtych czasach?

W pierwszej połowie minionego stulecia ortopedia skupiała się głównie na amputacjach kończyn. Rany odniesione w walce często ulegały infekcji, panoszyła się zgorzel i ratunkiem było odjęcie kończyny, a to wymuszało równoległy rozwój technik protezowania i rehabilitacji. Z czasem pojawiły się prototypy sztucznych stawów. Były próby wykorzystywania w tym celu fragmentów drewna, kawałków szkła, metalu, bakelitu. Dzisiejsze endoprotezy wytwarza się z materiałów, z których buduje się promy kosmiczne. To były także czasy, kiedy nie było antybiotyków, a do zabiegów znieczulało się pacjentów eterem. Dopiero po II wojnie światowej antybiotyki zaczęły być powszechnie stosowane, a rozwój anestezjologii pozwolił na bardziej skomplikowane, rozległe i trwające dłużej operacje ortopedyczne, również z użyciem implantów. To jeszcze bardziej uświadamia, jak długą drogę trzeba było przejść, aby znaleźć się w miejscu, w którym znajdujemy się obecnie. Niebagatelną rolę spełniało w tym Polskie Towarzystwo Ortopedyczne, które od początku wytyczało kierunki rozwoju tej specjalności. Już na II Zjeździe, który odbył się w 1929 r. w Wilnie, podkreślono szczególne znaczenie wczesnego rozpoznawania oraz leczenia rozwojowej dysplazji i zwłknięcia stawu biodrowego u dzieci oraz konieczność objęcia badaniem profilaktycznym wszystkich noworodków na drodze organizacyjnej. Tego rodzaju podejście było czymś nowym w świecie, a dziś jest standardem. Szalała też gruźlica, która atakowała kręgosłup i stawy biodrowe. Amputacje ratowały życie, ale okaleczały, dlatego poszukiwano takich technik operacyjnych, które pozwoliłyby uniknąć niepełnosprawności. Zaczęto więc zespałać kości, zakładać implanty pomagające kościom się zrosnąć. Przez lata znakiem rozpoznawczym tamtych czasów w ortopedii był opatrunek gipsowy i wyciągi bezpośrednie, które unieruchamiały pacjentów na wiele tygodni. Na szczęście to już przeszłość. Gips wyparły ortozy, a ponad 90 proc. operowanych dzisiaj chorych nie potrzebuje unieruchomienia. Jeszcze 30 lat temu po operacji wszczepienia stawu biodrowego pacjent musiał leżeć w łóżku z opatrunkiem gipsowym biodrowym, opasującym miednicę i kończynę przez 3 miesiące. Dziś jest pionizowany nazajutrz i bez unieruchomienia. Ta myśl, aby pacjenta jak najszybciej „stawić na nogi” i usprawiać, była główną siłą napędzającą postęp w ortopedii i rehabilitacji.

Co jest obecnie wyznacznikiem nowoczesności w ortopedii i traumatologii?

Współczesna ortopedia i traumatologia rozwija się w kilku kierunkach. Jednym z nich, może nawet najważniejszym, jest walka ze skutkami starzenia się narządu ruchu. Medycyna sprawiła, że długość życia się wydłuża. „British Medical Journal” opublikował wyniki badań, z których wynika, że połowa kobiet, które obecnie mają 50 lat, dożyje setki. Dla ortopedii i traumatologii to wyzwanie, bo każda z tych kobiet może wymagać implantacji sztucznego stawu. Wiek robi swoje i wśród tych osób większość dotknie choroba zwyrodnieniowa, która obecnie przybrała rozmiar epidemii. Inna, równie groźna epidemia, to otyłość, która powoduje przeciążenia narządu ruchu i zwyrodnienia. Dlatego też operacji ortopedycznych, a także wszczepienia endoprotez, potrzebuje coraz więcej ludzi w różnym wieku, także młodszych. Dla nich taka operacja to powrót do normalnego życia i pełnej aktywności zawodowej. A dla

„British Medical Journal” opublikował wyniki badań, z których wynika, że połowa kobiet, które obecnie mają 50 lat, dożyje setki. Dla ortopedii i traumatologii to wyzwanie.

wszystkich uwolnienie od bólu i inwalidztwa. Kolejna grupa to ofiary wypadków komunikacyjnych i urazów sportowych. Jednym słowem naszym pacjentem może dziś być każdy. Obecnie jesteśmy w stanie wymienić wiele stawów i struktur anatomicznych, począwszy od krążków międzykręgowych po stawy ramienne, łokciowe, nadgarstka, rąk, biodrowe, kolanowe, skokowe i stóp. Jedno trzeba podkreślić, niezależnie od wieku pacjenta operacyjne leczenie u niego zwyczajnie czy urazów narządu ruchu odciąża społeczeństwo, które zawsze ponosi koszty związane z opieką, wypłacaniem zasiłków chorobowych czy rent. Trzeba sobie jasno powiedzieć, że niepełnosprawność generuje koszty.

To logiczne, tym trudniej zrozumieć, dlaczego na wszczepienie endoprotez polscy pacjenci czekają po kilka lat. Jak daleko nam do Europy, gdzie endoprotezoplastyka jest lepiej zorganizowana i lepiej finansowana?

Zarówno jeśli chodzi o liczbę wszczepianych endoprotez, jak i o czas oczekiwania chorych na operację, Polska jest w ogonie Europy i w aspekcie starzenia się społeczeństwa to dramat. Rozwiązanie widzę w zmianie kwalifikacji pacjentów do protezowania. Chorzy ze zmianami zwyrodnieniowymi powinni być operowani znacznie wcześniej, kiedy choroba nie poczyniła jeszcze spustoszeń. Często występuje u nich taka destrukcja stawu, że wskazanie do operacji jest na jutro, a nie za parę lat. To powinien być priorytet, wtedy znacznie spadnie liczba chorych wymagających endoprotezowania w wieku podeszłym. Ale nie ma na to pieniędzy. Oczywiście pojawi się inna kwestia – konieczność wymiany sztucznych stawów po latach. Już teraz przeprowadzamy sporo takich operacji, jednak dysponujemy coraz nowocześniejszymi i trwalszymi implantami, których żywot jest coraz dłuższy. Pilniejsze jest, by policzyć, ile kosztuje leczenie farmakologiczne i sanatoryjne czy rehabilitacja, słowem utrzymanie pacjenta oczekującego pięć, sześć, a nawet więcej lat na endoprotezoplastykę i podjąć właściwe kroki. Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne naciska, by zwiększyć nakłady na endoprotezoplastykę. Niestety, bez odzewu. Kiedy WHO lata 2001-2010 ogłosiła Dekadą Kości i Stawów i świat dowiedział się,

że bardziej oplaca się inwestować w operacje ortopedyczne niż utrzymywać niepełnosprawnych, to w Polsce kampania przeszła bez echa i dalej tkwimy w martwym punkcie. Jeśli nie znajdą się pieniądze na wszczepianie sztucznych stawów, czeka nas katastrofa. Poziomem nie odbiegamy od ortopedii światowej, mamy dostęp do najnowocześniejszych implantów i świetnie wyszkolonych lekarzy, tym trudniej zrozumieć, dlaczego tak się dzieje.

Ortopedia coraz częściej zahacza o transplantologię. Czy polscy ortopedzi pracują nad takimi projektami?

Tak, od wielu lat dokonuje się przeszczepów więzadła krzyżowego przedniego ze zwłok, w przypadku kiedy wskutek urazu doszło do jego zerwania. Prowadzone są także próby przeszczepiania innych ścięgien i fragmentów chrzęstnokostnych. Najczęściej jednak przeszczepiamy kości, które pochodzą z banku kostnego i są najtańszym sposobem na odbudowanie ubytków, z którymi ortopeda ma do czynienia prawie codziennie. Wiele reendoprotezoplastyk wiąże się z niedostatkiem kości, często bardzo rozległym, który trzeba uzupełnić i tu także wykorzystujemy materiał przechowywany w bankach tkanek. Badania trwają, pojawiają się nowe możliwości, podejmowane są próby przeszczepu całej łątki pobranej ze zwłok i wykorzystanie komórek macierzystych. Ortopedia wiąże z transplantologią i nanotechnologią ogromną przyszłość.

Czy to prawda, że ortopedia to typowo męska specjalność?

Raczej tak, bo do przeprowadzenia wielu zabiegów niezbędna jest także siła fizyczna. Najbardziej jest potrzebna w przypadku operacji wszczepiania endoprotez biodra, ale potrzeba też siły, aby nastawić zwichnięty staw biodrowy czy ramienny. To trudna specjalność także ze względu na obciążenia psychiczne. Oddziały ortopedii pracują w systemie ostrodyżurowym. Oznacza to, że lekarz na ogół ma do czynienia z wielonarządowymi i wielomiejscowymi urazami, a to wymaga od niego odporności i wytrzymałości. A czasami musimy sobie umieć poradzić z pacjentem pijanym i agresywnym. ■

*Badania trwają,
pojawiają
się nowe
możliwości,
podejmowane
są próby
przeszczepu
całej łątki
pobranej
ze zwłok
i wykorzystanie
komórek
macierzystych.
Ortopedia wiąże
z transplanto-
logią
i nanotechno-
logią ogromną
przyszłość.*