

Andrzej Górecki

Rozwój chirurgii kolana w Polsce

Rozwój powojennej chirurgii kolana w Polsce przebiegał niemal równoległe z rozwojem tej wąskiej specjalności w krajach Europy Zachodniej i USA. Warto jednak przypomnieć, że jeszcze w okresie przedwojennym, dziesięć lat po odzyskaniu państwowości, jednym z głównych tematów I Zjazdu Naukowego naszego Towarzystwa w 1928 roku były zagadnienia patologii kolana, a i w kolejnych latach problemy te były nierzadko poruszane w publikacjach i wystąpieniach. Kolano było więc uznane za ważny odcinek narządu ruchu, którym od początku zajmowali się polscy ortopedzi [1].

Wczesne lata powojenne to w chirurgii kolana przede wszystkim praktyczne zajmowanie się pourazowymi uszkodzeniami tego stawu, a wydany kilkanaście lat później podręcznik Smillie`go stanowił swoistą „Biblię” dla ortopedów całej Europy i był także popularny w Polsce [2].

W latach 70. ubiegłego wieku zaobserwować można było stale rosnące zainteresowanie klinicystów pourazową patologią stawu kolanowego. Okazało się bowiem, że średnio co trzecie obrażenie dotyczy tego największego ze stawów człowieka. W większości przypadków pacjentami są osoby młode, aktywne fizycznie, często sportowcy, z których wielu ma już na swoim koncie znaczące osiągnięcia lub przygotowują się oni do udziału w ważnych zawodach. Także rozwój sportu zawodowego i związane z tym bardzo obciążające organizm programy treningowe narażały kolana, a także inne odcinki narządu ruchu, chociaż w mniejszym stopniu, na uszkodzenia lub zmiany przeciążeniowe. W takiej sytuacji, obrażenie kolana często eliminowało na długo zawodnika, przekreślając praktycznie jego dalszą karierę. Rosnąca popularność ruchowych zajęć rekreacyjnych (jogging, tenis, narciarstwo i inne) powodowała zwiększoną liczbę różnorodnych urazów kolan, a także rosnące wymagania dla własnej sprawności pacjentów, którzy wcześniej doznali uszkodzeń i chcieli wznowić rekreacyjne uprawianie sportu [1].

Z tych między innymi względów władze sportowe i towarzystwa ubezpieczeniowe w kilku krajach zachodnich (USA, Niemcy, Francja, Wielka Brytania, Włochy), za namową lekarzy, zaczęły inwestować w badania mające na celu dokładne poznanie anatomii, biomechaniki i pourazowej patologii kolana. Powstawać zaczęły specjalistyczne ośrodki chi-

rurgii kolana prowadzące prace eksperymentalne, badania kliniczne oraz leczące w sposób nowoczesny pacjentów z uszkodzeniami kolana [1].

Ogromny, jeśli nie podstawowy, wpływ na rozwój chirurgii kolana miała popularyzacja i udoskonalanie metod diagnostycznych uszkodzeń kolana, głównie artroskopii. Początki tej metody datują się od wczesnych lat ubiegłego stulecia. Niezależnie od dyskusji o charakterze historyczno-ambicjonalnym, kto pierwszy obejrzał wnętrze stawu kolanowego (czy zrobił to w 1912 r. Nordentorf przy użyciu trokarendoskopu własnego pomysłu, czy Takagi w 1918 r. używając cystoskopu, a w 1921 r. Bircher stosując laparoskop) powstało w owym okresie określenie „artroskopia”, które na trwałe weszło na listę metod diagnostycznych wewnątrzstawowych uszkodzeń i schorzeń kolana. Niewątpliwie wiodącą rolę w rozwoju techniki artroskopowej w tym okresie przypisuje się jednogłośnie japończykowi Takagi [3,4].

Okres po II Wojnie Światowej to dynamiczny rozwój artroskopii, w którym nadal wiodącą rolę odgrywali japończycy, głównie Watanabe – uczeń Takagi. Skonstruował on własny endoskop, a także jako pierwszy wykonał artroskopię operacyjną. W 1957 roku wydał pierwszy atlas artroskopii. W Polsce w tym okresie zagadnienia klasycznej chirurgii kolana, głównie uszkodzenia łąkotek, były przedmiotem kilku opracowań [5].

W Toronto, w połowie lat 70, Jackson zakłada ośrodek chirurgii kolana i organizuje intensywne kursy szkoleniowe na terenie USA. Udoskonalane są systemy optyczne i coraz szerzej artroskopia stosowana jest nie tylko jako metoda diagnostyczna, ale operacyjna (w 1969 r. dokonano szwu uszkodzonej łąkotki). Powstają kolejne ośrodki chirurgii kolana: w Anglii kierowany przez Dandy`ego, w Szwajcarii, w którym pracują Morscher, Henche i Kieser, czy w Szwecji: Eriksson w Sztokholmie, Oretorp i Gilquist w Linkoping. Bardzo aktywny ośrodek badawczo-kliniczny prowadzi w Szwajcarii Maurice Mueller. Dużą popularność zyskuje chirurgia kolana w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie [3,4].

Organizowane są zjazdy i sympozja o charakterze regionalnym, krajowym i światowym, pojawia się coraz więcej publikacji w czasopismach medycznych, wydawane są książki i atlasy, powstają specjalistyczne czasopisma. Zakładane są regionalne i światowe

towarzystwa chirurgii kolana i artroskopii (np. International Arthroscopy Association w 1974 r.). Przykłady znanych sportowców zdobywających np. medale olimpijskie w 2 tyg. po artroskopowej meniscektomii czy piłkarzy lub lekkoatletów, prezentujących pełną sprawność i wysoką formę sportową w kilka miesięcy po rekonstrukcji więzadeł – obrażeń, które jeszcze niewiele wcześniej zmuszały do zakończenia kariery sportowej, przekonały wielu wątpiących w skuteczność nowoczesnych metod leczenia uszkodzeń kolana [1,3,4,6].

W Polsce zainteresowanie chirurgią kolana, jako wąską specjalnością, jest początkowo dość ograniczone z uwagi na przyzwyczajenia ówczesnych liderów naszej specjalności do tradycyjnych metod leczniczych, jak otwartej meniscektomii subtotalnej, czy zachowawczego leczenia uszkodzeń więzadeł. Opracowaną przez Grucę metodę rekonstrukcji operacyjnej więzadeł, w tym krzyżowego przedniego, stosowano sporadycznie. Popularność kliniczną zdobyła sobie rekonstrukcja w przypadku nawykowego zwknięcia rzepki opracowana i opisana przez prof. Garlickiego [7,8].

Ożywienie w omawianej dziedzinie wprowadzają dopiero na początku lat 70. W. Kuś i Z. Salamon, wykonując w 1974 roku w warszawskiej Klinice Ortopedycznej, we współpracy z Ha-Ru Henche, pierwsze artroskopie diagnostyczne, a wyniki pierwszych 22 badań przedstawiono w publikacji w „Chirurgii Narządów Ruchu i Ortopedii Polskiej” w 1976 roku. Kontakty polskich ortopedów z ośrodkami zagranicznymi, odbyte szkolenia owocują tym, że w kilka lat później artroskopie zaczyna wykonywać w Klinice Ortopedycznej w Gdańsku S. Mazurkiewicz, a od 1983 roku T. Trzaska w Szpitalu Kolejowym w Puszczykowie oraz J. Widuchowski w Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich. Popularyzacja artroskopii w naszym kraju przebiegała dość opornie, nie tylko z powodu ograniczeń finansowo-sprzętowych, ale także niechęci starszych, doświadczonych specjalistów do nowych, wymagających dużej sprawności manualnej oraz specjalistycznego sprzętu technik. Wygłoszona publicznie, pamiętna opinia: „zamiast zaglądać przez dziurkę od klucza, lepiej jest otworzyć szeroko drzwi” sędzę, że do dzisiaj wywołuje rumieniec wstydu u jej autora [3,4,6,9].

Bardzo dynamiczna działalność, propagująca artroskopię i nowoczesną chirurgię kolana, ówczesnego Doktora, a obecnego Profesora Wojciecha Kusia stopniowo powodowała rosnące zainteresowanie tymi zagadnieniami zwłaszcza wśród młodszych ortopedów. Działalność kliniczną i naukową w zakresie chirurgii kolana podejmuje wraz z dr Kusiem od 1978 roku dr Wojciech Dulowski, a od 1980 r. autor tego opraco-

wania. Nasz trzyosobowy zespół, którego działania wspierali kolejni kierownicy Kliniki: prof. Marian Garlicki, a następnie prof. Witold Szulc, prowadził w tym okresie szeroko zakrojone badania nad chondromalacją rzepki, ostrymi i przewlekłymi niestabilnościami stawu kolanowego, zmianami zwyrodnieniowymi oraz ogniskowymi ubytkami chrząstki. Rozpoczęto także, we współpracy z Akademią Górniczo-Hutniczą w Krakowie, wieloletnie prace badawcze nad zastosowaniem, początkowo włókien węglowych do rekonstrukcji więzadeł stawu kolanowego, w tym więzadła krzyżowego przedniego, a następnie innych materiałów węglowych w chirurgii narządu ruchu, co postawiło nas w nielicznym gronie ośrodków chirurgicznych na świecie dysponujących tymi biomateriałami. Powstało na tej bazie wiele prac naukowych, referatów wygłaszanych na krajowych i międzynarodowych zjazdach i kongresach, kilka rozpraw doktorskich i 2 habilitacyjne [6,11,12,13,14,15].

Opublikowano m.in. wyniki leczenia chondromalacji rzepki [11], wyniki zeszywania uszkodzonej łąkotki [16], technikę artroskopowego szwu łąkotki niemi węglowymi [13], budowę węglowej protezy więzadła krzyżowego przedniego [6,11], kompleksowy system paliatywnego leczenia gonartrozy [15,17], wyniki leczenia rotacyjnych niestabilności kolana [1,6], przegląd patologii błony maziowej [14]. W 1984 r. ukazała się pierwsza polska monografia na temat chirurgii kolana autorstwa W. Kusia [18].

Także w kilku innych ośrodkach prowadzone są badania doświadczalne i kliniczne nad różnymi zagadnieniami z zakresu chirurgii kolana [19,20,21,22].

Z inicjatywy lekarzy zainteresowanych nowoczesną chirurgią kolana i dużej aktywności prof. W. Kusia, powstała w 1981 roku Sekcja Chirurgii Kolana PTOiTr, a prof. Kuś został jej wieloletnim prezesem. „Ojcami chrzestnymi” Sekcji byli obecni na sympozjum E. Eriksson, Ha-Ru Henche oraz C. Kieser. Sekcja rozpoczęła bardzo dynamiczną działalność naukowo-szkoleniową, organizując m.in. sympozja obrażeń sportowych stawu kolanowego, jako kontynuację wcześniejszych spotkań w Suwałkach i Cedzynie, w Zakopanem, Puszczykowie, Warszawie i Katowicach, a także kursy szkoleniowe z zakresu artroskopii połączone z zajęciami warsztatowymi w Warszawie, Puszczykowie, Gdańsku, Otwocku i Piekarach Śląskich [4].

W 1984 roku odbył się w Berlinie założycielski kongres ESKA (European Society of Knee Surgery and Arthroscopy). Wzięli w nim udział A. Górecki (przedstawił referat o wynikach badań doświadczalnych z węglową protezą ACL), W. Kuś, Z. Salamon oraz T. Trzaska. W następnych, organizowanych co 2 lata kongresach ESKA (przemianowanego później

na ESSKA) brała udział coraz większa liczba polskich ortopedów, nierzadko prezentując referaty i plakaty. Członkiem zarządu ESSKA z ramienia Polski jest autor niniejszego opracowania [4,12].

Powstaje w omawianym okresie coraz więcej prac doświadczalnych i klinicznych, rozpraw doktorskich i kilka rozpraw habilitacyjnych (m.in. J. Orłowski, A. Górecki, S. Mazurkiewicz) [6,22,23].

Od 1987 roku Sekcja Chirurgii Kolana wydaje czasopismo „Kolano”, którego redaktorem był do 2001 roku T. Trzaska, a od 2002 jest J. Widuchowski (czasopismo przemianowano na „Chirurgia Kolana, Artroskopia i Medycyna Sportowa”).

Druga połowa lat osiemdziesiątych, to pomimo trudności finansowych całej Ochrony Zdrowia, okres szybkiego wzrostu liczby ośrodków dysponujących sprzętem artroskopowym oraz gwałtownie rosnącej liczby wykonywanych artroskopii w Polsce. Bardzo ożywione stają się kontakty polskich ortopedów z renomowanymi ośrodkami chirurgii kolana na świecie, polscy lekarze licznie biorą udział w wielu międzynarodowych kongresach, głównie dzięki sponsorowaniu przez firmy medyczne, coraz aktywniej uczestnicząc czynnie w tych spotkaniach. Liczne staże i pobyty szkoleniowe w ośrodkach zagranicznych powodują, że polscy lekarze zajmujący się chirurgią kolana nawiązują wiele kontaktów osobistych, a poziom polskiej chirurgii kolana nie odbiega od standardów europejskich. Często biorący udział w tym czasie w naszych krajowych zjazdach, sympozjach i konferencjach goście zagraniczni, nierzadko międzynarodowe autorytety, z uznaniem wyrażają się o poziomie chirurgii kolana w Polsce, co nie było tylko grzecznościowym stwierdzeniem.

Popularyzacji współczesnej chirurgii kolana posłużyło wydanie w 1997 roku kilku książek, w tym: W. Kusia „Artroskopia kolana” [3], A. Góreckiego: „Uszkodzenia stawu kolanowego” [1] oraz J. Widuchowskiego: „Kolano – urazy i obrażenia sportowe” [24]. Popularne stają się w naszym kraju książki autorstwa uznanych autorytetów międzynarodowych (Ryc. 1, 2, 3).

Zagadnienie wszczepiania protez stawu kolanowego nie cieszyło się popularnością w Polsce z przyczyn głównie finansowych. Propagowanie tej metody leczenia przez doc. S. Jakubowskiego w Instytucie Reumatologicznym w Warszawie oraz prof. R. Kreczko w Warszawskiej Klinice Ortopedycznej nie było przez lata skuteczne, pomimo wizyt w naszym kraju kilku uznanych autorytetów w tym zakresie. Skupienie się decydujących o centralnych zakupach protez stawów, co wynikało z ograniczeń finansowych, na aloplastyce stawu biodrowego, skutecznie spowalniało upowszechnianie aloplastyki kolana. Powszechność występowania gonartrozy, odbyte przez

lekarzy szkolenia w licznych ośrodkach zagranicznych oraz zakupy protez spowodowały, że aloplastyka kolana stała się coraz częściej wykonywanym zabiegiem, a liczba wszczepianych protez corocznie wzrastała. Liczba ta jest jednak daleka od satysfakcjonującej lekarzy, a przede wszystkim pacjentów, którzy zmuszeni są oczekiwać nieraz przez wiele miesięcy na operację. Jednak liczne publikacje, pierwsze rozprawy doktorskie oraz habilitacja M. Śmiłowicza na temat różnorodnych aspektów protezoplastyki stawu kolanowego, obok liczby implantacji, dobrze dokumentują poziom zainteresowania tym zagadnieniem wśród klinicystów [25,26,27].

Przełom wieku to już powszechnie uznanie zasad i możliwości współczesnej chirurgii kolana, a liczne kursy (w tym obowiązkowe w ramach szkolenia specjalizacyjnego), szkolenia z zajęciami warsztatowymi, publikowane prace, podręczniki, organizowane sympozja, konferencje i kongresy, nierzadko z udziałem gości zagranicznych, a także powszechność stosowania artroskopii i nowoczesnych metod diagnostycznych, jak MR, a przede wszystkim dobre wyniki leczenia przekonują już obecnie powszechnie o skuteczności nowoczesnej chirurgii kolana. Funkcjonują wąskospecjalistyczne ośrodki chirurgii kolana, w tym prywatne, diagnozujące i leczące w sposób nowoczesny pacjentów z uszkodzeniami i schorzeniami kolana. Stosowane są w naszym kraju wszystkie najnowocześniejsze metody diagnostyki i leczenia w ramach chirurgii kolana, od artroskopowych rekonstrukcji więzadeł, poprzez różnorodne rekonstrukcje ogniskowych uszkodzeń chrząstki z hodowlą autologicznych chondrocytów włącznie, rozległe rekonstrukcje więzadłowe oraz stosowanie wielu typów protez stawu kolanowego z rosnącą liczbą wykonywanych operacji rewizyjnych oraz coraz szersze korzystanie z nawigacji chirurgicznej. Nie bez znaczenia dla dobrych wyników leczenia jest coraz powszechniejsze stosowanie nowoczesnych zasad usprawniania, z szerokim wykorzystaniem szyn ruchowych z napędem mechanicznym (CPM) oraz nowoczesnych ortez [1,4,28].

Liczba przedstawianych referatów na krajowych i zagranicznych kongresach i konferencjach, publikowanych prac doświadczalnych i klinicznych oraz rozpraw doktorskich dotyczących różnorodnych aspektów chirurgii kolana jest imponująca, powstają kolejne rozprawy habilitacyjne (K. Kwiatkowski, D. Witoński, T. Trzaska, J. Widuchowski). Podtrzymywane są kontakty międzynarodowe, coraz większa liczba Polaków jest wybierana do zarządów międzynarodowych towarzystw, udział w kongresach zagranicznych ma często charakter czynny, nie tylko pod postacią prezentacji prac, ale współprzewodniczenia różnorodnym sesjom [4,29,30,31].

Organizowane w Polsce międzynarodowe kongresy i konferencje stoją na wysokim poziomie, m.in. organizowane przez J. Dutkę w Krakowie, a wyrazem uznania dla Polskiej Chirurgii Kolana było powierzenie Sekcji Chirurgii Kolana, której prezesem jest obecnie dr hab. T. Trzaska, organizacji w październiku 2003 zajęć warsztatowych w ramach ESSKA.

W roku 2005 powstaje Polskie Towarzystwo Chirurgii Artroskopowej, którego pierwszym prezesem, a zarazem Redaktorem Naczelnym dwujęzycznego czasopisma „Artroskopia i Chirurgia Stawów” zostaje Prof. Jarosław Deszczyński. Znacząca większość publikowanych tam prac dotyczy stawu kolanowego [32].

Charakteryzując pierwsze lata XXI wieku w polskiej chirurgii kolana można stwierdzić, że nie przyniosły one zarówno w światowej, jak i polskiej chirurgii kolana żadnych przełomowych wydarzeń i odkryć klinicznych i nie należy w ciągu kilku-kilkunastu następnych lat takowych oczekiwać.

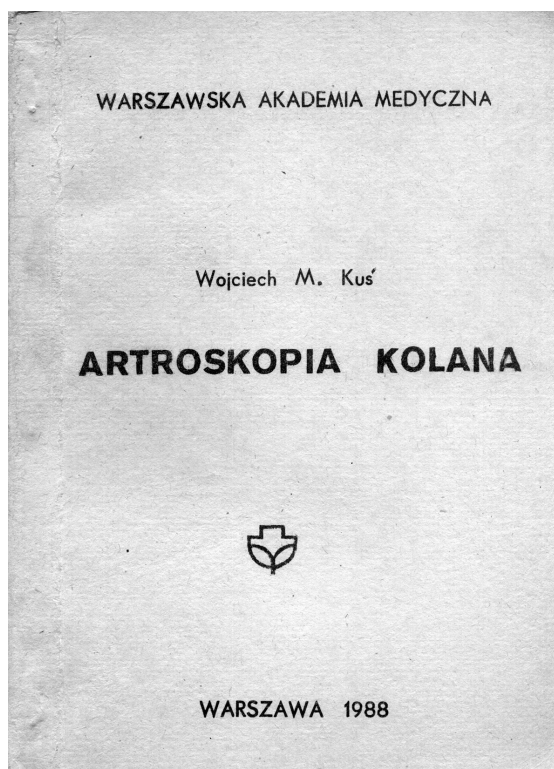
Jak i w innych krajach, wykonywana jest w Polsce coraz większa liczba rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego, naprawy ubytków chrząstki stawowej, wszczepionych jest coraz większa liczba różnych typów protez stawu kolanowego (rośnie popularność protez połowicznych), a artroskopowe operacje stały się rutynowymi metodami leczenia w dużej i stale rosnącej liczbie ośrodków.

Jednocześnie bardzo aktywna jest działalność szkoleniowa ośrodków chirurgii kolana, zarówno na poziomie podstawowym, jak i zaawansowanym. Działalność ta coraz szerzej wspierana jest przez wyspecjalizowane działy edukacyjne powoływane pod różnymi nazwami w ramach firm produkujących i sprzedających sprzęt i wszczepy dla chirurgii kolana oraz firmy farmaceutyczne. Na porządku dziennym jest udział w takich szkoleniach obok polskich, wykładowców zagranicznych. Ten bardzo dobry obraz stanu polskiej chirurgii kolana niestety znaczenie zakłócają mechanizmy rozliczania świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia z powodu bardzo заниzonych wycen tych świadczeń, ale jest to bolączka całej Ochrony Zdrowia w Polsce.

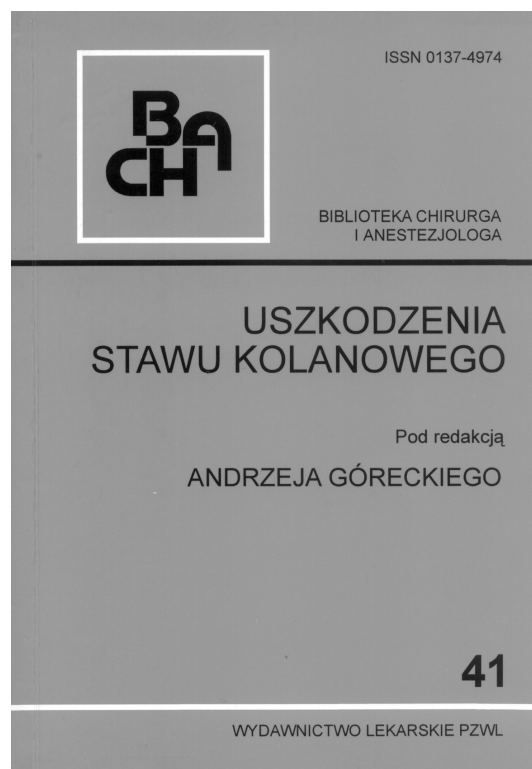
Pod względem fachowym polska chirurgia kolana jest mocno osadzona we współczesnej medycynie światowej.

Od wielu już lat chirurgia kolana w Polsce, początkowo z dziedziny medycyny „dla wybrańców i wtajemniczonych”, stała się codzienną praktyką kliniczną, głównie dzięki działalności szkoleniowo-dydaktycznej, klinicznej i naukowej owych „wybrańców i wtajemniczonych”.

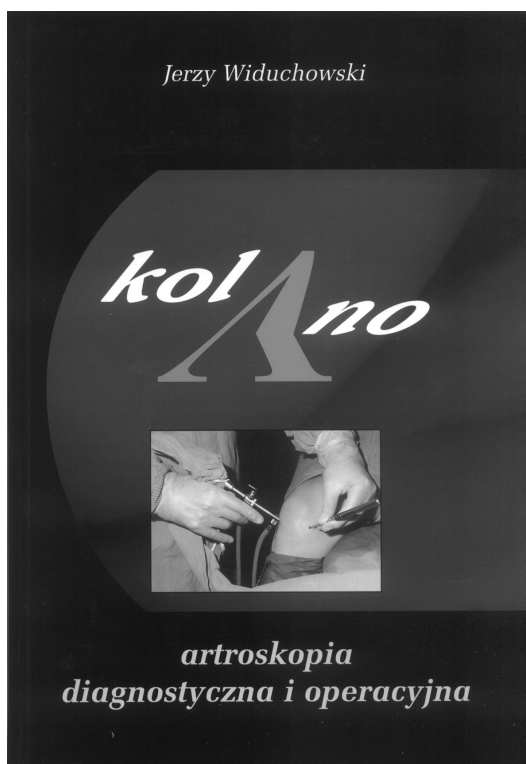
Ostatnich pięć lat nie przyniosło ani w międzynarodowej, ani w polskiej chirurgii kolana żadnych przełomowych zdarzeń.



Ryc. 1. Książka autorstwa W. Kusia



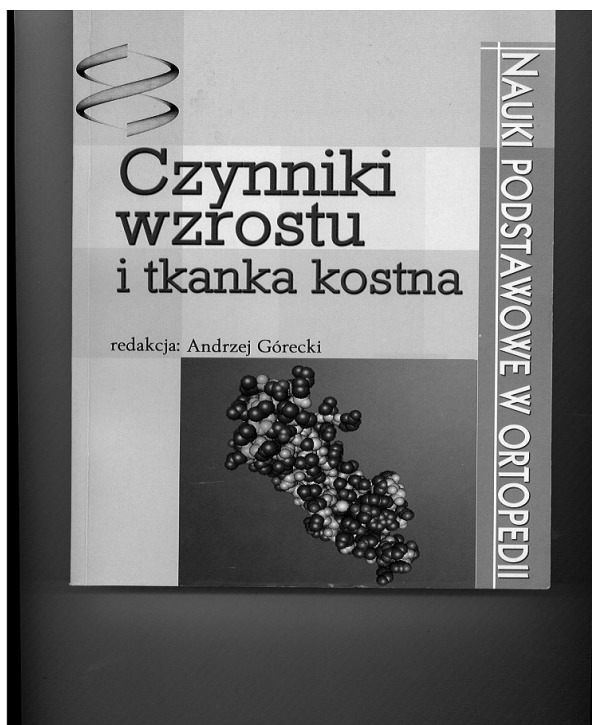
Ryc. 2. Książka pod redakcją A. Góreckiego



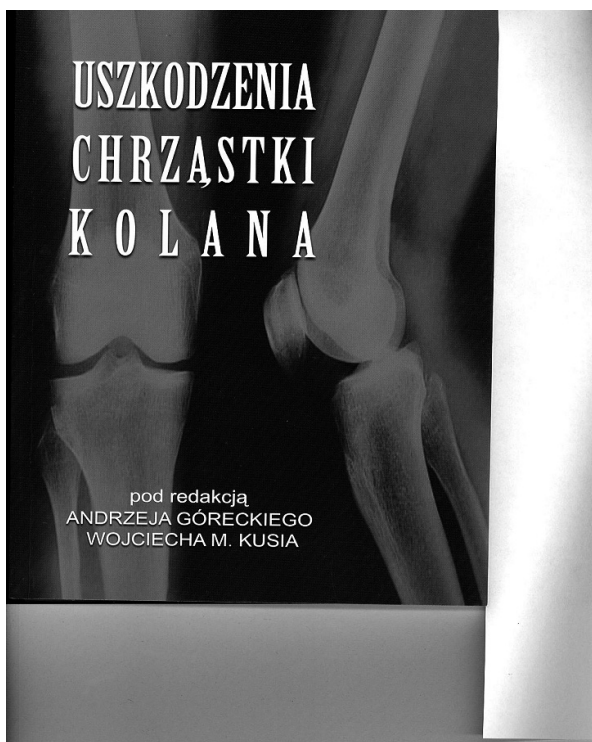
Ryc. 3. Książka autorstwa J. Widuchowskiego

Wydanie w 2004 r. w Polsce książki „Czynniki wzrostu i tkanka kostna” pod redakcją A. Góreckiego (Ryc. 4) przedstawiającej w oparciu o liczne zagraniczne publikacje ówczesną wiedzę na temat roli czynników wzrostu w procesach gojenia złamań i leczenia zaburzeń tych procesów oraz prezentującej własne doświadczenia Warszawskiej Kliniki Ortopedycznej w stosowaniu czynników wzrostu w zaburzeniach wzrostu kostnego sprzyjało popularyzacji tych zagadnień w Krajowym Środowisku Ortopedycznym. W książce opisano dotychczasowe wyniki badań doświadczalnych oraz fakt coraz częstszego klinicznego stosowania autologicznego osocza bogato płytkowego (ang. Platelet Rich Plasma) zawierającego obok Płytkopochodnego Czynnika Wzrostu (PDGF) inne czynniki w leczeniu zaburzeń wzrostu i w uszkodzeniach tkanek miękkich oraz chrząstki [32]. Kolejne konferencje i szkolenia rozpropagowały stosowanie tego preparatu, a gotowe zestawy do jego przygotowywania doprowadziły w ciągu kilku lat do wręcz powszechnego stosowania osocza bogato płytkowego w zakresie chirurgii kolana w zaburzeniach gojenia złamań około protezowych, jako wzbogacanie przeszczepów alogenicznych kości oraz wszczepów w uszkodzeniach więzadłowych – głównie rekonstrukcje więzadła krzyżowego przedniego, w uszkodzeniach ścięgien i mięśni oraz uszkodzeniach chrząstki, zarówno ogniskowych, jak i zwyrodnieniowych. Od

kilku lat stosuje się także preparaty zagęszczone autologicznego szpiku kostnego zawierającego komórki macierzyste (ang. stem cells) w wymienionych sytuacjach klinicznych. Poza wręcz modą na



Ryc. 4. Książka pod redakcją A. Góreckiego



Ryc. 5. Książka pod redakcją A. Góreckiego i W.M. Kusia

stosowanie obu preparatów nie zostały określone jeszcze wskazania, a i wyniki ich stosowania nie są jednorodne – trwa zbieranie obserwacji klinicznych, a dotychczasowe dane są bardzo zachęcające dla tej bezpiecznej i stosunkowo niedrogiej metody leczenia jako izolowanej lub wspomagającej leczenie operacyjne.

Metody leczenia ogniskowych uszkodzeń chrząstki kolana są powszechnie stosowane, zwiększyła się liczba krajowych ośrodków dysponujących możliwościami hodowli autologicznych chondrocytów, a organizowanych wiele konferencji naukowo-szkoleniowych i kursów popularyzuje różnorodne metody tego leczenia. Początkowy entuzjazm dla przeszczepów autologicznych chondrocytów nieco osłabł w świetle części niejednorodnych opinii klinicznych opublikowanych w piśmiennictwie światowym, jednak nadal należy ona do uznanych metod leczenia, a jej twórca – Mats Brittberg jest dość częstym uczestnikiem konferencji organizowanych w Polsce na temat leczenia uszkodzeń chrząstki kolana. Nadal prowadzone są w wielu ośrodkach światowych, także w polskich badania nad opracowaniem optymalnego rusztowania dla tych wszczepianych komórek. Wciąż problemy leczenia uszkodzeń chrząstki kolana znajdują się w centrum uwagi międzynarodowej i polskiej chirurgii kolana. Podsumowanie aktualnej wiedzy w tym zakresie stanowi wydana w Polsce w 2010 r. książka pt. „Uszkodzenia chrząstki kolana” pod redakcją A. Góreckiego i W. Kusia (Ryc. 5) [34].

Nieprzerwanie od 2003 r., bardzo aktywnie działa ośrodek naukowo-szkoleniowy na terenie Warszawskiej Kliniki Ortopedycznej. Ponad 1/3 tematów konferencji naukowych spośród 92 zorganizowanych dotychczas, w tym 6 konferencji międzynarodowych, dotyczyło szeroko pojętej tematyki chirurgii kolana. Uznać to należy za ważny element szkolenia specjalistycznego. Powstały w ostatnich latach i nadal tworzone są nowe, specjalistyczne, niepubliczne ośrodki chirurgii kolana, jednak rzadko podlegające nadzorowi odpowiedniego konsultanta wojewódzkiego w naszej specjalności co powoduje, że nie wszystkie spełniają wysokie kryteria specjalistyczne i w rezultacie formułowane niekiedy zarzuty o nadmiernym rozszerzaniu wskazań do artroskopii kolana, rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego czy innych zabiegów, w tym aloplastyki, są trudne do odparcia. Rośnie także grupa ośrodków niepublicznych, bardzo nowoczesnych wyposażonych, prezentująca wysoki poziom fachowy, organizująca konferencje naukowo-szkoleniowe, kursy i zajęcia warsztatowe z zakresu chirurgii kolana, nierzadko z udziałem zagranicznych wykładowców. Dostępność w kraju monografii z zakresu chirurgii kolana w wersji oryginalnej, jak i pojawianie się na rynku polskich tłumaczeń

niektórych z tych wydań stanowią bardzo istotne źródło wiedzy specjalistycznej.

Nadal obserwuje się w Polsce bardzo szybki wzrost liczby wszczepianych różnego typu protez stawu kolanowego i jest to zgodne z ogólnosiwiatowym trendem. Niestety brak jest jednak w Polsce centralnego rejestru krajowego wszczepianych protez nie tylko stawu kolanowego, ale także i biodrowego, co uniemożliwia określenie nie tylko rzeczywistej liczby tych operacji, ale także uniemożliwia śledzenie czasu przeżycia poszczególnych typów wszczepów, jak i powikłań. Ta rosnąca liczba wszczepianych protez, czasami w ośrodkach o mniejszym doświadczeniu, powoduje szybki wzrost liczby operacji rewizyjnych, w tym także z powodu powikłań septycznych. Narastający problem stanowią pacjenci operowani w ośrodkach niepublicznych, które z oczywistych przyczyn finansowych odmawiają zwykle leczenia własnych powikłań i pod różnymi pozorami starają się „upchnąć” takiego pacjenta w ośrodku publicznym, co rodzi określone nieporozumienia. Daje się także zaobserwować rozszerzanie wskazań do aloplastyki stawu kolanowego na coraz młodsze osoby, przy coraz mniejszym stopniu zniszczenia stawu i nie zawsze w pełni wykorzystaniu metod leczenia zachowawczego lub paliatywnego, chociaż artroskopowe „debridement” stawu, którego skuteczność udokumentowały publikacje z Warszawskiej Kliniki Ortopedycznej jeszcze w latach 80. ubiegłego wieku, jest dość powszechnie stosowanym sposobem paliatywnego, objawowego leczenia wczesnej gonartrozy.

Przedstawiony skrótkowo przegląd rozwoju chirurgii kolana w Polsce z przyczyn oczywistych nie uwzględnił wszystkich dokonań, ośrodków czy poszczególnych osób zasłużonych dla rozwoju tej wąskiej dziedziny w ramach ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Pominięto m.in. w omówieniu zagadnienia osteotomii okołokolanowych uznając, że jest to klasyczne zagadnienie w ramach chirurgii kolana. Przytoczone pozycje piśmiennictwa to tylko nieliczne prace z bardzo bogatego zbioru prac autorstwa polskich lekarzy.

PIŚMIENNICTWO

1. Górecki A.: Uszkodzenia stawu kolanowego. PZWL. Warszawa, 1997. II wydanie 2002.
2. Smillie J.: Injuries to the knee joint. Churchill Livingstone. London, New York, 1963.
3. Kuś W.: Artroskopia kolana. Akapit. Kraków, 1992.
4. Widuchowski J.: Artroskopia w diagnostyce i leczeniu uszkodzeń urazowych oraz schorzeń stawu kolanowego. Rozprawa habilitacyjna. Śląska A.M., 2002.
5. Wąsik J.: Zagadnienia uszkodzenia łąkotec stawu kolanowego w świetle leczenia operacyjnego. Rozprawa doktorska. Śląska A.M., 1964.

6. Górecki A.: Przewlekłe, przednie niestabilności stawu kolanowego. Rozprawa habilitacyjna, 1988.
7. Garlicki M., Salamon Z.: Zmodyfikowany sposób operacji nawykowego zwichnięcia rzepki. Chir. Narz. Ruchu Ortop. Pol. 1967, 32, 631-634.
8. Gruca A.: Chirurgia ortopedyczna. PZWL. Warszawa, 1966.
9. Kuś W., Salamon Z.: Artroskopia stawu kolanowego. Chir. Narz. Ruchu Ortop. Pol. 1976, 41, 569-573.
10. Widuchowski J.: Sposób postępowania chirurgicznego w przypadkach uszkodzeń łąkotki i jego wpływ na dalsze losy stawu kolanowego u sportowców wyczynowych. Rozprawa doktorska. Śląska A.M., 1979.
11. Dulowski W.: Zagadnienia chondromalacji rzepki w aspekcie badań radiologicznych, artroskopowych i klinicznych. Rozprawa doktorska. A.M. w Warszawie, 1981.
12. Górecki A.: Przydatność włókien węglowych w śródstawowych rekonstrukcjach przedniego więzadła krzyżowego stawu kolanowego. Rozprawa doktorska. A.M. w Warszawie, 1983.
13. Kuś W.: Badania doświadczalne nad zastosowaniem włókien węglowych w operacjach odtwórczych narządu ruchu. Rozprawa habilitacyjna. A.M. w Warszawie, 1986.
14. Małydk P.: Badania doświadczalne reakcji błony maziowej stawu kolanowego na nici chirurgiczne różnego typu. Rozprawa doktorska. A.M. w Warszawie, 1989.
15. Michalski P.: Wyniki kompleksowego leczenia zmian zwyrodnieniowych stawu kolanowego. Rozprawa doktorska. A.M. w Warszawie, 1992.
16. Górecki A., Kuś W.: Wyniki zeszyca brzeżnych uszkodzeń łąkotki kolana. Chir. Narz. Ruchu Ortop. Pol, 1991, 56, 116-118.
17. Górecki A., Kuś W. Michalski P.: Paliatywne postępowanie w gonartrozie. Chir. Narz. Ruchu Ortop. Pol, 1992, 57 /supl.2/, 153-155.
18. Kuś W.: Urazowe uszkodzenia kolana. PZWL, Warszawa, 1984.
19. Gajdziński S.: Badania doświadczalne nad przydatnością dzianiny poliestrowej w rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego. Rozprawa doktorska. A.M. w Łodzi, 1981.
20. Gaździk T.: Powierzchnowe uszkodzenia chrząstki stawowej. Chir. Narz. Ruchu Ortop. Pol. 1987, 52, 89-93.
21. Marczyński W., Siwek W.: Metoda czynnościowego leczenia ostrych pourazowych obrażeń więzadeł stawu kolanowego. Chir. Narz. Ruchu Ortop. Pol. 1983, 48, 233-237.
22. Orłowski J. Pourazowa niestabilność kolana. Rozprawa habilitacyjna. CMKP w Warszawie, 1981.
23. Mazurkiewicz S.: Wybrane problemy rozpoznawania i leczenia zastarzałych uszkodzeń więzadła krzyżowego przedniego. Rozprawa habilitacyjna. A.M. w Gdańsku, 1988.
24. Widuchowski J.: Kolano – urazy i obrażenia sportowe. G-Kwadrat. Katowice, 1997.
25. Górecki A.: Aloplastyka stawu kolanowego. Chir. Narz. Ruchu Ortop. Pol. 1998, 63 (supl. 1), 84-90.
26. Kowalski M.: Wyniki totalnej, kłykciowej protezoplastyki stawu kolanowego. Rozprawa doktorska. A.M. w Warszawie, 2000.
27. Śmiłowicz M.: Zastosowanie endoprotez w leczeniu zmian destrukcyjnych stawu kolanowego w reumatoidalnym zapaleniu stawów. Rozprawa habilitacyjna. Instytut Reumatologiczny w Warszawie, 1998.
28. Bielecki A.: Wartość artroskopii w rozpoznawaniu i leczeniu chondromalacji rzepki. Rozprawa doktorska. A.M. w Warszawie, 1996.
29. Kwiatkowski K.: Ostre uszkodzenia więzadła krzyżowego przedniego, rozpoznanie i wyniki leczenia. Rozprawa habilitacyjna. WAM w Warszawie, 1995.
30. Trzaska T.: Transpozycja chrzęstno-kostna w leczeniu ubytków chrząstki stawu kolanowego. Rozprawa habilitacyjna. A.M. w Poznaniu, 1999.
31. Witoński D.: Badania nad etiopatogenezą zespołu bólu przedniego przedziału kolana. Rozprawa habilitacyjna. A.M. w Łodzi, 1999.
32. Górecki A. Słowo wstępne, Artroskopia i Chirurgia Stawów, 2005 (1): 24-25.
33. Górecki A./red./: Czynniki wzrostu i tkanka kostna., Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa, 2004,
34. Górecki A., Kuś W.: Uszkodzenia chrząstki kolana. Oficyna Wydawnicza Pilgrim, Karniowice, 2010.