

Władysław Manikowski

Chirurgia ręki w 100-leciu Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego

Chirurgia ręki jest jedną z najmłodszych gałęzi nauk chirurgicznych. Jest specjalnością zajmującą się restytucją zaburzonych czynności całej kończyny górnej w następstwie schorzeń, urazów i wad wrodzonych.

Termin „Chirurgia Ręki” jest więc tradycyjnym, umownym określeniem, którego treść jest znacznie szersza, niż wynikałoby to z formalnego znaczenia obu słów tworzących nazwę specjalności.

Chirurgia ręki wyłoniła się jako podspecjalność z chirurgii ortopedycznej, chirurgii ogólnej, a także częściowo z chirurgii plastycznej. Było to konieczne ze względu na złożoność budowy anatomicznej ręki oraz odrębność postępowania chirurgicznego.

Początek chirurgii ręki na świecie to początek bieżącego stulecia.

Wyłoniły się dwie wielkie amerykańskie szkoły chirurgii ręki (S. Bunnell i Mason-Allen). Za ojca chirurgii ręki uważa się Amerykanina Sterlina Bannella, który opublikował podręcznik Chirurgii Ręki omawiający fundamentalne zasady postępowania w stanach chorobowych kończyny górnej [1].

W Europie rozwój chirurgii ręki nastąpił po II wojnie światowej.

Konkurowały dwie szkoły: angielska z Pulvertaftem, Stackiem i Parksem oraz francuska z Iselinem, Verdaniem i Tubianą na czele.

W Polsce prekursorem i organizatorem chirurgii ręki był profesor Hieronim Strzyżewski z Poznania, który po pobytach w ośrodkach anglosaskich rozpoczął działalność w Klinice Ortopedycznej w Poznaniu, prowadząc łóżka zajmujące się chirurgią ręki. Pracował równocześnie w poradni, a następnie był organizatorem pierwszej w kraju Kliniki Chirurgii Ręki AM (1970 r.). Klinika w ubiegłym roku obchodziła 30-lecie swojego istnienia.

Rzeczywisty rozwój polskiej chirurgii ręki szedł jak gdyby dwoma torami.

Pierwszy, leczniczy, a drugi to działalność Towarzystwa.

W roku 1965 spotkali się przedstawiciele Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego oraz Towarzystwa Chirurgów Polskich, którzy zawiązali Sekcję Chirurgii Ręki Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego. Sekcja

ta, działająca do dziś, skupia entuzjastów tej młodej dziedziny chirurgii.

W Polsce kilka ośrodków zajmuje się chirurgią ręki. Wspomniana już Klinika Chirurgii Ręki w Poznaniu, najstarsza w kraju, która od 1970 r., tj. od momentu powstania rozwija się. Rozpoczęła z kilkunastoma łózkami. W 2007 roku liczy 55 łóżek.

Poza tym działają: Klinika Chirurgii Urazowej i Chirurgii Ręki we Wrocławiu, Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Ręki w Szczecinie. Ważnym ośrodkiem jest Ośrodek Mikrochirurgii, Replantacji i Chirurgii Ręki w Trzebnicy, w którym dokonano pierwszych replantacji w naszym kraju.

Ponadto chirurgią ręki zajmują się oddziały ortopedyczne, a szczególne osiągnięcia z tego zakresu ma Klinika Ortopedii w Białymstoku, Klinika Ortopedii w Gdańsku, jak i Klinika Chirurgii Plastycznej Centrum Doskonalenia Lekarzy w Warszawie, jak i Wojewódzki Szpital Chirurgii Plastycznej w Polanicy [2,3,4,5].

Chirurgia ręki, w nowoczesnym ujęciu, zajmuje się schorzeniami i urazami całej kończyny górnej, a więc poczynając od uszkodzeń splotu ramiennego, poprzez uszkodzenia barku, ramienia, stawu łokciowego, przedramienia i, sensu stricto, ręki. To powoduje, że ta dziedzina odznacza się bardzo dynamicznym rozwojem.

Dużym działem wchodzącym zarówno w skład chirurgii ręki, jak i innych specjalności jest mikrochirurgia [6,7]. Techniki mikrochirurgiczne są wykorzystywane w chirurgii ręki w znaczącym stopniu. To właśnie w chirurgii ręki zaczęły się replantacje i revascularyzacje.

Dziś, w klinikach i oddziałach chirurgii ręki wykonuje się mikrochirurgiczne operacje dotyczące przeszczepienia tkanek, płatów tkankowych, przeszczepienia unaczynionych fragmentów kości, w stanach nieogojących się złamań, a więc nie są to sensu stricto zabiegi dotyczące chirurgii ręki czy kończyny górnej, ale również w zakresie ortopedii, chirurgii plastycznej i chirurgii urazowej.

Działalność naukowa w chirurgii ręki to realizacja corocznych spotkań. Sympozja Sekcji to spotkania (odbyło się ich 36), w czasie których lekarze zajmujący się tą specjalnością, tak z kraju, jak i z zagranicy prezentują swoje poglądy, osiągnięcia, prowadzą



Ryc. 1. Zebranie organizacyjne przedstawicieli PTOiTr. oraz Towarzystwa Chirurgów Polskich w celu utworzenia Sekcji Chirurgii Ręki PTOiTr. – Poznań 1967 r. Od lewej stoją: prof. R. Kocieba, prof. H. Strzyżewski, dr W. Woźny, prof. Adamczyk, dr W. Manikowski, dr A. Jurczyk, prof. A. Senger, dr Z. Keppe, prof. M. Krauss, prof. H. Kuś, prof. A. Seyfried, dr S. Jakubowski

działalność dydaktyczną omawiającą najważniejsze problemy dotyczące chirurgii ręki, jak i wskazania do leczenia na oddziałach ogólnochirurgicznych czy też traumatologicznych.

Wobec istnienia zaledwie kilku ośrodków chirurgii ręki, bardzo dużą grupę operacji wykonują również oddziały chirurgiczne lub oddziały traumatologiczne szpitali wojewódzkich, lub szczebla niższego. Jest to konieczne ze względu na brak specjalistów z tej dziedziny, jak i wystarczającej liczby ośrodków. Ośrodki chirurgii ręki, o których wspomniałem powyżej, są zupełnie przyzwoicie wyposażone. Na ogół posiadają mikroskopy operacyjne, zestawy narzędzi mikrochirurgicznych, zestawy narzędzi do chirurgii ręki, jak również przeszkolony zespół lekarzy.

Do chwili obecnej, w kraju nie istnieje specjalizacja w dziedzinie chirurgii ręki. Organizowane są jedynie kursy z zakresu chirurgii ręki, ogólnopolskie kursy w poszczególnych klinikach, jak również chirurgia ręki jest działem w programach kursów z zakresu chirurgii ogólnej, traumatologii, ortopedii itp.

Ze względu na szybki rozwój chirurgii ręki w naszym kraju, w 1998 r. zostało powołane Polskie Towarzystwo Chirurgii Ręki. Siedzibą Towarzystwa jest Poznań.

I Kongres Chirurgii Ręki omawiający 30-lecie działalności, jak również podsumowujący osiągnięcia chirurgii ręki w naszym kraju, odbył się w Poznaniu w 1999 roku, a w roku 2003 III Kongres w Białymstoku.

Sekcja Chirurgii Ręki wydawała ze wszystkich swoich spotkań i sympozjów biuletyn informacyj-

ne, które z czasem przekształciły się w regularne czasopismo pod tytułem „Polish Hand Surgery”. Zamieszczane w nim były materiały z sympozjów, jak również artykuły zgłaszane przez poszczególnych lekarzy. Czasopismo jest recenzowane i ukazuje się w stałym nakładzie (redaktor prof. J. Skowroński).

Sekcja Chirurgii Ręki, a obecnie Polskie Towarzystwo Chirurgii Ręki ściśle współpracuje z międzynarodowymi gremiami zajmującymi się chirurgią ręki. Towarzystwo i Sekcja należą do Europejskiej Federacji Towarzystw Chirurgii Ręki i do Światowego Zrzeszenia Towarzystw Chirurgii Ręki.

Właściwie od 1985 roku, a już od 1990 roku w pełnym wymiarze, członkowie Towarzystwa biorą stały, czynny udział w Zjazdach Światowych Towarzystw Chirurgii Ręki, Europejskich Towarzystw Chirurgii Ręki, Światowych Zjazdach Mikrochirurgii, będąc referentami, prowadząc sesje, będąc również moderatorami sesji okrągłego stołu. Biorą również stały udział w zjazdach krajowych różnego rodzaju, jak np. w Zjeździe Amerykańskiego Towarzystwa Nerwów Obwodowych, w zjazdach w Izraelu, we Francji, w Niemczech, Wielkiej Brytanii, w Finlandii, Japonii i innych krajach na świecie.

Członkowie Towarzystwa są autorami licznych publikacji. Oprócz „Polish Hand Surgery” artykuły dotyczące chirurgii ręki ukazują się w „Chirurgii Narządu Ruchu i Ortopedii Polskiej”, w „Polskim Przeglądzie Chirurgicznym”, w „Kwartalniku Ortopedycznym” i w wielu innych czasopismach o zasięgu krajowym i międzynarodowym.

Wdrażanie w 1999 roku reformy zdrowia spowodowało perturbacje również w zakresie chirurgii ręki. Umowy z kasami chorych omawiały przeciętne zabiegi, przeciętne operacje. Natomiast pominięto praktycznie zupełnie operacje mikrochirurgiczne, problem replantacji. Te operacje są kosztowne, wymagają długiego pobytu w szpitalu i w związku z tym powodują niechęć dyrektorów szpitali do tego typu leczenia.

Możnaby złośliwie powiedzieć, że amputacja jest znacznie tańsza niż replantacja. Ale jest to naturalnie bardzo powierzchowne stwierdzenie, gdyż skutki amputacji w przyszłości, nawet ekonomiczne, są zdecydowanie większe niż replantowanej kończyny, nie mówiąc już o skutkach psychicznych i społecznych.

Istotnym problemem dla chirurgii ręki jest stworzenie standardów postępowania. Jeszcze w tej chwili pokutuje czasem stwierdzenie, że jeżeli dochodzi do urazu ręki, może to zaopatrzyć najmłodszy nawet asystent. Niestety, skutki tej działalności są opłakane. Nieumiejętnie i w złych warunkach przeprowadzane zespolenia ścięgien i nerwów, niekontrolowane tworzenie się blizn, powodują trwałe, nieodwracalne kalectwo, którego często nie można pokonać nawet za pomocą leczenia rekonstrukcyjnego w ośrodkach specjalistycznych.

Brak przygotowania, umiejętności, jak również brak odpowiednich narzędzi może spowodować trwałe niekorzystne następstwa [6].

Jakie jest miejsce polskiej chirurgii ręki na tle europejskiej czy też światowej na początku XXI wieku?

Wydaje się, że posiadamy odpowiednio przygotowanych specjalistów. Jest ich kilkunastu, może kilkadziesiąt. Oddziały zajmujące się chirurgią ręki, a więc Kliniki, posiadają odpowiednie wyposażenie, odpowiednie narzędzia mikrochirurgiczne, działalność naukowa jest bardzo żywa. Coroczne czy odbywające się co dwa lata spotkania w Polsce, udział we wszystkich zjazdach krajowych z zakresu chirurgii, ortopedii i chirurgii plastycznej świadczą o dużej aktywności członków Polskiego Towarzystwa Chirurgii Ręki.

Uważam, że na tle światowej chirurgii ręki polscy chirurdzy nie mają się czego wstydzić, a zabiegi wykonywane w naszym kraju nie odbiegają od standardów światowych. Natomiast organizacja nadal pozostawia wiele do życzenia.

W chwili obecnej, po ponownej reformie służby zdrowia, podpisywane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia nie uwzględniają konieczności tworzenia centrów, w których mogłyby być skupione środki i siły (wyszkolony personel i narzędzia) tak, aby można było cały kraj objąć prawidłową opieką.

POLSKIE TOWARZYSTWO
ORTOPEDYCZNE i TRAUMATOLOGICZNE
ZARZĄD GŁÓWNY

Warszawa

ul. Kopernika 43

L. dz. 324 / 66. W.

dnia 7. VI. 1966 r.

Dr.med.Hieronim S t r z y ż e w s k i

P o z n a ń

ul.Dzierżyńskiego 135

Uprzejmie komunikuję, że na podstawie § 46 Statutu Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego, Zarząd Główny P.T.O.i Tr uchwałą z dnia 25 maja 1966 roku, powołał do życia sekcję chirurgii ręki.

Jednocześnie upoważnił Pana Doktora do zorganizowania tej sekcji, ukonstytuowania jej Zarządu i dopilnowania innych czynności z tym związanych.

O fakcie zorganizowania sekcji chirurgii ręki wraz z przysianiem odpowiednich dokumentów, uprzejmie proszę powiadomić Zarząd Główny naszego Towarzystwa.

Sekretarz
M. Koszła
Doc.Dr.med.M.M.KOSZŁA

Tak jest za granicą, gdzie przede wszystkim dobrze zorganizowany jest transport. Wiele krajów posiada takie ośrodki i do nich kieruje się wszystkie poważniejsze urazy z zakresu chirurgii ręki. Jest to z punktu widzenia ekonomicznego i lekarskiego bardzo celowe, gdyż nie rozprasza się sił i środków, a wyniki leczenia w ośrodkach specjalistycznych są zdecydowanie lepsze niż w ośrodkach ogólnochirurgicznych.

W obecnej dobie, gdy na światowych zjazdach chirurgii ręki planowane są sesje poświęcone uszkodzeniom barku, stawu łokciowego, nerwów, nadgarstka czy reumatoidalnemu zapaleniu stawów wymaga bardzo dużej wiedzy i bardzo zawężonej często specjalności z poszczególnych dziedzin i działów chirurgii ręki, co jest praktycznie niemożliwe na oddziałach ogólnourazowych czy ogólnochirurgicznych.

W wielu krajach Europy i w Stanach Zjednoczonych istnieje już specjalizacja z zakresu chirurgii ręki i wydaje się, że jest to bezwzględna konieczność również w naszym kraju.

W chwili obecnej chirurgią ręki zajmują się ortopedzi, chirurdzy ogólni, chirurdzy plastycy, neurochirurdzy. Jednak dyscyplina ta ma już swoje ramy i wydaje się, że istnieje konieczność powołania specjalizacji z zakresu chirurgii ręki. Byłaby ona najprawdopodobniej nadspecjalizacją, a więc dla osób posiadających specjalizację z chirurgii ogólnej czy z ortopedii lub z chirurgii plastycznej, po których można byłoby dorabiać dodatkowo specjalizację z zakresu chirurgii ręki.

Jest to o tyle istotne, że w momencie wejścia do Unii uznawane byłyby nasze certyfikaty w całej

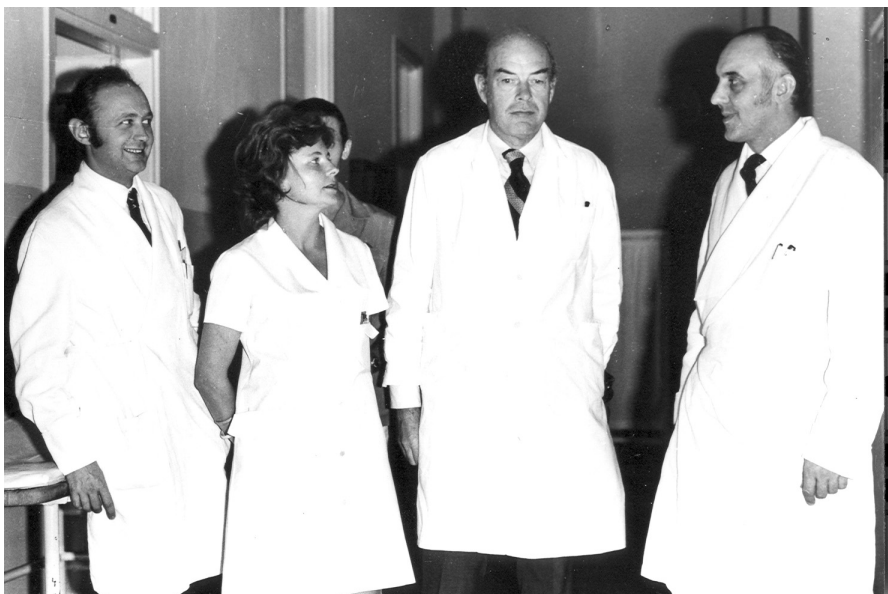
Europie. Dziś dla uznania specjalizacji mamy zaledwie kilka osób, które posiadają certyfikat Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Ręki, co wymagało międzynarodowego egzaminu, ale to dla większości kolegów byłoby niezwykle trudne. Dlatego też Polskie Towarzystwo Chirurgii Ręki podejmuje starania o stworzenie nowej specjalności pod nazwą Chirurgia Ręki.

Przystępując do najczęstszych problemów, którymi zajmuje się polska chirurgia ręki na początku XXI wieku trzeba powiedzieć, że jest to dziedzina medycyny zajmująca się urazami, wadami i schorzeniami kończyny górnej jako całości.

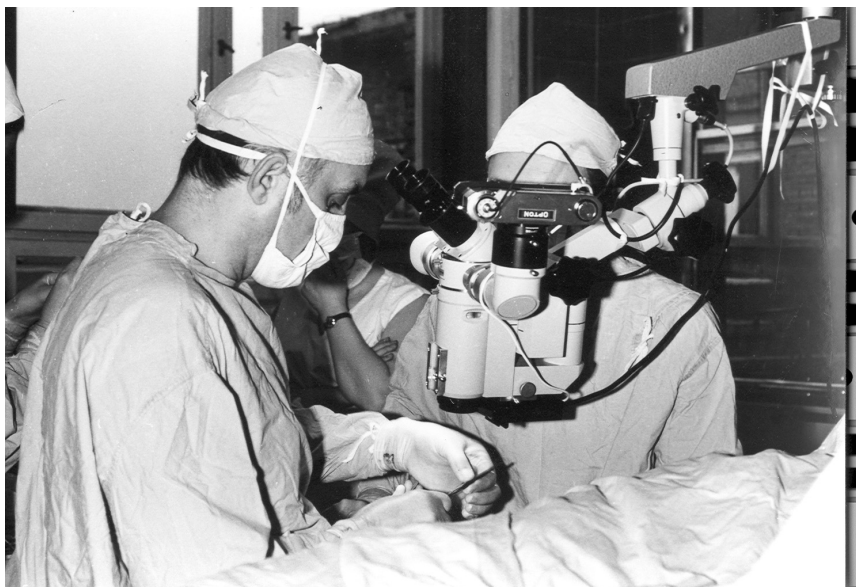
Przystępując do operacji z zakresu chirurgii ręki musimy myśleć o podstawowej funkcji ręki jakim jest chwytność i czucie, a więc możliwość wykonywania pracy, samoobsługi, jak i wyrażania uczuć. Dlatego też należy dążyć do rekonstrukcji wszystkich elementów tkankowych.

Wśród problemów leczniczych na czoło wysuwają się:

1. uszkodzenia skóry wymagające przeszczepów, techniki chirurgicznej plastycznej, płatów mikrochirurgicznych itp.
2. Uszkodzenia ścięgien – zginaczy i prostowników – wymagające bezpośredniego szwu (metoda Kleinerta) czy też rekonstrukcji jedno lub dwuetapowej.
- 3/ Uszkodzenia nerwów – jedno z najczęstszych problemów „ręki urazowej”. Konieczne jest w tych przypadkach: szew nerwu koniec do końca, szew nerwu z odciążeniem, rekonstrukcje z użyciem wolnych autogennych przeszczepów czy też no-



Ryc. 3. Wizyty gości zagranicznych w Klinice Chirurgii Ręki w Poznaniu. Od lewej: dr W.Manikowski, dr A.Jurczyk, prof. Adams (USA), prof. H.Strzyżewski



Ryc. 4. Pierwsze operacje mikrochirurgiczne przez mikroskop operacyjny (prof. H. Strzyżewski i dr W. Manikowski)

we (często w sferze badań) neurotuby jak i unaczynione przeszczepy.

4. Złamania w obrębie kończyny górnej stanowią bardzo istotny problem leczniczy ze względu na swoją częstość. Tak jak wszystkie, wymagają bardzo starannej repozycji, często operacji z zastosowaniem wszystkich dostępnych środków technicznych.
5. Wady wrodzone – nadal stanowią duży problem leczniczy. Operujący chirurg musi mieć świadomość i zdolność przewidywania co będzie się działo w trakcie wzrostu kończyny i co można zapro-

ponować i obiecać rodzicom dziecka. Są to bardzo trudne problemy wymagające bardzo dużego doświadczenia. Dlatego wybór czasu i rodzaju operacji jest momentem kluczowym decydującym o powodzeniu.

6. Bardzo częstymi pacjentami chirurgii ręki są chorzy z RZS. Tzw. ręka reumatoidalna, to osobny problem leczniczy, wymagający współpracy reumatologa i ortopedy. Dzisiejsze możliwości, szczególnie w zakresie endoprotezoplastyk stawów kończyn górnych, znacznie poprawiły wyniki leczenia.



Ryc. 5. Polska grupa na Światowym Zjeździe Chirurgu Ręki Vancouver – Kanada 1998 r. Stoją od lewej: doc. Deskur, dr Matuszewski, prof. Manikowski, prof. Nagay, prof. Romanowski

7. Istnieje grupa chorób stale „zasilająca” chirurgię ręki – to entezopatie, przykurcz Dupuytrena, neuropatie uciskowe itp. Jest to właściwie „codzienny chleb w oddziale chirurgii ręki”.
8. W ostatnich latach bardzo rozwinęła się chirurgia barku. Rozszerzyły się możliwości leczenia artroskopowego niestabilności, uszkodzeń rotatorów, zmian zwyrodnieniowych itp. Aktualnie w Poradni Chirurgii Ręki problemy barku stanowią dużą grupę pacjentów oraz istotny problem.
9. Mikrochirurgia w dzisiejszych czasach, na początku XXI wieku, jest stałą techniką stosowaną w wielu dziedzinach medycyny. Dziś nie sposób wyobrazić sobie chirurgii ręki bez stosowania technik mikrochirurgicznych.

Największe jednak usługi oddaje mikrochirurgia w zespalaniu drobnych naczyń krwionośnych. Nie byłoby żadnej możliwości replantacji palców bez stosowania tej techniki. Możliwość dokładnej oceny miejsca uszkodzenia naczynia, precyzja założenia szwów, atraumatyczność – wszystko to decyduje, że technika mikrochirurgiczna w zagadnieniach chirurgii naczyniowej wysuwa się na czołowe miejsce. Technikę tę stosuje się w różnych innych operacjach, jak przy wyluszczeniu drobnych nowotworów, w niektórych wadach wrodzonych, w uszkodzeniach ścięgien u dzieci itp. Największą zaletą tej techniki jest jej atraumatyczność, ogromna możliwość anatomicznego preparowania i precyzja dokonanych zespożeń, co w sposób istotny zwiększa szybkość procesów regeneracyjnych i zapobiega powikłaniom (np. zakrzepom naczyń).

Według naszego doświadczenia, operacje wykonane techniką mikrochirurgiczną, szczególnie w od-

niesieniu do nerwów obwodowych i naczyń o średnicy poniżej 1 mm, dają wyższy odsetek dobrych rezultatów w porównaniu z metodami konwencjonalnymi.

O ile zespolenia nerwów i tętnic o średnicy ok. 0,6-0,7 mm, przy obecnej technice operacyjnej, nie sprawiają biegłemu operatorowi trudności, o tyle zespolenia żył o takim przekroju są bardzo trudne i nie zawsze kończą się powodzeniem (częste mikrozakrzepy). Dlatego też wskazane jest wykonanie co najmniej dwóch lub więcej zespożeń żylnych obok jednego zespolenia tętniczego. W sposób istotny poprawia to ostateczne wyniki.

Techniki mikrochirurgiczne znacznie zwiększyły możliwości leczenia rekonstrukcyjnego w ortopedii i chirurgii ręki. Do najczęstszych stosowanych technik należą wolne przeszczepy tkanek z zespoleniem mikrochirurgicznym szypuły naczyniowej.

Płaty skórno-tłuszczowe, powięziowe i mięśniowe są szczególnie przydatne w rozległych ubytkach tkanek miękkich goleni i ręki. Są pobierane z ramienia, okolicy łopatki, czy też z mięśniem najszerszym grzbietu. Płaty takie, stosowane w zaburzeniach trofiki skóry w przebiegu stawów rzekomych goleni, w niektórych przypadkach są stymulatorem zrostu kostnego; obserwowano całkowite wyleczenie również stawów rzekomych po tego rodzaju przeszczepach.

Przeszczepy kości z szypułą naczyniową, stosowane w stawach rzekomych goleni wrodzonych i pourazowych, umożliwiają zmianę awaskularnych stawów w dobrze unaczynione złamanie. Szypuła przeszczepu, podłączona najczęściej do t. piszczelowej tylnej doprowadza do okolicy stawu rzekomego znacznie większą ilość krwi niż się to dzieje nawet w warunkach prawidłowych, co wydatnie poprawia możliwości zrostu.



Ryc. 6. I Kongres Polskiego Towarzystwa Chirurgii Ręki – Poznań 1999 r.

Najlepszymi miejscami pobierania przeszczepu są: część grzebienia talerza biodrowego – oparta na tętnicy okalającej biodro wewnętrznej (czasami również zewnętrznej) – oraz strzałka wraz z naczyniami strzałkowymi. Doświadczenie wskazuje na przewagę przeszczepu z talerza biodrowego, który pobieramy wraz z mięśniami, tkanką podskórną i płatem skóry. Przeszczep taki zwykle całkowicie rozwiązuje problem tak zrostu kostnego, ubytku skóry i tkanek miękkich goleni, jak i zaburzeń ukrwienia.

Przeszczepienia palców stopy w miejsce ubytków palców ręki jest już ogólnie w Polsce przyjętą metodą jej rekonstrukcji, szczególnie przydatną w odtwarzaniu funkcji kciuka. Istnieje kilka metod przeniesienia palców: od całego lub części palucha, poprzez pobranie skóry wraz z paznokciem do przeszczepienia palca II w całości, co naszym zdaniem jest operacją dającą bardzo dobre wyniki funkcjonalne. Duży liczbowo materiał z dobrymi rezultatami publikowały ośrodki chirurgii ręki w Białymstoku (Klinika Ortopedii), Warszawie (chirurgia plastyczna), Poznaniu, czy też ośrodek Trzebnicki. Istnieją również wskazania do jednoczesnego przeniesienia na jednej szypule dwóch palców stopy (najczęściej II i III) na rękę. Operacja ta daje bardzo dobry efekt kosmetyczny oraz wyraźną poprawę funkcji. Po przeniesieniach palców – tak jednego, jak i dwóch – nie obserwowaliśmy zaburzeń funkcji chodu.

Do rzadziej stosowanych przeszczepów należą przeszczepy stawów międzypaliczkowych ze stopy na rękę oraz przeszczep strzałki u dzieci wraz z chrząstką wzrostową.

Istnieje jeszcze cała grupa operacji mikrochirurgicznych bez odcinania, a następnie zespalania szypuły naczyniowej. W tych przypadkach wypreparowuje się płaty skórne, mięśniowe, kostne lub wielotkankowe na długiej szypule naczyniowej i wszczepia się je w przewidziane miejsce. Do najczęściej stosowanych przeszczepów tego typu należą tzw. płat chiński z przedramienia, oparty na t. promieniowej (przenoszony na rękę), przeszczep z talerza biodrowego przenoszony na głowę k. udowej w przypadkach jej martwicy, czy też cała gama przeszczepów z mięśni goleni, stosowana do pokrywania ubytków, odleżyn i owrzodzeń troficzných w tej okolicy.

Na szczególne podkreślenie zasługują unaczynione płaty kostne z talerza biodrowego wszczepiane w głowę i szyjkę k. udowej w przypadkach jej jałowej martwicy. Wypreparowana techniką mikrochirurgiczną długa szypuła naczyń głębokich okalających biodro, umożliwia ten przeszczep. Obserwacje autora ponad 40 przypadków potwierdziły skuteczność tego zabiegu i dobrą rewaskularyzację głowy

kości udowej. W blisko 75% wyniki są dobre i bardzo dobre, a kilka niezadowolających spowodowanych było brakiem doświadczenia i błędami w pierwszych operacjach. Wydaje się, że jest to metoda rokująca duże nadzieje w rozwiązaniu problemu leczenia jałowej martwicy głowy k. udowej u dorosłych. Skuteczny w tym schorzeniu jest również wolny przeszczep strzałki z zespoleniem naczyń technikami mikrochirurgicznymi.

Ciekawym i nowoczesnym rozwiązaniem jest unaczyniony przeszczep strzałki w ubytki kości np. udowej. Doświadczenia Kliniki Chirurgii Plastycznej CMKP w Warszawie i Otwocku oraz Kliniki Chirurgii Ręki w Poznaniu uzasadniają przydatność tej techniki. Ewentualnym jest przebudowa strzałki, która „pogrubia” się i upodabnia się do kości udowej. Jest to na pewno operacja XXI wieku.

REHABILITACJA

W chirurgii ręki bardzo istotną rzeczą jest prowadzenie odpowiedniego usprawniania po zabiegach operacyjnych. Wykonanie samej operacji, pozostawienie chorego bez rehabilitacji może w sposób znaczny ograniczyć wynik leczenia, a nawet całkowicie go zniwelować. Dlatego też nowoczesne techniki operacyjne umożliwiają prowadzenie rehabilitacji bezpośrednio po zabiegu, tak jak we wcześniej cytowanej metodzie szynowania dynamicznego wg Kleinerta, która umożliwia wykonywanie ruchów w drugiej dobie pooperacyjnej. Szybkie uruchamianie stawów w leczeniu ręki reumatoidalnej po synowektomiach jest również niezwykle istotne. Umiejętnie prowadzona rehabilitacja w znaczny sposób poprawia wyniki zabiegu operacyjnego.

W ośrodkach zachodnioeuropejskich i Stanach Zjednoczonych istnieją już poradnie rehabilitacji ręki. Również w naszym kraju, w Ośrodku krakowskim, prowadzona przez prof. Pieniążka Poradnia Rehabilitacji Ręki ma bardzo duże osiągnięcia i może być wzorem dla wielu oddziałów czy też poradni rehabilitacyjnych. Trzeba również pamiętać o możliwości stosowania różnego rodzaju aparatów, szyn, ortez, które w sposób istotny poprawiają funkcję ręki i umożliwiają powrót do pełnej czynności.

Brak umiejętności korzystania z rehabilitacji jako całości i różnych jej metod sprawia, że nawet najlepiej wykonane operacje nie dają pożądanego efektu funkcjonalnego.

PODSUMOWANIE

Kończąc stosunkowo krótkie i niepełne podsumowanie działalności polskiej chirurgii na początku

XXI wieku trzeba podkreślić, że wyszkolenie naszych specjalistów z zakresu chirurgii ręki odpowiada standardom europejskim i światowym, a operacje wykonywane w niektórych ośrodkach są najnowocześniejszymi osiągnięciami chirurgii ręki i spełniają wszystkie standardy.

W uznaniu zasług Polskiej Chirurgii Ręki Światowa Federacja Towarzystw Chirurgii Ręki nadała Profesorom: B. Nagajowi, J. Haftkowi i W. Manikowskiemu tytuł Pioniera Chirurgii Ręki na świecie.

Niestety, organizacja w tej młodej dziedzinie chirurgicznej jest niedoskonała. Reforma służby zdrowia spowodowała, że do zaopatrywania urazów ręki i wielu różnych urazów często zachęca się lekarza pierwszego kontaktu. Jest to zupełnie niezrozumiałe, gdyż powodować będzie niedoskonałe wyniki leczenia. Powodować będzie produkcję kalek, bo wtórne rekonstrukcje mogą być czasem niemożliwe. Dlatego też wydaje się, że powinno stworzyć się w naszym kraju kilka centrów chirurgii ręki. Cztery, pięć ośrodków odpowiednio wyposażonych, posiadających odpowiednio wyszkolony personel i przy odpowiednim transporcie mogłyby zaopatrywać wszystkie ciężkie urazy z całego kraju. Takie ośrodki mają znaczenie tak ekonomiczne, jak i merytoryczne, gdyż jednoczy się w poszczególnych miejscach najlepsze urządzenia, jak również wyszkolony personel. Przy odpowiednim transporcie i właściwie niewielkich odległościach w naszym kraju, utworzenie takich ośrodków jest możliwe i w pełni celowe, tak z punktu ekonomicznego, jak i leczniczego.

Ważną również sprawą byłoby opracowanie standardów postępowania z zakresu chirurgii ręki, gdyż jest jeszcze wiele niedoskonałości, szczególnie w zakresie pierwszej pomocy.

Następną sprawą, która by poprawiła jakość świadczeń, byłoby powołanie specjalizacji z zakresu chirurgii ręki, jak to jest w innych krajach europejskich czy w Stanach Zjednoczonych.

Jeszcze raz należy podkreślić wysoką wiedzę i umiejętności polskich chirurgów ręki, natomiast sprawy organizacyjne wymagają znacznych zmian i przekształceń.

Na koniec warto przypomnieć, że na początku XXI wieku jest nadal aktualne stwierdzenie, iż ręka jest organem stworzonym do wykonywania najcudowniejszych zadań i musi być otoczona nie tylko staranną opieką, lecz i należytym szacunkiem.

SUPLEMENT 2009-2013

Najważniejszym wydarzeniem był organizowany w Poznaniu, przez zespół Kliniki Chirurgii Ręki pod kierunkiem prof. Leszka Romanowskiego, Kongres Europejskich Towarzystw Chirurgii Ręki. Odbył się

on w czerwcu 2009 r. Udział w nim wzięło około 1500 osób. Z tej liczby spoza Polski było 800 lekarzy, praktycznie z całego świata. Zdaniem uczestników był to wielki sukces Polskiej Chirurgii Ręki. Tak pod względem naukowym, jak i socjalnym. Dzięki niemu wpisaliśmy się do czołówki światowych towarzystw chirurgii ręki. Na szczególną uwagę zasługiwał Instructional Cours, którego tematem było 10 „łatwych” procedur w chirurgii ręki. Autorami poszczególnych rozdziałów byli najwybitniejsi specjaliści w tej dziedzinie. Powstała po kursie publikacja jest skierowana nie tylko do osób szkolących się, ale również do grona specjalistów.

Na uwagę zasługuje organizowane corocznie w Szczecinie przez prof. Andrzeja Żyłuka, Polsko-Niemieckie Sympozjum Chirurgii Ręki. Ma ono zawsze własną tematykę i biorą w nim udział znaczące osoby z obu krajów. W bieżącym roku było jubileuszowe, dziesiąte spotkanie poświęcone transplantologii i mikrochirurgicznemu przenoszeniu kompleksów tkankowych.

Również corocznie odbywa się w Poznaniu Kurs Chirurgii Barku, Łokcia i Ręki. Głównym organizatorem jest doc. Przemysław Lubiatowski. Kurs ma szeroki, europejski zasięg, bierze w nim udział 200-400 lekarzy. Prowadzony jest w języku angielskim, a wykładowcami są znaczące osoby w tej dziedzinie. Kurs łączy Europejskie Towarzystwo Chirurgów Barku i Łokcia z Europejską Federacją Towarzystw Chirurgii Ręki. Odbywa się on pod patronatem obu organizacji. Uczestniczą w nim chirurdzy nie tylko z Polski ale, co zasługuje na szczególną uwagę, z krajów Europy Wschodniej, takich jak Ukraina, Białoruś a nawet z Kazachstanu.

Nie zapominamy oczywiście o odbywających się co dwa lata zjazdach Polskiego Towarzystwa Chirurgii Ręki połączonych z sympozjami Sekcji Chirurgii Ręki Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego. Poprzedni zjazd odbył się w Bydgoszczy, a tegoroczny będzie w Łodzi.

W bieżącym roku odbędzie się we Wrocławiu, organizowany przez Ośrodek w Trzebnicy pod kierownictwem prof. Jerzego Jabłeckiego, Zjazd Towarzystwa Przeszczepów Ręki i Tkanek Złożonych (IHC-TAS). Udział zapowiedziało 44 wykładowców z całego świata.

Polscy chirurdzy ręki biorą czynny udział w znaczących zjazdach na całym świecie. Są zapraszani jako wykładowcy i prowadzący sesje.

Działalność lecznicza

Na szczególne podkreślenie zasługuje pierwsza w Polsce transplantacja ręki wykonana w Trzebnicy w 2008 r. Od tego czasu wykonano łącznie osiem

transplantacji, w tym jedną obustronnie. Jest to niezwykle trudna i wymagająca procedura. Nie tylko jako procedura operacyjna, ale przede wszystkim logistyczna. Wymaga ciągłego śledzenia możliwości pobrania kończyny i „dopasowania” biorcy, organizacji pobrania przeszczepu i w odpowiednim, niezwykle krótkim czasie wykonania transplantacji. Po operacji chory musi pozostawać w ścisłym kontakcie z Ośrodkiem, by odpowiednio prowadzić leczenie immunosupresyjne.

W opisywanym okresie nastąpił znaczący rozwój technik małoinwazyjnych. Szczególnie w obrębie barku, później łokcia i ręki. Aktualnie ponad 90% procedur leczniczych barku wykonuje się endoskopowo. W tym miejscu należy zauważyć powstający podział na chirurgię barku i łokcia oraz chirurgię ręki. W obrębie Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego mamy dwie sekcje: Sekcję Chirurgii Ręki i Sekcję Chirurgii Barku i Łokcia. Również na poziomie europejskim istnieją dwa odpowiednie towarzystwa. Prawdopodobnie w przyszłości będzie widoczne jeszcze wyraźniejsze zróżnicowanie. Tak więc, mówiąc o chirurgii ręki dotychczas uważaliśmy, że jest nią chirurgią całej kończyny górnej, tak aktualnie pod tym pojęciem zaczynamy rozumieć dokładną, anatomiczną nazwę. Jednakże takie towarzystwa jak PTOiTr oraz EFORT jednoczą obie dziedziny i pozwalają na kompleksowe leczenie kończyny górnej.

Zmienia się nasze podejście do leczenia złamań. Dotyczy to głównie złamań osteoporotycznych. Głównym przykładem może być złamanie dalszego końca kości promieniowej. Częściej widzimy wskazania do leczenia operacyjnego. Wynika to z postępu anestezjologii, naszych technik operacyjnych i doskonalszych systemów stabilizacji. Zespołenia kąto-stabilne okazały się bardzo dobrym rozwiązaniem w tego typu złamaniach. Nie bez znaczenia jest również świadomość i aktywny tryb życia naszych pacjentów, którzy wymagają znacznie więcej od nas.

Na uwagę zasługuje zorganizowanie od trzech lat „dyżuru replantacyjnego”, który pełnią trzy ośrodki: Szczecin, Trzebnica i Poznań. Jest on rodzajem gestu dobrej woli tych ośrodków w kierunku społeczeństwa. Niestety mimo wielu starań nie może on uzyskać odpowiedniego poparcia Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia mimo, iż jest tam zauważalny i pożądanym. W trzyletnim okresie działania w ramach tego dyżuru łącznie operowaliśmy 435 chorych z całkowitymi lub częściowymi amputacjami. W tej liczbie wykonano 290 replantacji, a u pozostałych chorych inne procedury rekonstrukcyjne. Skuteczność replantacji wynosiła ponad osiemdziesiąt procent.

Szkolenia

Nadal próbujemy powołać do życia umiejętność: „chirurgia ręki”. Ustawa dotycząca umiejętności prawdopodobnie jest w końcowej fazie legislacyjnej i należy się spodziewać stosunkowo szybkiego wejścia jej w życie. Powstanie wtedy rodzaj nadspecjalności jaką jest chirurgia ręki. Program specjalizacyjny jest gotowy od wielu lat. Praktycznie od czasu kiedy staraliśmy się przedstawić chirurgię ręki jako specjalność szczegółową. Takie starania czyni również FESSH na poziomie europejskim. Jest prawdopodobne, że powstanie europejska specjalizacja w chirurgii ręki. W dniu dzisiejszym mamy europejski egzamin „Hand Diploma”, który zdało wielu Polaków.

PIŚMIENNICTWO

1. Boyes J. H.: Bunnels Surgery of the Hand. Lippincott Co – Philadelphia, 1980.
2. Manikowski W.: Z kart historii Kliniki Chirurgii Ręki. Problemy chirurgii ręki, Akademia Medyczna Poznań 2000, s. 5-15,
3. Dziak A.: Traumatologia narządu ruchu. Pod red. Tylman, Dziak, Warszawa PZWL, 1996,
4. Manikowski W., Strzyżewski H.: Urazowe uszkodzenia ręki, w Ortop. i Rehab. Pod red. Dega, Senger, Warszawa, PZWL 1996, t. 1, s. 393-434,
5. Romanowski L.: Mikrochirurgia. Problemy chirurgii ręki. Akademia Medyczna, Poznań 2000, s. 43-49,
6. Molski M.: Zastosowanie uszypułowanego skórno-kostnego płata w leczeniu złożonych rekonstrukcji ręki. Chir. Narz. Ruchu i Ortop. Pol. 2000, t. 65, s. 213-218,
7. Pisarek W.: Przegląd zastosowań wolnych płatów tkankowych. Polish Hand Surgery N 1/suplement, 1993, s. 77-79,
8. Kobus K.: Płat przedramienny wolny i wyspowy. Pol. Przegl. Chir. 1998, (70): 168-178,
9. Spławski R.: Chirurgia ścięgien zginaczy. Problemy chirurgii ręki. Akademia medyczna Poznań 2000, s. 14-15,
10. Kocięba R.: Problemy leczenia rozległych uszkodzeń nadgarstka. Polish Hand Surgery 1990, N 1-2, s. 125-129,
11. Skowroński J.: Przeniesienie mięśnia najszerzego grzbietu ręki celem odtworzenia ruchu łokcia. Polish Hand Surgery 1992, N 1/16, s. 53-56,
12. Baczkowski B.: Wyniki leczenia świeżych i zastarzałych uszkodzeń nerwów obwodowych kończyny górnej. Polish Hand Surgery 1991, Nr 1/14, s. 3-9,
13. Manikowski W., Strzyżewski H., Uszkodzenia nerwów obwodowych. Ortopedia i Rehab. Pod red. Dega Senger, PZWL 1996, rozdz. 52, t. 2, s. 271-299,
14. Romanowski L.: Badania skuteczności rekonstrukcji nerwów z zastosowaniem nowych technik mikrochirurgicznych. Rozprawa habilitacyjna, Akademia Medyczna Poznań, 1998, 13
15. Skowroński J.: kontakt osobisty,
16. Błaszczak T.: Otwarte uszkodzenia rąk u chorych leczonych ambulatoryjnie. Chir. Narz. Ruchu i Ortop. Pol. 1997, t. 62, s. 478-483,
17. Żyłuk A.: Pourazowy zespół bólowy nerwu łokciowego leczony przez otulanie żyłą. Chir. Narz. Ruchu i Ortop. Pol. 1998, t. 63, s. 522-527,

18. Pielka S.: Metody rozpoznawania przezwojowych uszkodzeń splotu ramiennego. *Polish Hand Surgery* 1993, N 1/supl. S. 37-47,
19. Węgrzyn. Dziak A.: *Traumatologia Narządu Ruchu*. PZWL, Warszawa 1996,
20. Lubiowski P.: Doświadczalna rekonstrukcja chrząstki stawowej. *Problemy chirurgii ręki*. Akademia Medyczna Poznań 2000, s. 37-42,
21. Jabłecki J., Kocięba R.: Wybrane problemy zespołów kostnych w replantacji kończyn. *Pol. Przegl. Chir.* 1992,
22. Modrzewski K., Kopacz J.: Operacyjne leczenie złamań typu Smitha i Bartona. *Chir. Narz. Ruchu i Ortop.* Pol. 1990, t. 55, s. 187-190,
23. Manikowski W., Głowacki M.: Zespół Aperta – aspekty ortopedyczne i wyniki leczenia. *Chir. Narz. Ruchu i Ortop.* Pol. 1991, t. 56, s. 58-61,
24. Puchała J.: Charakterystyka oraz leczenie podłużnych wad promieniowych i łokciowych. *Rozpr. hab. Coll. Medicum UJ, Kraków* 1997,
25. Kandzierski G.: Ręka lustrzana. *Polish Hand Surgery* 1996, N 1-2/21, s. 27-33,
26. Manikowski W.: Wady wrodzone kończyny górnej. *Ortop. i Rehab.* Pod red. Dega, Senger PZWL 1996, rozdz. 28, t. 1, s. 377-392,
27. Kiciński A.: Chirurgiczne leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów. *Problemy chirurgii ręki*. Akademia medyczna Poznań 2000, s. 19-21,
28. Dziak A.: Współczesne zasady leczenia choroby Dupuytrena. *Chir. Narz. Ruchu i Ortop.* Pol. 1990, t. 55, s. 445-448, 14
29. Manikowski W.: Choroby ścięgien i tkanki łącznej. *Ortop. i Rehab.* Pod red. Dega, Senger PZWL 1996, rozdz. 29, t. 1, s. 393-397,
30. Surdziel P.: Zespół kanału nadgarstka. *Problemy chirurgii ręki*. Akademia Medyczna Poznań, 2000, s. 28-33,
31. Walusiak D.: Zespół kanału nadgarstka. Praca doktorska, Akademia Medyczna Poznań 1996,
32. Skowroński J.: Policyzacja wskaziciela w urazowych ubytkach kciuka. *Chir. Narz. Ruchu i Ortop.* Pol. 1990, t. 55, s. 431-435,
33. Prowans P.: Wykorzystanie tętnicy promieniowej wskaziciela do rewaskularyzacji amputowanego kciuka. *Chir. Narz. Ruchu i Ortop.* Pol. 1998, t. 63, s. 354-359,
34. Molski M.: Złożone rekonstrukcje wielotkankowe ramienia z zastosowaniem wolnego unaczynionego przeszczepu strzałki z wyspą skórą. *Chir. Narz. Ruchu i Ortop.* Pol. 1998, t. 63, s. 512-517,
35. Manikowski W.: Mikrochirurgia w ortopedii i replantacji kończyn. *Ortopedia i Rehab.* Pod red. Dega, Senger, PZWL 1996, t. 2, s. 131-137,
36. Manikowski W., Nawrot P., Romanowski L., Lubiowski P.: Wolny unaczyniony przeszczep stawu w leczeniu operacyjnym wrodzonej hypoplazji kciuka. *Chir. Narz. Ruchu i Ortop.* Pol. 1999, t. 64, z. 5, 511-514,
37. Romanowski L., Manikowski W.: Zastosowanie wolnego unaczynionego przeszczepu strzałki w materiale własnym. *Chir. Narz. Ruchu i Ortop.* Pol. 1996, 3B, s. 233-236,
38. Manikowski W.: Mikrochirurgiczne możliwości w leczeniu jałowej martwicy głowy kości udowej u dorosłych. *Chir. Narz. Ruchu i Ortop.* Pol. 1995, LIX, 3, s. 356-365,
39. Romanowski L., Manikowski W., Szałowski R.: Uszypułowany przeszczep stawu. *Polish Hand Surgery*, 1993, 1, s. 79-81,
40. Jaruga M.: Od zlecenia do ćwiczenia. *Problemy chirurgii ręki Akademia medyczna Poznań* 2000, s. 34-36,
41. Jaruga M., Manikowski W. Jr., Manikowski W., Romanowski L.: Rehabilitation of the patients with inveterate lesions of flexor tendon in two-stage reconstruction treatment. *J. Hand Surgery* 1996, British and European, vol. 21B, 1, s. 44.
42. L. Romanowski, A. Gilbert: *Ten Procedures in Hand Surgery*. Poznań 2009
43. A. Żyłuk, P. Puchalski: A comparison of outcomes of carpal tunnel release in diabetic and non-diabetic patients. *J. Hand Surg.* 2012
44. A. Żyłuk, J. Jabłecki, L. Romanowski, A. Mazur: Organizacja i działalność serwisu replantacyjnego dla amputacji rąk w Polsce. *Pol. Przegl. Chir.* 2012
45. P. Lubiowski: Uszkodzenia pierścienia rotatorów. Praca habilitacyjna, Poznań 2012