

MARIUSZ LUBECKI

**ROLA OŚRODKÓW REHABILITACYJNO-ORTOPEDYCZNYCH
W POLSKIM MODELU REHABILITACJI MEDYCZNEJ
W DRUGIEJ POŁOWIE XX WIEKU**

ROZPRAWA NA STOPIEŃ DOKTORA NAUK MEDYCZNYCH

Z

**KATEDRY I ZAKŁADU HISTORII NAUK MEDYCZNYCH
UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO
W POZNANIU**

PROMOTOR:

PROF. UMP DR HAB. MED. ROMAN K. MEISSNER

POZNAŃ 2010

SPIS TREŚCI

1.	WSTĘP. CEL PRACY	5
2.	REHABILITACJA MEDYCZNA NA ŚWIECIE I W POLSCE	
	a. POCZĄTKI REHABILITACJI MEDYCZNEJ NA ŚWIECIE	10
	b. REHABILITACJA MEDYCZNA W POLSCE PRZED ROKIEM 1950 – PROFESOR IRENEUSZ WIERZEJEWSKI ORAZ JEGO UCZNIOWIE FRANCISZEK RASZEJA I WIKTOR DEGA.....	21
	c. POLSKI MODEL REHABILITACJI MEDYCZNEJ ZAAKCEPTOWANY I ZALECANY PRZEZ WHO.....	31
3.	WYBRANE OŚRODKI REHABILITACYJNO-ORTOPEDYCZNE	
	a. OŚRODEK REHABILITACYJNO – ORTOPEDYCZNY W ŚWIEBODZINIE.....	54
	b. OŚRODEK REHABILITACYJNO – ORTOPEDYCZNY W POŚWIĘTNEM KOŁO WROCŁAWIA.....	95
	c. OŚRODEK REHABILITACYJNY DLA DZIECI W KIEKRZU KOŁO POZNANIA.....	102
4.	WNIOSKI. PODSUMOWANIE ROLI OŚRODKÓW REHABILITACYJNO - ORTOPEDYCZNYCH W POLSCE I ICH OSIĄGNIĘCIA.....	109
5.	TRUDNOŚCI W REALIZACJI IDEI PROFESORA DEGI W OKRESIE TRANSFORMACJI OŚRODKÓW REHABILITACYJNO – ORTOPEDYCZNYCH.....	123
6.	BIOGRAMY WYBRANYCH ZASŁUŻONYCH PRACOWNIKÓW OŚRODKÓW REHABILITACYJNO-ORTOPEDYCZNYCH.....	125
7.	STRESZCZENIE W JĘZYKU POLSKIM.....	143

8.	STRESZCZENIE W JĘZYKU ANGIELSKIM.....	145
9.	BIBLIOGRAFIA.....	147
10.	ANEKSY	
	a. PIOTR JANASZEK – PIONIER KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI MEDYCZNEJ W WOJEWÓDZTWIE KONIŃSKIM.....	155
	b. JANINA TOMASZEWSKA – WSPÓŁTWÓRCA POZNAŃSKIEJ SZKOŁY REHABILITACJI.....	157
11.	INDEKS OSÓB.....	160
12.	INDEKS RYCIN.....	163

Zastosowane skróty

AM	Akademia Medyczna
B-W	Bącal-Wierusz
C-D	Cotrel-Dubousset
ISO	<i>International Organization for Standardization</i> Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna
LORODiM	Lubuski Ośrodek Rehabilitacyjno-Ortopedyczny dla Dzieci i Młodzieży
MPD	Mózgowe Porażenie Dziecięce
MZiOS	Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej
NRD	Niemiecka Republika Demokratyczna
NZOZ	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
ONZ	Organizacja Narodów Zjednoczonych
PFRON	Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
PIPS	Państwowy Instytut Pedagogiki Specjalnej
PNF	<i>Proprioceptive Neuromuscular Facilitation</i> Torowanie Nerwowo - Mięśniowe
PRL	Polska Rzeczpospolita Ludowa
PTO	Polskie Towarzystwo Ortopedyczne
PTOiT	Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne
PTWK	Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem
RFN	Republika Federalna Niemiec
RP	Rzeczpospolita Polska
SICOT	<i>Société Internationale de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie</i> Międzynarodowe Towarzystwo Chirurgii Ortopedycznej i Traumatologii
SPZOZ	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
STOCER	Stołeczne Centrum Rehabilitacji
UGUL	Uniwersalny Gabinet Usprawniania Leczniczego
UMP	Uniwersytet Medyczny w Poznaniu
UNICEF	<i>United Nations International Children's Emergency Fund</i> Fundusz Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci
UNRRA	<i>United Nations Relief and Rehabilitation Administration</i> Organizacja Narodów Zjednoczonych do Spraw Pomocy i Odbudowy
WHO	<i>World Health Organization</i> Światowa Organizacja Zdrowia
WSSI	<i>Wisconsin Selective Spine Instrumentation</i> Selektywna stabilizacja segmentarna typu <i>Wisconsin</i>
WZR	Wojewódzki Zespół Rehabilitacyjny
ZSRR	Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich

1. WSTĘP, CEL PRACY

Rola ośrodków rehabilitacyjno-ortopedycznych w polskim modelu rehabilitacji medycznej w drugiej połowie XX wieku.

Celem pracy jest ocena roli, jaką odegrały przez ponad pół wieku swojej działalności, założone przez prof. Wiktora Dega (1896-1995), ośrodki rehabilitacyjno-ortopedyczne na terenie kraju.

Autor na wstępie przypomina genezę i początki nowoczesnej rehabilitacji medycznej na świecie i w Polsce, przedstawia *polski model rehabilitacji*¹ oraz wymienia różnice pomiędzy modelem polskim a modelem amerykańskim Howarda Ruska (1901-1989), pioniera rehabilitacji w USA. Istotą pracy jest ocena udziału wybranych pozaakademickich placówek terenowych we współtworzeniu ogólnokrajowego systemu, jakim był *polski model rehabilitacji* ortopedycznej i medycznej. Ośrodki te zakładane i konsultowane przez prof. Dega, współpracowały z Kliniką a następnie Instytutem Ortopedii i Rehabilitacji w Poznaniu.

System rehabilitacji leczniczej w Polsce określany jako *polski model rehabilitacji medycznej* stał się w latach 70-tych ogólnokrajowym programem, według którego funkcjonowały zarówno ośrodki rehabilitacyjno-ortopedyczne jak i wszystkie placówki ochrony zdrowia w zakresie rehabilitacji medycznej.

Zgodnie z założeniami pracy zaczynamy od syntetycznego przypomnienia początków rehabilitacji medycznej na świecie, z uwzględnieniem dwóch szkół, które dały początek nowoczesnej rehabilitacji, a mianowicie model Howarda Ruska oraz Wiktora Degi.² Dega wypracował tzw. *polski model rehabilitacji* na podstawie bogatych doświadczeń zawodowych

¹ Wiktor Dega przyznawał, iż jego program spełnia warunki pojęcia "szkoła" bądź „szkoła naukowa”, jednak pozostawał przy swoim pierwotnym określeniu „model” – dyskusja na ten temat Wiktora Degi i prof. I Stasiewicz-Jasiukowej znajduje się w książce *Wiktor Dega znany i nieznan* red. I. Stasiewicz-Jasiukowa. Wydawnictwa Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu 2000.

² Kazimiera Milanowska *Profesor Dega – twórca polskiej rehabilitacji*, [w:] *90 lat Poznańskiej Ortopedii* – red. Andrzej Łempicki. Oddział Poznański PTOiT Poznań 2003 s.61.

zdobytch w trakcie pracy w Zakładzie im. B.S. Gąsiorowskiego (późniejszej Klinice Ortopedii) oraz w trakcie licznych staży odbytych w wiodących zachodnioeuropejskich ośrodkach ortopedycznych przed II wojną światową. Do zainteresowania się rehabilitacją Dega w znacznym stopniu zainspirowany został przez swojego znakomitego nauczyciela, twórcę nowoczesnej polskiej ortopedii prof. Ireneusza Wierzejewskiego (1881–1930) – organizatora i kierownika pierwszej na ziemiach polskich nowoczesnej placówki ortopedycznej – Zakładu im. B.S. Gąsiorowskiego mieszczącego m.in. pierwszą w Polsce Klinikę Ortopedyczną.³

W czasach, gdy pojęcie kompleksowej rehabilitacji medycznej nie było znane, prof. Wierzejewski zwracał uwagę jak istotne w walce z szeroko pojętą niepełnosprawnością jest równoczesne z leczeniem operacyjnym prowadzenie dobrze zorganizowanego działania mającego na celu zarówno usprawnienie narządu ruchu, jak i umożliwienie pacjentowi samodzielnego życia i pracy zawodowej mimo często pozostającej po leczeniu dysfunkcji.⁴ Ideę tę prof. Wierzejewski artykułował już jako Senator RP. Do najwybitniejszych uczniów Wierzejewskiego zalicza się Franciszka Raszeję (1896-1942) i Wiktora Dege.

Wkrótce po ukończeniu II wojny światowej Wiktor Dega, jako znany już chirurg-ortopeda a później od 1950 r. (mianowany przez MZiOS) pierwszy krajowy specjalista w zakresie rehabilitacji medycznej⁵ zorganizował początkowo „własną”, pierwszą w okresie powojennym Klinikę Ortopedii rozbudowując Collegium Marcinkowskiego na Wildzie gdzie otworzył Dział Usprawniania Leczniczego.

Niemal wszystkie polskie ośrodki ortopedyczne istniejące przed 1939 rokiem zostały zdewastowane w czasie wojny⁶. Dega mając świadomość ogromnego zapotrzebowania na leczenie rehabilitacyjne, zakładał *de novo* ośrodki terenowe⁷ początkowo w formie sanatoriów

³ Halina Bogutyn *Wiktor Marian Dega, ein grosser Orthopäde und Mittler zwischen deutscher und polnischer Orthopädie-Versuch einer Biographie*. Dissertation aus der Orthopädischen Klinik des St.Vincenz-Hospitals Brakel /Westfalen 1985. s.8.

⁴ Krzysztof Przybył *Ireneusz Wierzejewski – Jego praca w zakładzie ortopedycznym Konrada Biesalskiego w latach 1909-1911 i jej wpływ na poglądy zawodowe pierwszego pierwszego w Polsce profesora ortopedii*. „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 1999, t. 62, nr 4, s.605-614.

⁵ W. Dega *Ortopedia i rehabilitacja* PZWL Warszawa 2000 s.12.

⁶ Tadeusz Żuk, Artur Dziak *Propedeutyka ortopedii* PZWL Warszawa 1977 s.34.

⁷ Kazimiera Milanowska *Kinezyterapia* PZWL Warszawa 1984 s. 18.

lecniczo-rehabilitacyjnych.

Pierwsze takie dwa ośrodki powstały krótko po II wojnie światowej. Były to sanatoria w Poświętnem i Świebodzinie⁸ – obydwie te placówki ujęto w opracowaniu. Opisano zadania, jakie pierwotnie tym ośrodkom wyznaczył Dega, a następnie charakter tychże ośrodków, który ewoluował w miarę zmieniającego się profilu pacjentów (począwszy od ofiar ostatniej wojny poprzez epidemię polio w 1951, leczenie gruźlicy kostno-stawowej oraz leczenie wrodzonych dysfunkcji narządu ruchu u dzieci). Ośrodki te początkowo o profilu sanatoryjno-opiekuńczym podlegały sukcesywnie rozwojowi w kierunku placówek prowadzących rehabilitację kompleksową.

Ośrodek w Świebodzinie, którego rozwój w latach 1951-1982 był dziełem ucznia Wiktora Degi – dr. Lecha Wierusza (1917-1987), należącego do tzw. „wielkiej szóstki”⁹, stał się w latach 60. i 70-tych największym w Polsce centrum leczenia operacyjnego bocznych skrzywień kręgosłupa¹⁰. Ośrodek ten do końca XX wieku ewoluował w kierunku wieloprofilowego centrum ortopedyczno-rehabilitacyjnego. Podobnie rozwinęła się placówka w Wrocławiu-Poświętnem kierowana przez wybitnych lekarzy zasłużonych dla rehabilitacji na Dolnym Śląsku: doc. Józefa Kowalskiego a następnie dr. Zbigniewa Krynickiego.

Zakres pracy obejmuje ponad pięćdziesiąt lat działalności ośrodków rehabilitacyjno-ortopedycznych. Opisano profil historię placówek i ich profil. Przedstawiono zakres leczonych schorzeń, ewolucję metod operacyjnego i zachowawczego leczenia. Wszystko to zostało ujęte w kontekście głównego pytania: czy wymienione ośrodki były istotnymi elementami systemu, którego głównym animatorem był prof. Dega. Oczywiście placówki te można ocenić różnie, np. biorąc pod uwagę ich usługowo-leczniczą działalność w zakresie walki z kalectwem, a także ich wkład do naukowego dorobku polskiej ortopedii i rehabilitacji - jako placówek pozaakademickich. Opisywane ośrodki przetrwały zmiany związane z reformą w ochronie

⁸ Wiktor Dega *Rozwój Rehabilitacji w Polsce* [w:] *Rehabilitacja medyczna* red. W. Dega K. Milanowska PZWL Warszawa 2001 s.25

⁹ Władysław Barcikowski *Wspomnienia* [w:] *90 lat Poznańskiej ortopedii* red. Andrzej Łempicki, Oddział Poznański PTOiT Poznań 2003 s.304.

¹⁰ Jacek Kaczmarczyk *Lubuski Ośrodek Rehabilitacyjno-Ortopedyczny w Świebodzinie* [w:] *90 lat Poznańskiej ortopedii* red. Andrzej Łempicki. Oddział Poznański PTOiT Poznań 2003 s.255

zdrowia. Nasuwa się istotne pytanie czy po wspomnianej transformacji ośrodki te zachowały swoją istotną funkcję uwzględniając założenia *polskiego modelu rehabilitacji*.

Reforma w służbie zdrowia, wraz z którą zakończył się system centralnego budżetowego finansowania jednostek szpitalnych, przekształconych w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, zakończyła nieodwracalnie pewien etap w historii ośrodków rehabilitacyjno-ortopedycznych. Jest to więc właściwy moment na retrospekcję i podsumowanie tegoż już zamkniętego rozdziału w historii polskiej medycyny.

W ośrodkach rehabilitacyjno-ortopedycznych współpracujących z Ortopedyczną Kliniką Poznańską pracowało wielu wybitnych lekarzy i innych specjalistów zespołu rehabilitacyjnego. Dlatego też opracowano krótkie biografie tych najbardziej zasłużonych ludzi. Przypomniano również istotne dla genezy *polskiego modelu rehabilitacji* fakty z życia Prof. Degi, jako że mają one oczywisty związek z istotą tematu niniejszej rozprawy. Postać prof. Degi doczekała się licznych opracowań biograficznych. Elementy biografii Degi i Wierzejewskiego^{11, 12} przypominamy tu jedynie tytułem wprowadzenia do mojej rozprawy, w celu naświetlenia genezy tematu niniejszego opracowania - co, zdaniem autora, usprawiedliwia metodologię pierwszych rozdziałów monografii. W *Aneksie* zamieszczono krótki biogram Piotra Janaszka, przedwcześnie tragicznie zmarłego, należącego do najmłodszego pokolenia uczniów poznańskiej szkoły rehabilitacji Degi, który w sposób wzorcowy wcielał w życie zasady *polskiego modelu rehabilitacji* – poświęcając temu całą swoją nieprzeciętną inteligencję oraz niespożytą energię i wszystkie siły witalne.

Rozwój rehabilitacji w Polsce jest dowodem na to, jak myśl lekarska i pewna idea wzbogacana o doświadczenia zawodowe zapożyczone z wiodących ośrodków europejskich nie tylko jest przekazywana z pokolenia na pokolenie, lecz również wzbogacana, przybierając formy oryginalności. Tak też kilka pokoleń ortopedów począwszy – w Niemczech - od prof. Konrada

¹¹ Halina Bogutyn *Wiktor Marian Dega, ein grosser Orthopäde und Mittler zwischen deutscher und polnischer Orthopädie-Versuch einer Biographie*. Dissertation aus der Orthopädischen Klinik des St.Vincenz-Hospitals Brakel /Westfalen 1985.

¹² Szymon Kalinowski *Ireneusz Wierzejewski 1881-1930* Rozprawa doktorska napisana w Katedrze Nauk Społecznych Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu pod kierunkiem naukowym prof.dr.hab. Mieczysława Stańskiego Poznań 1999 maszynopis w posiadaniu autora.

Biesalskiego (1868-1930) i jego zakładu dla kalek w Brandenburgii, poprzez – już w Polsce - prof. Wierzejewskiego, następnie prof. Dege, jego współpracowników i uczniów (m.in. dr. Wierusza, dr. Piechockiego i innych) budowało system, który Światowa Organizacja Zdrowia uznała na swym posiedzeniu w 1970 roku za wzorzec godny naśladowania i zalecany innym krajom na naszym globie.

Mówiąc o *polskim modelu rehabilitacji* starano się m.in. ocenić, głównie w oparciu o źródła archiwalne i drukowane, jaki bezpośredni oraz inspirujący wpływ na powstanie omawianego modelu miała działalność prof. Ireneusza Wierzejewskiego – uważanego za jednego z głównych pionierów nowoczesnej polskiej ortopedii.¹³

¹³ Protokół z posiedzenia naukowego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego z dnia 11 marca 1930 roku, „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” 1931 t. 124 red. Zdzisław Gorecki Warszawa 1931 s.50-52.

2. REHABILITACJA MEDYCZNA NA ŚWIECIE I W POLSCE

a. POCZĄTKI REHABILITACJI MEDYCZNEJ NA ŚWIECIE

Rehabilitacja medyczna - jest pojęciem dziś rozumianym niemal intuicyjnie - postrzegana jako wszechobecna, powszechna, ogólnodostępna. Zapewne dlatego, że program nauczania na wydziałach lekarskich w Polsce od II połowy XX wieku obejmował zajęcia z dziedziny rehabilitacji medycznej. Lekarz każdej specjalności znał więc zasady działania podstawowych zabiegów fizykalnych, rozumiał podstawy biomechaniczne i fizjologiczne usprawniania narządu ruchu drogą kinezyterapii. Zgłębiając historię medycyny dowiadujemy się, że kompleksowa rehabilitacja medyczna jako oddzielna specjalizacja i jako integralna część każdego leczenia¹ jest dziedziną tkwiącą swymi korzeniami już w I połowie XX stulecia.

Kompleksowa rehabilitacja medyczna jako dział medycyny klinicznej jest pojęciem, które pojawiło się dopiero w latach 1946-1947. Została ona zdefiniowana i wprowadzona przez poznańskiego ortopedę Wiktora Degę i amerykańskiego internistę Howarda Ruska.

Nauką, z której w Polsce wyodrębniła się rehabilitacja była ortopedia, nazywana przez prof. Wierzejewskiego „najmłodszą córą chirurgii”.² Rehabilitacja medyczna w Polsce wywodząca się z ortopedii w koncepcji prof. Degi stała się dziedziną interdyscyplinarną. Według poznańskiego ortopedy rehabilitacja narządu ruchu wraz z neurochirurgią, reumatologią, neurologią i ortopedią³ stanowi jeden kompleks wzajemnie uzupełniających się dyscyplin klinicznych.

Powszechnie wiadomo, że rehabilitacja medyczna dotyczyła pierwotnie leczenia schorzeń narządu ruchu. Sukcesy rehabilitacji narządu ruchu spowodowały jej penetrację w wiele innych działów medycyny. Trudno jest dziś znaleźć medyczną gałąź kliniczną, w której nie byłaby

¹ Kazimiera Milanowska *Profesor Dega – twórca polskiej rehabilitacji* [w:] *90 lat Poznańskiej ortopedii* red. Andrzej Łempicki. Oddział Poznański PTOiT Poznań 2003 s.62.

² Fragment wykładu I. Wierzejewskiego. [w:] *90 lat Poznańskiej ortopedii* red. Andrzej Łempicki. Oddział Poznański PTOiT, Poznań 2003 s.30.

³ W. Dega *O polskim modelu rehabilitacji w okresie jego powstawania* [w:] *Wiktor Dega znany i nieznan* red. Irena Stasiewicz-Jasiukowa . Wydawnictwa Akademii Medycznej im. K.Marcinkowskiego w Poznaniu 2000. s 137.

stosowana rehabilitacja⁴.

Wybitnie rozwinęła się rehabilitacja kardiologiczna. Model rehabilitacji kardiologicznej udoskonalili w Polsce prof. Stanisław Rudnicki (1929-)⁵ oddelegowany z Katedry Rehabilitacji AM w Warszawie do pracy w zespole prof. Zdzisława Askanasa (1910-1974). Rehabilitacja kardiologiczna stała się naturalną konsekwencją: dużej zapadalności na choroby układu sercowo-naczyniowego oraz ogromnego rozwoju inwazyjnych metod intensywnego leczenia choroby niedokrwiennej mięśnia sercowego. Ma ona na celu adaptację układu sercowo-naczyniowego do funkcjonowania m.in. po zabiegach przezskórnej angioplastyki naczyń wieńcowych bądź po chirurgicznej rewaskularyzacji (metodą pomostowania naczyń wieńcowych) i przystosowanie mięśnia sercowego do pracy w warunkach zmniejszonej kurczliwości. Równie ważnym jej celem jest psychiczne przygotowanie pacjenta do życia po incydencie wieńcowym, m.in. by zaakceptował on narzucone mu przez chorobę ograniczenia i mimo tych ograniczeń starał się powrócić na swoje miejsce w życiu i w społeczeństwie. Powyższy kanon znakomicie odzwierciedla myśli Degi, który będąc lekarzem-humanistą⁶ stale przywoływał znane stwierdzenie, iż *nie powinno się leczyć choroby czy konkretnego objętego nią narządu a człowieka – jako całość*⁷.

Należy uznać, iż rehabilitacja jest podstawową metodą leczenia w neurologii po udarach mózgowych. Samo leczenie farmakologiczne na dzisiejszym etapie wykazuje niezadowalającą skuteczność. Intensywna i wcześnie zapoczątkowana kinezyterapia po incydentach mózgowych daje natomiast pozytywne efekty wykorzystując m.in. plastyczność pozostałych sprawnych obszarów centralnego układu nerwowego. Podkreślano to szczególnie w dobie końca dekady lat 90-tych uznanej za *dekadę mózgu*.⁸ Przykłady można by mnożyć. Rehabilitacja jest wedle koncepcji Degi powszechna i jej niestosowanie w leczeniu jest w poważnym naruszeniu zasad deontologii lekarskiej. Praca niniejsza natomiast dotyczy w pewnym sensie pierwotnego

⁴ A. Kwolek *Perspektywy rehabilitacji u progu XXI wieku* [w:] Ortopedia Traumatologia i Rehabilitacja nr 3/2004.

⁵ *Encyklopedyczny słownik rehabilitacji* red. Tadeusz Gałkowski Jerzy Kiwerski. PZWL Warszawa 1986 s.265-265.

⁶ I. Stasiewicz-Jasiukowa *Wiktora Degi alchemia myśli i słowa* [w:] *Wiktor Dega znany i nieznan* red. Irena Stasiewicz-Jasiukowa. Wydawnictwa Akademii Medycznej im. K.Marcinkowskiego w Poznaniu 2000 s.19.

⁷ K. Milanowska *Profesor Dega – twórca polskiej rehabilitacji* [w:] *90 lat Poznańskiej ortopedii* red. Andrzej Łempicki Oddział Poznański PTOiT Poznań 2003 s.61.

⁸ zob. przypis 4.

zastosowania rehabilitacji medycznej, czyli tej, która wywodzi się z ortopedii, a jak już wspomniano dotyczy dysfunkcji narządu ruchu.

Należy podkreślić że wyodrębnienie się rehabilitacji medycznej jako samodzielnej specjalizacji, zdefiniowanie tej dziedziny przez Wiktora Degę i Howarda Ruska, nastąpiło wiele wieków później od pierwszych działań medyków, czy w ogóle ludzi, mających na celu usprawnianie chorych z dysfunkcją narządu ruchu. Procedury w postaci zabiegów, które dziś mieszczą się w pojęciu kinezyterapii i fizykoterapii znane były w starożytności (gimnastyka, masaż, bodźcowe działanie ciepła, zimna, światła słonecznego itp.). Można uznać, iż rodzaj pierwotnej, empirycznie stosowanej kinezyterapii i fizykoterapii, czyli rodzaj rehabilitacji jest prawdopodobnie jedną z najstarszych dziedzin medycyny.⁹

Najwcześniejsze – oparte na wiarygodnych badaniach - dane o stosowaniu protez oraz unieruchamianiu uszkodzonych kończyn datują się na czasy 2000 lat p.n.e.¹⁰

Kinezyterapia oraz ćwiczenia oddechowe stosowane były w starożytnej Grecji. W czasach Hippokratesa dokonywano amputacji kończyn oraz wykonywano podpórcze aparaty ortopedyczne a więc co najmniej już wówczas protezowano. Stosowano obuwie korekcyjne na: stopę piętową, stopę wydrążoną, stopę koślawą i końsko-szpotałą. Wprowadzano do leczenia złamań metody wyciągowe. Starożytni Helleni rozwinęli pojęcie ruchu jako środka terapeutycznego. W przypadku porażen stosowali m.in. ćwiczenia oporowe oraz ćwiczenia bierne, a genialny Galen wprowadził obowiązujące do dziś mianownictwo wad postawy: *lordosis, kyphosis, scoliosis, genu valgum itp.*

Kolejnym bardzo znaczącym medykiem w historii leczenia schorzeń narządu ruchu był Ambroży Paré (ok. 1510-1590). Określany mianem ojca francuskiej chirurgii rozwinął protezowanie po amputacjach, (podczas których wprowadził podwiązywanie naczyń, w miejsce dotychczasowego zalewania ran wrzącym olejem); zastosował blaszane gorsety do leczenia wad kręgosłupa; obuwie korekcyjne do leczenia zniekształceń stóp. Paré w swojej działalności dążył nie tylko do przywrócenia pacjentom sprawności lecz również do umożliwienia im powrotu do pełnowartościowego życia w społeczeństwie. Można bez przesady przyjąć, że ta wielokierunkowa działalność Paré'go była prapoczątkiem kompleksowej rehabilitacji. Kolejną

⁹ A. Kwolek *Perspektywy rehabilitacji u progu XXI wieku* [w:] „Ortopedia Traumatologia i Rehabilitacja” nr 3/2004

¹⁰ Ambros *Podstawy ortopedii* PZWL Warszawa 1970 s.8-10.

istotną postacią w omawianej tu dyscyplinie medycznej był Francis Glisson (ok.1597-1677) – anatom i fizjolog angielski, który wprowadził ćwiczenia w leczeniu zniekształceń klatki piersiowej i kręgosłupa oraz zastosował pętlę wyciągową (za głowę) stosowaną dziś (nazywaną pętlą Glissona.¹¹) Używana jest ona m.in. przy zakładaniu gorsetów korekcyjnych na ramie Cotrela w przypadku bocznych skrzywień kręgosłupa i choroby Scheuermanna.

Akceleracja rozwoju rehabilitacji następowała po wydarzeniach skutkujących gwałtownym wzrostem liczby osób niepełnosprawnych. Takimi przełomami były m.in.:

- wzrost liczby inwalidów wojskowych po pierwszej wojnie światowej ¹²,
- tragiczne następstwa II wojny światowej w postaci milionów kalek¹³,
- epidemie choroby Heinego-Medina.¹⁴

Na szczególną uwagę w rozwoju rehabilitacji zasługuje osoba Pher'a Hendrika Linga (1766-1839) – Szweda, który opracował i wprowadził system ćwiczeń leczniczych, głównie czynnych, prowadzonych przez terapeutę. Ling, uważany za twórcę nowoczesnej gimnastyki leczniczej, w oparciu o swój system szkolił pierwszych kinezyterapeutów.¹⁵ Z kolei jego krajan Jonas Gustav Zander (1835-1920) wprowadził system ćwiczeń z użyciem aparatów i maszyn.¹⁶ Warto to dodać, że prekursor nowoczesnej rehabilitacji w Polsce - prof. Ireneusz Wierzejewski był zwolennikiem zarówno systemu ćwiczeń Linga jak i ćwiczeń aparaturowych Zandera (przypominających późniejszy *body building*). Szwecja zdaniem Degi była państwem wzorcowym w zakresie leczenia dysfunkcji narządu ruchu przy pomocy ćwiczeń. W związku z ciężką epidemią *poliomyelitis* na początku XX wieku stworzono w tym kraju ośrodki oparte na

¹¹ K. Milanowska *Rozwój rehabilitacji w świecie* [w:] *Kinezyterapia* PZWL Warszawa 1985. s.11-15.

¹² W USA wprowadzono w 1920 r. ustawę o zawodowej rehabilitacji inwalidów żołnierzy (*Vocational Rehabilitation Act*) T. Żuk A. Dziak *Propedeutyka ortopedii* PZWL Warszawa 1977 s.39.

¹³ *ibidem*, s. 40.

¹⁴ W Szwecji miała ona miejsce w 1890 r W. Dega *Moja droga życiowa do wiedzy i zawodu* [w:] *Wiktor Dega znany i nieznan* red. I. Stasiewicz-Jasiukowa. Wydawnictwa Akademii Medycznej i. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu 2000 s 94.

W Polsce epidemia Polio wystąpiła w roku 1951 i 1959, zob: R. Meissner *The Known and the Unknown Wiktor Dega*.

¹⁵ *Kronika medycyny* red. Marian Michalik, wyd. I, PZWL Warszawa 1994 s.348,366,398.

¹⁶ *Ibidem*.

systemie ćwiczeń czynnych wg Linga.¹⁷ Ćwiczenia ruchem wprowadzano u osób dotkniętych chorobą Heinego-Medina natychmiast po ustąpieniu ostrej fazy infekcji.

Natomiast po pierwszej wojnie światowej empirycznie stosowano w usprawnianiu leczniczym różnorodne metody fizjoterapii m.in: helioterapię, elektroterapię, masaże.

W rozwoju rehabilitacji ruchowej dużą rolę odegrała Amerykanka Elizabeth Kenny, która wprowadziła metody leczenia porażen po *poliomyelitis* oparte na połączeniu ćwiczeń biernych, redresji, reedukacji i nauki chodzenia w przypadkach porażen wiotkich. Metoda Kenny była wdrażana przez Degę w Polsce wraz z pojawieniem się epidemii *polio*¹⁸ w roku 1951. Metoda wg Kenny polega na stosowaniu ćwiczeń wspomaganych, wyłącznie z udziałem kinezyterapeuty. Ten ostatni prowadząc ruch wykonywał dodatkowo pewne drżenia stymulujące propriocepcję¹⁹.

Na terenie ziem polskich już w XIX wieku istniało kilka ośrodków stosujących, zdobywającą wówczas na świecie uznanie, gimnastykę leczniczą wg systemu opartego o doświadczenia Phera Hendrika Linga. Były to m.in. pierwsze na ziemiach polskich zakłady - poznański dra med. Teofila Mateckiego (1810-1886), następnie krakowski prof. chirurgii UJ Ludwika Bierkowskiego (1801-1860) – urodzonego w Poznaniu, oraz dr. med. Józefa Jagielskiego (1792-1865) w Poznaniu, a później w kolejności: warszawskie zakłady gimnastyczno-ortopedyczne Roberta Eichlera i Gustawa Manna a także zakład gimnastyki szwedzkiej Heleny Kuczalskiej (w którym kształcili się pierwsi polscy kinezyterapeuci)²⁰.

¹⁷ Halina Bogutyn Wiktor Marian Dega, *ein grosser Orthopäde und Mittler zwischen deutscher und polnischer Orthopädie-Versuch einer Biographie*. Dissertation aus der Orthopädischen Klinik des St.Vincenz-Hospitals Brakel /Westfalen 1985 s.11.

¹⁸ Na wniosek Degi w 1951 r. wydelegowano grupę lekarzy i kinezyterapeutów do Czechosłowacji w celu zapoznania się z metodą Kenny. Czechosłowacja posiadała wówczas roczne doświadczenie w stosowaniu ćwiczeń Kenny. W tej grupie była Kazimiera Milanowska. zob. W. Dega *O polskim modelu rehabilitacji w okresie jego powstawania*. [w:] Wiktor Dega *znany i nieznan* red. Irena Stasiewicz-Jasiukowa. Wydawnictwa Akademii Medycznej im. K.Marcinkowskiego w Poznaniu 2000, s. 146.

¹⁹ *Encyklopedyczny słownik rehabilitacji* red. prof. Tadeusz Gałkowski i prof. Jerzy Kiwerski. PZWL Warszawa 1986 s.141.

²⁰ K. Milanowska *Rozwój rehabilitacji w Polsce* [w:] *Kinezyterapia* PZWL 1970,1981,1985. s.16; zob.też: R.K. Meissner i R. T. Góral, *Pierwsze polskie lecznice ortopedyczne* [w:] *Zarys dziejów chirurgii polskiej* red. W.Noszczyk PWN Warszawa 1989 s.240 i nast.



Wiktor Dega po złamaniu miednicy

Termin *rehabilitacja* upowszechnił się około roku 1918 kiedy to w Nowym Jorku Instytut Czerwonego Krzyża dla Inwalidów podjął się działań mających na celu usprawnianie ofiar pierwszej wojny światowej, tworząc *Szkołę reedukacji i rehabilitacji inwalidów wojennych*.²¹ W okresie tym przypuszczalnie po raz pierwszy rehabilitację zaczęto postrzegać w jej obecnym – „kompleksowym” znaczeniu. Wiadomo, że w latach wcześniejszych ośrodki leczniczo-rehabilitacyjne miały charakter instytucji charytatywnych i zajmowały się głównie opieką nad kalekami, a w mniejszym stopniu ich usprawnianiem. Dopiero w latach 30-tych zaczęto wprowadzać do leczenia narządu ruchu elementy reedukacji, rehabilitacji zawodowej i rehabilitacji społecznej mając na celu umożliwienie niepełnosprawnym uzyskania pewnej sprawności fizycznej i zawodowej.²² Jako pierwszy taki model nowoczesnej kompleksowej rehabilitacji w Polsce międzywojennej sformułował poznański ortopeda prof. Ireneusz Wierzejewski²³.

W okresie międzywojennym rolę wiodącą w rozwoju rehabilitacji medycznej w Polsce, za sprawą Ireneusza Wierzejewskiego, pełnił ośrodek poznański nazywany przez historyków ortopedii kolebką nowoczesnej polskiej rehabilitacji.²⁴ Roli prof. Wierzejewskiego w tworzeniu podstaw polskiego modelu rehabilitacji poświęcono osobny rozdział niniejszej pracy (zob. dalej).

Tak się złożyło, że na pogłębienie zainteresowań Wiktora Degi sprawami rehabilitacji medycznej wpłynęły m.in. jego osobiste przeżycie związane z złamaniem miednicy po upadku z konia oraz jego zajęcia z gimnastyki leczniczej i masażu prowadzone w latach 1926-1937 w Studium Wychowania Fizycznego Uniwersytetu Poznańskiego. Jego staże naukowe w wiodących ośrodkach europejskich (Francja, Włochy, Szwecja) umożliwiły mu zapoznanie się z

²¹ K. Milanowska *ibidem*, s.14.

²² K. Milanowska W. Dega *Rehabilitacja medyczna* PZWL Warszawa 2001 s.11.

²³ Szymon Kalinowski *Ireneusz Wierzejewski 1881-1930* Rozprawa doktorska napisana w Katedrze Nauk Społecznych Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu pod kierunkiem naukowym prof.dr.hab. Mieczysława Stańskiego Poznań 1999, maszynopis w posiadaniu autora.

²⁴ *Encyklopedyczny słownik rehabilitacji* red. prof. Tadeusz Gałkowski i prof. Jerzy Kiwerski, PZWL Warszawa 1986 s.380.

aktualnymi tendencjami w światowej kinezyterapii.²⁵ Niemal równocześnie Dega podjął nowatorskie działania w kierunku leczenia wad postawy u dzieci. Zorganizował w szkołach poznańskich szerokie, dotychczas niespotykane w polskiej medycynie „profilaktyczne” badania ortopedyczne dzieci w okresie pokwitania. W przypadku stwierdzenia wady postawy u dziecka poddawał je ćwiczeniom korekcyjnym prowadzonym przez wyszkolone przez siebie asystentki mgr Ansionową i Pilarską. Równocześnie badania pediatryczne dzieci wykonywała, małżonka prof. Degi, dr Maria Żelewska-Deżyna (1906-1996) – specjalista pediatra²⁶. Wspomniany program badań oraz ćwiczeń korekcyjnych rozwijał się znakomicie aż do momentu wyjazdu Degi do Bydgoszczy w roku 1937.²⁷ Należy podkreślić, że wzorując się na doświadczeniach Degi jego system został wprowadzony w ośrodku warszawskim.²⁸

Będąc założycielem i w latach 1937-1939 ordynatorem oddziału ortopedii w Bydgoszczy Dega, według własnego oryginalnego projektu stworzył jednostkę, która w pełni odpowiadała jego wszechstronnie przemyślanej nowatorskiej koncepcji, łączącej chirurgię narządu ruchu z równoczesnym leczeniem usprawniającym.²⁹

Już od roku 1930 Dega mocno podkreślał, iż koniecznością jest obowiązkowe przesiewowe badanie noworodków w kierunku wykrywania wrodzonej dysplazji stawu biodrowego. Wówczas u dzieci po urodzeniu kliniczne metody oceny stawów biodrowych nie były doceniane i tylko sporadycznie stosowane przez światlejszych pediatrów. Degę uznaje się w Polsce za pioniera, który z czasem dzięki wnikliwym swoim badaniom naukowym został najwybitniejszym autorytetem w dziedzinie etiopatogenezy, diagnostyki, leczenia zachowawczego i operacyjnego wrodzonej dysplazji biodra. Jemu też przypada zasługa

²⁵ Halina Bogutyn Wiktor Marian Dega, *ein grosser Orthopäde und Mittler zwischen deutscher und polnischer Orthopädie-Versuch einer Biographie*. Dissertation aus der Orthopädischen Klinik des St.Vincenz-Hospitals Brakel /Westfalen 1985. s.9-12.

²⁶ W. Dega *Moja droga życiowa do wiedzy i zawodu* [w:] Wiktor Dega *znany i nieznan* red. I.Stasiewicz-Jasiukowa s. 93.

²⁷ Halina Bogutyn Wiktor Marian Dega, *ein grosser Orthopäde und Mittler zwischen deutscher und polnischer Orthopädie-Versuch einer Biographie*. Dissertation aus der Orthopädischen Klinik des St.Vincenz-Hospitals Brakel /Westfalen 1985. s.15.

²⁸ Kurs organizowany przez Poradnię Wychowania Fizycznego przy II Klinice Chorób Wewnętrznych UW. W. Dega K. Milanowska *Rehabilitacja medyczna* PZWL Warszawa 1994 r s.17.

²⁹ W. Dega *Moja droga życiowa do wiedzy i zawodu* [w:] Wiktor Dega *znany i nieznan* red. I.Stasiewicz-Jasiukowa s.100.

stworzenia w Poznaniu w roku 1932, pierwszej w Polsce poradni preluksacyjnej a następnie wprowadzenia systemu badań skriningowych na terenie kraju³⁰. Zapoczątkowane i upowszechnione przez Degę badania w kierunku dysplazji biodra zakończyły się olbrzymim sukcesem – były bowiem pierwszym w polskiej medycynie znakomitym przykładem możliwości stosowania prostej i bardzo skutecznej profilaktyki kalectwa narządu ruchu w przypadku omawianej wady rozwojowej.

Przełomem dla rozwoju rehabilitacji w Polsce i na świecie stała się II wojna światowa. Jej skutkiem była duża liczba kalek wśród ludności cywilnej, szczególnie dzieci.³¹ Były to głównie ofiary okaleczeń wojennych, z obrażeniami o stopniu znacznie cięższym niż kiedykolwiek w dziejach medycyny obserwowano, w 80 % dotyczącymi narządu ruchu³². Jednocześnie „przypadki” te należały do bardzo zaniedbanych. W wielu krajach powstały wówczas liczne ośrodki lecznicze, gdzie po terapii chirurgicznej kierowano pacjentów na usprawnianie ruchowe - prowadzone pod opieką lekarza.

Pierwsze na świecie oddziały kompleksowej rehabilitacji

Dwa pierwsze na naszym globie oddziały kompleksowej rehabilitacji uruchomiono niemal równocześnie. W roku 1947 w Nowym Yorku powstał Oddział Rehabilitacji i Medycyny Fizycznej złożony przez Howarda Ruska.

Po wyżej wspomnianym, rok później, Dega otworzył w Poznaniu pierwszy w Polsce i drugi na świecie, oddział rehabilitacji narządu ruchu³³ według własnego projektu, instalując go w budynku Kliniki Ortopedycznej (która przejściowo mieściła się w latach 1945-1948 przy ul Długiej, a od roku 1948 na Wildzie, gdzie wcześniej, w latach 1935-1939, funkcjonowała Klinika

³⁰ W. Marciniak *Życie i dzieło Wiktora Degi (1896-1995)* [w:] *90 lat Poznańskiej ortopedii* red. Andrzej Łempicki . Oddział Poznański PTOiT Poznań 2003 s.53.

³¹ W. Dega *Przedmowa* [w:] *Encyklopedyczny słownik rehabilitacji* red. prof. Tadeusz Gałkowski i prof. Jerzy Kiwerski. PZWL Warszawa 1986 s 5-9.

³² R. Meissner *The Known and the Unknown Wiktor Dega* [w:] *Wiktor Dega znany i nieznan* red. Irena Stasiewicz-Jasiukowa . Wydawnictwa Akademii Medycznej im. K.Marcinkowskiego w Poznaniu 2000 s. 163.

³³ Halina Bogutyn *Wiktor Marian Dega, ein grosser Orthopäde und Mittler zwischen deutscher und polnischer Orthopädie-Versuch einer Biographie*. Dissertation aus der Orthopädischen Klinik des St.Vincenz-Hospitals Brakel /Westfalen 1985. s.26-30.



Klinika Ortopedii w Poznaniu 1966 rok

Od strony lewej w drugim rzędzie w białych fartuchach: doc. Kazimiera Milanowska, doc. Janina Tomaszewska, prof. Wiktor Dega

Ortopedyczna kierowana przez ucznia Ireneusza Wierzejewskiego, prof. Franciszka Raszeję).

Sam nadzorując i projektując program rozbudowy gmachu na Wildzie Dega stworzył w nim interdyscyplinarne centrum leczenia chorób narządu ruchu³⁴, które w swojej organizacji i strukturze w pewnej mierze odpowiadały projektowi zasugerowanemu 20 lat wcześniej przez prof. Ireneusza Wierzejewskiego. W skład wspomnianego centrum wchodziły: ortopedyczne poradnie specjalistyczne, warsztaty ortopedyczne, poradnie psychologiczno-socjalne, szkoła dla dzieci, sale gimnastyczne, pomieszczenia do fizykoterapii, pomieszczenia diagnostyczne.

Filarami stworzonego przez Degę Oddziału, od początku jego istnienia, były dr Janina Tomaszewska (1911- 1998) i dr Kazimiera Milanowska (1926 -).³⁵ Obie oprócz studiów lekarskich dodatkowo ukończyły studia wychowania fizycznego i według koncepcji Degi miały pełne kwalifikacje do kierowania Działem Leczniczego Usprawniania.³⁶

Podsumowując historię rozwoju rehabilitacji w Polsce należy mocno podkreślić iż rehabilitacja medyczna jako odrębna dwustopniowa specjalizacja została wprowadzona w roku 1958 dzięki działalności Degi. Pierwszymi lekarzami specjalistami w rehabilitacji medycznej w pełnym tego słowa znaczeniu w Polsce były doc. Milanowska i doc. Tomaszewska (mianowane przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej w roku 1953). Pierwszym w Polsce centrum badawczo-szkoleniowym z zakresu rehabilitacji był utworzony w roku 1959 Ośrodek Szkoleniowy w Klinice Ortopedycznej Akademii Medycznej w Poznaniu. Co najważniejsze - w roku 1960 została w stolicy Wielkopolski utworzona pierwsza na świecie akademicka Katedra Medycyny Rehabilitacyjnej, a następnie w roku 1965 Klinika Medycyny Rehabilitacyjnej³⁷. Drugim obok Poznania najważniejszym uniwersyteckim klinicznym ośrodkiem naukowo-szkoleniowym w dziedzinie rehabilitacji medycznej w Polsce stał się Konstancin, w którym we współpracy z Stołecznym Centrum Rehabilitacji (STOCER) kierowanym przez prof. Mariana Allana Weissa (1921 – 1981) , utworzono (rok po Klinice Poznańskiej) Klinikę Rehabilitacji AM

³⁴ W. Dega *Moja droga życiowa do wiedzy i zawodu* [w:] *Wiktor Dega znany i nieznan* red I.Stasiewicz-Jasiukowa. Wydawnictwa Akademii Medycznej i. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu 2000 s 137.

³⁵ Wanda Stryła *Rehabilitacja poznańska 1948-1989* [w:] *90 lat Poznańskiej ortopedii* red. Andrzej Łempicki Oddział Poznański PTOiT Poznań 2003 s.103.

³⁶ W. Dega *O polskim modelu rehabilitacji w okresie jego powstawania* [w:] *Wiktor Dega znany i nieznan* red. Irena Stasiewicz-Jasiukowa. Wydawnictwa Akademii Medycznej im. K.Marcinkowskiego w Poznaniu 2000 s.138.

³⁷ patrz przypis 34 s. 103-104.

w Warszawie³⁸.

Nowoczesna rehabilitacja medyczna w Polsce w skali światowej posiada swój oryginalny rodowód, bowiem wyodrębniła się z ortopedii i głównie dzięki Dede stała się integralną częścią podstawowego leczenia. Powszechnie powtarzane jest znamienne zdanie Degi iż: *nie ludzkim jest uratowanie człowiekowi życia a następnie pozostawienie go samemu sobie*³⁹.

Rehabilitacja według koncepcji Degi polegała na możliwie jak najwcześniejszym zapoczątkowaniu, równoległe z leczeniem operacyjnym, postępowania ukierunkowanego na maksymalne odtworzenie czynności narządu ruchu, eksploracji pozostałych u pacjenta czynności tegoż narządu, oraz szeregu innych bardzo istotnych działań uwzględniających m.in. rehabilitację zawodową, społeczną i psychologiczną, mających na celu nie tylko umożliwienie powrotu pacjenta do pracy, lecz również do samodzielnej egzystencji w społeczeństwie⁴⁰.

Pojęcie *rehabilitacja* przed Degą i Ruskiem było pojmowane inaczej i używane zwykle w odniesieniu do opieki nad kalekami, prowadzonej przez ośrodki charytatywne, i mającej niewiele wspólnego z nowoczesnym intensywnym kompleksowym leczeniem umożliwiającym choremu powrót do społeczeństwa⁴¹.

Rehabilitacja w latach przedwojennych nie spełniała kryterium kompleksowości – była to więc albo rehabilitacja czysto funkcjonalna (usprawnianie uszkodzonego elementu narządu ruchu) bądź rehabilitacja zawodowa głównie w przypadku inwalidów wojennych.

Nie ulega wątpliwości, że twórcą nowoczesnej rehabilitacji medycznej w Polsce i jednym z najważniejszych projektodawców i realizatorów polskiego modelu rehabilitacji medycznej był prof. Wiktor Dega. Obiektywnie jednak należy stwierdzić, że pełny projekt sprawnego kompleksowego systemu rehabilitacji werbalizował dużo wcześniej nauczyciel Degi, założyciel poznańskiej szkoły ortopedii i pionier nowoczesnej chirurgii narządu ruchu, zwany też „ojcem polskiej ortopedii” – prof. Ireneusz Wierzejewski, któremu przedwczesna śmierć nie pozwoliła na wprowadzenie w życie swojego projektu⁴². Za twórców współczesnej nowoczesnej

³⁸ K. Milanowska W. Dega [w:] *Rehabilitacja medyczna* PZWL Warszawa 1983 s. 19.

³⁹ W. Dega „Ilustrowany Kurier Polski” z dnia 10.05.1959.

⁴⁰ K. Milanowska *Teoria rehabilitacji* [w:] *Kinezyterapia* PZWL Warszawa 1981 s.19-30.

⁴¹ W. Dega. *Przedmowa* [w:] *Encyklopedyczny słownik rehabilitacji* red. prof. Tadeusz Gałkowski i prof. Jerzy Kiwerski PZWL Warszawa 1986 s. 5-9.

⁴² *Encyklopedyczny słownik rehabilitacji* red. prof. Tadeusz Gałkowski i prof. Jerzy Kiwerski PZWL Warszawa 1986 s.381.

rehabilitacji medycznej na świecie uważa się chirurga – ortopedę prof. Degę oraz amerykańskiego internistę prof. Howarda Ruska⁴³. Stworzyli oni dwie szkoły różniące się m.in. tym, iż inny jest w nich etap w procesie leczenia, w którym należy włączyć rehabilitację. W modelu Howarda Ruska rehabilitacja jest III etapem leczenia (pierwszym jest rozpoznanie, drugim zabieg operacyjny a dopiero trzecim rehabilitacja prowadzona w odrębnym centrum rehabilitacji). Według Degi leczenie podstawowe i rehabilitację nie tylko należało połączyć,⁴⁴ lecz również wdrażać możliwie jak najprędzej, już na etapie stawiania rozpoznania, czy też w trakcie początku leczenia podstawowego. Natomiast rehabilitacja pooperacyjna miała być rozpoczynana w następnej dobie po zabiegu, bezpośrednio przy łóżku chorego lub nawet już na sali pooperacyjnej.

Dega oprócz pracy w Zakładzie im. B.S. Gąsiorowskiego pod kierownictwem prof. Wierzejewskiego, dzięki olbrzymiej życzliwości tego ostatniego, odbył przed rokiem 1939 liczne studia zagraniczne m.in. w Lyonie u prof. Gabriela Nové-Josseranda, w Bolonii u prof. Vittoria Putti’ego, w Sztokholmie u prof. Patrica Haglunda, mając znakomitą możliwość zaznajomienia się z aktualnymi na owe czasy metodami leczenia operacyjnego i kinezyterapii, z systemami postępowania i organizacją pracy w wiodących europejskich ośrodkach ortopedycznych i rehabilitacyjnych - stanowiących wówczas w tym zakresie światową czołówkę. Zdobyte w okresie międzywojennym doświadczenia Degi połączone z talentem organizatorskim i pracowitością oraz przysłowiową poznańską sumiennością pozwoliły mu na stworzenie po II wojnie światowej polskiej szkoły rehabilitacji, którą roboczo nazwano *polskim modelem rehabilitacji*⁴⁵. Opis ewolucji *polskiego modelu rehabilitacji* jest tematem dalszego oddzielnego rozdziału niniejszej pracy.

⁴³ A. Kasior-Szerszeń Wiktor *Dega and Howard Rusk- Pioneers of Rehabilitation* oryginał referatu w zbiorach promotora.

⁴⁴ K. Milanowska *Profesor Dega – twórca polskiej rehabilitacji* [w:] *90 lat poznańskiej ortopedii* red. Andrzej Łempicki Oddział Poznański PTOiT Poznań 2003 s.62.

⁴⁵ W. Dega *The Polish Model of Medical Rehabilitation During the Period of its Emergence* [w:] *The Founders of Polish Schools and Scientific Models Write About Their Works* red. I. Stasiewicz-Jasiukowa Ossolineum Warszawa 1989 s.81-112.

b. REHABILITACJA MEDYCZNA W POLSCE PRZED ROKIEM 1950 – PROFESOR IRENEUSZ WIERZEJEWSKI ORAZ JEGO UCZNIOWIE FRANCISZEK RASZEJA I WIKTOR DEGA.

Jak już wspomniano w drodze do stworzenia polskiego modelu rehabilitacji medycznej niezwykle istotną rolę odegrał poznański ortopeda Ireneusz Wierzejewski.¹



Ryc. 1. Prof. Ireneusz Wierzejewski w mundurze generalskim

¹ Szymon Kalinowski *Ireneusz Wierzejewski 1881-1930* Rozprawa doktorska napisana w Katedrze Nauk Społecznych Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu pod kierunkiem naukowym prof.dr.hab. Mieczysława Stańskiego Poznań 1999, maszynopis w posiadaniu autora.

Prof. Ireneusz Wierzejewski (1881- 1930) powszechnie uznawany jest wyłącznie za twórcę nowoczesnej polskiej ortopedii², a naszym skromnym zdaniem jest niewątpliwie też prekursorem kompleksowej rehabilitacji osób niepełnosprawnych³ co jak dalej staramy się wykazać znajduje pełne potwierdzenie w jego biografii zawodowej i naukowej.

Wierzejewski kształcił się w przodujących europejskich ośrodkach medycznych. Miał możliwość zdobywania umiejętności u najwybitniejszych ortopedów, jakimi byli Fritz Lange w Monachium oraz Konrad Biesalski w Berlinie, u których pracując (jako pierwszy asystent) odnosił duże sukcesy i cieszył się uznaniem. Wielki jego mistrz, Fritz Lange, u którego stawiał pierwsze kroki w zawodzie Wierzejewski, wystawił mu znakomite referencje, i zarekomendował Wierzejewskiego kolejnej wielkiej sławie ówczesnej ortopedii profesorowi Konradowi Biesalskiemu.

Podczas pracy w Berlińsko-Brandenburskim Zakładzie Lecznico-Wychowawczym dla kalek, pod kierownictwem Konrada Biegalskiego, Wierzejewski operował, konstruował aparaty ortopedyczne, publikował, a także doktoryzował się. We wspomnianym zakładzie Wierzejewski spotkał Helenę Gąsiorowską- bogatą właścicielkę ziemską, która będąc osobą z trwałą dysfunkcją narządu ruchu postanowiła ofiarować sumę 2 milionów marek niemieckich na poczet stworzenia na ziemiach polskich zakładu ortopedycznego celem leczenia kalek. Wierzejewski desygnowany przez wspomnianą donatorkę na wykonawcę przedsięwzięcia, stworzył w Poznaniu pierwszy na poziomie europejskim zakład ortopedyczny, któremu wedle życzenia fundatorki nadano nazwę Poznańskiego Zakładu Ortopedycznego im. Bronisława Saturnina Gąsiorowskiego na Bytniu – dawnym przedmieściu Poznania.⁴

Zakład Gąsiorowskiego w przedwojennej Polsce był jedyną wówczas placówką ortopedyczną a zarazem siedzibą pierwszej i długo jedynej w kraju Kliniki Ortopedycznej. Po II wojnie światowej placówkę reaktywowano. Bez przesady można powiedzieć, że głównie wychowankowie profesora Wierzejewskiego i Zakładu im. Gąsiorowskiego dali początek ortopedii w Polsce. Zakład Gąsiorowskiego został stworzony nie tylko dzięki ogromnej sumie

² Zygmunt Karczmarek *Ireneusz Wierzejewski* [w:] *Wielkopolski słownik biograficzny* PWN Warszawa-Poznań 1981 s 816-817.

³ Andrzej Łempicki *Ireneusz Wierzejewski – twórca ortopedii poznańskiej* [w:] *90 lat Poznańskiej ortopedii* red. Andrzej Łempicki Oddział Poznański PTOiT Poznań 2003 s. 34.

⁴ Michał Przychodzki *Ireneusz Wierzejewski – twórca pierwszej katedry ortopedii w Polsce* „Chirurgia Narządu Ruchu i Ortopedia Polska” 1964 t.29 s. 269-275.

fundacyjnej подарowanej przez bogatą właścicielkę ziemską w czasach przedwojennych, lecz również dzięki olbrzymiej inwencji i zaangażowaniu jego pierwszego dyrektora i budowniczego. Kolejne wydania podręcznika Degi, we *Wstępie*, niezbyt precyzyjnie podają, iż *wtedy to powołało społeczeństwo Polskie I. Wierzejewskiego do Poznania w celu wybudowania i prowadzenia oddanego 3.4.1913 do użytku „Poznańskiego Zakładu Ortopedycznego im. B.S. Gąsiorowskiego”*⁵. Precyzując nie było to „społeczeństwo polskie” a raczej Helena Gąsiorowska - bogata polska właścicielka. Za jej własne pieniądze ufundowano w Poznaniu zakład oddany pod opiekę stowarzyszeniu *Caritas*, która niespodziewanie stała się właścicielem imponującej nowoczesnością placówki medycznej.

Wierzejewski w swojej pracy jako ortopeda wykazywał nieprzeciętną pomysłowość a szczególnie imponujące było jego nowatorstwo we wprowadzaniu technik operacyjnych. Stale dążył do doskonalenia współczesnych mu metod chirurgicznych. Wykonywał też wiele pionierskich jak na owe czasy operacji. Prowadził oryginalne badania kliniczne z zakresu chirurgii eksperymentalnej głównie dotyczące przeszczepów ścięgien, nerwów i kości. Był autorem licznych publikacji naukowych. Wspierał prowadzenie badań, pisanie i publikowanie prac naukowych wykorzystywanych przez swoich asystentów. Z retrospekcji prof. Degi dowiadujemy się, iż Wierzejewski nie tylko bardzo energicznie inspirował asystentów do działalności naukowej, lecz również egzekwował tą działalność. Dedze m.in. umożliwił i ułatwił przeprowadzenie szerokich badań dotyczących wrodzonej dysplazji stawu biodrowego – temat ten stał się wiodącym w dalszej pracy naukowej zdolnego ucznia i podstawą do przeprowadzenia przez niego przewodu habilitacyjnego.⁶

Wierzejewski posiadał zmysł techniczny i nieprzeciętne umiejętności konstruktorskie oraz manualne, które doskonalił pracując przed studiami lekarskimi jako mechanik-technik w Poznańskich Zakładach im. Hipolita Cegielskiego. Zdolności oraz doświadczenia praktyczne i wiedza z dziedziny mechaniki pozwoliły mu na budowę, w przyklinicznych warsztatach ortopedycznych, aparatów ortopedycznych według własnych pomysłów. Wierzejewski – o czym mało komu było wiadomo - należał do cechu rzemieślniczego i miał prawo

⁵ W. Dega *Ortopedia i rehabilitacja* PZWL Warszawa 1964,1968,1983. s.10-12.

⁶ W. Dega *Moja droga życiowa do wiedzy i zawodu* [w:] *Wiktor Dega znany i nieznan* red I.Stasiewicz-Jasiukowa. Wydawnictwa Akademii Medycznej i. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu 2000 s.87.

egzaminowania kandydatów na mistrzów techniki ortopedycznej. Uważał i podkreślał, że w zawodzie ortopedy istotny jest zmysł konstruktorski oraz znajomość elementów mechaniki.⁷

Dzięki unii personalnej łączącej Zakład Gąsiorowskiego i Uniwersytet Poznański, w którym Wierzejewski od 1921 roku był wykładowcą oraz kierownikiem z zakresu ortopedii klinicznej, a następnie po habilitacji w roku 1923 został mianowany profesorem nadzwyczajnym i objął kierownictwo pierwszej w Polsce Kliniki Ortopedycznej – w Poznaniu powstało znaczące i pionierskie uniwersyteckie centrum ortopedyczno – rehabilitacyjne. Jako lider wspomnianej specjalności, Wierzejewski aktywnie działał w kierunku wprowadzenia zajęć z ortopedii i utworzenia katedr ortopedii przy pozostałych uniwersytetach polskich. Już w roku 1914 – jeszcze w okresie zaborów – postulował, na Zjeździe Higienistów Polskich, stworzenie katedry ortopedii.⁸ Zwracał uwagę na skromną wiedzę ówczesnych lekarzy polskich z dziedziny leczenia dysfunkcji narządu ruchu. Podkreślał, jakie kardynalne błędy diagnostyczne popełniane są w wyniku braku umiejętności badania ortopedycznego. Zachowany do dzisiaj w rodzinie rękopis wykładów profesora pozwala dostrzec olbrzymią i nowoczesną wiedzę z zakresu diagnostyki i chirurgii narządu ruchu, jaką wówczas posiadał.⁹

W roku 1928 był założycielem i przewodniczącym Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego (PTO). Utworzenie PTO było krokiem w kierunku organizacyjnego ukonstytuowania się ortopedii jako samodzielnej dziedziny klinicznej. Do tej daty w Polsce działało wielu chirurgów zajmujących się narządem ruchu, lecz brak odrębnego specjalistycznego towarzystwa naukowego utrudniał kształcenie, wymianę poglądów i publikowanie prac (które były rozproszone po różnych czasopismach medycznych). Stworzone przez Wierzejewskiego PTO miało za zadanie nie tylko skupienie wszystkich lekarzy interesujących się narządem ruchu, lecz również podjęcie energicznych działań w kierunku kompleksowej opieki nad kalekami. Należy podkreślić, że do śmierci

⁷ Krzysztof Przybył *Ireneusz Wierzejewski – jego praca w zakładzie ortopedycznym Konrada Biesalskiego w latach 1909-1911 i jej wpływ na poglądy zawodowe pierwszego w Polsce profesora ortopedii*. „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 1999, t. 62, nr 4, s.605-614.

⁸ T.Żuk A. Dziak *Propedeutyka ortopedii* PZWL Warszawa 1977 s.28.

⁹ Andrzej Łempicki *Ireneusz Wierzejewski – twórca ortopedii poznańskiej* [w:] *90 lat Poznańskiej Ortopedii* red. Andrzej Łempicki Oddział Poznański PTOiT Poznań 2003 s.30.

Wierzejewskiego stałą siedzibą PTO był Poznań. Już po śmierci profesora PTO zostało przemianowane na Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne (PTOiT).¹⁰

Zasługą prof. Wierzejewskiego było również powołanie czasopisma „Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska”, którego był pierwszym redaktorem (zgodnie z życzeniem Wierzejewskiego, po jego śmierci funkcję tę przejął F. Raszeja). Po II wojnie światowej, w roku 1948, czasopismo reaktywował Dega zostając redaktorem naczelnym.

Podsumowując należy podkreślić, że Wierzejewski jako pierwszy w Polsce aktywnie działał na rzecz wyodrębnienia ortopedii jako oddzielnej specjalizacji zabiegowej. Wymagał, by nowoczesny ortopeda miał gruntowną wiedzę zarówno z zakresu chirurgii ortopedycznej, neurologii, biomechaniki, techniki protezowania i konstruowania aparatów ortopedycznych. Wykazywał znakomity talent organizatorski zarówno podczas tworzenia Zakładu, oraz kierowania nim jak i później podczas uruchamiania jedynej w Polsce w czasach przedwojennych Kliniki i Katedry Ortopedii. Zapisał się też w historii jako niezwykle sprawny twórca zabezpieczenia medycznego podczas Powstania Wielkopolskiego i Powstania Śląskiego, a także w czasie wojny bolszewicko - polskiej w 1920 roku – będąc desygnowany na głównego koordynatora medycznego w czasie tychże wydarzeń. Z racji swoich osiągnięć i zasług został awansowany do stopnia generała brygady.

Wierzejewski stworzył prężną szkołę ortopedyczną. Jego bezpośredni wychowankowie: Dega, Raszeja, Józef Wolszczan (1900-1946), Michał Grobelski (1889-1971), Henryk Cetkowski (1883-1955) oraz następnie kolejne pokolenia „rodziny ortopedycznej” szkoły poznańskiej, kierowanej przez Degę zaowocowały po II wojnie światowej stworzeniem katedr ortopedii w wielu polskich uniwersytetach. Znamiennym jest, że w szczytowym okresie tego procesu aż siedem katedr ortopedii było prowadzonych przez uczniów poznańskiej szkoły.¹¹

¹⁰ *Protokół z posiedzenia naukowego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego z dnia 11 marca 1930 roku*, „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” t.124, 1931, s.50-52 (tu m.in. życiorys Wierzejewskiego).

¹¹ *90 lat Poznańskiej Ortopedii* red. Andrzej Łempicki Oddział Poznański PTOiT Poznań 2003 s. 148, 304.



Ryc. 2. Miejscowości, w których podjęli pracę wychowankowie poznańskiej szkoły ortopedii prof. Degi (za W. Marciniakiem, *Życie i dzieło Wiktora Degi ...* s.51)

**DZIAŁALNOŚĆ PROF. WIERZEJEWSKIEGO W DZIEDZINIE REHABILITACJI I JEGO WPŁYW NA
POLSKI MODEL REHABILITACJI**

Wierzejewski na początku kariery zawodowej pracował między innymi w Zakładzie Zdrowym Neuwittelsbad, a następnie jako pierwszy asystent w Berlińsko-Brandenburskim Zakładzie Lecznico-Wychowawczym dla Kalek.¹² Zakład prowadził zorganizowaną formę leczenia, od operacyjnego, poprzez usprawniające jak również prowadził szkołę i przystosowywał osoby niepełnosprawne do pracy. Tam też zajmowano się zaprotezowaniem pacjentów. Konstruowanie protez i aparatów ortopedycznych było później pasją Wierzejewskiego. Jego wybitna pomysłowość w konstruowaniu aparatów ortopedycznych była wspomniana przez Dege. W zakładzie im B.S. Gąsiorowskiego Wierzejewski utworzył Przykliniczne Warsztaty Ortopedyczne gdzie zatrudniał 2-3 mechaników zaopatrzenia ortopedycznego.

W Zakładzie i Klinice Wierzejewskiego jej kierownik wprowadził kinezyterapię w oparciu o system gimnastyki leczniczej Phera Hendrika Linga i gimnastykę aparaturową według Zandera. Wierzejewski oprócz kierownictwa Zakładem Gąsiorowskiego pełnił funkcję wicedyrektora Studium Wychowania Fizycznego, gdzie wprowadził dla studentów Studium pierwszy w Polsce lektorat z zakresu teorii i praktyki gimnastyki leczniczej i masażu. W tymże Studium na polecenie Wierzejewskiego pracował później Wiktor Dega. Wierzejewski będąc zwolennikiem gimnastyki leczniczej Linga w roku 1926 zorganizował w Klinice uroczystość celem przypomnienia niezwyklej postaci szwedzkiego poety a zarazem twórcy systemu ćwiczeń terapeutycznych, nazywanych „szwedzką gimnastyką leczniczą”. Podczas uroczystości przedstawił swoją koncepcję dotyczącą postępowania z osobami kalekami. W swoich retrospekcjach Dega pisał, iż wykład ten w znacznym stopniu zdeteminował jego późniejsze zainteresowanie kwestią kompleksowej rehabilitacji.

Koncepcja Wierzejewskiego stanowiła zatem pierwowzór, który po II wojnie światowej tak znakomicie rozwinął jego wybitny uczeń - Wiktor Dega. Rola zakładu ortopedycznego zdaniem Wierzejewskiego to przede wszystkim *leczenie niezdolnych do pracy kalek, by uczynić ich zdolnymi do zarobkowania - czyli z żebraków uczynić dodatnich członków narodu, a co najważniejsze wyleczyć okaleczoną dźwiatwę, aby uchronić ją od*

¹² Krzysztof Przybył Ireneusz Wierzejewski – jego praca w zakładzie ortopedycznym Konrada Biesalskiego w latach 1909-1911 i jej wpływ na poglądy zawodowe pierwszego w Polsce profesora ortopedii. „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 1999, t. 62, nr 4, s.605-614.

*trwałego kalectwa, aby kiedyś nie pozostała ciężarem dla państwa i społeczeństwa*¹³. Takie też zadanie miał Zakład im. Gąsiorowskiego. Wierzejewski kreśląc rolę konstytuującej się wówczas samodzielnej ortopedii zwracał uwagę, iż jej rolą jest nie tylko ratowanie życia ludzkiego, lecz głównie poprawienie jakości życia. W zachowanych, w zbiorach rodzinnych, wykładach dla studentów przytaczamy znamienne słowa Wierzejewskiego, że *wskazania do operacji w ortopedii zupełnie są odrębne od wskazań w chirurgii wewnętrznej. Tutaj kategorię „indicatio vitae”, tam tylko „indicatio deformationis*.

Ireneusz Wierzejewski jako działacz polityczny będąc Senatorem Rzeczypospolitej starał się usilnie wprowadzić w życie systemu kompleksowej opieki nad kalekami i stworzyć zakłady ortopedyczne wedle własnej koncepcji, będącej zmodyfikowanym wzorem niemieckim.¹⁴ Placówka taka zdaniem profesora winna posiadać następujące elementy: oddział zabiegowy, warsztaty ortopedyczne, szkołę dla dzieci, nauczanie dzieci „przykutych” chorobą do łóżka, dział wychowawczy będący rodzajem szkoły zawodowej kształcącej w rzemiośle, dział doradztwa zawodowego, oraz pracownika kliniki zajmującego się psychiką dziecka kalekiego (w modelu Degi jest to *psycholog kliniczny*). Wierzejewski postulował m.in., iż kliniki ortopedyczne winny być utworzone przy każdym uniwersytecie, każda klinika ma posiadać warsztaty ortopedyczne, każde większe miasto ma mieć zakład leczniczo-wychowawczy dla kalekich. Dalej powinny zostać stworzone poradnie ortopedyczne, wychowawcze i zawodowe; dzieci w trakcie leczenia ortopedycznego winy mieć możliwość nauki szkolnej oraz opiekę psychologa.¹⁵ Podkreślał olbrzymią wagę profilaktyki kalectwa oraz postulował, a nawet żądał by wszystkie osoby kalekie i niepełnosprawne miały dostęp do bezpłatnego leczenia.

¹³ W. Pankowski *Rys historyczny Wojewódzkiego Szpitala Ortopedycznego przy ul. Gąsiorowskich w Poznaniu* [w:] *90 lat Poznańskiej Ortopedii* red. Andrzej Łempicki Oddział Poznański PTOiT Poznań 2003 s. 212-214.

¹⁴ Najobszerniejsze wystąpienie senatora Wierzejewskiego traktujące o potrzebie stworzenia zorganizowanego na wzór niemiecki systemu opieki nad kalekami miało miejsce w Senacie RP w dniu 07.03.1929. zob. Krzysztof Przybył *Ireneusz Wierzejewski – Jego praca w zakładzie ortopedycznym Konrada Biesalskiego w latach 1909-1911 i jej wpływ na poglądy zawodowe pierwszego pierwszego w Polsce profesora ortopedii* „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 1999, t. 62, nr 4, s.614.

¹⁵ Ireneusz Wierzejewski *Zakłady lecznicze dla kalek. Protokół posiedzenia Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego poświęconego sprawom szpitalnictwa z dnia 14 maja 1929 r.* [w:] „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” 1930 t.124 s. 59-62.

Przedwczesna śmierć Ireneusza Wierzejewskiego (zmarł licząc zaledwie 49 lat) zapewne spowodowała, iż *ojciec polskiej ortopedii* nie zdołał swojej genialnej koncepcji wcielić w życie.

Po śmierci Wierzejewskiego Klinikę zlikwidowano. Zarząd towarzystwa Caritas desygnował dr. Michała Grobelskiego (dotychczasowego zastępcę prof. Wierzejewskiego) na dyrektora Zakładu im. Gąsiorowskiego. W związku z powyższym Franciszek Raszeja mający zamiar kierować własną jednostką i będący na etapie kończenia habilitacji (1931) opuścił Zakład i w tymże roku objął funkcję kierownika 49 łóżkowego Szpitala Ortopedycznego Ubezpieczalni Społecznej miasta Poznania w Swarzędzu przy ulicy Jesionowej 2 oraz niemal równocześnie otrzymał polecenie od Rady Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego zorganizowania Kliniki Ortopedycznej w Collegium Marcinkowskiego przy ul. Górna Wilda 89. W latach 1931-1934 działała tylko poliklinika. Natomiast Klinikę oficjalnie reaktywowano w roku akademickim 1935/1936. Jej kierownikiem został organizator tej placówki, wielokrotnie wspomniany, jeden z najwybitniejszych uczniów profesora Wierzejewskiego – wówczas docent i od 1936 profesor nadzwyczajny - Franciszek Raszeja. W Klinice, którą wyposażył w nowoczesny sprzęt ortopedyczny kontynuował leczenie i usprawnianie kalek. Już w roku 1934 uruchomił Poradnię Przeciwrumatyczną. Opublikował szereg prac dotyczących patologii i fizjologii stawów. Profesor Franciszek Raszeja zginął tragiczną śmiercią - został zamordowany przez żołnierzy SS badając chorego podczas konsylium lekarskiego w Getcie Warszawskim, u znanego antykwariusza przy ulicy Chłodnej - mimo posiadania odpowiedniej przepustki gwarantującej mu bezpieczeństwo. Wraz z prof. Raszeją zastrzelono pacjenta i obecne w pomieszczeniu inne osoby.¹⁶

Wiktor Dega – przyjaciel bohaterskiego Raszei (po wojnie odznaczonego przez Instytut Yad Vashem w Jerozolimie Medalem Sprawiedliwy Wśród Narodów Świata, m.in. również za założenie, wspólnie z Ludwikiem Hirszfeldem, tajnej stacji krwiodawstwa dla Żydów) - został w poczynaniach wdrażania w życie idei Wierzejewskiego osamotniony. Próbujmy zatem poddać szczegółowej analizie powszechnie uznawany *polski model*

¹⁶ *Medical Mission to Poland. An informal report on Rehabilitation of the Disabled by Howard A. Rusk, M.D.* New York City, March 1950 w zbiorach promotora. zob. też M. Przychodzki *Franciszek Raszeja I Poznańska Klinika Ortopedyczna 1933-1939* [w:] *Oddział Poznański Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego I Traumatologicznego*, Poznań 1998, s.43.

rehabilitacji Wiktora Degi. Badania nasze w tym zakresie są tematem kolejnego rozdziału niniejszej pracy.

Po roku 1930 losy zespołu stworzonego przez Wierzejewskiego przedstawiały się następująco: Dega w roku 1937 przeniósł się do Bydgoszczy gdzie zorganizował i objął ordynaturę oddziału ortopedii. Natomiast dyrektorem Zakładu im. Gąsiorowskiego został znakomity operator dr Michał Grobelski. Po II wojnie światowej przeniósł się do Bydgoszczy i zajął wolne miejsce po Dedze. W Zakładzie im. Gąsiorowskiego do roku 1939 pracowali Józef Wolszczan – twórca Kliniki Ortopedycznej we Wrocławiu (drugiej w Polsce po Poznaniu), a także Henryk Cetkowski – od 1945 kierownik oddziału ortopedycznego w Gdyni.

Szpital przy ul. Gąsiorowskich w Poznaniu po licznych modernizacjach i rozbudowach, mimo upływu czasu, funkcjonował będąc wierny swojej pięknej tradycji, kontynuując kierunek wyznaczony niemal przed stuleciem przez jego twórcę¹⁷.

¹⁷ W. Pankowski *Rys historyczny Wojewódzkiego Szpitala Ortopedycznego przy ul. Gąsiorowskich w Poznaniu* [w:] *90 lat poznańskiej ortopedii* red. Andrzej Łempicki, Oddział Poznański PTOiT, Poznań 2003 s. 212-214.

c. POLSKI MODEL REHABILITACJI MEDYCZNEJ ZAAKCEPTOWANY I ZALECANY PRZEZ WHO

Ryc. 3. Prof. Wiktor Dega

Wiktor Dega – poznański ortopeda, którego zasługą w II połowie XX wieku było stworzenie, upowszechnienie i wdrażanie w polską i światową medycynę programu walki z dysfunkcjami narządu ruchu - proponując tzw. *polski model rehabilitacji medycznej* w istotny sposób sprzeciwił się w istotny sposób uwidaczniającej się dehumanizacji medycyny, m.in. polegającej na tradycyjnym traktowaniu kalek. Profesor z całą determinacją walczył o to, by w procesie leczenia podmiotem był człowiek jako całość , a nie trapiąca go jednostka chorobowa.¹

¹ *Encyklopedyczny słownik rehabilitacji* red. prof. Tadeusz Gałkowski i prof. Jerzy Kiwerski. PZWL Warszawa 1986 s. 216-217.

W drodze do opracowania *polskiego modelu rehabilitacji* ważnymi etapami były bogate doświadczenia zawodowe Dega, które chronologicznie można ująć następująco:

1-praca pod kierunkiem Ireneusza Wierzejewskiego w Zakładzie im B.S.Gąsiorowskiego w Poznaniu;

2.-staże i studia podyplomowe w wiodących ośrodkach europejskich, m.in. w:

Lyonie, u prof. Gabriela Nové-Josseranda,

Paryżu u prof. Louisa Ombrédanné'a,

Włoszech u prof. Vittorio Putti'ego,

Sztokholmie u prof. Patrica Haglunda;

3-praca w Studium Wychowania Fizycznego Uniwersytetu Poznańskiego;

4-utworzenie i objęcie kierownictwa Oddziału Ortopedycznego w Bydgoszczy.

Doświadczenia te wytyczyły dwa główne kierunki w późniejszej działalności naukowo-klinicznej Dega, którymi były: zagadnienia wrodzonej dysplazji stawu biodrowego oraz rehabilitacji narządu ruchu.²

Ad 1. W Zakładzie im B.S.Gąsiorowskiego Dega rozpoczął pracę 1 kwietnia 1924.³ Tu pod kierownictwem doświadczonego i życzliwego prof. Wierzejewskiego zdobywał umiejętności w zakresie chirurgii ortopedycznej, które dość szybko pozwoliły jemu na samodzielnie operowanie oraz wprowadzanie własnych technik operacyjnych, a także opracowywanie na podstawie przypadków leczonych w Klinice rozpraw naukowych⁴. Tu też rozpoczął badania nad wrodzoną dysplazją stawu biodrowego stając się z czasem ekspertem na miarę światową w dziedzinie wspomnianej problematyki. Jego metoda osteotomii transiliakalnej dająca pełne pokrycie stropu zreponowanego biodra stała się trwałym dorobkiem światowej ortopedii i jest stosowana do dziś w wielu ośrodkach. Wraz z takimi

² R. Meissner *The Known and the Unknown Wiktor Dega* [w:] *Wiktor Dega znany i nieznan* op.cit., red. Irena Stasiewicz-Jasiukowa s. 161.

³ Halina Bogutyn *Wiktor Marian Dega, ein grosser Orthopäde und Mittler zwischen deutscher und polnischer Orthopädie-Versuch einer Biographie*. Dissertation aus der Orthopädischen Klinik des St.Vincenz-Hospitals Brakel /Westfalen 1985. s.8.

⁴ W. Dega *O bezprzrzędom leczeniu wiotkich porażen kończyn dolnych* „Polska Gazeta Lekarska” 1928, nr 4 s.22.



Wiktor Dega w roku 1925

metodami jak m.in. Zahradniczka–Collony bądź Chiari, plastyka daszka panewki stawu biodrowego wg sposobu Degi weszła do światowej klasyki operacji ortopedycznych.⁵

W Klinice Wierzejewskiego, od początku jej istnienia, wzorowo funkcjonował system zaopatrzenia pacjentów w aparaty ortopedyczne – stając się z czasem integralnym elementem kompleksowej rehabilitacji w ujęciu Degi. Wierzejewski również wprowadził ścisłą współpracę lekarza z technikiem ortopedycznym. Jego zdaniem lekarz mógł i powinien projektować aparaty ortopedyczne, co pobudzało do inwencji konstruktorskiej lekarza, oraz przyczyniało się do rozwoju nowych technik w zaopatrzeniu ortopedycznym. Ten rodzaj współpracy lekarza i technika zaopatrzenia ortopedycznego również stał się jednym z elementów modelu rehabilitacji Wiktora Degi a następnie został przez niego i jego uczniów przeniesiony do ośrodków rehabilitacyjno – ortopedycznych również poza granice Polski. Dzięki wspomnianej współpracy lekarz miał możliwość wyboru najlepszego aparatu, a następnie ocenienia jego funkcjonowania i przeprowadzenia ewentualnych korekt. Model ścisłej współpracy lekarz-technik funkcjonował już w Klinice Wierzejewskiego, w której warsztaty ortopedyczne były „oczkiem w głowie” jej kierownika⁶. Okazało się jednakże, iż mimo wysiłków Degi model zaopatrzenia z czynnym udziałem ortopedy w projektowanie aparatów i następową ich szybką realizacją, ze względu na kłopoty administracyjne, początkowo był mało sprawny. Zdaniem Degi tylko właściwe rozwiązanie tego „prozaicznego” problemu mogło wnieść wiele dobrego do rozwoju ortopedii i istotnie usprawnić leczenie.

Wierzejewski, jako zwolennik gimnastyki ruchowej Linga oraz Zandera jak wspomniałem - utworzył w swoim Zakładzie dział kinezyterapii z salą gimnastyczną.⁷

Wynika z tego co wyżej stwierdziliśmy, że plan rozwoju kompleksowej opieki nad kalekami Wierzejewskiego w sposób naturalny stał się inspiracją do jej rozwijania przez inteligentnego ucznia.⁸

⁵ Jerzy Król, Andrzej Łempicki, Jarosław Czubak *Leczenie wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego w latach 1946-2002* [w:] *90 lat poznańskiej ortopedii*, red. Andrzej Łempicki Oddział Poznański PTOiT Poznań 2003 s.158-160.

⁶ Szymon Kalinowski *Ireneusz Wierzejewski 1881-1930* Rozprawa doktorska napisana w Katedrze Nauk Społecznych Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu pod kierunkiem naukowym prof.dr.hab. Mieczysława Stańskiego Poznań 1999 s.196-238. (maszynopis w posiadaniu autora).

⁷ K. Milanowska *Rozwój rehabilitacji w Polsce* [w:] *Rehabilitacja medyczna* red. W. Dega K. Milanowska PZWL Warszawa 2001 s.13.

Wspomniany model Degi zakładał w całościowym ujęciu podobnie jak u Wierzejewskiego następujące zasadnicze elementy:

- utworzenie klinik ortopedycznych w miastach uniwersyteckich (jako głównych placówek dydaktyczno naukowych z wspomnianej dziedziny);
- utworzenie zakładów leczniczo-wychowawczych w większych aglomeracjach miejskich;
- wprowadzenie nauki szkolnej w czasie leczenia ortopedycznego oraz nauki przyłóżkowej u chorych szpitalnych;
- wprowadzenie opieki psychologicznej w ośrodkach leczniczych;
- wspomaganie niepełnosprawnych w możliwościach otrzymania pracy oraz kształcenie zawodowe niepełnosprawnych.

Wydaje się wprost nieprawdopodobne, ale jest faktem, że Wierzejewski postulował, iż niepełnosprawny powinien być tak kształcony w rzemiośle, zawodzie, by umiejętnościami *bezwzględnie przewyższać swojego zdrowego konkurenta*. Jego zdaniem tylko takie postępowanie stwarzało szansę na wyrównanie niepełnosprawnemu możliwości uzyskania godziwego zatrudnienia.⁹

Na podstawie zbadanych źródeł, nie mam wątpliwości, że powyższe postulaty Ireneusza Wierzejewskiego zostały przejęte przez Degę i po II wojnie światowej były bardzo umiejętnie wprowadzane na szeroką skalę do polskiej medycyny przez poznańskiego lekarza.

Ad 2. Prof. Wierzejewski sam będąc uczniem światowej sławy ortopedów, umożliwił swoim asystentom (m.in. Dedze i Raszei) wyjazdy na stypendia szkoleniowe do przodujących zachodnioeuropejskich ośrodków ortopedycznych. Z retrospekcji Degi opracowanych przez prof. Stasiewicz-Jasiukową dowiadujemy się, iż nasz lekarz wiele z elementów *polskiego modelu rehabilitacji* oraz istotną wiedzę ortopedyczną wzorował (oraz modyfikował) opierając się m.in. na bogatym doświadczeniu klinik, w których pracował podczas staży zagranicznych. Był niewątpliwie wnikliwym obserwatorem. Każdy nowy element, który

⁸ W. Dega *Moja droga życiowa do wiedzy i zawodu* [w:] *Wiktor Dega znany i nieznan* I. Stasiewicz-Jasiukowa, Wydawnictwa Akademii Medycznej i. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu 2000 s.87.

⁹ Andrzej Łempicki *Ireneusz Wierzejewski – twórca Ortopedii Poznańskiej* [w:] *90 lat Poznańskiej Ortopedii* Andrzej Łempicki, Oddział Poznański PTOiT, Poznań 2003 s.34.

zaobserwował w czołowych klinikach europejskich sumiennie sprawdzał i weryfikował pod kątem przydatności i możliwości jego zastosowania w rodzimej poznańskiej placówce.¹⁰

Dega m.in. miał możliwość opanowania praktycznej nauki nowoczesnego badania ortopedycznego i leczenia dzieci - odbywając kurs teoretyczny i praktyczny z zakresu chirurgii dziecięcej w Lyonie u prof. Nové-Josseranda, przez którego wkrótce został wprowadzony do Francuskiego Towarzystwa Ortopedycznego oraz Międzynarodowego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego. Dega w Lyonie zapoznał się m.in. z najnowszymi metodami leczenia zwichnięcia biodra oraz korekcji stopy końsko-szpotawej porażonej po *poliomyelitis*.¹¹

Natomiast w paryskim *l'Hopital des Enfants Malades* Dega poznał i opanował rewelacyjną metodę acetabuloplastyki wg Lance'a w wrodzonym zwichnięciu biodra, którą następnie wprowadził w naszym kraju¹². W tym okresie zapoznał się również z metodami operacyjnego leczenia gruźlicy kostno-stawowej i porażen po *poliomyelitis*. Istotą zabiegów w gruźlicy kostno-stawowej było nowatorskie chirurgiczne unieruchomianie zajętych stawów tak, by uwolnić pacjenta od stosowania opatrunków gipsowych i stabilizatorów zewnętrznych¹³. Zaznajomił się również z metodami helioterapii i talassoterapii stosowanych w leczeniu wspomnianego wyżej, a wówczas bardzo częstego schorzenia.

Z kolei w *Instituto Ortopedio Rizolli* w Bolonii Dega zwrócił uwagę na znakomite rozwiązania które w istotny sposób usprawniały pracę naukowo badawczą. Były nimi – z pozoru tak banalne elementy – jak gotowe formularze badania ortopedycznego i formularze historii chorób, odrębne dla każdego schorzenia. Stwarzały one nie tylko możliwość szybkiej porównywalności oceny wyników leczenia, lecz również znacznie usprawniały pracę kliniczną. Dega nowości te wprowadził już w Klinice Wierzejewskiego, a następnie we własnej placówce oraz po wojnie w polskich ośrodkach ortopedycznych. W tamtejszych warsztatach ortopedycznych Dega poznał nowoczesne konstrukcje zaopatrzenia ortopedycznego, m.in. stół operacyjny skonstruowany wg wskazówek Puttiego, który następnie zakupił dla poznańskiej Kliniki. Poznał również wiele metod ortopedycznego

¹⁰ K. Milanowska *Rozwój Rehabilitacji w Polsce* [w:] *Kinezyterapia* PZWL Warszawa 1981 s.17.

¹¹ W. Dega *Moja droga życiowa do wiedzy i zawodu* [w:] *Wiktor Dega znany i nieznan* red. I. Stasiewicz-Jasiukowa. Wydawnictwa Akademii Medycznej i. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu 2000 s.73.

¹² *ibidem*, s.77.

¹³ Halina Bogutyn *Wiktor Marian Dega, ein grosser Orthopäde und Mittler zwischen deutscher und polnischer Orthopädie-Versuch einer Biographie*, Dissertation aus der Orthopädischen Klinik des St.Vincenz-Hospitals Brakel /Westfalen 1985 s.8-12.

leczenia - zarówno zachowawczego jak operacyjnego - które następnie wprowadzał i udoskonalał w naszym kraju.

W Szwecji, która przeżywała na początku XX wieku epidemię *Polio*, Dega odbywał szkolenie w Klinice Ortopedycznej w Sztokholmie pod kierownictwem prof. Haglunda. Należy pamiętać że Szwecja dzięki osobie Pera Hendrika Linga stała się kolebką współczesnej kinezyterapii. Szwedzka gimnastyka lecznicza była wówczas podstawową metodą leczenia ofiar epidemii *Polio*, która panowała w tym kraju w ostatniej dekadzie XIX w. Zdaniem Degi Szwecja była wówczas państwem wzorcowym w kwestii opieki nad kalekami¹⁴ - co znajduje potwierdzenie przez innych wybitnych specjalistów. Istniała m.in. zasada kontynuacji leczenia ambulatoryjnie z chwilą wypisania pacjenta ze szpitala po leczeniu operacyjnym lub zachowawczym. Poszpitalne leczenie ambulatoryjne kontynuował lekarz, który operował, badał i prowadził pacjenta na oddziale. Jest to kapitalna i istotna zasada ciągłości rehabilitacji, którą Dega tak udanie wprowadził do „swego” modelu.¹⁵ Innym elementem przywiezionym przez Degę ze Szwecji i z żelazną konsekwencją stosowaną w poznańskiej Klinice a następnie w *ośrodkach rehabilitacyjno-ortopedycznych* w Polsce był sposób nowoczesnego prowadzenia dokumentacji medycznej.¹⁶ Poszczególne historie choroby nie były, jak dotychczas, archiwizowane osobno i chronologicznie. Pacjent otrzymywał natomiast stały numer historii choroby, pod którym mieściła się jego ciągła dotychczasowa dokumentacja z wszystkich pobytów w placówce klinicznej. Dokumentacja w formie formularzy badania ortopedycznego była uzupełniana standardowo wykonaną dokładną dokumentacją fotograficzną, która dawała możliwość zachowania pełnego ciągłego pod względem dynamiki procesu obrazu istniejącej deformacji. Dokumentacja fotograficzna, badanie pacjenta, dokumentacja rentgenowska – umieszczane były w jednej kopercie przyporządkowanej temu pacjentowi i opatrzonej jednym numerem. Dawało to możliwość szybkiego wglądu w przebieg choroby, progresję bądź efekty leczenia. Według Degi¹⁷ był to najbardziej optymalny sposób prowadzenia ciągłej dokumentacji medycznej. Dodatkowo ułatwiał on prowadzenie badań naukowych, ocenę odległych efektów leczenia itp. Ten

¹⁴ W. Dega *Moja droga życiowa do wiedzy i zawodu* [w:] *Wiktor Dega znany i nieznan* red. I. Stasiewicz-Jasiukowa, Wydawnictwa Akademii Medycznej i. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu 2000 s. 94.

¹⁵ A. Kwolek *Perspektywy rehabilitacji u progu XXI wieku* [w:] „*Ortopedia Traumatologia i Rehabilitacja*” 2004, nr 3.

¹⁶ R. Meissner *The Known and the Unknown Wiktor Dega* [w:] *Wiktor Dega Znany i Nieznany* red. Irena Stasiewicz-Jasiukowa, Wydawnictwa Akademii Medycznej im. K.Marcinkowskiego w Poznaniu 2000 s.163.

niewątpliwie pracowity sposób „dokumentowania” należy uznać za najbardziej optymalny w leczeniu schorzeń narządu ruchu w których terapia jest zazwyczaj długotrwała, wieloetapowa, wymagająca stałej kontroli progresji schorzenia i skuteczności leczenia.

W czasie pobytu Degi w Szwecji miał miejsce jeden bardzo istotnych precedensowych procesów dotyczących oskarżenia kinezyterapeuty przez Izbę Lekarską o nieprawidłowe stosowanie ćwiczeń w przypadku gruźlicy kręgosłupa , które zaostriły proces chorobowy. Orzeczono wówczas niezwykle ważną i stale obowiązującą zasadę że magister kinezyterapii nie ma prawa stosować leczenia ruchem bez uprzedniego badania lekarskiego. Ustalono, iż jedynie lekarz, po ortopedycznym zbadaniu pacjenta, może zlecać określony rodzaj ćwiczeń i ich zakres. Identycznie - w modelu rehabilitacji Degi - lekarz zlecał zakres zabiegów a także odgrywał nadrzędną rolę jako koordynator zespołu (*teamu*) rehabilitacyjnego.¹⁸

Po powrocie ze Szwecji i wprowadzeniu przez Degę w Zakładzie im. Gąsiorowskiego system gimnastyki szwedzkiej, zapoczątkował on osobiście systematyczne szkolenia miejscowych pielęgniarek zajmujących się kinezyterapią.

Ad 3. W wyniku sugestii Wierzejewskiego w roku 1926 Dega przejął funkcję lekarza Studium Wychowania Fizycznego.¹⁹ Prowadził wykłady z zakresu teorii i praktyki gimnastyki leczniczej i masażu. Pracował w Studium dziesięć lat. Od roku 1928 był również kierownikiem Miejskiej Poradni Sportowo-Lekarskiej. Dzięki pracy w Studium Dega poszerzał swoją wiedzę o zagadnienia ruchu i ćwiczeń w warunkach fizjologicznych. Według Degi było to cenne doświadczenie dające kompleksowe spojrzenie na narząd ruchu: zarówno pod względem jego fizjologii jak i patologii w aspekcie klinicznym.²⁰ Działając w Studium Dega równocześnie publikował artykuły poświęcone medycynie i traumatologii sportowej oraz szerokim badaniom populacji dzieci poznańskich mającym na celu wykrywanie wad postawy dzieci. M.in. w następstwie tego w dwu szkołach powszechnych w Poznaniu opracował i wdrożył metody leczenia wspomnianych wad przy pomocy ćwiczeń korekcyjnych (opartych na systemie Linga). Były to pierwsze w Polsce systematyczne i w

¹⁸ ibidem s.95.

¹⁹ ibidem s.91.

²⁰ Halina Bogutyn *Wiktor Marian Dega, ein grosser Orthopäde und Mittler zwischen deutscher und polnischer Orthopädie-Versuch einer Biographie.* Dissertation aus der Orthopädischen Klinik des St.Vincenz-Hospitals Brakel /Westfalen 1985 s.11-12.

pewnym sensie masowe zajęcia dla dzieci z gimnastyki korekcyjnej, których ideę następni podchwycili i realizowali lekarze warszawscy.²¹

Ad 4. W roku 1937, w bydgoskim szpitalu na Bielawkach Wiktor Dega otrzymał możliwość utworzenia oddziału ortopedycznego w pełni zorganizowanego według własnej koncepcji²². Wraz z Degą do nowotworzonej placówki przeniósł się znakomity technik ortopedyczny oraz dr Witold Piotr z Zakładu im. Gąsiorowskiego w Poznaniu.

Dega tworząc od podstaw według własnej idei oddział urządził m.in.:

- salę gimnastyczną wyposażając ją w specjalistyczny sprzęt do ćwiczeń;
- zatrudnił nauczycielki do prowadzenia zajęć szkolnych dla dzieci;
- utworzył warsztaty ortopedyczne, (których działanie było zdumiewająco sprawne, bowiem pacjent w ciągu 3 dni otrzymywał potrzebne zaopatrzenie;
- utworzył salę z lampami kwarcowymi, wprowadził helioterapię wzorując się na słynnym w całej Europie Instytucie Gruźlicy w Rzymie;
- wprowadził sumienną fotograficzną dokumentację przypadków;
- zlecił wykonanie wg własnych wskazówek oryginalnego i bardzo praktycznego stołu operacyjnego, który zainstalowano w sali operacyjnej.

Oddział Degi funkcjonował do wybuchu II wojny światowej. Był to jeden z najbardziej nowoczesnych oddziałów w Polsce.²³ Zyskał dużą renomę i zdaniem Degi działał sprawnie m.in. dzięki...motywującemu pracowników systemowi wynagradzania, uwzględniającego procent z dochodów za zabiegi operacyjne oraz za wykonane zaopatrzenie ortopedyczne²⁴.

W sierpniu 1939 roku, jako lekarz – kapitan, został zmobilizowany. Ranny pod Kutnem dostał się do niemieckiej niewoli i został przekazany do Szpitala Ujazdowskiego. Następnie pracował jako ordynator Oddziału Chirurgii Dziecięcej im. Karola i Marii w Stolicy. Podczas Powstania Warszawskiego dodatkowo prowadził punkt opatrunkowy „Sano”

²¹ W. Dega *Moja droga życiowa do wiedzy i zawodu* [w:] *Wiktor Dega znany i nieznany* red. I. Stasiewicz-Jasiukowa, Wydawnictwa Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu 2000 s.92-93.

²² *Umowa zawarta między Gminą miasta Bydgoszczy a Panem Docentem Dr. Wiktorem Degą w sprawie stosunku służbowego. Bydgoszcz, dnia 30 lipca 1937 r. Zarząd Miejski w Bydgoszczy*, kserokopia dokumentu w zbiorach promotora.

²³ .T. Żuk A. *Dziak Propedeutyka ortopedii*, PZWL Warszawa 1977 s.39.

²⁴ W. Dega *Moja droga życiowa do wiedzy i zawodu* [w:] *Wiktor Dega znany i nieznany* red. I. Stasiewicz-Jasiukowa, Wydawnictwa Akademii Medycznej i. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu 2000 s.99-103.

przy ul. Lwowskiej. Po ewakuacji Szpitala im. Karola i Marii do Włodzimierzowa pod Piotrkowem, do zakończenia wojny, prowadził tam Oddział Chirurgiczny.²⁵

Po zakończeniu wojny Dega otrzymał kilka propozycji objęcia kierownictwa katedr ortopedii, m.in. w Warszawie, Wrocławiu i Poznaniu. Zdecydował się na powrót do Poznania, gdzie szybko uzyskał nominację na profesora nadzwyczajnego. Na polecenie Uniwersytetu Poznańskiego zorganizował i prowadził Katedrę i Klinikę Ortopedii. Mieściła się ona przejściowo przy ul Długiej. Równocześnie rozbudowywał i dostosowywał do potrzeb Kliniki budynki Collegium Marcinkowskiego na Wildzie. Plan Degi stworzenia kompleksowego centrum leczenia schorzeń narządu ruchu został zaakceptowany przez miejscowy Uniwersytet i Dyрекcję Odbudowy Poznania. W latach 1946-1948 dokonano przebudowy i adaptacji Collegium Marcinkowskiego wg wskazówek Degi uwzględniających przedwojenne plany Raszei. Klinikę Ortopedyczną w roku 1948 przeprowadzono do nowego budynku. Nie zrealizowano jednak w całości zaplanowanej rozbudowy, którą przedsięwziął Dega. MZiOS odebrało mianowicie część funduszy, które miały być przeznaczone na stworzenie centrum rehabilitacji oraz kliniki neurologii i neurochirurgii, które Dega zamierzał umieścić przy Klinice Ortopedycznej jako interdyscyplinarnym wysokospecjalistycznym wzorcowym ośrodku o charakterze instytutu. Zdaniem Degi decyzja ministerstwa negatywnie wpłynęła na rozwój rehabilitacji i ochrony zdrowia nie tylko w Poznaniu, ale i w Polsce.²⁶

W Klinice Ortopedii w Poznaniu Dział Rehabilitacji został uruchomiony w roku 1948 i był drugim na świecie ośrodkiem opartej na naukowych podstawach kompleksowej zespołowej rehabilitacji medycznej.²⁷ Zaledwie rok wcześniej pierwszy oddział rehabilitacji medycznej na świecie został uruchomiony jak wspomniano wcześniej w szpitalu Bellevue w Nowym Yorku pod kierownictwem Howarda Ruska.²⁸

²⁵ R. Meissner, J. Gadzinowski *Wiktor Dega (1896-1995)* [w:] *Księga pamiątkowa w 80-lecie Uniwersyteckiego Wydziału Lekarskiego w Poznaniu* pod red. R.K. Meissnera, Poznań 2001 s.113-126.

²⁶ W. Dega *O polskim modelu rehabilitacji w okresie jego powstawania* [w:] *Wiktor Dega znany i nieznan* red. Irena Stasiewicz-Jasiukowa, Wydawnictwa Akademii Medycznej im. K.Marcinkowskiego w Poznaniu 2000 s. 139-140. Dega planował rozbudowę działu rehabilitacji gdzie pacjent miałby być kierowany po operacji, jako III faza leczenia. W związku z brakiem funduszy na rozbudowę Specjalistycznego Działu Rehabilitacji uruchomił w zastępstwie oddział rehabilitacji w Klinice Ortopedii.

²⁷ K. Milanowska W. Dega *Rehabilitacja medyczna*, PZWL Warszawa 1994 s.14.

²⁸ *ibidem*, s.11.



Ryc.4. Dr. Howard Rusk

Musimy w tym miejscu poświęcić kilka zdań osobie Howarda Ruska. Był on pionierem kompleksowej rehabilitacji medycznej w USA. W swoim kraju przeszedł on do historii jako „ojciec medycyny rehabilitacyjnej”.

Proces prawidłowego leczenia określają wg Ruska trzy etapy:

I – rozpoznanie;

II - leczenie podstawowe (zabieg operacyjny);

III – rehabilitacja prowadzona w odrębnym ośrodku rehabilitacyjnym.

Rehabilitacja według Ruska obejmowała okres leczenia pomiędzy leczeniem podstawowym a powrotem pacjenta do pracy zawodowej. Rehabilitacja, w oparciu o rozwinięcie pozostałych nieuszkodzonych funkcji motorycznych (nie w oparciu na funkcjach nieodwracalnie uszkodzonych) miała chorym umożliwić powrót do życia w społeczeństwie. Etap III – tj. rehabilitacja, odbywała się w oddzielnych od szpitala ośrodkach rehabilitacyjnych. Takim pierwszym ośrodkiem w USA – jak wspomniano - był szpital Bellevue. Należy podkreślić, że Howard Rusk program rehabilitacji rozwinął już podczas II wojny światowej (początkowo

leczył żołnierzy sił powietrznych - *Air Force*). Sukcesy uzyskane poprzez intensywne leczenie usprawniające spowodowały, iż wcześniej zapoczątkowaną rehabilitację upowszechniono w amerykańskich szpitalach wojskowych a następnie szeroko przyjęto w lecznictwie cywilnym.

Jak widać z powyższego Rusk wprowadził rehabilitację jako III fazę leczenia. W latach wojny nastąpił znaczący postęp w intensywnym leczeniu ostrej fazy po urazie (diagnostyka, intensywna terapia, skuteczne techniki operacyjne, antybiotykoterapia). Po tym etapie brakowało kolejnego ogniwa w procesie leczenia, które przywracałoby pacjenta (dzięki chirurgii i intensywnej terapii utrzymanego przy życiu) do pełnego funkcjonowania w społeczeństwie, mimo nieodwracalnej dysfunkcji pozostałej po fazie intensywnej terapii i zabiegu operacyjnym. Zdaniem Ruska luka ta między fazą obłożną choroby a powrotem pacjenta do warsztatu pracy była polem działania kompleksowej rehabilitacji medycznej – jako III fazy leczenia.²⁹

Rusk stosował wczesne uruchamianie pacjentów pooperacyjnych. Pacjenci chorzy obłożnie byli rehabilitowani w łóżku, w procesie rehabilitacji istotną rolę odgrywała pomoc psychologiczna i niedopuszczanie do izolacji osób chorych. Wprowadzana była terapia zajęciowa (ergoterapia). Program leczenia nastawiony był na intensywną eksplorację pozostałych możliwych do wykorzystania sprawności chorego w połączeniu z pomocą psychologiczną. W procesie leczenia rehabilitacyjnego uczestniczył psychiatra, ergoterapeuta, pracownik socjalny, lekarz, chirurg. W procesie leczenia zwracano uwagę na elementy humanizmu – słusznie bowiem uważano, że podmiotem w postępowaniu leczniczym był pacjent jako całość. Rusk uważał, iż rehabilitacja jako III etap powinna być intensywnym czy wręcz agresywnym leczeniem - koniecznie z czynnym udziałem pacjenta, nie zaś bierną rekonwalescencją, skutkiem której dochodzi do negatywnych zmian w psychice chorego. Działania Ruska w początkowej fazie spotykały się z negatywnym nastawieniem środowiska medycznego. Skuteczność medycyny fizykalnej Ruska została wkrótce dostrzeżona. Pierwszą instytucją silnie wspierającą rozwój rehabilitacji medycznej w USA był Związek Weteranów (*The Veterans Administration*).

Wkrótce po wojnie Rusk utworzył pierwszy na świecie oddział Medycyny Fizykalnej (1947 rok), który następnie 2 lata później za jego staraniem został przemianowany na Klinikę Medycyny Fizykalnej i Rehabilitacji. Była ona w latach 50-tych miejscem kształcenia amerykańskich kadr specjalistów medycyny fizykalnej. Dynamiczny rozwój

²⁹ Jerzy Grossman *Fizjoterapia XXI wieku*, Olsztyn 2004.

rehabilitacji i medycyny fizykalnej (*Physiatry*) w USA nastąpił w latach 50-tych - dzięki współpracy Ruska z Mary Switzer, której starania w Kongresie Stanów Zjednoczonych zaowocowały dużymi dotacjami państwa na rzecz rozwoju badań z zakresu medycyny fizykalnej oraz tworzenia ośrodków rehabilitacyjnych.³⁰

Porównując polski model rehabilitacji Degi i koncepcję medycyny fizykalnej Howarda Ruska należy zwrócić uwagę na inne uwarunkowania, w których obie koncepcje powstawały. Ogrom zniszczeń dokonanych w Polsce i populacji polskiej podczas II wojny światowej był niewspółmierny z jej skutkami w Stanach Zjednoczonych. W USA kalectwo dotyczyło głównie inwalidów wojskowych, w Polsce całej populacji z dużym udziałem dzieci. Polskie kadry lekarzy odniosły w wyniku wojny olbrzymie straty³¹. Również status majątkowy obu państw był nieporównywalny. Polska w latach powojennych stała w obliczu braku wszelkich środków. Brakowało zarówno kadr jak i bazy szpitalnej oraz środków finansowych³².

Przypomnijmy - u Howarda Ruska leczenie rehabilitacyjne rozpoczynało się wówczas, gdy kończyła się faza kliniczna leczenia tj. faza zabiegu operacyjnego lub po pewnej przerwie, którą pacjent miał spędzić w domu. Dega natomiast budując Klinikę Ortopedyczną w Poznaniu miał koncepcję rehabilitacji interdyscyplinarnej i kompleksowej (zespołowej). Interdyscyplinarny instytut miał zawierać w sobie te kliniki, które zajmują się leczeniem operacyjnym bądź zachowawczym narządu ruchu a więc: neurologię, neurochirurgię, ortopedię i dział rehabilitacji - kinezyterapię i fizykoterapię.³³ Inna od amerykańskiej jest tym samym polska koncepcja organizacji placówki rehabilitacyjnej.

W modelu Ruska rehabilitacja to *kontynuacja leczenia podstawowego* – III faza leczenia. W modelu Degi rehabilitacja wkracza w fazę II czyli w leczenie podstawowe i staje się integralnym elementem leczenia podstawowego. Według Degi zabieg operacyjny w chirurgii narządu ruchu jest częścią procesu rehabilitacyjnego- mamy tu więc pewne odwrócenie stereotypowych pojęć: rehabilitacja nie jest doleczaniem pacjenta po zabiegu. Rehabilitacja

³⁰ całość na podstawie: www.physiatry.org/about/history.html

³¹ *Medical Mission to Poland. An informal report on Rehabilitation of the Disabled by Howard A. Rusk, M.D.* New York City, March 1950, w zbiorach promotora.

³² Roman K. Meissner *The Known and the Unknown Wiktor Dega* [w:] *Wiktor Dega znany i nieznan* red. I. Stasiewicz-Jasiukowa, Wydawnictwa Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu 2000 s.159-160.

³³ W. Dega *O polskim modelu rehabilitacji w okresie jego powstawania* [w:] *Wiktor Dega znany i nieznan* red. Irena Stasiewicz-Jasiukowa, Wydawnictwa Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu 2000 s.137-138.

jest całościowym kompleksowym leczeniem pacjenta a operacja jedynie ogniwem tegoż leczenia.³⁴ Według Degi operacja jako ogniwo procesu rehabilitacji kompleksowej powoduje nowy układ statyczno-kinetyczny w narządzie ruchu, który jest nowym punktem wyjścia do ćwiczeń ruchowych³⁵.

Zestawienie chronologiczne najważniejszych wydarzeń w życiu i pracy zawodowej ojców współczesnej rehabilitacji w Polsce i w USA. Porównanie modelu współczesnej rehabilitacji według dra Howarda Ruska i prof. dr Wiktora Degi




rok	Howard Rusk	rok	Wiktor Dega
1927	Ukończenie studiów medycznych na Uniwersytecie Pensylwania (<i>University of Pennsylvania</i>)	1924	Ukończenie studiów na Uniwersytecie Poznańskim. Uzyskanie tytułu doktora wszech nauk lekarskich. Rozpoczęcie specjalizacji z chirurgii ortopedycznej
1927	Rozpoczęcie specjalizacji internistycznej	1924	
1949	Misja medyczna dr. Ruska do Polski; Warszawa, Piekary Śląskie, Świebodzin, Poznań.		
1951	Otwarcie Stałego Instytutu Rehabilitacji Medycznej Uniwersytecie Nowego Jorku (<i>New York University</i>) z biblioteką, salą gimnastyczną, basenem terapeutycznym	1949	Współorganizator, jednego z pierwszych w Polsce, ośrodka rehabilitacyjnego dla dzieci w Świebodzinie
1953	Przewodniczący Zarządu Fundacji Amerykańsko-Koreańskiej	1950	Zostaje mianowany Krajowym Specjalistą d/s Rehabilitacji
1955	Założyciel i prezydent Światowego Funduszu Rehabilitacyjnego	1957-1967	Powołany na eksperta Światowej Organizacji Zdrowia ds. rehabilitacji
1957	Ponowna wizyta w Polsce i spotkanie z dr Degą	1959-1962	Rektor Akademii Medycznej w Poznaniu
1952	Otrzymanie najwyższej światowej nagrody w dziedzinie rehabilitacji przyznanej przez Fundację Alberta i Mary Laskera	1966	Otrzymanie najwyższej światowej nagrody w dziedzinie rehabilitacji przyznanej przez Fundację Alberta i Mary Laskera

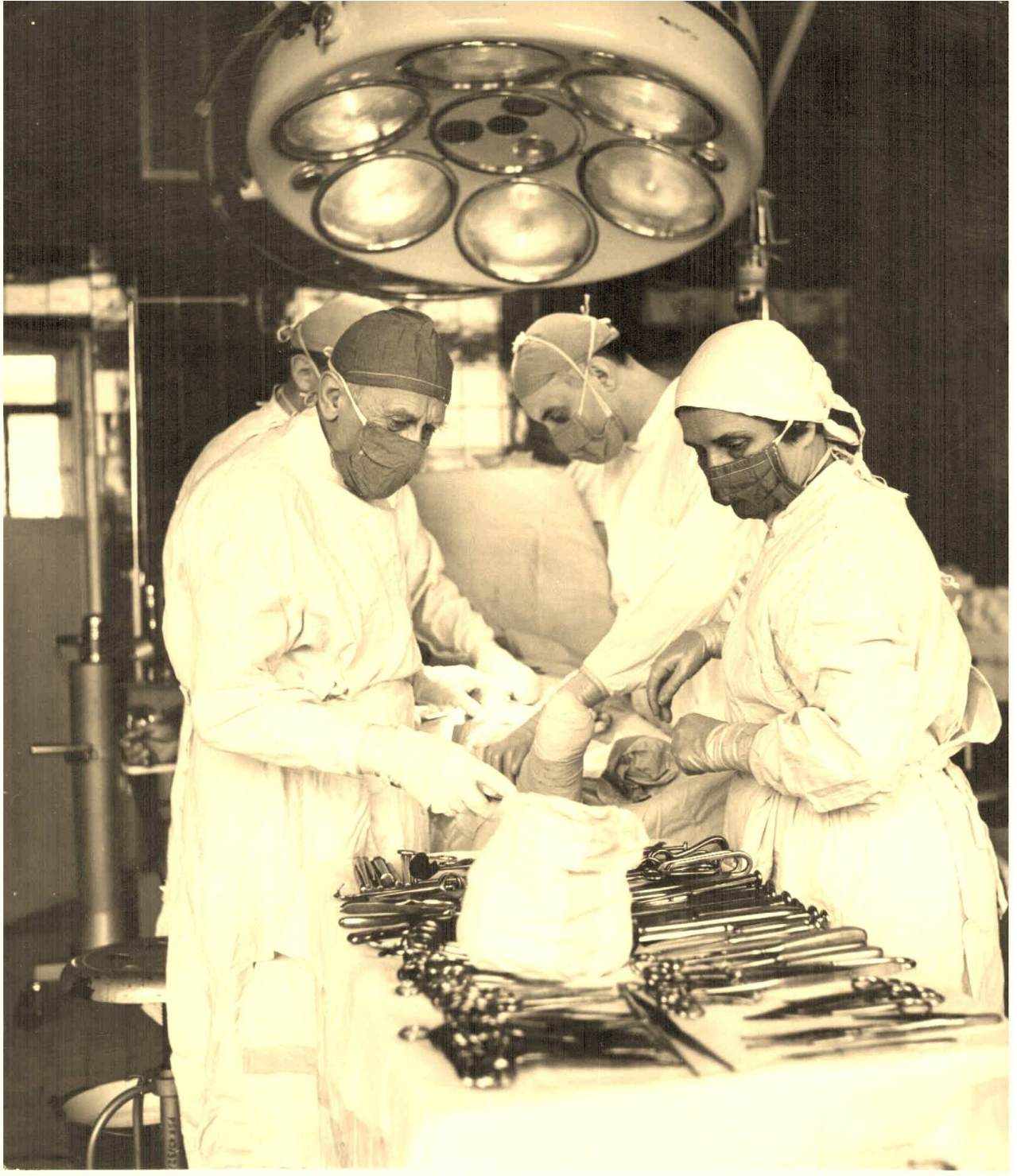
Ryc. 5 Zestawienie porównawcze najistotniejszych wydarzeń z życia zawodowego pionierów współczesnej rehabilitacji wg prof. Meissnera

³⁴Ibidem, s.139.

³⁵ K. Milanowska W. Dega *Rehabilitacja medyczna*, PZWL Warszawa 1983 s.9.



Wiktor Dega w oczekiwaniu na operację



Wiktor Dega podczas operacji

Model prof. Degi i model dr. Ruska łączy kilka elementów. Pierwszym – zwracającym uwagę i nadrzędnym jest głęboki humanizm zawarty w obu koncepcjach. Obaj lekarze postulowali by podmiotem w leczeniu był całościowo pojęty *pacjent* ze wszystkimi aspektami jego choroby, nie zaś dotknięty chorobą narząd. Kolejnym wspólnym elementem było pojęcie rehabilitacji społecznej i zawodowej a więc zapobieganie izolacji osób niepełnosprawnych z udziałem pomocy psychologa oraz umożliwienie pacjentom podjęcia pracy zawodowej dzięki rozwinięciu odpowiednich funkcji zastępczych narządu ruchu i ewentualnego przekwalifikowania.

Rehabilitację medyczną według *polskiego modelu* Degi cechowały cztery przymiotniki³⁶: powszechna, wczesna, kompleksowa i ciągła.

Powszechność, czyli dostępność dla wszystkich chorych, odnosi się również do pojęcia interdyscyplinarności - rehabilitacja musi obejmować wszystkie dziedziny medycyny.

Wczesne zapoczątkowanie – rozumiane jako usprawnianie pacjenta zarówno przed planowym zabiegiem operacyjnym jak i zaraz po zabiegu w postaci ćwiczeń w łóżku (ćwiczeń oddechowych, izometrycznych, biernych, wspomaganych, czynnych). Wczesne zapoczątkowanie jest również istotną podstawą rehabilitacji wszystkich innych, m.in. neurologicznej - po udarach mózgowych.³⁷

Kompleksowość. Rehabilitacja znacznej części pacjentów ma charakter *leczenia funkcjonalnego* – zleconej przez lekarza kinezyterapii, oraz zabiegów fizykalnych, po których pacjent odzyskuje sprawność i powraca do funkcjonowania. W przypadku, gdy uraz bądź schorzenie całkowicie zmienia sytuację życiową chorego należy wprowadzać *rehabilitację kompleksową* prowadzoną przez zespół (*team*) rehabilitacyjny.³⁸ Na rehabilitację kompleksową zdaniem Degi składa się m.in. kinezyterapia, fizykoterapia, zajęcia z logopedą, zaopatrzenie ortopedyczne, pomoc psychologiczna, pomoc socjalna, ergoterapia, nauka szkolna w przypadku dzieci i młodzieży, pomoc instruktora zawodowego. Kompleksowa rehabilitacja wiąże się więc z pojęciem interdyscyplinarności czyli zakłada udział lekarzy różnych specjalności w zależności od potrzeb: neurologa, ortopedy, neurochirurga, reumatologa, kardiologa itd.

³⁶ ibidem, s.149.

³⁷ A. Kwolek *Perspektywy Rehabilitacji u progu XXI wieku* „Ortopedia Traumatologia i Rehabilitacja” 2004, nr 3.

³⁸ K. Milanowska W. Dega *Rehabilitacja Medyczna*, PZWL Warszawa 1983 s.10.



Wiktor Dega wśród rehabilitowanych dzieci

Ciągłość. Rehabilitacja ma być nieprzerwana, jednocześnie ma być prowadzona rehabilitacja medyczna, zawodowa, społeczna. Pojęcie ciągłości rehabilitacji oznacza również kontynuację leczenia po opuszczeniu ośrodka szpitalnego, czyli rehabilitację środowiskową.

Pierwszym w Polsce ośrodkiem kompleksowej rehabilitacji był stworzony przez Degę Dział Leczniczego Usprawniania w Klinice Ortopedii w Poznaniu. Dega w obliczu niedoboru środków finansowych nie mógł rozwijać rehabilitacji III fazy z powodu braku odpowiedniej infrastruktury. Dzięki pomysłowości Degi rehabilitacja została włączona wcześniej w poznańską Klinikę Ortopedyczną. Tym samym doszło do połączenia fazy II z III. Rehabilitacja prowadzona była na salach chorych, przyłóżkowo, i w dostępnych pomieszczeniach. Następnie zostały zbudowane odpowiednie sale gimnastyczne, pływalnia, wprowadzono zabiegi fizykalne, ćwiczenia w wodzie, terapię zajęciową oraz uruchomiono warsztaty ortopedyczne³⁹.

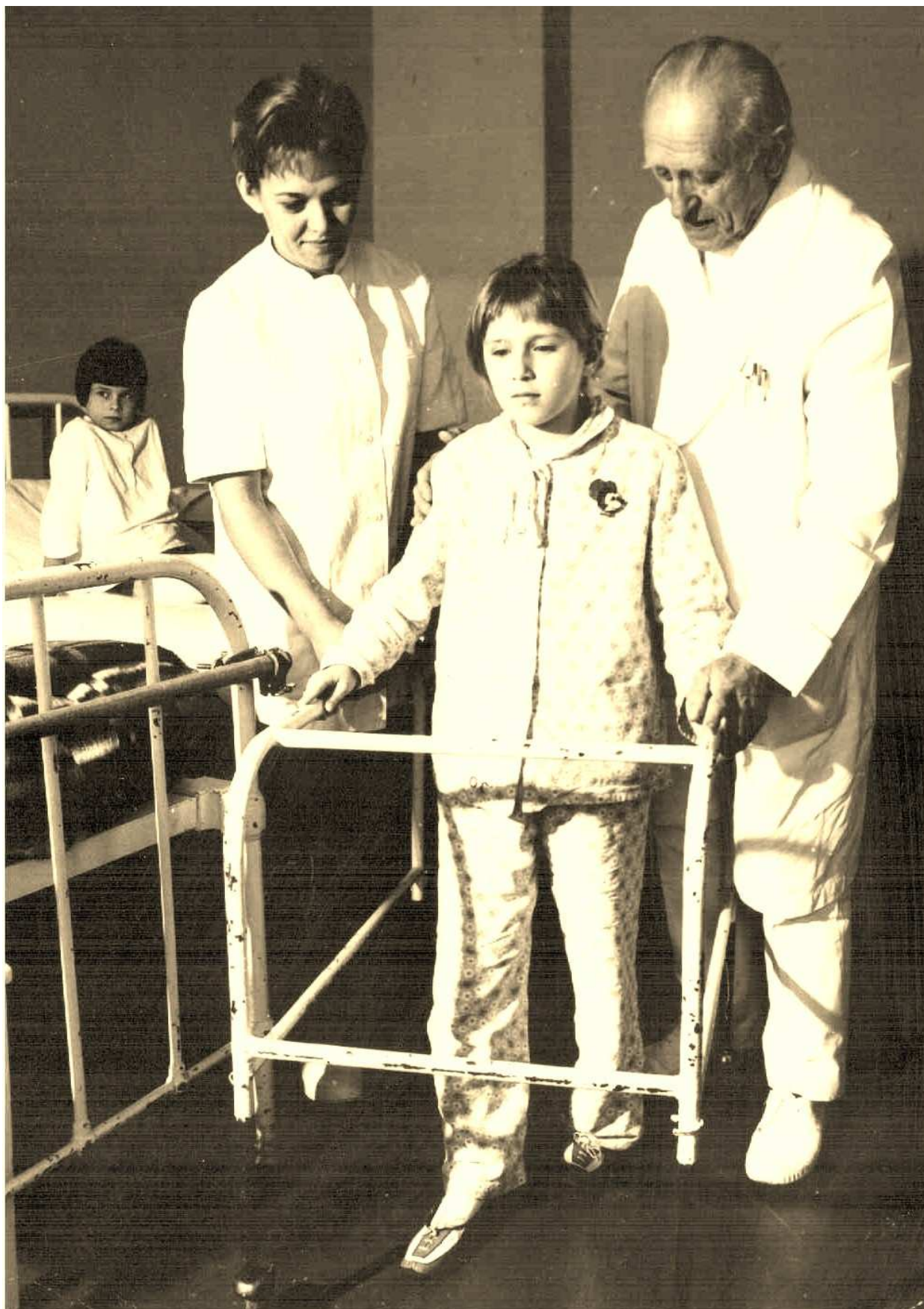
Dega rozpoczął wówczas organizowanie pierwszych zespołów rehabilitacyjnych, w których skład wchodził:

- lekarz specjalista rehabilitacji medycznej – ordynator oddziału (warto podkreślić, że specjalność ta wówczas formalnie jeszcze nie istniała, kierownictwo Działu Rehabilitacji objęły dr Janina Tomaszewska oraz dr Kazimiera Milanowska). Istotą było to, że lekarz specjalista rehabilitacji został koordynatorem zespołu rehabilitacyjnego i podlegli mu:
- rehabilitanci a więc magistrowie rehabilitacji oraz związani z nimi podlegli technicy fizjoterapii;
- inżynier i technik zaopatrzenia ortopedycznego;
- psycholog kliniczny;
- ergoterapeuta;
- pracownik socjalny.

Dodatkowo, w przypadku rehabilitacji⁴⁰ dzieci, do zespołu należeli również:

³⁹ W. Dega *O polskim modelu rehabilitacji w okresie jego powstawania* [w:] Wiktor Dega znany i nieznan red. Irena Stasiewicz-Jasiukowa, Wydawnictwa Akademii Medycznej im. K.Marcinkowskiego w Poznaniu 2000 s.139-140.

⁴⁰ Wg Degi termin *rehabilitacja* w odniesieniu do dzieci jest niewłaściwy gdyż nie zachodzi tu *odzyskiwanie* utraconej funkcji, lecz *nabywanie* jej *de novo*. (*Rehabilitacja medyczna* PZWL Warszawa 1983 s.20.). Współcześnie wprowadzono pojęcie rehabilitacji rozwojowej, które odnosi się do leczenia dzieci z wrodzonymi dysfunkcjami narządu ruchu. Zob. A. Kwolek *Perspektywy rehabilitacji u progu XXI wieku* „Ortopedia Traumatologia i Rehabilitacja” 2004, nr 3.



Wiktor Dega nadzoruje naukę chodzenia dziecka po operacji kończyn dolnych

-nauczyciele, wychowawcy oraz przedszkolanki.

Zdaniem Degi rehabilitacja kompleksowa wymagała stworzenia odrębnej specjalizacji – lekarza rehabilitacji medycznej. Wiadomo było bowiem, że lekarz ortopeda zajmując się stroną zabiegową leczenia nie był w stanie koordynować jednocześnie procesu rehabilitacji kompleksowej z jej aspektami psychologicznymi, społecznymi, zawodowymi.⁴¹

Rehabilitacja kompleksowa w *polskim modelu rehabilitacji* rozpoczynała się więc od ustalenia planu leczenia przez konsylium lekarskie składające się z lekarzy ortopedów, lekarzy rehabilitacji medycznej, pediatrów, neurologów oraz innych specjalistów. Konsylium poprzez swój interdyscyplinarny skład zapewniało najlepsze efekty rehabilitacji. Konsylium biorąc pod uwagę bilans uszkodzeń narządu ruchu określało:

- rokowanie chorego co do możliwości samodzielnego poruszania;
- rodzaj i zakres zabiegu chirurgicznego;
- rodzaj i zakres ćwiczeń oraz zabiegów fizykalnych;
- rokowanie co do możliwości chorego do podjęcia dotychczasowej pracy bądź zmiany stanowiska pracy;
- rodzaj możliwego do zastosowania aparatu ortopedycznego czy protezy.

Plan leczenia był przekazywany zespołowi rehabilitacyjnemu oraz pacjentowi, który powinien go zaakceptować. Zakres zabiegów fizykalnych i kinezyterapii dla danego pacjenta był zlecany rehabilitantom na indywidualnej karcie rehabilitacyjnej chorego. Istniała ścisła współpraca między oddziałem a warsztatami ortopedycznymi. Rodzaj aparatu ortopedycznego zlecał lekarz technikowi bądź inżynierowi pracującemu w przyklinicznych warsztatach ortopedycznych. Aparat w stanie półsurowym był następnie oceniany przez lekarza, usuwano usterki, dokonywano niezbędnych poprawek i wykończenia. Ścisła współpraca ortopedy oraz lekarza rehabilitacji z technikiem ortopedycznym umożliwiała wprowadzanie i projektowanie nietypowych aparatów według własnych modyfikacji. Pacjent był następnie przeszkolony w zakresie posługiwania się aparatem⁴² oraz przygotowywany psychicznie do jego wyglądu i stosowania.⁴³

⁴¹ W. Dega *O polskim modelu rehabilitacji w okresie jego powstawania* [w:] Wiktor Dega znany i nieznan red. Irena Stasiewicz-Jasiukowa, Wydawnictwa Akademii Medycznej im. K.Marcinkowskiego w Poznaniu 2000 s.148.

⁴² ibidem, s. 142-143.



Wiktor Dega, Zjazd PTOiT 1951. W środku ¹ Wiktor Dega obok rektora AM
prof. Tadeusza Kurkiewicza ²

Podczas wizyty ogólnej przeprowadzanej raz w tygodniu oddział wizytowany był przez całą *team* rehabilitacyjny wraz z rehabilitantami i technikiem zaopatrzenia ortopedycznego. Wizyta ogólna miała na celu ocenę efektów leczenia oraz modyfikacje postępowania. Miała ona również zadanie dydaktyczne w odniesieniu do uczestniczących w tzw. „obchodzie”.

Godnym podkreślenia był fakt, że rehabilitacja była wówczas pojęciem niemal nieznanym lekarzom, dyrektorom szpitali ani decydującym MZiOS. Był to bowiem dział medycyny tworzony *de novo*. Podobnie nie istniały odpowiednie kadry zarówno w odniesieniu do lekarzy rehabilitacji medycznej jak i fizjoterapeutów oraz psychologów klinicznych i pracowników socjalnych. Istotne było to, że nie przewidywano etatów na wspomniane nowo powstałe stanowiska.

W latach 1946-1973 tworzenie rehabilitacji medycznej miało charakter woluntarny, tzn. nie istniał ustawowy obowiązek prowadzenia rehabilitacji, organizowania ośrodków rehabilitacji i szkolenia odpowiednich kadr. Rehabilitacja w tych latach rozwijała się wyłącznie dzięki działającym bezinteresownie społecznikom.

Drugim ośrodkiem po poznańskim, w którym rozwijała się rehabilitacja medyczna stał się Konstancin w oparciu o Centralny Instytut Traumatologiczny (późniejszą Klinikę Ortopedyczną) w Warszawie. Rozwój ośrodka w Konstancinie był zasługą prof. Mariana Weissa uważanego za współtwórcę sukcesów polskiej rehabilitacji⁴⁴. Weiss został oddelegowany w roku 1949 przez znakomitego prof. Adama Grucę z Instytutu Chirurgii Urazowej w Warszawie w celu utworzenia 100-łóżkowego ośrodka rehabilitacji w Konstancinie, który początkowo funkcjonował w Szpitalu Chirurgii Kostnej. Następnie dzięki działalności dr. Weissa powstało w latach 1959-1963 w Konstancinie Stołeczne Centrum Rehabilitacji – całkowicie nowy obiekt szpitalny na 450 łóżek.⁴⁵

W roku 1950 w obliczu rozpoczynającej się epidemii *Polio* mianowano pierwszego konsultanta krajowego w zakresie rehabilitacji, którym został prof. W. Dega.

⁴³ K. Milanowska W. Dega *Rehabilitacja medyczna*, PZWL Warszawa 1983 s.21.

⁴⁴ A. Kwolek *Perspektywy Rehabilitacji u progu XXI wieku* „Ortopedia Traumatologia i Rehabilitacja” 2004, nr 3.

⁴⁵ A. Kiwerski J. Górski *Wspomnienie o profesorze Marianie Weissie* „Postępy Rehabilitacji” 1989, nr 3 s.65-68.



IV Sympozjum Europejskie *Polio* Bolonia 1956. Prof. Fanconi – przewodniczący, prof. Bogdanowicz, prof. Herman, dr Doefferowa, prof. Dega

Wkrótce po uruchomieniu kliniki rehabilitacji w Poznaniu rozpoczęto organizowanie terenowych ośrodków rehabilitacyjnych. Pierwsze ośrodki ortopedyczno-rehabilitacyjne prof. Dega utworzył w Świebodzinie oraz w Poświętnem (1949r.). Kolejne powoływał wraz z narastającą liczbą ofiar epidemii choroby Heinego-Medina. Ośrodki zajmowały się wówczas leczeniem porażen wcześniej zapoczątkowaną kinezyterapią w oparciu o metodę Kenny. Dega postulował powołanie konsultantów wojewódzkich, którzy pełniliby nadzór nad ośrodkami rehabilitacyjnymi, koordynowali i tworzyli zręby rehabilitacji leczniczej w terenie na poziomie szpitali wojewódzkich i powiatowych (analogicznie jak to miało miejsce z nadzorem wojewódzkim w zakresie innych specjalizacji np. interny, chirurgii itd.). Odmowna decyzja MZiOS i brak zrozumienia dla potrzeb rozwoju rehabilitacji spowodowały, iż Dega powierzył funkcje specjalistów (konsultantów) wojewódzkich sześciu specjalistom rehabilitacji medycznej ze swojej Kliniki, którzy zgodzili wolontarnie rozwijać rehabilitację w terenie. Znakomite wyniki ich pracy zostały przedstawione MZiOS i zaowocowały w roku 1962 powołaniem przez ministerstwo dwunastu specjalistów wojewódzkich z dziedziny rehabilitacji.

W latach 50 tych i 60-tych stworzone zostały przez Degę merytoryczne podstawy naukowe pod rozwój nowoczesnej rehabilitacji, stworzony ośrodek wzorcowy i szkoleniowy w Klinice Poznańskiej, powołana Katedra Rehabilitacji w Poznaniu w roku 1960, oraz w Warszawie w roku 1961 (w oparciu o ośrodek w Konstancinie). Wykształcona została kadra specjalistów, których w roku 1968 było w Polsce 90 z I i II stopniem w rehabilitacji oraz 67 osób w trakcie specjalizacji z rehabilitacji. Jednocześnie została wykształcona na polskich Akademiach Wychowania Fizycznego kadra magistrów gimnastyki leczniczej oraz po pomaturalnych szkołach techników fizjoterapeutów. Należy jednak podkreślić, że mimo solidnego fundamentu merytorycznego rehabilitacja powszechna, dostępna dla wszystkich chorych i wcześniej zapoczątkowana ... w Polsce nie istniała. W istocie była ograniczona do Kliniki w Poznaniu, Warszawie i kilku ośrodków terenowych jak Świebodzin, Konstancin, Poświętne i kilku sanatoriach. Natomiast w szpitalach powiatowych i większości wojewódzkich rehabilitacja nie była znana. Ideą Degi było rozpowszechnienie rehabilitacji tak, by była dostępna na poziomie każdego szpitala i przychodni. Wg Degi zastosowanie rehabilitacji miało się stać odruchem każdego lekarza wyposażonego w „minimum rehabilitacyjne”, czyli podstawową wiedzę z tego zakresu przekazaną na poziomie studiów medycznych.



OS PRÆPOSITI *Societatis Hungaricae*
pro Rehabilitatione Aegrotuum

SIGNIFICAMUS, QUIBUS EXPEDIT, OMNIBUS
ILLUSTRISSIMUM DOMINUM *professorem*
W. Dega

QUI DISCIPLINAS MEDICINALES OPERIBUS APUD
NATIONES ETIAM EXTERAS COGNITIS PROMOVENDO, NECNON
COMMUNIBUS MEDICORUM HUNGARORUM DIVERSARUM
GENTIUM LABORIBUS OPERAM DANDO OPTIME MERUIT
SODALEM HONORIS CAUSA
IN *societatem* NOSTRAM ASCRIPTUM ESSE

Budapestini, mense Novembri 1968.

SECRETARIUS GENERALIS



Luboriti Diga
PRÆSES

Dyplom honorowego członka Węgierskiego Towarzystwa Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych



KOMITET NAGRÓD PAŃSTWOWYCH

W DZIEDZINIE

NAUKI, TECHNIKI ORAZ KULTURY I SZTUKI

PRYZNAŁ

Prof. dr Wiktorowi Dedze

NAGRODĘ indywidualną I STOPNIA

W DZIEDZINIE

nauki za opracowanie metody operacyjnego leczenia wrodzonego zwłknięcia stawu biodrowego.

SEKRETARZ
KOMITETU NAGRÓD PAŃSTWOWYCH

PRZEWODNICZĄCY
KOMITETU NAGRÓD PAŃSTWOWYCH

WARSZAWA · DNIA 22 LIPCA 1968 ROKU

W związku z dotychczasowym brakiem podstaw prawnych w kierunku stworzenia rehabilitacji powszechnej i ogólnodostępnej została przeprowadzona w dniu 3 maja 1968 roku w ośrodku rehabilitacyjnym w Świebodzinie konferencja ministerialna z uczestnictwem ministra zdrowia dr. Jerzego Sztachelskiego (1911-1975), prof. W. Degi, prof. M. Weissa i dr. Lecha Wierusza, specjalistów wojewódzkich ds. rehabilitacji oraz przedstawicieli Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem. Argumentami Weissa i Degi były udowodnione na podstawie precyzyjnych i obiektywnych wyliczeń, ogromnych oszczędności płynących z zastosowania rehabilitacji wcześniej zapoczątkowanej już na poziomie leczenia podstawowego. Dega postulował, by w każdym szpitalu włączano rehabilitację równoległą z leczeniem podstawowym. Przeciwdziałał stereotypowi istniejącemu wśród lekarzy polegającemu na oddzielaniu leczenia od rehabilitacji, prowadzeniu jej po zakończeniu leczenia podstawowego i przekazywaniu pacjentów do specjalistycznych ośrodków rehabilitacji wówczas, gdy w narządzie ruchu i psychice chorego dokonały się nieodwracalne zmiany. Postulował konieczność wprowadzenia działów rehabilitacji, gabinetów fizykoterapii w każdym szpitalu lub tam gdzie nie ma odpowiedniej bazy lokalowej rehabilitacji przyłóżkowej.⁴⁶ Podczas konferencji ministerialnej w Świebodzinie, olbrzymim sukcesem polskich pionierów nowoczesnej rehabilitacji leczniczej było uznanie jej jako obowiązującej integralnej części leczenia w społecznej służbie zdrowia PRL. Wkrótce rehabilitacja została ustawowo włączona w proces leczenia zarówno narządu ruchu jak i chorób układu krążenia, układu oddechowego oraz chorób psychicznych. Rok później MZiOS wprowadziło rozporządzenie o tworzeniu w każdym województwie przychodni rehabilitacyjnych oraz sieci poradni rehabilitacyjnych w mniejszych miastach. Profilaktyka kalectw i zastosowanie rehabilitacji w przypadku zaistnienia zagrożenia kalectwem stały się nowymi obowiązkami deontologicznymi lekarza.

W roku 1969 powstało Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem wspierające rozwój rehabilitacji.

W latach 1973-1975 MZiOS ustaliło strukturę organizacyjną rehabilitacji medycznej w kraju.

W ramach wprowadzonej ustawy o Zespólonej Opiece Zdrowotnej każdy Zespół Opieki Zdrowotnej otrzymał ustawowy obowiązek zapewnienia pacjentom rehabilitacji poprzez zorganizowanie w szpitalu pionu rehabilitacji lub rehabilitacji przyłóżkowej, oraz poradni rehabilitacyjnej - pod kierownictwem lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej.

⁴⁶ *Humanitaryzm na usługach ekonomiki* „Służba Zdrowia” z maja 1968 roku.



Wiktor Dega wśród pacjentów

Szpital wojewódzki miał zorganizować oddział rehabilitacji bądź dział rehabilitacji i w razie potrzeby zapewnić pacjentowi rehabilitację funkcjonalną lub kompleksową.

W miastach lub ośrodkach większych powstały wojewódzkie specjalistyczne zespoły rehabilitacyjne jako połączenie wojewódzkiej przychodni rehabilitacyjnej ze specjalistycznym zamkniętym zakładem rehabilitacyjnym. Co było bardzo ważne - zespół taki był odrębną jednostką budżetową, której dyrektorem musiał być lekarz specjalista rehabilitacji.

Wraz z nowym podziałem administracyjnym liczba specjalistów wojewódzkich została zwiększona do 46.

Instytucją nadrzędną w stosunku do konsultanta wojewódzkiego był Regionalny Nadzór Specjalistyczny prowadzony przez Akademię Medyczną, która koordynowała pracę kilku podlegających jej województw.

Od jednoosobowej instytucji specjalisty krajowego nadzór krajowy przejął tzw. Krajowy Zespół Specjalistyczny ds. Rehabilitacji (o 4-letniej kadencji), w którego skład wchodził specjalista rehabilitacji w poszczególnych dziedzinach: kardiologicznej, neurologicznej, pulmonologicznej, przemysłowej, rehabilitacji uzdrowiskowej, ekspert w dziedzinie zaopatrzenia ortopedycznego oraz przedstawiciel Towarzystwa Walki z Kalectwem.⁴⁷

Dzięki działalności Wiktora Degi w latach do 1973 roku powstał w Polsce ogólnokrajowy zorganizowany program walki z dysfunkcjami narządu ruchu i szeroko pojętą niepełnosprawnością. Program ten stał się przedmiotem zainteresowania a następnie wzorcem dla innych państw. Kraj nasz stał się miejscem licznych wizyt lekarzy zagranicznych chcących poznać organizację i sposób funkcjonowania rehabilitacji. Ukoronowaniem działalności Degi było utworzenie w roku 1960 pierwszej na świecie Katedry Medycyny Rehabilitacyjnej w ramach Akademii Medycznej w Poznaniu, pod kierownictwem doc. Janiny Tomaszewskiej.⁴⁸

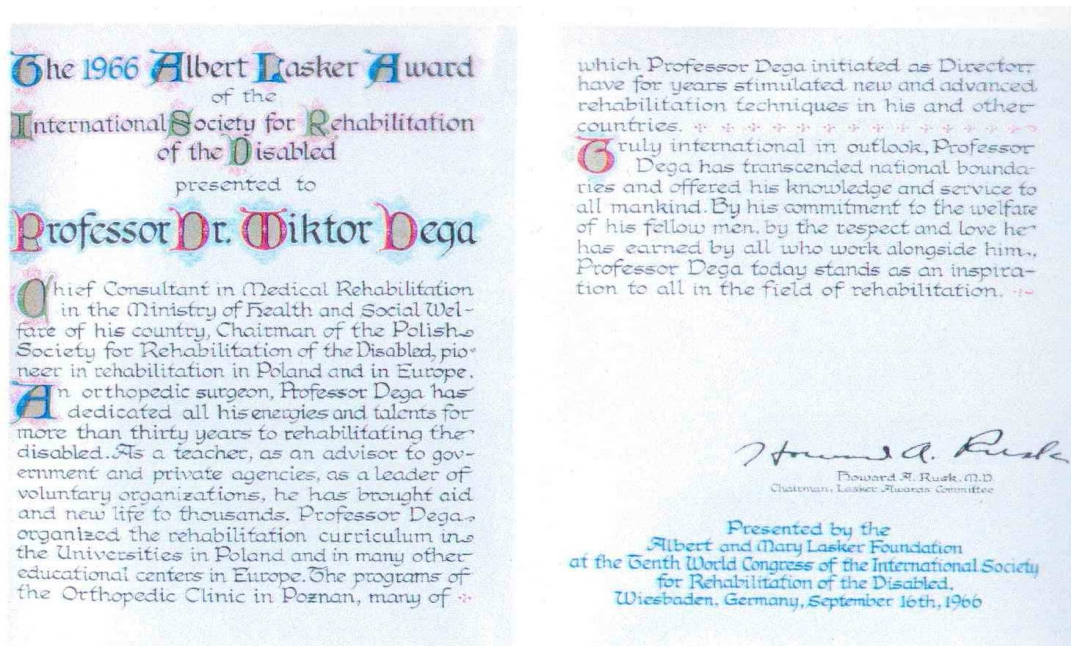
⁴⁷ K. Milanowska W. Dega *Rehabilitacja medyczna*, PZWL Warszawa 1983 s.22-27.

⁴⁸ Halina Bogutyn *Wiktor Marian Dega, ein grosser Orthopäde und Mittler zwischen deutscher und polnischer Orthopädie-Versuch einer Biographie*. Dissertation aus der Orthopädischen Klinik des St.Vincenz-Hospitals Brakel /Westfalen 1985. s.39.

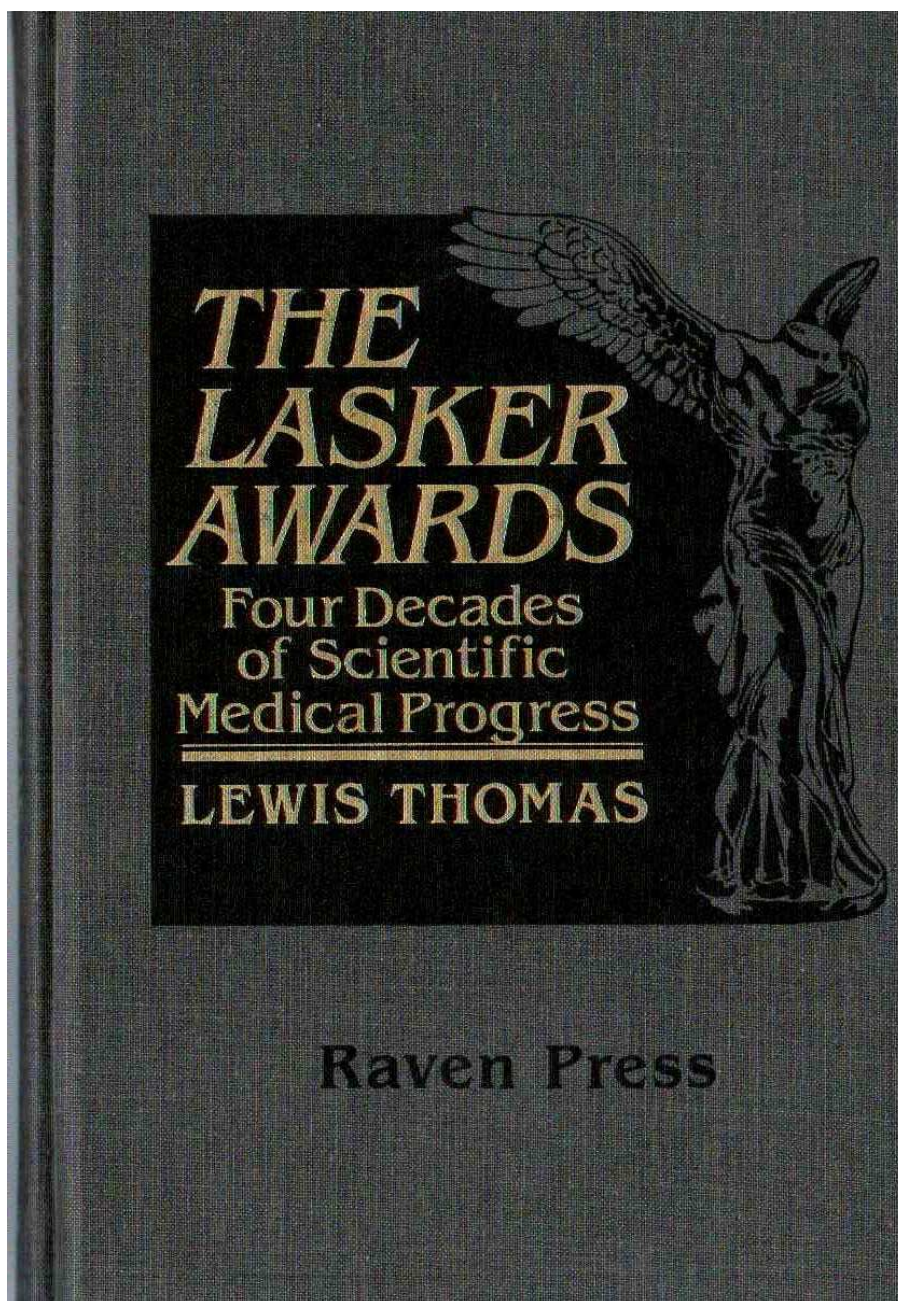


Ryc. 6. Prof. Wiktor Dega otrzymuje najwyższą światową nagrodę w dziedzinie rehabilitacji przyznaną przez fundację Laskera

Zwieńczeniem pracy Degi było uznanie *polskiego modelu rehabilitacji medycznej* przez Światową Organizację Zdrowia za model godny naśladowania. Oficjalnie *polski model rehabilitacji medycznej* został zaakceptowany na posiedzeniu Biura Europejskiego WHO w roku 1970.



Ryc.7. Dyplom nadania prof. Wiktorowi Dede nagrody fundacji Alberta Laskera



Ryc. 8. Zbiór biogramów laureatów nagrody fundacji Alberta Laskera (na s. 87 pod datą 1966 notka o W. Dedze)

Warte jest podkreślenia, że ramy organizacyjne systemu określanego jako *polski model rehabilitacji medycznej* stworzone przez Degę i współpracowników stanowiły spójną konstrukcję wzajemnie współpracujących i hierarchicznie powiązanych komórek z ich określonymi działaniami i kompetencjami. Jedyną niedoskonałość systemu w praktyce spowodowana była niedostatkami fachowych kadr i wyposażenia placówek rehabilitacyjnych



Wiktor Dega w czasie opisywania przeprowadzonej operacji

zwłaszcza w pewnych częściach kraju.⁴⁹ Miarę dysproporcji ilustruje przykładowa tabela z wybranymi danymi dotyczącymi zatrudnienia specjalistycznych kadr rehabilitacyjnych wg stanu na rok 1984.⁵⁰

Województwo	Lekarze z I st. specjalizacji w rehabilitacji	Lekarze z II st. specjalizacji w rehabilitacji	Magistrowie rehabilitacji	Technicy fizjoterapii
Zielona Góra	2	3	9	42
Poznań	8	27	147	162
Wrocław	15	13	79	193
Katowice	45	33	181	279
Lublin	7	7	53	144
Gorzów Wlkp	-	1	52	92
Siedlce	-	-	4	30
Legnica	1	1	26	41
Piła	-	3	29	35

Z powyższej tabeli niezbitnie wynikało, iż istniała większa liczba wykwalifikowanych kadr w województwach posiadających placówki akademickie. Wyjątkiem było tu województwo zielonogórskie gdzie specjalistyczne kadry skupiał Wojewódzki Zespół Rehabilitacyjny w Świebodzinie.

Zwraca uwagę, że największe wysycenie specjalistami z zakresu rehabilitacji posiadały kolejno województwa katowickie, poznańskie i wrocławskie. Ze względów oczywistych wiązało się to z różnym rozwojem przemysłu na obszarach Polski. Należy zauważyć, że w dostępnych nam materiałach nie znaleźliśmy danych dotyczących innych województw (np. stołecznego).

⁴⁹ *Informator o Placówkach Rehabilitacyjnych w Polsce*, Krajowy Zespół Specjalistyczny d/s. Rehabilitacji, pod redakcją prof. dr hab. med. Kazimierza Szablowskiego, Poznań 1986 s.17.

⁵⁰ *ibidem*, s.29.

3. WYBRANE OŚRODKI REHABILITACYJNO-ORTOPEDYCZNE

A. OŚRODEK REHABILITACYJNO-ORTOPEDYCZNY W ŚWIEBODZINIE

Omawiając kolejno wybrane placówki, zaczynając od Świebodzina, jego dzieje podzielono na pięć zachodzących na siebie faz:

1. Ośrodek *Caritas* 1947-1951;
2. Ośrodek pod kierownictwem dr. med. Lecha Wierusza 1952-1982;
3. Nowy etap w dziejach ośrodka pod kierownictwem Antoniego i Wandy Kotwickich, lata 1982 -1992;
4. Ośrodek pod kierownictwem dr. med. Marka Golika, w latach 1992-1996;
5. Schyłek XX wieku. Ośrodek pod kierownictwem dr. med. Jacka Kaczmarczyka, w latach 1996-2000.



Ryc. 9. Ośrodek Rehabilitacyjno-Ortopedyczny w Świebodzinie 2005

1. Ośrodek Caritas, 1947-1951

Ośrodek Ortopedyczno-Rehabilitacyjny w Świebodzinie w woj. lubuskim jest jednym z najstarszych szpitali w Polsce leczących dysfunkcje narządu ruchu.¹

Świebodzin, miasto powiatowe liczące w roku 2000 około 15 tysięcy mieszkańców, położone w okolicy Pojezierza Lubuskiego (historycznie jeden z najstarszych grodów rycerskich ziemi lubuskiej, pierwsze wzmianki o Świebodzinie pochodzą z roku 1302), jest oddalony od Poznania około 120 kilometrów. Leży przy głównej trasie wschód-zachód (Warszawa- Świecko).

Kompleks budynków ośrodka zlokalizowany został na terenie zajmującym około 2 hektary, otoczonym przez ulice – Szpitalną, Zamkową i Łąki Zamkowe (niem. *Krankenhausstrasse*, *Schlossstrasse*, *Schosswiesenstrasse*). Na sąsiednim terenie graniczył z szpitalem powiatowym, który przed wojną był ewangelickim.

Budynek ośrodka ortopedyczno - rehabilitacyjnego składał się w opisywanym czasie z 2 połączonych części: zamku oraz budynku szpitalnego. Całość funkcjonowała w latach 1877-1940 jako szpital ogólny katolicki, dom starców, przedszkole i porodówka. Instytucja ta zorganizowana przez siostry boromeuszki nosiła nazwę Szpitala Św. Józefa, i należała do tzw. Kongregacji Trzebnickiej (posiadającej ogółem ponad 50 placówek w Niemczech i dodatkowo w Australii, Egipcie i USA). W związku z dużą liczbą kalek po I wojnie światowej Szpital Św. Józefa wyspecjalizował się w rehabilitacji narządu ruchu. Szpital kierowany przez dr. Johanna Augusta Dausenda – wybitnego niemieckiego chirurga - został wyposażony w sprzęt rtg, diatermię, wyciągi, pomieszczenie helioterapii, dział hydroterapii z łaźnią parową i biczami wodnymi. W związku z potrzebami miasta w szpitalu umieszczono również porodówkę oraz szkołę, tzw. *Caritasschule*, w której młode świebodzinianki mogły zdobyć zawód sanitariuszki i opiekunki społecznej. Wielką stratą dla szpitala była nagła

¹ Jacek Kaczmarczyk *Lubuski Ośrodek Rehabilitacyjno - Ortopedyczny w Świebodzinie* [w:] *90-lecie ortopedii poznańskiej* red. A . Łempicki, Oddział Poznański PTOiT Poznań 2003 s.214.

śmierć dr. Dausenda w roku 1935.², który zmarł w wieku 52 lat jadąc na zjazd chirurgów do Berlina. W latach II wojny światowej w budynku mieścił się lazaret³.

Częścią świebodzińskiego ośrodka był późnośredniowieczny zamek, którego ślady w 2000 roku prezentowały się jako dostojna ruina. W latach świetności posiadała 1409,9 m² powierzchni użytkowej na 3 kondygnacjach i kubaturę 8620,0 m³. Później stanowił on przedłużenie południowego skrzydła budynku ośrodka⁴. Zamek funkcjonował jako szpital od roku 1877. Od początku istnienia ośrodka rehabilitacyjno – ortopedycznego aż do lat 80-tych XX wieku zamek był użytkowany – znajdował się w nim oddział szpitalny (ortopedia III-oddział dla najmłodszych dzieci) oraz mieszkania służbowe. Kolejni dyrektorzy placówki (dr Wierusz i dr Kotwicki) przy pomocy dostępnych środków finansowych sukcesywnie utrzymywali zamek w stanie użyteczności. Na początku lat 80- tych, ze względu na fatalny już stan techniczny zamku, obiekt zamknięto i rozpoczęto w nim gruntowne prace remontowe. Prace ustały w roku 1989 wraz z brakiem źródeł dalszego finansowania remontu. Po przerwaniu prac budynek posiadający status zabytku pozostał bez dachu i okien. W latach 1996-98 ówczesny dyrektor ośrodka po raz ostatni podejmował krótkotrwałe próby pozyskania środków finansowych na remont zamku i uruchomienie w nim ponownie oddziału szpitalnego, ewentualnie przeznaczenie części zamku na hotel miejski o wysokim standardzie. Zwracał się m.in. do spadkobiercy rodu, berlińskiego adwokata von Knobelsdorf oraz Fundacji Polsko – Niemieckiej. Mimo prób, zamku nie udało się przywrócić do stanu używalności.⁵⁶

² Mieczysław Szyłko *100 lat Szpitala Św. Józefa w Świebodzinie*, „Gazeta Świebodzińska” z dnia 13 września 1995.

³ Lech Wierusz – wywiad dla czasopisma „Nadodrze” z lipca 1979.

⁴ Zamek posiadał kształt litery C. Historia zamku sięga XV wieku – zamek i miasto było wówczas w posiadaniu Wacława księcia ziemi krośnieńskiej i świebodzińskiej. W 1482 Świebodzin wraz z zamkiem został przejęty w panowanie czeskie a następnie w 1489 w posiadanie węgierskiego księcia Korwina. Pod koniec XV stulecia zamek powrócił w ręce polskie. Następnie około 1540 r. zamek przeszedł we władanie niemieckie. Przez 134 lata należał do rodziny *von Knobelsdorf*, której insygnia znajdują się po dziś dzień na południowej ścianie zamku. W roku 1631 zamek przeszedł na krótko w ręce Szwedów, został częściowo zniszczony i splądrowany. Świebodzin był bogatym miastem rzemieślniczo - handlowym z bogatą warstwą mieszczańską – stąd majątek miasta był celem licznych prób zagarnięcia przez państwa ościenne – Czechy, Węgry, Szwecję. Od roku 1633 aż do końca II wojny światowej zamek i Świebodzin były w posiadaniu niemieckim.

⁵ Robert Bobrowski *Kłopoty z zamkiem „Okolice Najbliższe”*, 1997.



Ryc. 10. Budynek ośrodka w Świebodzinie. Fotografia z roku 1951

Świebodzin został wyzwolony w dniu 31 stycznia 1945. W budynkach szpitala i zamku zorganizowany został początkowo szpital dla wojsk radzieckich (do roku 1946), które *nota bene* dokończyły zniszczeń i dewastacji obiektu oraz miasta - powstałych w wyniku działań wojennych.

Następnie zakład został przejęty przez katolickie stowarzyszenie *Caritas* i rozpoczął, dzięki pracy sióstr zakonnych, opiekę nad dziećmi kalekimi. Gospodarzem zakładu był nadal Zakon Sióstr Boromeuszek. Pierwszym kierownikiem placówki był ks. Franciszek Okoński, następnie ks. Władysław Szkarłat. Ośrodek nosił wówczas nazwę Zakładu Leczniczego Wychowawczego dla Dzieci Kalekich. Statut zakładu został zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w październiku 1947. Do końca roku 1948 do zakładu przyjęto 14 dzieci kalekich. Pierwszym pacjentem był Janek Kunc – 8-letnie dziecko po amputacji uda, które przebywało

⁶ Teren przyległy do budynków ośrodka stanowi otoczone zielenią miejsce do rekreacji. W latach 1960 - 1998 w parku znajdował się odkryty basen pływacki i kort. Do roku 2000 z terenu parku korzystało centrum hipoterapii należące do ośrodka.

w zakładzie do sierpnia 1953. Merytoryczny nadzór nad ośrodkiem sprawował prof. Dega³. Profil pacjentów stanowiły dzieci kalekie, głównie ofiary wojny⁷.

W roku 1948 siostry boromeuszki opuściły zakład. Został on przejęty przez Siostry Rodziny Marii, które zajmowały się pielęgniarstwem, nauczaniem i wychowaniem dzieci oraz logistyką ośrodka. Przełożoną była siostra Antonina Chojnacka.

Początek działalności ośrodka jako placówki medycznej wiąże się z datą 21 lutego 1949 – wtedy to na dyrektora ośrodka został powołany pochodzący z Warszawy Mirosław Leśkiewicz – lekarz po amputacji obu kończyn dolnych z powodu choroby Burgera. Został on pozyskany przez kuratora ośrodka prof. Degę. Leśkiewicz był charakteryzowany przez dr. Lecha Wierusza jako dyrektor bardzo dynamiczny, energiczny, mający koncepcję utworzenia ośrodka kompleksowej rehabilitacji dziecięcej i z uporem ją realizujący. Pozyskiwał środki finansowe z wszelkich dostępnych źródeł m.in. od Rady Polonii Amerykańskiej, *United Nations Relief and Rehabilitation Administration* (UNRRA), *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF), oraz szwajcarskiej organizacji charytatywnej.⁸

Przełomem w historii ośrodka stał się dzień 4 maja 1949. Ośrodek będący wówczas własnością *Caritas* wizytował prof. Dega wraz z grupą asystentów Kliniki Ortopedycznej z Poznania (towarzyszyli mu wówczas prof. Bartkowiak, prof. Barcikowski i dr med. Lech Wierusz). O przydatności budynku na cele *ośrodka rehabilitacyjno-ortopedycznego* zadecydowały odpowiednie ciągi komunikacyjne oraz 2 sprawne windy (z których jedna funkcjonowała do roku 2000⁹).

Wszystkie dzieci w ośrodku zostały ortopedycznie przebadane, zaprowadzono historie chorób i ustalono plan leczenia ortopedycznego oraz rehabilitacyjnego. Docelowym założeniem Degi było uruchomienie w ośrodku 200 łóżek. Po wizycie Degi ośrodek był następnie konsultowany wielokrotnie przez jego asystentów oraz pediatrę dr Marię Deżyńę.

W pierwszym okresie działalności ośrodka przebywało w nim około 40 dzieci – głównie ofiar wojny. Wśród nich znaczną grupę stanowili według określenia Degi tzw. „pirotechnicy” – dzieci z poważnymi uszkodzeniami ciała na skutek eksplozji niewybuchów, które były w latach powojennych ulubionym obiektem zainteresowania dzieci a

⁷ Lech Wierusz – wywiad dla czasopisma „Nadodrze” z lipca 1979.

⁸ Wypowiedź Lecha Wierusza (6 kwietnia 1974) na Akademii w ośrodku Świebodzińskim w przeddzień „Dnia Pracownika Służby Zdrowia” – maszynopis w posiadaniu autora.

⁹ „Literatura” z października 1977.

manipulowania niewypałamı kończyło się często uszkodzeniem ciała - a szczególnie kończyn. Dzieci po urazie trafiały do Kliniki Ortopedycznej w Poznaniu. Tam często dokonywano amputacji zwykle potwornie rozszarpanych kończyn. Następnie dzieci przekazywane były do ośrodka w Świebodzinie gdzie były kompleksowo rehabilitowane¹⁰.

Dziecko tzw. „amputowane” otrzymywało wykonywaną w warsztatach ortopedycznych protezę bądź protezy, było z nią oswajane i uczyło się nią posługiwać.

Zorganizowano zespół sal gimnastycznych do ćwiczeń. Ćwiczenia ruchowe wprowadzone przez kierownika działu rehabilitacji mgr. Zenona Piszczyńskiego prowadzone były z dużym udziałem zajęć sportowych. Dzieci po zaaparatowaniu osiągały zręczność pozwalającą im na pełną aktywność.

Nauczanie dzieci początkowo prowadzone przez siostry zakonne zostało w dniu 1 września 1949 przejęte przez otwartą w ośrodku Szkołę Podstawową.

Organizowano obozy sportowe dla dzieci kalekich w Wilkowie oraz Przelazach i dokumentowano je filmowo i fotografiami.

Pierwsi pacjenci otrzymali zaopatrzenie ortopedyczne w lipcu 1949. Początkowo zaopatrzenie wykonywane było przez techników ortopedycznych z Kliniki w Poznaniu. Zaczątki własnych warsztatów ortopedycznych w Świebodzinie powstały a latach 1950-1951. Pierwszym technikiem ortopedycznym był Konstanty Marchlewski. Warsztaty mieściły się początkowo w prowizorycznych pomieszczeniach, w podwórzu na zapleczu ośrodka.

Kierownikiem Szkoły Podstawowej była do roku 1965 Albina Konoplicka. Dzieci starsze początkowo uczęszczały do Liceum Ogólnokształcącego w Świebodzinie znajdującego się w pobliżu ośrodka. Od marca 1949 do roku 1956 w ośrodku odbywali praktyki studenci Państwowego Instytutu Pedagogiki Specjalnej (PIPS). Ośrodek wizytowała też wraz ze studentami z Warszawy prof. Maria Grzegorzewska - dyrektor tegoż instytutu, pionier pedagogiki specjalnej w Polsce.

W lipcu i sierpniu 1949 zorganizowany został pierwszy obóz sportowy w Wilkowie nad tamtejszym jeziorem, położonym 3 kilometry od Świebodzina. Organizowanie obozów dla dzieci kalekich stało się w ośrodku Świebodzińskim stałym elementem procesu rehabilitacji.

¹⁰ W. Dega *O polskim modelu rehabilitacji w okresie jego powstawania* [w:] Wiktor Dega *znany i nieznan* red. Irena Stasiewicz-Jasiukowa, Wydawnictwa Akademii Medycznej im. K.Marcinkowskiego w Poznaniu 2000 s.148.



Ryc. 11. Świebodzin. Podczas jednego z obozów sportowo-rehabilitacyjnych

W 1950 został zorganizowany obóz letni w Przełazach nad jeziorem Niesłysz (ok. 10 kilometrów od Świebodzina). Następnie w latach 1950-1957 organizowane były tam w lipcu i w sierpniu obozy letnie dla pacjentów ośrodka. Program obozów stanowiły głównie zajęcia sportowe.

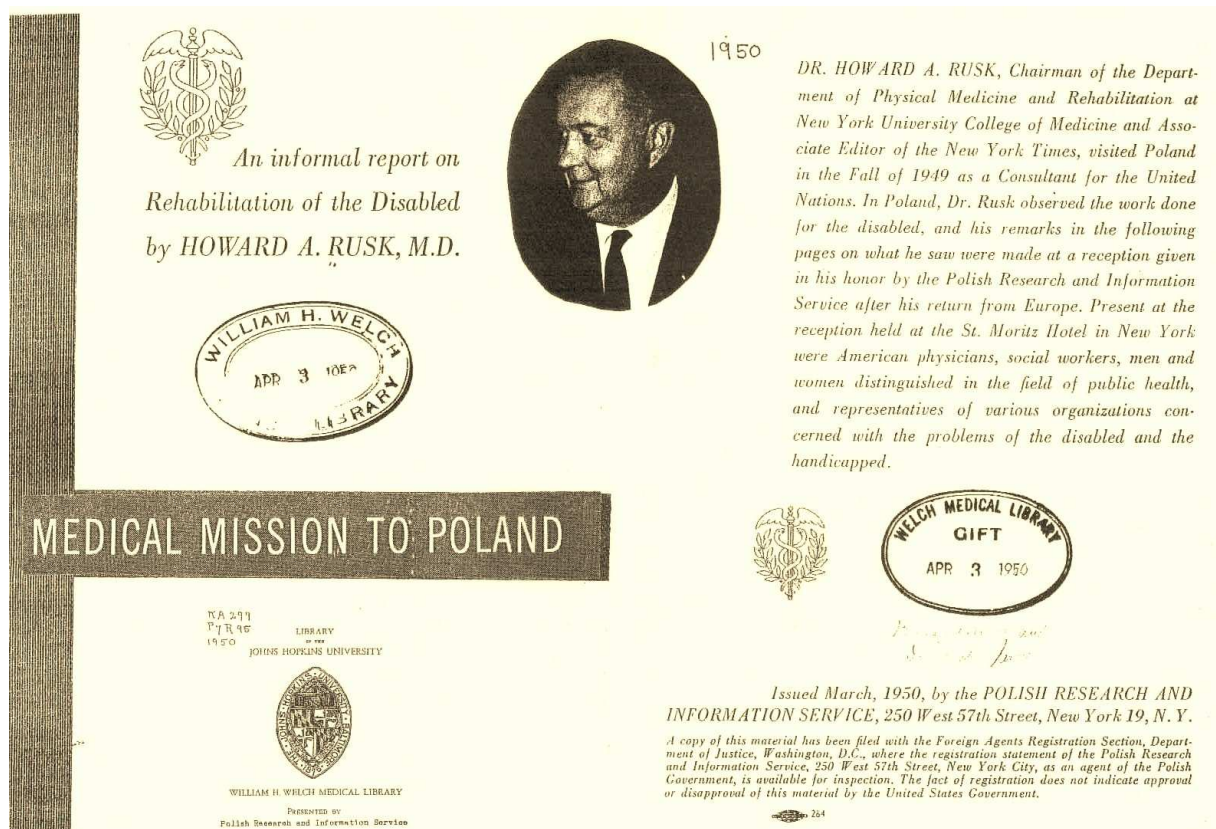
Rehabilitacja w Świebodzinie prowadzona była wówczas według modelu Howarda Ruska, czyli III fazę leczenia prowadzono w oddzielnym ośrodku, po zakończeniu leczenia operacyjnego.

Pierwotnie ośrodek w Świebodzinie wg Degi miał odciążać Klinikę w Poznaniu, gdzie zoperowane dzieci, ze względu na długie okresy rehabilitacji, nie powinny przebywać. W celu zaprotezowania, usprawniania ruchowego i edukacji szkolnej wysyłane były do Świebodzina. Taką rolę spełniał ośrodek do końca roku 1951, kiedy to funkcję dyrektora przejął dr. Lech Wierusz.

W październiku 1949 r. dr. Howard Rusk, wówczas ekspert ONZ w dziedzinie rehabilitacji, został zaproszony przez Degę do Kliniki Ortopedii w Poznaniu gdzie wizytował Dział Usprawniania Leczniczego prowadzony przez dr Tomaszewską i dr Milanowską.

Oddział funkcjonował bardzo intensywnie prowadząc nowoczesną wcześniej zapoczątkowaną rehabilitację kompleksową. Według wspomnień Degi wizytowany dział wywarł na wizytujących duże wrażenie.

Po zapoznaniu się z Kliniką poznańską H. Rusk wizytował ośrodek w Świebodzinie. Efekty leczenia w postaci „amputowanych” dzieci perfekcyjnie poruszających się, uprawiających wszelkie sporty używając protez zrobiły na ekspercie ONZ ogromne wrażenie. Rusk oglądał również „amputowane” dzieci pływające w ośrodku w Przełazach. Opisywał to wydarzenie następująco: *Szpital ten jest wspaniałym przykładem wyników pracy zawodowej. Zakład w Świebodzinie winien być instytucją wzorcową dla podobnych ośrodków opieki nad kalekami dziećmi w Polsce i jeśli innym instytucjom uda się naśladować ten wzór, rezultaty będą wspaniałe*¹¹.



Ryc. 12. Raport Howarda Ruska zawierający obszerne sprawozdanie z wizyty w ośrodku rehabilitacyjno-ortopedycznym w Świebodzinie

¹¹ *Medical Mission to Poland. An informal report on Rehabilitation of the Disabled* by Howard A. Rusk, M.D. New York City, March 1950, w zbiorach promotora.

Wizyta Ruska z jego strony zaowocowała różnego rodzaju formami pomocy dla Kliniki poznańskiej oraz zakładu świebodzińskiego - reprezentowanego przez dyr. Leśkiewicza.¹²

Niemal od początku funkcjonowania ośrodka była w nim prowadzona działalność naukowa. Pierwszą publikacją pochodzącą ze Świebodzina był referat lek. Leśkiewicza wygłoszony na IX Zjeździe PTOiT w dniu 26 września 1950 w Warszawie opublikowany w „Chirurgii Narządów Ruchu i Ortopedii Polskiej” (1950 t. XV, z. 3-4).

W styczniu 1951 w ośrodku został zatrudniony przez dyr. Leśkiewicza pierwszy magister wf-u. Był nim Zenon Piszczyński, kierownik działu rehabilitacji do 31 stycznia 1975. Zyskał on opinię wybitnego rehabilitanta oraz filmowego dokumentalisty ośrodka.¹³

W roku 1951 władze PRL przejęły *Caritas* na terenie całego kraju, wraz z mieniem tej katolickiej instytucji. Również ośrodek Świebodziński został upaństwowiony. Ciekawym jest fakt, iż pod firmą *Caritas* ośrodek funkcjonował zaledwie 4 lata. W roku 2000, po pół wieku, w świadomości zarówno starszych jak i młodych mieszkańców Świebodzina i okolicznych miejscowości ośrodek ortopedyczno-rehabilitacyjny nadal był zakodowany jako „Caritas”. W ten sposób ośrodek był nadal określany, a używanie aktualnej pod koniec XX wieku nazwy placówki tj. Lubuski Ośrodek Rehabilitacyjno-Ortopedyczny (w skrócie LORO) często powodowało niezrozumienie.

Pierwszy etap działalności ośrodka kończy się wraz ze zmianą na stanowisku dyrektora. Funkcję tę przejął od będącego w pogarszającej się kondycji zdrowotnej Leśkiewicza, dr med. Lech Wierusz. W źródłach archiwalnych podaje się, iż odwołanie Leśkiewicza z funkcji dyrektora miało podłoże polityczne¹⁴.

Niewątpliwą zasługą Degi oraz pierwszego dyrektora ośrodka, którzy doskonale się rozumieli, było zorganizowanie w Świebodziźnie w latach 1947-1951 zrębów kompleksowej

¹² Halina Bogutyn Wiktor Marian Dega, *ein grosser Orthopäde und Mittler zwischen deutscher und polnischer Orthopädie-Versuch einer Biographie*. Dissertation aus der Orthopädischen Klinik des St.Vincenz-Hospitals Brakel /Westfalen 1985. s.30.

¹³ Wywiad z L. Wieruszem. „Literatura” z października 1977.

¹⁴ *Annaly Złotego Wieku*, praca zbiorowa, Świebodziń 2006.



Lech Wierusz

rehabilitacji dziecięcej: usprawniania leczniczego, terapii zajęciowej, protezowania po amputacjach w oparciu o warsztaty ortopedyczne, szkoły podstawowej z uprawnieniami dawania świadectw promocyjnych, obozów sportowo-rekreacyjnych.

2. Ośrodek pod kierownictwem dr. med. Lecha Wierusza, 1952-1982

Drugi etap w historii ośrodka rozpoczął się wraz z objęciem dyrektury przez dr. Lecha Wierusza (1917-1987) – którego imię nadano tej placówce w roku 1990.

Początkowo Wierusz sprawował funkcję pełniącego obowiązki dyrektora placówki którą objął 1 sierpnia 1951 roku. Natomiast formalnie został nominowany w dniu 1 stycznia 1952. Dyrektor Leśkiewicz mimo wielkich zasług dla ośrodka opuścił Świebodzin z powodu nie tylko pogarszającego się stanu zdrowia lecz również w wyniku narastającego konfliktu z „nową władzą ludową”.

Wierusz należał do tzw. „wielkiej szóstki” – pierwszych współpracowników Degi¹⁵, najlepiej przygotowanych przez swojego Mistrza chirurgów ortopedów.¹⁶ Po przejęciu zakładu wprowadził w nim istotne zmiany. Placówka mająca w pierwszych latach charakter centrum czysto rehabilitacyjnego została przekształcona w pierwszym okresie, trwającej ponad 30 lat dyrektury Wierusza, w ośrodek ortopedyczno-rehabilitacyjny dla dzieci.

Dyrektorem administracyjnym ośrodka został 1 stycznia 1952 Edward Rzepecki. Za jego czasów placówka uległa poważnej modernizacji. I tak np. Oddział Operacyjny i blok operacyjny uruchomiono już w maju 1952. Blok funkcjonował w oparciu o niemieckie

¹⁵ Pozostalymi byli: Władysław Barcikowski, Edmund Bartkowiak, Witold Jeske, Stanisław Piątkowski i Lech Polakowski. Halina Bogutyn *Wiktor Marian Dega, ein grosser Orthopäde und Mittler zwischen deutscher und polnischer Orthopädie-Versuch einer Biographie*. Dissertation aus der Orthopädischen Klinik des St.Vincenz-Hospitals Brakel /Westfalen 1985. s.25.

¹⁶ *90 lat poznańskiej ortopedii* red. Andrzej Łempicki, Oddział Poznański PTOiT Poznań 2003 s.248.

urządzenia sterylizujące. Pierwszy zabieg operacyjny odbył się 31 października 1952. Do tej pory zakład funkcjonował głównie w oparciu o siostry zakonne pracujące w *Caritas*. Miesiąc wcześniej przyjęte zostały do pracy pierwsze pielęgniarki świeckie. Blok operacyjny do roku 2000 zlokalizowany był w tych samych, zmodernizowanych pomieszczeniach. Posiadał 100 m² powierzchni (bez zaplecza). Jego niewielka kubatura oraz fakt, iż mieściła się w nim tylko 1 sala operacyjna był mankamentem. W latach 70-tych i 80-tych liczba operacji utrzymywała się na poziomie 200 rocznie (w tym aż 60 skolioz). W 2000 roku w tym samym lokum wykonywano około 1000 operacji rocznie (!).

Laboratorium Analityczne i Gabinet Fizykoterapii zostały uruchomione w maju 1952. Blok rehabilitacji stworzony na początku lat 50-tych funkcjonował w wyznaczonych pomieszczeniach do roku 2000. Posiadał 320 m² powierzchni. Składał się on z 5 pomieszczeń do ćwiczeń (w tym sali gimnastycznej) oraz sal do wykonywania: okładów parafinowych, hydroterapii oraz fizykoterapii. Wraz z utworzeniem w ośrodku Przychodni Rehabilitacyjnej dział rehabilitacji był 3 dni w tygodniu wykorzystywany do ćwiczeń i zabiegów fizykalnych dla pacjentów ambulatoryjnych. Ośrodek oferował wszystkie aktualnie dostępne zabiegi fizykalne: okłady parafinowe, masaż ręczny i wirowy, ćwiczenia redresyjne, przyłózkowe, indywidualne, ćwiczenia grupowe, specjalne, oraz ćwiczenia w wodzie w tanku Hubbarda.

Pierwszym ordynatorem oddziału został 6 września 1952 lek.med. Bolesław Biniś (który pracował do roku 1965).

W kwietniu 1953 zaszły zmiany w funkcjonowaniu warsztatów ortopedycznych. Zostały one reaktywowane i poszerzono zakres zaopatrzenia. Kierownikiem został Edward Rzepecki (od 1.IV.1953 – 30.IX.1955), który pracował mając do pomocy techników ortopedycznych: Antoniego Pietrzaka i Walentego Sobkowiaka.

W związku z koniecznością leczenia skutków epidemii *Polio* profil leczonych schorzeń w ośrodku po raz pierwszy uległ zmianie w latach 1952-1953. Gdy w roku 1950 Dega został powołany na stanowisko krajowego specjalisty z dziedziny Rehabilitacji Medycznej, Ośrodek świebodziński ściśle współpracujący z Kliniką Ortopedii w Poznaniu został włączony w ogólnokrajowy program walki z chorobą Heinego-Medina.

Dotychczasowy profil pacjentów stanowiły dzieci „amputowane”, natomiast od 1953 do ośrodka napływały głównie dzieci z porażeniami po *poliomyelitis* oraz dzieci z wrodzonym zwichnięciem stawu biodrowego. Świebodziń jako jedyny ośrodek ortopedyczny w województwie lubuskim stał się głównym centrum leczenia operacyjnego porażen po Polio oraz wrodzonych zwichnięć biodra. Ten profil dominował w ośrodku przez około 10 lat.

W latach 50-tych szpital stał się, wraz z ośrodkiem w Poświętnem, centrum przodującym w kraju w zakresie zachowawczego i operacyjnego leczenia skutków Polio oraz protezowania i rehabilitowania dzieci z wrodzonym brakiem kończyn górnych.

Ze względu na rozległość kalectw i długi czas rehabilitacji pobytu wspomnianych dzieci w świebodzińskiej placówce były bardzo długie. Sięgały one od 2 do 5 lat. W związku z powyższym tzw. przepustowość ośrodka była niska. W I dziesięcioleciu tj. 1949- 1959 w ośrodku leczono 923 dzieci w tym 33 w filii ośrodka w Wojnowie.¹⁷

W roku 1954 ośrodek osiągnął limit docelowy 200 łóżek, zaplanowany pierwotnie przez prof. Degę.

Z okazji Dnia Dziecka w roku 1954 grupa młodzieży- pacjentów ośrodka, pod opieką kierownika działu rehabilitacji mgr Piszczyńskiego i mgr Jana Sobocińskiego, została zaproszona odbyła na wizytę u Ministra Zdrowia dr. Sztachelskiego w Warszawie.

W styczniu 1955 otwarto w przy ośrodku Przychodnię Rehabilitacyjną. Spełniała ona rolę poradni przyszpitalnej prowadząc kontrole pacjentów leczonych w ośrodku a także pełniła zadania Wojewódzkiej Przychodni Rehabilitacyjnej w ramach Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej przyjmując chorych kierowanych z terenu całego województwa. Przychodnia szeroko zajmowała się ortopedią dziecięcą, m.in. konsultowała dzieci i młodzież nie tylko z terenu województwa zielonogórskiego. Początkowo placówka ta była finansowana przez Wojewódzką Przychodnię Specjalistyczną.

Ważnym wydarzeniem było zatrudnienie w ośrodku w roku 1955 pierwszego psychologa. Następnie poszerzono infrastrukturę sanatorium o odkryty basen pływacki oraz kort zlokalizowane w parku zakładu, które wybudowano i oddano do użytku w maju 1960.

Stopniowo i dość dynamicznie zwiększała się liczba wykonywanych operacji. Pierwszy zabieg operacyjny wykonano w roku 1952, 500-ny 4 lipca 1957, a 1000-ny po niespełna ośmiu latach, 21 stycznia 1960 roku.

Działalność naukowa ośrodka

Zespół ośrodka, kierowanego przez dra Wierusza zainaugurował referatem naukowym publiczne wystąpienia, na forum krajowym - I Kursokonferencji Pracowników Zakładów Leczniczo – Wychowawczych w Jastrzębiu- Zdroju, w maju 1953 roku.

¹⁷ *Sprawozdanie z działalności ośrodka z roku 1968* (w posiadaniu autora).

Istotnym wydarzeniem tego okresu była międzynarodowa konferencja lekarzy-ortopedów z krajów socjalistycznych (ZSRR, ChRL, Czechosłowacji) z aktywnym udziałem zespołu z sanatorium w Świebodzinie.

Następnie na podstawie zgromadzonych materiałów klinicznych w ośrodku zostały opracowane oryginalne pierwsze prace magisterskie rehabilitantów. W roku 1955 magisterium z wf obroniły Maria Pieczyńska-Biniaś oraz Ewa Zeyland-Malawka.

Natomiast ukoronowaniem wyników badań naukowych ośrodka w maju 1957 było posiedzenie robocze w Świebodzinie Komisji Rehabilitacji Czynności Narządu Ruchu PAN, w którym m.in. uczestniczyli: prof.prof. W. Dega, A. Gruca, M. Weiss, I. Hausmanowa, W. Missiuro, I. Konorski, doc.doc. A. Hulek i J. Tomaszewska

Po dziesięciu latach, w marcu 1959 ważnym wydarzeniem w ośrodku stała się kolejna wizyta przedstawiciela WHO, dr. Safforda (USA).

Wkrótce nastąpiła pierwsza prezentacja ośrodka poza granicami kraju, która miała miejsce na Festiwalu Filmów Medycznych w Cannes we wrześniu 1959. Film pt. „*Leczenie rehabilitacyjne w przypadku wrodzonego braku kończyn górnych*” zrealizowany przez mgr. Zenona Piszczyńskiego został wyróżniony na tym prestiżowym światowym pokazie dyplomem honorowym. W filmie przedstawiono znakomicie zrehabilitowanego kilkuletniego Cezarego Ruska (!) - pacjenta świebodzińskiego ośrodka z wrodzonym brakiem kończyn górnych.

Działalność szkoleniowa ośrodka

W świebodzińskiej placówce począwszy od października 1959 prowadzone były kursy szkoleniowe w postaci trzytygodniowych turnusów obejmujących nauczanie praktyczne w zakresie rehabilitacji dla słuchaczy Instytutu Matki i Dziecka, organizowane w ramach Ośrodka Szkoleniowego w Zakresie Rehabilitacji przez Instytut Rehabilitacji i Ortopedii w Poznaniu¹⁸. Kursantami byli zarówno lekarze, jak i magistrowie wf oraz terapeuci. Od roku 1959 do 1979 – czyli przez 20 lat - w ośrodku odbyło się aż 47 turnusów szkoleniowych obejmujących ponad 800 uczestników niemal z całej Polski.

¹⁸ Poznań był wówczas jedynym ośrodkiem szkoleniowym w zakresie rehabilitacji w Polsce.

Warto podkreślić, że ośrodek rozpoczął działalność dydaktyczną we współpracy z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie oraz z Wojewódzkim Ośrodkiem Doskonalenia Kadr Medycznych w Zielonej Górze. Istotną jej częścią były staże i kursy w zakresie ortopedii i rehabilitacji dla lekarzy zdobywających II stopień specjalizacji w ortopedii i rehabilitacji oraz dla magistrów wychowania fizycznego. Dodatkowo od połowy lat 70-tych ośrodek świebodziński mający największe doświadczenie w Polsce w zakresie operacyjnego leczenia skolioz organizował w tym zakresie specjalistyczne kursy, które cieszyły się olbrzymim zainteresowaniem.

Ponad to ośrodek rozpoczął również prowadzenie kursów w zakresie gimnastyki wyrównawczej dla dzieci z wadami postawy i skrzywieniami kręgosłupa, w ramach województwa oraz współpracy z Kuratorium, dla nauczycieli z wszystkich powiatów zielonogórskiego.

Pierwszy etap będący rozkwitem ośrodka pod kierownictwem dr. Wierusza dobiegł końca w latach 1960-1962. Zapewne miało to związek ze stopniowym zmniejszaniem się liczby dzieci po przebytej chorobie Heinego-Medina – m.in. jako wynik szerokiej krajowej akcji szczepień ochronnych, która spowodowała znaczne ograniczenie nowych zakażeń wirusem *polio* i tym samym następstw w postaci porażenia wiotkich. Wraz z istotną zmianą profilu pacjentów skrócił się okres hospitalizacji. Należy przypomnieć, że złożone kalectwa leczone w latach 50-tych wymagały często od 2 do 5 letnich pobytów w ośrodkach zamkniętych. Zatem zmniejszenie zapadalności na *poliomyelitis anterior acuta* skróciło wybitnie czas pobytu szpitalnego i zwiększyło tzw. przepustowość ośrodka, którego nazwa w roku 1959 została zmodyfikowana na Sanatorium Rehabilitacyjno-Ortopedyczne dla Dzieci. Wraz z nową wówczas rejonizacją placówka objęła swym zasięgiem dzieci aż z czterech województw: zielonogórskiego, poznańskiego, szczecińskiego i koszalińskiego. Mali pacjenci mieli od 3 do 14 lat. W ośrodku poszerzono zakres działań - kompleksowo lecząc dzieci z porażeniami wiotkimi oraz po amputacjach kończyn górnych bądź dolnych, wrodzone zwichnięcia stawów biodrowych a także inne rzadsze dysfunkcje narządu ruchu.

Specyfika świebodzińskiego ośrodka, od początku jego istnienia, aż do roku 1997 polegała na hospitalizowaniu dzieci i młodzieży. Natomiast leczenie ambulatoryjne, poradniane, zaopatrzenie ortopedyczne i konsultacje ortopedyczne również obejmowały

dorośli. Ważnym było to, że dla pacjentów ambulatoryjnych, kierowanych z poradni, szeroko udostępniano w ośrodku dział rehabilitacji.

Istotna zmiana profilu placówki nastąpiła w roku 1962, czyli od chwili gdy zaczęto zajmować się, obok dotychczas leczonych schorzeń, kompleksowym leczeniem bocznych skrzywień kręgosłupa.

Pierwszy zabieg spondylodezy z dostępu tylnego w skoliozie wykonano 20 lutego 1963. Należy podkreślić, że kompleksowe leczenie skolioz nie tylko spowodowało istotne zmiany w funkcjonowaniu ośrodka, lecz wysunęło go na drugie miejsce w Polsce, obok kliniki poznańskiej przekształcając go w centrum operacyjnego leczenia najtrudniejszego ortopedycznego schorzenia dziecięcego.

Dr Wierusz wprowadził i początkowo stosował metodę Hibbsa - polegającą na uzyskaniu spondylodezy tylnej poprzez przecinanie wyrostków kolczystych i umieszczenie ich wraz z wiorami kostnymi na elementach tylnych kręgów po uprzedniej ich dekortekcji. Metoda pozwalała na wytworzenie spondylodezy, lecz bez korekcji bocznego wygięcia. W związku z powyższym metodą tą zoperowano jedynie 9 pacjentów.

Następnie - po zaniechaniu jej - wprowadzono metodę Cotrela – polegającą na użyciu liofilizowanej belki kostnej i umieszczaniu jej wraz z wiorami¹⁹ pobranymi z talerza biodrowego na zresekowanych wyrostkach kolczystych. Pacjent podczas operacji poddany był wyciągowi, a następnie umieszczany w korytku gipsowym, które dogipsowywano w pełny gorset. Metodą Cotrela zoperowano aż 153 osoby.

Szczególnie duża liczba dzieci ze schorzeniami kręgosłupa zaczęła napływać z terenu Śląska oraz województwa bydgoskiego. Stopniowo bowiem zrezygnowano z rejonizacji pacjentów. Należy tu zwrócić uwagę, że charakter wspomnianego schorzenia wymagał wielokrotnych hospitalizacji, jednak były one krótsze, niż w przypadku opisywanych wcześniej chorych z porażeniami wiotkimi. W drugim dziesięcioleciu istnienia zakładu zwiększyła się więc wielokrotnie „przepustowość” która wynosiła w latach 1949-1959 zaledwie 923 pacjentów (w tym 33 w filii w Wojnowie), w latach 1960-1969 wzrastała do 4076 kalekich dzieci (w tym 193 w filii w Wojnowie).

¹⁹ Stara nazwa stosowana w ortopedii polskiej, mowa tu oczywiście o tzw. wiórach kostnych.

Wiadomo, iż skolioza, zwłaszcza jej postać idiopatyczna, wymaga długiego leczenia zachowawczego - zwykle trwającego do dojrzałości kostnej czyli zakończenia fazy wzrostu, która np. u dziewczynek ma miejsce około 14 -16 roku życia. W przypadku progresji, mimo prawidłowego leczenia gorsetowego i wyciągowego (około 80% skolioz z pierwotnym kątem bocznego wygięcia powyżej 40°)²⁰, zachodziła konieczność ostatecznego leczenia operacyjnego. Okresowo i to przez wiele lat hospitalizowana była więc młodzież dorastająca.

Aby w placówce zredukować do minimum straty w wykształceniu młodzieży utworzono w szkole ośrodka klasy licealne - i tak pierwsza matura w liceum ogólnokształcącym ośrodka odbyła się już w czerwcu 1968 roku.

Dla leczenia samych skolioz od roku 1966 przeznaczono około 100 łóżek, czyli aż połowę miejsc ośrodka. W latach 70-tych liczba miejsc została zwiększona do 120. Początkowo liczba miejsc w ośrodku utrzymywała się na poziomie 200. Niestety od 1970 zmniejszono ją do 190 w związku z utworzeniem w listopadzie (kosztem 10 łóżek oddziałowych) niezbędnego 5 łóżkowego oddziału intensywnej opieki pooperacyjnej.

Przepustowość i obłożenie ośrodka na przełomie lat 60 i 70-tych ilustruje tabela

Rok	Osobodni	Ilość pacjentów leczonych rocznie	Średnie obłożenie łóżka rocznie
1968	68851	815	336
1969	67739	665	330
1970	66858	615	326
1971	62866	620	322
1972	63908	579	339
1973	66501	622	354
1974	64254	646	342

²⁰ Roman Spiller *Wpływ nieoperacyjnego postępowania na przebieg pierwotnego bocznego wygięcia kręgosłupa w piersiowej prawostronnej idiopatycznej skoliozie u dziewcząt*. Praca doktorska maszynopis. Świebodzin 1990, promotor prof. dr hab. med. Karol Bernardczyk.

Wrodzone zwichnięcia stawu biodrowego początkowo operowane były w Świebodzinie niezwykle trudną i wymagającą wielkiej odwagi metodą Chiari (osteotomia miednicy) oraz metodą Zahradnicka-Collony - polegającą na pogłębianiu dysplastycznej panewki, pokrywaniu torebką stawową zwichniętej głowy kości udowej oraz osteotomii detorsyjnej nasady bliższej kości udowej a następnie repozycji. Stosowane metody świadczyły o wszechstronności i nieprzeciętnych umiejętnościach świebodzińskich lekarzy.

Pomiędzy operatorami wytworzył się następujący podział „specjalizacyjny”: zespół lekarzy Lech Wierusz – Krzysztof Szulc operował skoliozy u dziewczynek, Antoni Kotwicki operował skoliozy u chłopców, natomiast Kotwicki i Genowefa Abłazej operowali wrodzone zwichnięcia stawu biodrowego oraz stopy końsko-szpotałe.

Kolejna sprawa, którą należy omówić dotyczy losów przychodni, która w roku 1966 została zreorganizowana. Wówczas to przychodnia przeszła na osobne finansowanie jako poradnia przysanatoryjna (wcześniej była finansowana jako Wojewódzka Przychodnia Rehabilitacyjna wchodząca w skład Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej). Zreorganizowano również system przyjmowania chorych. Dokonano mianowicie podziału gabinetów i przyjęć ambulatoryjnych wspomnianej poradni przysanatoryjnej w zależności od jednostek chorobowych odpowiadający podziałowi ośrodka na oddziały stacjonarne, tworząc cztery podjednostki zwane również poradniami:

- wad postawy i skolioz u dziewcząt,
- preluksacyjną,
- skolioz chłopców i innych dysfunkcji narządu ruchu,
- ortopedyczno-rehabilitacyjną.

Podział ten był bardzo istotny, bowiem umożliwił ciągłą kontrolę przebiegu leczenia przez tego samego lekarza.

Każdy pacjent poradni miał wykonywane badanie rtg. Z poradni zlecane były podstawowe badania laboratoryjne oraz oznaczane grupy krwi pacjentów wyznaczonych do planowanych zabiegów. W przypadku skolioz dodatkowo wykonywano gazometrię oraz badanie spirometryczne.

Poradnia funkcjonowała codziennie od godz. 14 do 20, w poniedziałki dodatkowo od 10-13 – natomiast jako regułę stosowano przyjmowanie wszystkich pacjentów, którzy zgłosili się danego dnia (poza sytuacjami, kiedy na jednego lekarza przypadało ponad 30 chorych). W poradniach pracowali najbardziej doświadczeni - przeważnie lekarze z tytułami specjalistów, ordynatorzy oddziałów oraz dyrektor ośrodka.

Poradnia w zakresie ortopedii dziecięcej konsultowała pacjentów z terenu województwa gorzowskiego i zielonogórskiego. W zakresie skrzywień bocznych kręgosłupa przyjmowane były dzieci z całego kraju, w tym w dużej liczbie z terenu Śląska. Miedzy innymi w wyniku powyższego w latach 1970 -1974, w poradni ośrodka odnotowano dwukrotny wzrost liczby pacjentów przy niezmienionej obsadzie lekarskiej (zob. tabela).

Rok	liczba konsultowanych pacjentów
1970	3378
1971	4109
1972	6118
1973	5364
1974	6634

O dobrej kondycji omawianej poradni w połowie lat siedemdziesiątych świadczyły następujące wyrwykowe dane: dla przykładu w roku 1974 w poradni zostało zleconych 9494 zabiegów fizykalnych, w tym 5621 ćwiczeń korekcyjnych. W tym samym roku lekarze pracujący w poradni zlecili 3923 zdjęć rtg u 3050 pacjentów.

Dodatkowo już w roku 1963 ośrodek został wyposażony w pracownię elektromiograficzną i spirometryczną.

Ważnym wydarzeniem dla regionu było utworzenie 15 łóżkowego pododdziału rehabilitacyjnego dla dorosłych przy oddziale chirurgicznym w świebodzińskim szpitalu powiatowym. Co ważniejsze, to że jego kierownikiem została - pracująca jednocześnie w ośrodku - lek.med. Wanda Kotwicka, specjalista w rehabilitacji.

O dbałości władz ośrodka o podległych jej pacjentów zapewne świadczy zatrudnienie na pełnym etacie dla ich potrzeb stomatologa (1964).

Godnym jest przypomnienie, że obok działalności leczniczo-usługowej w latach 60- tych w Świebodzińskim ośrodku miały miejsce istotne wydarzenia świadczące o bogactwie poczynąń placówki, obejmujących szeroki wachlarz bardzo różnych form działania. Ze względu na ich mnogość ujmujemy je w formie kronikarskiego zapisu:

-28 marca 1961 roku w ośrodku odbyła się narada dyrektorów zakładów rehabilitacyjnych dla dzieci;

- W roku 1962 przy ośrodku powstał Amatorski Klub Filmowy „Lubusz” pod kierownictwem mgr. Zenona Piszczyńskiego (aktywnym członkiem klubu był dr. Lech Wierusz). Klub ten wykonywał bardzo wartościowe filmy, m.in.:

1. o tematyce merytorycznej - z dziedziny ortopedii i rehabilitacji wykorzystywane do celów szkoleniowych;
2. turystyczno krajoznawcze realizowane podczas wycieczek SKTT (Szkolne Koło Krajoznawczo Turystyczne założone w ośrodku przez Wierusza i mgr Jana Sobocińskiego);
3. różne (fabularne);
4. a także obrosłe z czasem legendą „Świebodzińskie Kroniki Filmowe”²¹.

-W roku 1963 mgr Maria Biniaszowska odbyła w Helsinkach kurs z zakresu rehabilitacji małych dzieci organizowany przez WHO;

-W ośrodku odbyło szkolenie w ramach specjalizacji II stopnia z ortopedii pięciu lekarzy (trzech z Gorzowa, jednego ze Szczecina oraz jednego z Łodzi);

-Lek.med. Bolesław Biniaś wraz z mgr. Marią Biniaś opracowali i wydali ilustrowany podręcznik *Zbiór ćwiczeń stosowany w leczeniu stopy płasko-koślawej*. Dzieło powstało na zamówienie Kuratorium Okręgu Szkolnego z Zielonej Góry dla Poradni Usprawniania Leczniczego, która współpracowała z ośrodkiem i prowadziła gimnastykę korekcyjną.

-W roku 1963 szpital był wizytowany przez prof. Jana E. Kossakowskiego (1900-1979) – krajowego specjalistę chirurgii dziecięcej – jednego z twórców tej gałęzi medycyny w Polsce.

Placówkę odwiedzili również skierowani do Świebodzina przez prof. Degę liczni lekarze z zagranicy m.in. z Węgier, Rosji i Jugosławii.²²

Wśród znakomitych gości należały odnotować chociażby wizyty:

dr. Yves Cotrela w dniu 28 kwietnia 1964 z instytutu Calota w Berck-Plage (Francja) – światowej sławy autorytetu w dziedzinie spondyliatrii, oraz Ministra Zdrowia prof. dr. med. Jana Kostrzewskiego (11 października 1964); rok później przedstawiciele władz Światowej Federacji Fizjoterapii: prezydenta R. Agirsupa oraz jej sekretarza generalnego M. Neilsona.

²¹ Grażyna Wędlowska, Zenon Piszczyński *Panorama dwudziestolecia Amatorskiego Klubu Filmowego Lubusz, Świebodziń 1982.*

²² *Kronika ważniejszych wydarzeń z woj. Zielonogórskiego 1963.*

-Do innych ważnych wydarzeń należała dniach 20-22 sierpnia 1965 Spartakiada Rehabilitacyjna dla dzieci i młodzieży po *polio*.

Świebodzin był miejscem obrad międzynarodowego sympozjum „Organizacja opieki nad dzieckiem z kalectwem narządu ruchu jako zagadnienie służby zdrowia”. Uczestniczyli w nim goście z Bułgarii, Czechosłowacji, Jugosławii, Rumunii, NRD, Węgier oraz ZSRR.

Innowacją w roku 1967 było utworzenie w ośrodku Klubu Techniki i Racjonalizacji, który już po roku otrzymał zespołową Lubuską Nagrodę Techniczną. W skład nagrodzonego zespołu wchodziło: Edwin Gmys – mechanik ortop., Zenon Kulus – technik ortop., mgr. Zdzisław Mysiak – asyst. gimn. leczn., mgr. Eugeniusz Pietrzak – asyst. gimn. leczn., Stanisław Straszewski – technik ortop., dr med. Lech Wierusz – ortopeda, mgr. Piotr Włodyka – asyst. gimn. leczn., Bolesław Wójcik – mechanik ortopedyczny.

Dnia 3 maja 1968 w Świebodzińskim ośrodku odbyła się konferencja ministerialna z udziałem Ministra Zdrowia Jerzego Sztachelskiego. W konferencji uczestniczył Krajowy Specjalista ds. Rehabilitacji prof. Wiktor Dega, prof. Marian Weiss, Specjaliści Wojewódzcy ds. Rehabilitacji, kierownicy Wojewódzkich Wydziałów Zdrowia z całego kraju oraz przedstawiciele Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem. Celem organizatorów konferencji – Degi i Weissa było ustawowe wdrożenie rehabilitacji jako integralnej części leczenia podstawowego, stworzenie oddziałów rehabilitacji w większych szpitalach oraz pionów rehabilitacji bądź rehabilitacji przyłóżkowej w każdym szpitalu. Weiss przedstawiał kalkulacje dowodzące znacznych oszczędności finansowych możliwych do uzyskania dzięki wprowadzeniu rehabilitacji wcześniej zapoczątkowanej wraz z leczeniem podstawowym. Dega postulował by każdy lekarz posiadał wiedzę w zakresie „minimum rehabilitacyjnego” i miał możliwość zapewnienia podstawowych zabiegów rehabilitacyjnych na poziomie każdego szpitala w oparciu o zatrudnionych rehabilitantów i dział fizykoterapii.

Podnoszono kwestie potrzeby kształcenia dalszych kadr rehabilitacyjnych w związku z faktem, iż w roku 1969 województwa szczecińskie, koszalińskie, opolskie oraz olsztyńskie nie posiadały ani jednego lekarza ze specjalizacją w rehabilitacji. Obok zagadnienia dotyczącego kadr specjalistów poruszano problem potrzeby przekazywania wspomnianego „minimum rehabilitacyjnego” wszystkim lekarzom w ramach studiów medycznych. Kolejnym postulatem Degi była konieczność wykroczenia rehabilitacji poza lecznictwo

zamknięte i stworzenie bazy do prowadzenia rehabilitacji ambulatoryjnej, powszechnie dostępnej, co było warunkiem *sine qua non* ciągłości rehabilitacji. Dega mocno podkreślał, iż należy eliminować stereotyp postępowania lekarzy polegający na ograniczaniu się tylko do leczenia podstawowego a następnie kierowania chorych do specjalistycznych nielicznych ośrodków rehabilitacyjnych. Rehabilitacja - jak wyraził się prof. Weiss - *wypowiada wojnę łóżku*, zrywa ze stereotypem „związania pacjenta z łóżkiem” podczas hospitalizacji.²³ Skutkiem konferencji ministerialnej w Świebodzinie uzyskano zatwierdzenie przez MZiOS rehabilitacji jako integralnej części leczenia podstawowego. MZiOS ustaliło program organizacji rehabilitacji w kraju w odniesieniu do 4 grup schorzeń: narządu ruchu, układu oddechowego, układu krążenia oraz chorób psychicznych. Należy stwierdzić, że konferencja w Świebodzinie w 1968 była niezwykle ważna i została uznana za jedno z kluczowych wydarzeń mających istotny wpływ na rozwój *polskiego modelu rehabilitacji*.

W pewnym sensie ukoronowaniem założonej szkoły sanatoryjnej w czerwcu 1968 roku była pierwsza matura w liceum ogólnokształcącym ośrodka. Liceum utworzono dzięki staraniom i wpływom w kuratorium dr. Wierusza. Klasy z programem szkoły średniej utworzono po raz pierwszy w roku 1963, natomiast liceum ogólnokształcące formalnie rozpoczęło działalność w roku 1967. Dyrektorem szkoły została Albina Konoplicka. Należy podkreślić, że dr Wierusz szczególnie aktywnie wspierał rozwój pedagogiki specjalnej oraz wspomnianej szkoły.²⁴

W zakresie działalności naukowej omawianej placówki były rozprawy doktorskie, z których pierwsza została opracowana na materiale własnym ośrodka i obroniona w listopadzie 1969 roku. Autorem był dr med. Antoni Kotwicki – późniejszy jego dyrektor. Tematem pracy była *Przebudowa kostna po operacyjnym wydłużeniu goleni i jej ocena kliniczna*. Jej promotorem był prof. Wiktor Dega. Dr Kotwicki wprowadził w Świebodzinie metodę wydłużania kończyn za pomocą aparatu dystrykcyjnego wg Abott-Andersona. Metoda

²³ *Humanitaryzm na usługach ekonomiki*, „Służba Zdrowia” z maja 1968.

²⁴ Dr med. Lech Wierusz *Rola szkoły w procesie rehabilitacji leczniczej dziecka kalekiego* [w:] *20 lat szkoły w sanatorium*, wydawca: Szkoła Podstawowa i Liceum Ogólnokształcące przy Sanatorium Rehabilitacyjno-Ortopedycznym w Świebodzinie 1969.

stosowana była głównie w egalizacji skręceń porażennych po *poliomyelitis*. Imponujące było rekordowe uzyskane wydłużenie, wynoszące 14 centymetrów²⁵.

Rok później w ośrodku został uruchomiony 5-stanowiskowy oddział intensywnej terapii pooperacyjnej, który niestety umniejszył 10 łóżek szpitalnych. Oddział pooperacyjny został wyposażony w niezbędny respirator do prowadzenia oddechu zastępczego, u pacjentów po rozległych operacjach korekcji skrzywienia kręgosłupa.

Sekcja fotograficzno-filmowa powstała w ośrodku w roku 1964. Jej duszą był mgr Zenon Piszczczyński, doświadczony i znakomity rehabilitant, który od początku swojej pracy Świebodzinie zajmował się dokumentacją ośrodka i kroniką ikonograficzną obejmującą istotne wydarzenia oraz liczne obozy sportowe - prowadzone przez naszą placówkę.

Przy przyjęciu pacjenta do szpitala sekcja wykonywała standardową obowiązkową dokumentację fotograficzną. Seria wykonanych zdjęć umieszczana była w foto-albumie i dołączana do historii choroby. Zdjęcia wykonywane były w odpowiednich projekcjach dokładnie uwidaczniając istniejące deformacje budowy i wady postawy.

Przypadki rzadkie i trudne miały dodatkowo wykonywana dokumentację filmową w celu analizy i monitorowania postępów leczenia oraz dla potrzeb dydaktycznych.

Jak wspomniano sekcja zajmowała się również dokumentacją obozów sportowo-rehabilitacyjnych i wycieczek w ramach powstałego w ośrodku Szkolnego Koła Krajoznawczo Turystycznego.

Przykładowe dane dotyczące pracy sekcji fotograficzno-filmowej do roku 1973:

Liczba fotografowanych pacjentów	410 osób
Liczba wykonanych w.w. pacjentom zdjęć	2987
Diapozytywy	1090 sztuk
Kinogramy (krótkie sekwencje filmowe)	48 „migawek”
Filmy	8 sztuk
Projekcje filmowe (seanse)	62
Liczba osób na projekcjach	1720
Liczba wyświetlonych na projekcjach filmów	196
Filmy świebodzińskie wyświetlane poza ośrodkiem	6

²⁵ *Ortopedia i Rehabilitacja* pod red. Wiktora Degi, PZWL Warszawa 1984 t. II s 834.



Zenon Piszczyski z kamerą wśród pacjentów

Efektom pracy dokumentalistów Sekcji fotograficzno-filmowej ośrodka były następujące prace:

Film „*Leczenie rehabilitacyjne w przypadku wrodzonego braku kończyn górnych*”, zrealizowany przez mgr. Piszczyńskiego - wyróżniony we wrześniu 1959 na festiwalu w Cannes (!) dyplomem honorowym. W filmie przedstawiony został wspomniany już pacjent ośrodka, Cezary Rusk. Film ten dodatkowo został wyróżniony tzw. „Statuą Małego Żubra” na Festiwalu Filmów Amatorskich w Białymstoku. Równie bardzo cennym był film dydaktyczny pt. „*Usprawnianie chodu w przypadkach rozległych porażeni wiotkich kończyn dolnych*”²⁶.

Na polecenie dr. Wierusza kierownik sekcji filmowej, mgr Piszczyński odbył dodatkowe szkolenia specjalistyczne, m.in. ukończył w roku 1957 Studium Filmowe w Ośrodku Filmów Naukowych w Warszawie oraz w roku 1977 uzyskał dyplom ukończenia 3-letniego Studium Fotografii i Filmu również w Warszawie. Mgr Piszczyński za działalność filmową otrzymał szereg nagród m.in. w roku 1968 wysoko cenioną Lubuską Nagrodę Kulturalną.²⁷

Na przełomie lat 60-tych i 70-tych stopniowo zwiększała się produkcja przysanatoryjnych warsztatów ortopedycznych. Zaczętki wspomnianych warsztatów powstały już w okresie dyrektury dr. Leśkiewicza, w latach 1950-1951. Mieściły się one wówczas w prowizorycznych pomieszczeniach. Pierwszym technikiem był Konstanty Marchlewski. Z powodu trudności w pozyskaniu kadry, a co za tym idzie niską wydajnością warsztatów – ich działalność została z czasem zawieszona, a następnie wznowiona z chwilą objęcia funkcji dyrektora przez dr. Wierusza. Warsztaty tworzone były w celu zaopatrzenia ortopedycznego początkowo wyłącznie dla pacjentów ośrodka i pacjentów ambulatoryjnych przysanatoryjnej przychodni ortopedyczno-rehabilitacyjnej. Produkcja warsztatów stopniowo stała się na tyle duża, że mogła zaopatrywać również pacjentów Szpitala Powiatowego, w którym stworzony został dział rehabilitacji. W latach 70-tych warsztaty świebodzińskie zaczęły przejmować część produkcji we współpracy z Państwową Wytwórną Protez w Poznaniu. Warsztaty od

²⁶ *Kronika ważniejszych wydarzeń z woj. Zielonogórskiego w 1963 roku.*

²⁷ G. Łapszyński *Magister* [w:] „Najbliższe Okolice”, Świebodzin 1989.

roku 1974 podlegały stworzonej w ośrodku Wojewódzkiej Poradni Zaopatrzenia Ortopedycznego. Od roku 1974 poradnia zaopatrywała całość województwa zielonogórskiego a także – co jest warte podkreślenia- wszystkich pacjentów Poradni Zaopatrzenia Ortopedycznego w Poznaniu. Oczywiście część produkcji nadal odbywała się w Poznaniu, natomiast odlewy, przymiarki i odbiór zaopatrzenia miały miejsce w Świebodzinie. W połowie lat 70-tych produkcja dla potrzeb ośrodka stanowiła zaledwie 13% całkowitej produkcji świebodzińskich warsztatów! Natomiast pozostałą część produkcji przeznaczano na zaopatrzenie dla województwa zielonogórskiego i miasta Poznania. Park maszynowy warsztatów szybko powiększał się i został doposażony o szereg nowoczesnych urządzeń. Dla zilustrowania produkcji warsztatów i pracy Wojewódzkiej Poradni Zaopatrzenia Ortopedycznego podam dane za rok 1974:

Zaopatrzenie ortopedyczne:	Liczba sztuk
Protezy kończyn górnych i kończyn dolnych	111
Aparaty kończyn górnych i dolnych	192
Gorsety	288
Wkładki	1003
Obuwie	900 (par)
Liczba przyjętych w poradni pacjentów	3395
Liczba wniosków na zaopatrzenie skierowanych do warsztatów	4003

Możemy dodać, że w poradni zatrudniony był lekarz (w wymiarze 2 godzin dziennie) jako jej kierownik, oraz 2 techników i 2 rejestratorki.

W oparciu o warsztaty lekarze i technicy ośrodka zrzeszeni w Klubie Racjonalizacji i Techniki opracowali szereg oryginalnych i niezwykle praktycznych przedmiotów ortopedycznych, które następnie były produkowane dla różnych ośrodków rehabilitacyjnych i ortopedycznych w Polsce. Były to m.in: instrumentarium chirurgiczne do skolioz, aparaty dystrykcyjne do wydłużania goleni, tzw. *gorset świebodziński* do zachowawczego leczenia skrzywień kręgosłupa, rama wyciągowa do zakładania gorsetów gipsowych, kolumny bloczkowe do autowyciągu skolioz, oraz szereg protez: kończyn górnych (w tym protez czynnościowych dla dzieci z obustronną amputacją kończyn górnych), dłoni, przedramion. Unikatowe wówczas protezy czynnościowe kończyn dla dzieci wytwarzane w Świebodzinie

eksportowane były nie tylko na rynek Polski, lecz również do krajów ówczesnego bloku socjalistycznego, a także do RFN (!).



Ryc.13. Dr. Lech Wierusz przy basenie kąpielowym ośrodka

Lata 70-te można bez przesady uznać za „złoty okres” w historii ośrodka. Placówka kierowana przez dr. Wierusza otrzymała w roku 1975 rangę Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Rehabilitacyjnego, w którego skład wchodziły:

- Lubuski Ośrodek Rehabilitacyjno-Ortopedyczny;
- Wojewódzka Przychodnia Rehabilitacyjna;
- Wojewódzka Poradnia Zaopatrzenia Ortopedycznego;
- Wojewódzkie Warsztaty Ortopedyczne;
- Szkoła Podstawowa i Liceum Ogólnokształcące;
- Zakład Remontowo-Budowlany.

W wspomnianych latach do Świebodzina trafiały najtrudniejsze „przypadki” skolioz kierowane z terenu całej Polski. Niektóre „przypadki” z województw Polski wschodniej ze względu na długie terminy oczekiwania, odsyłane były celem leczenia zachowawczego do innych ośrodków m.in. do Konstancina²⁸. Zespół chirurgów (Wierusz, Szulc, Kotwicki) osiągał imponujące efekty leczenia skolioz, które odnotowywano i podziwiano również w Europie Zachodniej²⁹, ³⁰. Należy podkreślić, że operacje korekcji skrzywienia kręgosłupa wykonywane w liczbie ok. 60 rocznie na przestrzeni 30 lat działalności ośrodka, odbywały się praktycznie bez powikłań. Ogromny i niezaprzeczalny udział w tych niezwykłych wynikach miał, obok miejscowych chirurgów, poznański anestezjolog-ortopeda prof. dr Jerzy Garstka. Był on pionierem w zakresie anestezji w chirurgii kręgosłupa³¹. Prof. Garstka od początku istnienia ośrodka aż do połowy lat 70-tych wykonywał w Świebodzinie niezwykle trudne znieczulenia w operacjach skolioz a równocześnie szkolił miejscowych anestezjologów.

Przypadki wymagające spondylodezy były starannie przygotowywane leczeniem wyciągowym oraz ćwiczeniami, co poprawiało wydolność i stan ogólny pacjenta oraz warunki (korektywność kręgosłupa) do przeprowadzenia operacji. Pacjenci kwalifikowani byli do zabiegu po zaliczeniu testu wydolnościowego „na stopniu” (test Harwardzki). W tym miejscu należy wspomnieć o osobie dr hab. Mariana Krawczyńskiego, lekarza z Instytutu Pediatrii AM w Poznaniu – późniejszego kierownika Kliniki Pediatrii i dyrektora Instytutu . Nawiązał on współpracę z ośrodkiem w 1967 roku (kontynuowaną aż do roku 2000). Konsultacja pediatryczna i ocena stanu ogólnego pacjenta dokonywane przez prof. Krawczyńskiego były jednym z warunków kwalifikacji do leczenia operacyjnego skoliozy.

O poziomie omawianego ośrodka kierowanego przez dr. Wierusza świadczy fakt, w latach 70- tych zajął on pierwsze miejsce w Polsce pod względem liczby operacji korekcji skrzywienia kręgosłupa. Największą liczbę skolioz w ośrodku Świebodzińskim w latach 70 i 80 tych zoperował lek. med. Krzysztof Szulc – ortopeda, specjalista rehabilitacji medycznej, ordynator Oddziału Ortopedii II, w roku 2001 laureat Nagrody im. Dr Lecha Wierusza. Samodzielnie wykonał on rekordową liczbę około 700 zabiegów korekcji skrzywienia i spondylodezy z dostępu tylnego. Był on również autorem 5 oryginalnych publikacji dotyczących chirurgii kręgosłupa.

²⁸ Wywiad z Lechem Wieruszem *Życ dla ludzi* „Nadodrze” z lipca 1979.

²⁹ Klaus Zielke *Skoliose und Kyphose Operative Behandlung vom vorderem Zugang*, Berlin 1978.

³⁰ *Kandydatura do tytułu Lubuszanin XXX-lecia* „Gazeta Zielonogórska” z 15 kwietnia 1975.

³¹ *90 lat Poznańskiej Ortopedii* op.cit., s. 294.



Lech Wierusz i pacjentka w gipsie Cotrela

W polskim modelu rehabilitacji medycznej, od połowy lat 70-tych wprowadzono unikatową w skali światowej bliską współpracę ośrodków rehabilitacyjno-ortopedycznych z rejonowymi przychodniami leczenia wad postawy. Leczenie i wykrywanie wad postawy oraz skolioz odbywało się wg następującego schematu:

w miastach powiatowych zostały utworzone poradnie leczenia wad postawy, w których zatrudniony był mgr rehabilitacji szkolony w Klinice Rehabilitacji w Poznaniu. Poradnia prowadziła ćwiczenia korekcyjne wad postawy, natomiast przypadki skrzywień bocznych kręgosłupa kierowane były na dalszą diagnostykę i leczenie do Poradni Skolioz Wojewódzkiego Zespołu Rehabilitacyjnego do Świebodzina. System ten niemal doskonale umożliwił nie tylko wczesne wykrywanie skolioz, lecz również wczesne zapoczątkowanie prawidłowego leczenia zachowawczego. Skutkiem powyższego zmniejszyła się liczba przypadków wymagających leczenia operacyjnego oraz spadła liczba dużych zaniedbanych skrzywień, których korektywność operacyjna była niewielka.

Podsumowanie liczbowe wspomnianej działalności chirurgów świebodzińskich w zakresie operacji kręgosłupa prezentowały się następująco:

od 1963 do roku 1989 wykonano 1384 operacji korekcji skrzywienia kręgosłupa ze spondylodezą tylną. Operatorzy ośrodka pod tym względem ustanowili pewien rekord, np. Wierusz przeprowadził ich 415, Szulc 658 (najwięcej w skali kraju), a Kotwicki 260; metodą Hibbsa zoperowano 9 pacjentów; metodą Cotrela 153 pacjentów; metodą Harringtona 100 pacjentów; metodą B-W 1122 pacjentów, (B-W jest metodą typu Harringtona z jej oryginalną świebodzińską modyfikacją). Należy wspomnieć, że dystraktory Harringtona produkowane były w USA i ośrodek otrzymał je właśnie ze Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej w ramach darów, w liczbie 100 zestawów.

W latach 1989-1997 zoperowano 520 skolioz. Głównym operatorem był wówczas dr Marek Golik, który jako pierwszy wprowadził w Świebodzinie metody stabilnej korekcji Wisconsin, a następnie metodę trójplaszczyznowej korekcji Cotrell-Dubousset.

Świebodziń był drugą w Polsce palcówką po Klinice w Poznaniu, która wprowadziła leczenie bocznych skrzywień kręgosłupa metodą Harringtona (w 1970 roku) – metoda ta stała się złotym standardem w leczeniu skolioz na ponad 20 lat. Ortopedzi świebodzińscy

opracowali własne modyfikacje metody oraz własne oryginalne opatentowane instrumentarium BW oparte na technice Harringtona. Pręty dystrykcyjne BW (Bącał – Wierusz) opracowano na podstawie analizy oryginałów Harringtona, dzięki powierzchniowemu utwardzaniu charakteryzowały się one wytrzymałością dorównującą oryginałowi i nie powodowały odczynów. Wcześniej pierwsze implanty kręgosłupowe wykonywane były chałupniczo w Warsztatach Ortopedycznych ośrodka. Następnie instrumentarium BW, opracowane przez dr. Wierusza wraz z doc. inż. Kazimierzem Bącałem, produkowano w Wyższej Szkole Inżynierskiej w Zielonej Górze, stało się ono standardem w leczeniu operacyjnym bocznych skrzywień kręgosłupa w Polsce. W znakomite implanty BW zaopatrywała się – co jest godne podkreślenia – również Klinika Ortopedii Poznaniu, ośrodek rehabilitacyjno-ortopedyczny w Poświętnem oraz inne placówki ortopedyczne.

Skoliozy przed operacją spondylodezy leczone były w latach 70 i 80-tych zachowawczo uciążliwymi gorsetami typu Milwaukee z koszem biodrowym wg Blounta oraz wielogodzinnymi wyciągami przygotowującymi do ostatecznej korekcji skrzywienia rdzeń kręgowy i zaopatrujące go naczynia.

Ortopedi świebodzińscy opracowali tzw. stół do autowyciągu. Pacjent poddany ciągowi biernemu za głowę poprzez pętlę Glissona, mógł dodatkowo czynnie zwiększyć jego siłę (do granicy bólowej) za pomocą wyciągu uruchamianego stopami. Stoły autowyciągowe stosowane były również w przedoperacyjnym przygotowaniu pacjentów ze skoliozą w ośrodku w Poświętnem.

W leczeniu idiopatycznych skrzywień bocznych kręgosłupa Wojewódzki Zespół Rehabilitacyjny w Świebodzinie stosował następujący algorytm: pacjenci (głównie dziewczynki) z rozpoznaniem skrzywienia bocznym powyżej 20° wg Cobba, przyjmowani byli na oddział. Przez okres 4 tygodni poddawano ich ćwiczeniom oporowym mięśni grzbietu, brzucha i pośladków. Z kolei przy skrzywieniach powyżej 35° stosowano *wyciąg świebodziński* po 5-6 godzin dziennie przez 2 tygodnie. Następnie pacjentowi na ramie Cotrela zakładano gorset gipsowy na 5-6 tygodni. W międzyczasie Warsztaty Ortopedyczne opracowywały gorset typu Milwaukee z koszem biodrowym wg Blounta. Wykonywano radiogram w gorsecie i oznaczano kąt korekcji. Pacjent opuszczał oddział z zaleceniem stosowania gorsetu 23 godziny na dobę oraz wykonywania przez 30 minut ćwiczeń oporowych mięśni tułowia. Kontrole odbywały się co 2, następnie co 3 miesiące. Wykonywano kontrolne radiogramy i badanie spirometryczne. Oceniano test Rissera, przy wyniku dodatnim wykonywano test stabilizacji kąta wygięcia wg Moe: porównując wspomniany kąt, z i bez gorsetu. Różnica poniżej 5° w teście stabilizacji przy braku progresji

bocznego wygięcia i dodatnim teście Rissera pozwalała na stopniowe ograniczanie stosowania gorsetu. Progresja do wartości bocznego wygięcia powyżej 50° i brak stabilizacji stanowiły na ogół około 15 roku życia wskazanie do operacyjnej korekcji i ostatecznej spondylodezy przy użyciu instrumentarium B-W.³² Po operacji stosowano gips Cotrela na około 4 miesiące.

Niewątpliwie znakomite wyniki leczenia skolioz uzyskiwane w Świebodzinie spowodowały olbrzymi napływ pacjentów z różnych stron Polski. Ich liczbę z uwzględnieniem podziału na regiony, z których kierowani byli do Świebodzina, przedstawia poniższa tabela, obejmująca lata 1970-1974:

Rok	Zielona Góra	Szczecin	Poznań	Koszalin	Katowice	Warszawa	Bydgoszcz	Gdańsk	Wrocław	Łódź	Opole	Inne	Łącznie bez Zielonej Góry	Razem
1970	228	41	22	24	23	8	11	2	5	9	4	11	161	389
1971	264	60	30	28	32	6	9	3	7	3	2	15	195	459
1972	261	51	12	13	36	9	6	8	7	5	4	16	167	428
1973	278	52	17	21	30	9	11	4	15	3	5	18	185	463
1974	241	49	17	28	50	6	20	6	12	5	5	17	215	456
Razem	1272	253	98	114	171	38	57	23	46	25	20	77	959	2195

Na przestrzeni lat 70-tych w ośrodku świebodzińskim miało miejsce szereg istotnych wydarzeń, które celowo przedstawiam jedynie w zapisie kronikarskim; każde bowiem z nich można zaopatrzyć w szeroki komentarz, który jednak ze względu na temat niniejszej dysertacji uważam za zbędny.

I tak:

w styczniu roku 1970 ośrodek otrzymał 2 wyróżnienia w Wojewódzkim Turnieju Młodych Mistrzów Techniki i Racjonalizacji;

³² Roman Spiller *Wpływ nieoperacyjnego postępowania na przebieg pierwotnego bocznego wygięcia kręgosłupa w piersiowej prawostronnej idiopatycznej skoliozie u dziewcząt*, praca doktorska, Świebodzin 1990 (promotor prof. dr. hab. med. Karol Bernardczyk) - maszynopis w posiadaniu autora niniejszego opracowania.



Frontowa część budynku WZR w Świebodzinie, rok 1974

Po 20 latach kierowania ośrodkiem dr Wierusz otrzymał Order Budowniczych Polski Ludowej. Z tej okazji gratulacje Wieruszowi składał m.in. prof. Dega pozytywnie oceniając dorobek świebodzińskiego ośrodka;³³

W dniach 21-22 września 1973 ośrodek był po raz pierwszy organizatorem i gospodarzem XV Dni Ortopedycznych (miejszem obrad był piękny Łagów Lubuski.). W konferencji również uczestniczył prof. Dega. Ortopedzi ze Świebodzina przedstawili własne wyniki i metody leczenia skolioz. Olbrzymim sukcesem był fakt, że Prof. Dega zaproponował wówczas, by leczenie skolioz w Polsce odbywało się według schematu świebodzińskiego;³⁴

Zaczęli pojawiać się znakomici goście, którzy przybywali do Świebodzina ściągani znakomitymi osiągnięciami omawianego szpitala. I tak:

- W październiku roku 1973 była tu sekretarz Generalny Rady Polonii Amerykańskiej z USA - Adela Łagodzińska;
- W dniu 16 stycznia 1974 szpital gościł dyrektora Instytutu Rehabilitacji w Houston (USA) dr. W. Spencera;
- 4 kwietnia 1974 świebodzińscy ortopedzi gościli prof. E. Marquardta z kliniki w Heidelbergu;
- 14 lipca 1974 w ośrodek wizytował minister zdrowia Marian Śliwiński, który gościł w Świebodziźnie z okazji otwarcia w pobliskim Szpitalu Miejskim działu rehabilitacji (dział ten otwarto przy oddziale chirurgicznym).
- W dniu 2 września 1974 nastąpiło nadanie szkole przy ośrodku imienia Marii Grzegorzewskiej (1888-1967)³⁵. Prof. Grzegorzewska była twórcą pedagogiki specjalnej w Polsce, założycielką Państwowego Instytutu Pedagogiki Specjalnej w Warszawie. Odwiedzała ona ośrodek wraz ze swoimi studentami.

³³ *Budowniczy Polski Ludowej - mistrz i uczeń* „Służba Zdrowia” z 13.08.1972, nr 33.

³⁴ Wywiad autora z lek. Krzysztofem Szulcem z 24.07.2006 (w zbiorach autora).

³⁵ zob.: *Podręczna encyklopedia pedagogiczna*, oprac. F. Kierski Lwów-Warszawa 1923, T.I s.230, 1924T.II s.360, 363,445.



Premier RP Jerzy Buzek składa gratulacje Janowi Sobocińskiemu, Świebodzin 1999 rok

- We wrześniu 1974 rozpoczęła działalność grupa „OPTY” – stowarzyszenie byłych pacjentów ośrodka. W placówce odbył się pierwszy ich zjazd. Grupa przez ponad 30 lat organizowała cyklicznie spotkania, wycieczki i wykłady. Prezesem i aktywnym działaczem „OPTY” od wielu lat był pacjent ośrodka, mgr inż. Andrzej Medyński, jego małżonka Elżbieta była pierwszym „przypadkiem” skoliozy zoperowanym przez dr. Wierusza w Świebodzinie w 1963 roku. Wyjaśnijmy że OPTY to nazwa jachtu Leonarda Teligi, którego imię następnie nosiło Szkolne Koło Krajoznawcze Turystyczne założone w ośrodku przez dr. Wierusza i Mgr. Jana Sobocińskiego. SKKT zostało przekształcone w OPTY w roku 1974;³⁶

- W październiku 1974 r. ośrodek wizytowali ministrowie zdrowia Polski i NRD - wiceminister prof. dr med. J. Grenda oraz minister prof. dr med. L. Mecklinger.

W międzyczasie dr Lech Wierusz wraz z doc. inż. K. Bącalem z Wyższej Szkoły Inżynierskiej w Zielonej Górze uzyskali patent na wspomniane wyżej instrumentarium do korekcji skoliozy, wzorowane na instrumentarium Harringtona nazwane techniką B-W. (nr patentu P-178097).

Natomiast dnia 28 maja 1975 ośrodek uzyskał status Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Rehabilitacyjnego decyzją Wojewody Zielonogórskiego nr 31/75. Było to związane z wprowadzoną przez MZiOS ogólnokrajową strukturą organizacji rehabilitacji medycznej. W nowej nomenklaturze ośrodek stanowił stopień referencyjności podlegający jedynie Klinice Rehabilitacji w Poznaniu i Krajowemu Zespołowi Specjalistycznemu ds. Rehabilitacji, który zastąpił dotychczasowe jednoosobowe stanowisko Specjalisty Krajowego;³⁷

Dalsze znamienne wizytacje stały się niemal rzeczą powszechną. I tak np. w kwietniu 1976 w ośrodku przebywał Klaus Zielke – czołowy ortopeda skoliozolog z RFN. Uznał on, iż zarówno metody leczenia skolioz jak i wyposażenie ośrodka świebodzińskiego daleko przewyższają kliniki zachodniemieckie, – co znalazło swój wyraz w jego artykule opublikowanym w Niemczech.³⁸ Skutkiem tego uzyskał on duże dotacje na rozwój chirurgii kręgosłupa w RFN oraz otworzył podobny do Świebodzińskiego ośrodek w Bad Wildungen³⁹.

³⁶ *Annaty Złotego Wieku*, praca zbior. Świebodziński Dom Kultury, Świebodzin 2006.

³⁷ K. Milanowska i W. Dega - *Rehabilitacja medyczna*, PZWL Warszawa 1983 s. 22-27.

³⁸ Klaus Zielke *Skoliose und Kyphose Operative Behandlung vom vorderem Zugang*, Berlin 1978.

³⁹ Irena Kunc *Dr Wierusz laureatem nagrody Nadodrza 1981 „Nadodrze”*, Wrocław z października 1981.

O nawiązaniu współpracy z Klausem Zielke zdecydował, jak to nieraz się zdarza, przypadek - jedna z pacjentek ośrodka operowana z powodu skoliozy wyemigrowała do RFN. Tam podczas kontroli lekarskiej Zielke zadał jej pytanie, w którym stanie w USA miała wykonany zabieg.⁴⁰ Fakt, iż operacja i leczenie na najwyższym światowym poziomie odbyło się w dawnym „niemieckim miasteczku” *Schwiebus* skłonił Klausem Zielke do nawiązania współpracy z dr. Wieruszem.

18 maja 1977 odbyła się kolejna wizyta ministrów zdrowia Polski i NRD. Obecni byli również wiceminister prof. Grenda oraz wiceminister H. Tscherisch. Został wówczas uroczystie podpisany protokół o przedłużeniu współpracy medycznej PRL i NRD.

W listopadzie 1977 roku w ośrodku odbył się IV Tydzień Medycyny PRL i NRD. Obrady przebiegały pod hasłem „Opieka medyczna nad dziećmi i młodzieżą niepełnosprawną”.

Zmieniła się infrastruktura szpitala, np. w lipcu 1978 została oddana do użytku nowa frontowa przybudówka, w której ulokowana została Wojewódzka Poradnia Rehabilitacyjna – następnie umieszczono w niej poradnię ośrodka LORO-MED funkcjonująca jako NZOZ. Pod koniec lat 70-tych, wraz z załamaniem się ogólnokrajowej prosperity, dr. Wierusz napotykał na coraz większe problemy w rozbudowie ośrodka. Podobnie było z przybudówką poradni – kiedy był zmuszony pozyskiwać materiały wszelkimi - nawet nie do końca zgodnymi z prawem - sposobami.⁴¹

Od 26 do 27 maja 1979 w ramach uroczystości 30-lecia ośrodka odbyła się konferencja nt. *Problematyka leczenia skolioz*. Wygłoszono następujące referaty:

1. *Z historii Ośrodka Rehabilitacyjnego w Świebodzinie* – dr Lech Wierusz;
2. *Skolioza, jej prognoza i leczenie w świetle osiągnięć lat ostatnich* – dr Lech Wierusz;
3. *Leczenie zachowawcze gorsetem Milwaukee* - dr Roman Spiller;
4. *Wydolność treningowa skolioz ze skrajnie niskim wskaźnikiem oddechowo-krążeniowym uznanych za nieoperacyjne* - mgr WF Piotr Włodyka, lek.med. Krzysztof Szulc, dr hab. Marian Krawczyński, i dr Stefania Łuczak;
5. *Aspekty psychologiczne leczenia skolioz* – mgr psych. Grażyna Wędlowska;

⁴⁰ Alicja Zatorybówna *W czarodziejskim domu*, Krajowa Agencja Wydawnicza, Warszawa 1980.

⁴¹ Grażyna Zwolińska *Tajemnica teczki szefa – jak słynny ortopeda doktor Wierusz szklili okna*, „Gazeta Lubuska” z 19.05.2003.

6. *Leczenie operacyjne skolioz techniką BW* - dr Lech Wierusz i dr Antoni Kotwicki;
7. *Rozwiązanie konstrukcyjne podwójnego kontraktora do leczenia kręgosłupa* - doc. inż. Kazimierz Bącał;
8. *Przeciwwskazania zawodowe w skoliozie*- lek. med. Wanda Kotwicka;
9. *Fakty zdarzenia z historii ośrodka – filmy ilustracje* - mgr Zenon Piszczczyński i W. Królik.
10. *Podsumowanie* - prof. Wiktor Dega.⁴²

W październiku 1979 w ośrodku dożyło się spotkanie wszystkich lekarzy wojewódzkich, podczas którego dr. Wierusz wystąpił z prelekcją pt. *Problematyka leczenia skolioz*.

Lata osiemdziesiąte

Lata 80 – te przebiegały w ośrodku bez istotnych zmian w kwestiach merytorycznych. Profil hospitalizowanych w większości dotyczył pacjentów z skoliozami, którym przeznaczono około 120 łóżek. Poza tym leczone były operacyjnie i zachowawczo wrodzone zwichnięcia stawu biodrowego, które dotyczyły najmłodszych pacjentów zajmujących Oddział Ortopedii III (znajdujący się w Zamku) którego ordynatorem była znany chirurg-ortopeda lek. med. Genowefa Abłażej (zob. *Biogramy*). Leczone również dzieci z chorobą Perthesa, złuszczeniem głowy kości udowej oraz ze stopą końsko-szpotawą itd. Znaczną grupę pacjentów stanowiły dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym – wymagające systematycznych ćwiczeń oraz leczenia operacyjnego przykurczów spastycznych.

W czerwcu 1980 lekarze ośrodka przeprowadzili Konferencję Szkoleniową dotyczącą gorsetowania skolioz.

Kolejny etap w dziejach ośrodka wiąże się z dniem 6 maja 1982 gdy na emeryturę przeszedł dr Lech Wierusz – niekwestionowany twórca największych sukcesów i międzynarodowej renomy ośrodka świebodzińskiego. Odszedł ze stanowiska dyrektora po 31 latach administrowania. Uroczystość okolicznościowa odbyła się z udziałem całej załogi ośrodka. Przemawiali m.in. mgr Piszczczyński – najbliższy wieloletni współpracownik Wierusza, a także byli pacjenci, m.in. Janina Ochojska, którą Wierusz z powodzeniem ukrywał w ośrodku podczas internowania w roku 1981. Ustępujący dyrektor otrzymał szereg

⁴² Program konferencji, w posiadaniu autora.



Wanda Kotwicka i Krzysztof Szulc

podziękowań m.in. od byłych współpracowników z Korei. A także specjalny list od prof. Degi. W liście tym poznański ortopeda przypomniał historię rozwoju placówki, wyraził najgłębszy podziw dla ofiarności, pracowitości i umiejętności fachowych swojego ucznia; przypomniał też, iż Świebodzin przez lata stał się w dziedzinie ortopedii i rehabilitacji instytucją wzorcową, miejscem szkoleń i pokazowych wizytacji dla lekarzy i najwybitniejszych ekspertów z Polski i zagranicy.

Po przejściu na emeryturę mimo pogarszającego się stanu zdrowia do października 1985 Wierusz pracował w poradni ośrodka, a następnie do 28 lutego 1987 w Świebodzińskiej Spółdzielni Inwalidów „Postęp”.

3. Nowy etap w dziejach ośrodka pod kierownictwem Antoniego i Wandy Kotwickich, lata 1982 -1992

Po przejściu Lecha Wierusza na emeryturę funkcję dyrektora placówki objął dr med. Antoni Kotwicki. Pracę w zakładzie rozpoczął w roku 1955, bezpośrednio po ukończeniu studiów medycznych w Poznaniu wraz z żoną Wandą – również lekarzem. Pod kierownictwem Wierusza uzyskał specjalizację II stopnia w ortopedii a następnie w rehabilitacji medycznej. Doktorat obronił w roku 1969 – promotorem pracy był prof. Dega.

W tym okresie, który jak uprzednio, z podobnych względów przedstawiam w zapisie kronikarskim, miały miejsce następujące istotne dla ośrodka wydarzenia:

- W październiku 1982 odbyła się wizyta dr M. Zinkla z Kliniki Ortopedycznej w Dreźnie (NRD);

- W lutym 1983 w Świebodziźnie przeprowadzono połączone zebranie PTOiT Oddziału Poznańskiego i Zielonogórskiego. Uczestniczyli w nim: prof. Dega z dr Marią Deżyną, prof. A. Senger, oraz lekarz wojewódzki W. Kubacki;

- W kwietniu 1983 jubileusz XXX-lecia obchodziły Wojewódzkie Warsztaty Ortopedyczne;

Dnia 3 października 1983 roku dyrektor, dr. Antoni Kotwicki, będąc u progu wielkiej kariery jako ortopeda i niezwykle sprawny organizacyjnie dyrektor placówki (zob. *Biogramy*), mając 54 lata zginął w wypadku samochodowym w miejscowości Golina. Po jego tragicznej śmierci tymczasowo dyrektorem został lek. med. Roman Spiller – ortopeda, specjalista rehabilitacji medycznej. Od 1 lipca 1984 do 31 marca 1992 roku dyrektorem ośrodka była lek. med. Wanda Kotwicka – specjalista rehabilitacji medycznej, która będąc jednocześnie konsultantem wojewódzkim w zakresie rehabilitacji medycznej, pełniła swoje obowiązki bardzo sprawnie mimo głębokiej recesji ekonomicznej kraju i zapaści służby zdrowia;

W tym okresie ścisłą współpracę z Ośrodkiem podjął doc. dr hab. Karol Bernardczyk (z Kliniki Ortopedii ówczesnego Instytutu Ortopedii i Rehabilitacji Akademii Medycznej w Poznaniu), pełniąc funkcję konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie ortopedii. W ośrodku zajmował się operacjami wrodzonych zwichnięć stawu biodrowego m.in. stosując metodę osteotomii detorsyjno- dewalgizującej i transiliakalnej wg sposobu Degi.

Z innych ważnych wydarzeń należy odnotować, iż w lutym 1984 roku w auli szkolnej ośrodka odbyło się Wyjazdowe Kolegium Zespołu Wydziału Zdrowia. Obradom przewodniczył lekarz wojewódzki dr med. W. Kubacki. Tematem obrad była ocena działalności Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Rehabilitacyjnego. W rok później, w styczniu 1985 przeprowadzono sesję naukową z okazji 25-lecia Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem i 20-lecia Oddziału Wojewódzkiego PTWK. Tematem sesji było *Dziecko z uszkodzonym narządem ruchu*. W obradach uczestniczyli m.in. prof. Dega, prof. Hulek, dr Lech Wierusz. W sesji uczestniczyło ponad 80 osób.

Pod koniec wspomnianego roku, w listopadzie 1985 gościła w ośrodku delegacja lekarska z Cottbus w NRD zainteresowana sukcesami naszej placówki. Podczas tej wizyty obecni byli czołowi przedstawiciele władz miasta Świebodzina.

Kolejne znamienne wydarzenia wiązały się z osobą dr. Lecha Wierusza, który zmarł w dniu 18 grudnia 1987 – będąc już za życia legendą ortopedii i rehabilitacji. W uroczystościach pogrzebowych (22 grudnia 1987) licznie uczestniczyli ortopedzi i rehabilitanci oraz byli pacjenci ośrodka z całej Polski.

Dnia 17 grudnia 1988 odsłonięto tablicę pamiątkową, *vis a vis* ośrodka, na budynku, w którym mieszkał dr Wierusz.

Ważnym i trwałym upamiętnieniem świebodzińskiego lekarza było ustanowienie w roku 1989 przez Oddział Wojewódzki Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem w Zielonej Górze Nagrody im Dr Lecha Wierusza – przyznawanej za wybitne osiągnięcia w walce z niepełnosprawnością.

Pierwszymi laureatami nagrody zostali:

prof. Wiktor Dega⁴³;

lek. med. Jan Dolecki – ortopeda za Szpitala Wojewódzkiego w Zielonej Górze;

mgr Zenon Piszczczyński – wieloletni kierownik działu rehabilitacji.

Natomiast w kolejnej edycji, w roku 1990, laureatem Nagrody im dr Lecha Wierusza została dyrektor ośrodka dr Wanda Kotwicka.

W czerwcu 1990 w Świebodzinie w WZR odbyła się Narada Krajowego Zespołu Specjalistów Wojewódzkich ds. Rehabilitacji podczas której przeprowadzono referendum w sprawie nadania zakładowi imienia Lecha Wierusza. Zdecydowana większość (157/170) opowiedziała się za.

Dalsza działalność naukowa zespołu zaowocowała w roku 1990 kolejną oryginalną i interesującą pracą doktorską opracowaną na podstawie materiału ośrodka obronioną przez dr. Romana Spillera. Tematem pracy był *Wpływ nieoperacyjnego postępowania na przebieg boczego wygięcia kręgosłupa w piersiowej prawostronnej idiopatycznej skoliozie u dziewcząt*. Promotorem pracy był współpracujący z ośrodkiem doc. dr. hab. Karol Bernardczyk. Dysertacja omawiała wyniki zachowawczego leczenia skolioz gorsetem typu Milwaukee. Pracę wykonano na podstawie analizy jednorodnej (jednej z największych w piśmiennictwie fachowym) grupy 111 dziewcząt, z prawostronnym skrzywieniem kręgosłupa w odcinku piersiowym, leczonych w ośrodku w latach 1970-1987.

⁴³ Regina Dachówka *Puste Miejsce*, „Gazeta Lubuska” z 1/2 lipca 1989, s.1-3.

4. Ośrodek pod kierownictwem dr. med. Marka Golika w latach 1992 -1996

Dr med. Marek Golik pracujący w ośrodku od 1989 roku objął funkcję dyrektora placówki dniu 1 kwietnia 1992. Doktorat uzyskał w 1990 na Wydziale Lekarskim II Akademii Medycznej w Warszawie. Tematem rozprawy było *Śródoperacyjne monitorowanie funkcji rdzenia kręgowego w skoliozach przy pomocy somatosensorycznych potencjałów wywołanych*. Do WZR w Świebodzinie przeniósł się wraz z żoną Danutą – specjalistą ortopedą.

W okresie dyrektury dr. Golika profil ośrodka został poszerzony. Nowy szef będąc po stażu w instytucie Ilizarowa w Kurganie nad Irtyszem (miasto we wschodniej Rosji) wprowadził w Świebodzinie operacje egalizacji kończyn nagłaśnianą wówczas metodą Ilizarowa. Również jako pierwszy w ośrodku rozpoczął operowanie skolioz metodą trójpłaszczyznowej korekcji Cotrel-Dubousset. Golik pierwszy w ośrodku stosował również metodę stabilnej korekcji wg Wisconsin polegającą na połączeniu pręta dystrykcyjnego z selektywną trakcją poprzeczną poszczególnych kręgów za pomocą popręgów (WSSI – *Wisconsin Selective Spine Instrumentation*). Sposób C-D z jego obecnymi modyfikacjami stał się standardem w leczeniu skolioz i był rutynowo stosowany w Świebodzinie. Ta trójpłaszczyznowa metoda dawała większy zakres korekcji bocznego skrzywienia w stosunku do metody Harringtona, możliwość derotacji zrotowanych kręgów i odtworzenia zmniejszonej przy skoliozie kyfozy piersiowej (zapobiega zjawisku *flat back syndrome*). Duża stabilność pooperacyjna nie wymagała stabilizacji w gipsie Cotrela jak miało to miejsce w metodzie typu Harringtona, którą był Świebodziński system B-W. W ośrodku wprowadzono wówczas również technikę korekcji skrzywienia kręgosłupa w odcinku lędźwiowym z użyciem śrub transpedikularnych. Wprowadzono również metodę korekcji pośredniej bocznego skrzywienia kręgosłupa wg Moe za pomocą pojedynczego pręta dystrykcyjnego bez uzyskiwania spondylodezy – stosowaną jako zabieg „ratunkowy” w niektórych przypadkach agresywnie progresujących skolioz przed uzyskaniem dojrzałości kostnej i ostateczną spondylodezą. Wprowadzono wówczas – dzięki wsparciu Kliniki Ortopedii Dziecięcej AM w Poznaniu - będącą nowością na świecie metodę operacji stopy końsko-szpotawej, mianowicie całkowite uwolnienie okołoskokowe z cięcia okrężnego Cincinnati.

Ważniejszym wydarzeniem dziejów ośrodka z omawianego przez nas okresu było przygotowanie IX Sympozjum Sekcji Spondyloortopedii PTOiT (sympozjum zorganizowano w Łagowie Lubuskim we wrześniu 1993). W tym czasie w styczniu 1995, z inicjatywy załogi ośrodka oraz dyrektora dr. Marka Golika, wojewoda zielonogórski zatwierdził zmianę nazwy ośrodka z Wojewódzkiego Zespołu Rehabilitacyjnego na Lubuski Ośrodek Rehabilitacyjno-Ortopedyczny dla Dzieci i Młodzieży w Świebodzinie imienia doktora Lecha Wierusza. (LORODiM).

W kwestiach merytorycznych dotyczących leczenia ośrodek kierowany przez dr. Golika kontynuował wypracowany przez lata schemat kompleksowej rehabilitacji pacjenta: z pełną diagnostyką narządu ruchu, leczeniem operacyjnym, kinezy i fizykoterapią, leczeniem zachowawczym, zaopatrzeniem ortopedycznym oraz szkołą. Dr Golik mając w perspektywie zbliżającą się reformę w służbie zdrowia mimo nacisków nie należał do zwolenników skracania pobytu dziecka niepełnosprawnego w ośrodku. Będąc zdecydowanym przeciwnikiem tego trendu mającego na uwadze przede wszystkim sprawy ekonomiczne podkreślał, iż w długotrwałym procesie rehabilitacji istotne jest wytworzenie pewnej społeczności wśród dzieci, w której one uczą się życia z kalectwem.⁴⁴

Będąc przeciwnikiem nowej polityki w zakresie służby zdrowia w Polsce oraz w związku z pojawieniem się problemów zdrowotnych dr Marek Golik zmuszony był zrezygnować z funkcji dyrektora.

5. Schyłek XX wieku. Ośrodek pod kierownictwem dr med. Jacka Kaczmarczyka w latach 1996 -2000

W dniu 4 kwietnia 1996 na dyrektora Lubuskiego Ośrodka Rehabilitacyjno-Ortopedycznego dla Dzieci i Młodzieży decyzją komisji konkursowej powołany został dr Jacek Kaczmarczyk – starszy asystent Kliniki Ortopedii ówczesnego Instytutu Ortopedii i Rehabilitacji Akademii Medycznej w Poznaniu, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Kręgosłupowego. Tytuł doktora nauk medycznych uzyskał w 1996 na podstawie pracy *Tomokomputerowa ocena derotacji*

⁴⁴ wywiad z dr. med. Markiem Golikiem *Koncepcja leczenia „ Okolice Najbliższe”* 1992.

*kręgosłupa operowanego metodą Cotrell-Dubouset.*⁴⁵ Tym samym ośrodek powrócił do bliższej współpracy z Kliniką Ortopedii w Poznaniu.

W latach 1996-97 ośrodek, jako ponadregionalne centrum leczenia deformacji narządu ruchu, nadal zajmował się nadal głównie ortopedią dziecięcą. Dyrektor podjął działania mające na celu reorganizację i modernizację ośrodka – pozyskał fundusze na remont sali operacyjnej i zakup sprzętu, oraz rozbudowę ciągu ambulatoryjnego. Środki uzyskał m.in. od Urzędu Wojewódzkiego oraz powstałego w roku 1991 PFRON. Dyrektor starał się zainteresować decydentów specyfiką i potrzebami LORO. Miały miejsce również pewne próby pozyskania środków na remont zamku od Fundacji Polsko-Niemieckiej i spadkobiercy rodu von Knobelsdorf.⁴⁶

W połowie 1998 roku doszło do konfliktu między dyrekcją szpitala a zielonogórska firmą LfC – producentem implantów kręgosłupowych wywodzącym się z zielonogórskiej Wyższej Szkoły Inżynierskiej. Związani personalnie z LfC wojewoda zielonogórski oraz prezes rady społecznej LORO doprowadzili do odwołania ze stanowiska dyrektora ośrodka, gdy ten zaprzestał zamawiania implantów kręgosłupowych produkcji LfC. Implanty te przy nieumiejętnym obchodzeniu się – opinia dr. Tadeusza Urbana z Wrocławia - powodowały znaczną ilość odczynów a następnie przetok w okresie nawet roku po operacji, w związku z tym dyrektor dr Kaczmarczyk zmuszony był zaprzestać ich stosowania. Placówkę poddano wówczas kontroli finansowo-gospodarczej, a dyrektor stanął przed komisją ds. dyscypliny finansowej.⁴⁷ Wobec zbliżającej się restrukturyzacji szpitali wraz z reformą w Służbie Zdrowia całość nabrała dużego rozgłosu. Pracownicy LORO w większości popierający dyrektora ogłosili protest i okupację budynku.⁴⁸ Wobec niemerytorycznego podłoża decyzji odwołania dyrektora i braku formalnych uchybień w zarządzaniu placówką, dr Jacek Kaczmarczyk pozostał na stanowisku.

W 1999 ośrodek został przekształcony w Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej i rozpoczął funkcjonowanie w systemie Kas Chorych zawarciem umowy z Lubuską Regionalną Kasą Chorych. Ośrodek posiadał wówczas 125 łóżek.

⁴⁵ *90 lat Poznańskiej Ortopedii* red. Andrzej Łempicki, Oddział Poznański PTOiT, Poznań 2003 s. 238.

⁴⁶ Robert Bobrowski *Kłopoty z zamkiem* „Okolice Najbliższe” 1997.

⁴⁷ Grażyna Zwolińska *Implantowe zarośla* „Gazeta Lubuska” z 24/25 października 1998.

⁴⁸ *Ośrodek Okupowany* „Gazeta Lubuska” z 21 października 1998.

Profil chorób pacjentów kierowanych do omawianej placówki został poszerzony. Ośrodek podjął się leczenia ortopedycznego i rehabilitacyjnego dorosłych w zakresie hospitalizacji i zabiegów planowych, z wyłączeniem przypadków urazowych. Nazwa ośrodka została skrócona do Lubuskiego Ośrodka Rehabilitacyjno-Ortopedycznego im. Dr. Lecha Wierusza. Niestety reforma placówki spotkała się z krytyką społeczną, a lokalne media podkreślały negatywny jej wydźwięk.^{49 50 51}

W ośrodku komórka organizacyjna Szkoła Podstawowa i Liceum Ogólnokształcące została zastąpiona przez Ośrodek Szkolno-Wychowawczy przy LORO, który w formie szczątkowej przejął funkcje dotychczasowej szkoły. W szpitalu prowadzono również nauczanie przyłóżkowe.

W pomieszczeniach dawnej szkoły otwarty został 22-lóżkowy Oddział Neuroortopedii i Rehabilitacji (NOiR), który zajmował się kompleksowym zachowawczym leczeniem dysfunkcji narządu ruchu u dzieci, współpracując z zabiegowym Oddziałem Ortopedii. Leczone w nim dzieci z dysfunkcjami takimi jak przykurcze spastyczne w MPD, choroba Perthesa, złuszczenie głowy kości udowej, choroba Scheuermanna, skoliozy, dystrofie mięśniowe, dzieci po wrodzonej przepuklinie oponowo-rdzeniowej. Z placówką współpracował prof. dr hab. Wojciech Służewski - kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Neurologii Dziecięcej Instytutu Pediatrii Akademii Medycznej w Poznaniu. W ośrodku – zgodnie z światowymi standardami matki leczonych dzieci mogły przebywać wraz z nimi w szpitalu, korzystając z znajdującego się w nim hotelu.

W ciągu ambulatoryjnym umieszczono zespół poradni ortopedyczno-rehabilitacyjnych funkcjonujących jako Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej (NZOZ) na osobnej umowie z publicznym płatnikiem. Poradnia zajmowała się leczeniem w pełnym zakresie chorób narządu ruchu u dzieci i dorosłych z wyłączeniem przypadków urazowych. Prowadzona była Poradnia Preluksacyjna z diagnostyką USG stawów biodrowych, ponadto ośrodek prowadził gabinet leczenia toksyną botulinową.

W latach 1997-2000 ośrodek świebodziński zmienił dotychczasowy charakter - został przekształcony w centrum leczenia narządu ruchu dla dzieci i dorosłych.

⁴⁹Jan Czachor *Kto ma nosić tego garba* „Okolice Najbliższe” 1999/1, s.5.

⁵⁰*Reformy* „Okolice Najbliższe” 1999/1, s.20

⁵¹*Trudne sprawy* „Okolice Najbliższe” 1999/3, s.21.

W zakresie chirurgii narządu ruchu ośrodek posiadał dwa 25-lóżkowe oddziały ortopedyczne. Placówka spełniała wymogi *International Organisation for Standardization* (ISO). Ilość operacji z około 200 rocznie w latach 70-tych została zwiększona do około 1000. Wykonywano między innymi następujące procedury: operacje korekcji skrzywienia kręgosłupa z dostępu tylnego za pomocą najnowszych systemów, wraz z operacjami z użyciem śrub transpedikularnych oraz operacjami metodą Galvestone; operacje usunięcia garbu żebrowego (gibbektomie), discektomie, stabilizacje międzytrzonowe oraz protezy krążków międzykręgowych, endoprotezoplastykę stawów biodrowych, endoprotezoplastykę stawów kolanowych całkowitą i połowicza (*resurfacing* metodą Oxford), pełen zakres zabiegów endoskopowych stawu kolanowego (rekonstrukcja więzadła krzyżowego przedniego, rekonstrukcja łąkotek, mozaikoplastyka chrząstki itp.), zabiegi osteotomii otwierającej piszczeli, pełen zakres chirurgii ręki wraz z rekonstrukcjami nerwów i ścięgien, endoprotezoplastyką barku i łokcia. W zakresie ortopedii dziecięcej przeprowadzano m.in. całkowite uwolnienie okołoskokowe z cięcia Cincinnati w stopie końsko-szpotaowej, operacje tenotomii ścięgna Achillesa wg Ponsetiego, wielopoziomowe operacje usuwania przykurczów kończyn dolnych w niedowładach spastycznych, operacje pełnej rekonstrukcji wrodzonych zwichnięć biodra metodą osteotomii detorsyjno-dewalgizującej i transiliakalej wg sposobu Degi.

W ośrodku zorganizowana została przez mgr Elżbietę Stasiak Sekcja Hippoterapii do której należące dzieci pod kontrolą terapeutów wykonywały ćwiczenia jeżdżąc na koniach.

W czerwcu roku 2000 obchodzono 50-lecie szkoły im. Marii Grzegorzewskiej przy Lubuskim Ośrodku Rehabilitacyjno-Ortopedycznym. Z tej okazji w Sali Kolumnowej Urzędu Miejskiego odbyła się uroczysta akademii. Data ta zamyka i uzasadnia końcową cezurę przyjętego przez nas opracowania dziejów ośrodka, zgodnie z uzasadnieniem, które zawarliśmy we *Wstępie* niniejszej dysertacji.

B. OŚRODEK REHABILITACYJNO-ORTOPEDYCZNY W POŚWIĘTNEM KOŁO WROCŁAWIA

1. Ośrodek w Poświętnem przed rokiem 1945
2. Leczenie dziecięcych kalectw powojennych i epidemii *poliomyelitis*
3. Rozwój placówki w kierunku ośrodka kompleksowej rehabilitacji narządu ruchu dla dzieci i dorosłych do roku 2000



Ryc. 14. Ośrodek rehabilitacyjno-ortopedyczny w Poświętnem koło Wrocławia

1. Ośrodek w Poświętnem przed 1945

Kompleks szpitalny Wrocław - Poświętne był jednym z dwu pierwszych nowoczesnych placówek rehabilitacyjno-ortopedycznych w Polsce.¹

Ośrodek zlokalizowany został w dzielnicy Wrocławia zwanej Psie Pole. Poświętne przyłączono jako dzielnica do Wrocławia w roku 1928. Pierwsze wzmianki o majątku ziemskim zwanym Poswentne, należącym przez wieki do rodziny von Lilienthal pochodzą z roku 1362. W roku 1897 kompleks budynków wraz z przyległym parkiem i gospodarstwem został kupiony przez zakon OO. bonifratrów w celu utworzenia w nim szpitala i sanatorium dla niepełnosprawnych. Na przestrzeni wieków ośrodek wielokrotnie rozbudowywano oraz wybudowano w nim kościół. W XX wieku zespół budynków został wpisany do rejestru zabytków.

2. Leczenie dziecięcych kalectw powojennych i epidemii *poliomyelitis*.

Wobec ogromu kalectw powojennych i dużej liczby dzieci z uszkodzeniami narządu ruchu istniała potrzeba utworzenia szpitali zajmujących się usprawnianiem leczniczym i protezowaniem dzieci po amputacjach. Dwoma pierwszymi placówkami w PRL, którym zlecono to zadanie były ośrodki we Wrocławiu-Poświętnem i Świebodzinie.

Ośrodek początkowo kontynuował przedwojenną działalność jako Ortopedyczny Zakład Leczniczo Wychowawczy OO. Bonifratrów.

Placówka pierwotnie administrowana przez zakon została podobnie jak Caritas w Świebodzinie upaństwowiona w roku 1951. Jej kuratorem zakładu został w roku 1947 Wiktor Dega - pełnomocnik ministra zdrowia ds. rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Ośrodek sukcesywnie rozwijał działalność w kierunku prowadzenia leczenia kompleksowego, początkowo dla ofiar II wojny światowej, a następnie w celu leczenia skutków *poliomyelitis*.

¹ W. Dega *O polskim modelu rehabilitacji w okresie jego powstawania* [w:] Wiktor Dega *znany i nieznan* red. Irena Stasiewicz-Jasiukowa, Poznań 2000.

Pierwszym dyrektorem zakładu został, pochodzący ze Lwowa, dr hab. med. Józef Kowalski – współtworzący równolegle Klinikę Ortopedyczną we Wrocławiu. Utworzył w ośrodku 3 oddziały: dwa rehabilitacyjne (dziewczęcy i chłopięcy) oraz operacyjny. Następnie zorganizowano Zakłady Sprzętu Ortopedycznego i Szkołę Przysanatoryjną. Leczenie rozległych kalectw wymagało wielomiesięcznych hospitalizacji ze wskazań medycznych jak i socjalnych, podczas których dzieci musiały być objęte nauką szkolną.

Szpital w Poświętnem zapewniał pacjentom kompleksowe leczenie w postaci fizyko- i kinezyterapii, leczenia operacyjnego, zaopatrzenia w niezbędne protezy i aparaty ortopedyczne, jednocześnie zapewniając pełną edukację szkolną na poziomie podstawowym i średnim. Placówka realizowała zatem w pełni postulaty *polskiego modelu rehabilitacji*.

Profil zbiegów chirurgicznych w pierwszych latach stanowiły operacje rekonstrukcyjne u dzieci po przebytych *poliomyelitis anterior acuta* – różnego rodzaju transpozycje i plastyka ścięgien, wytwarzanie mechanizmu Puttiego (przeprost stawu kolanowego) – dziś te techniki operacyjne mają znaczenie historyczne.

Po upaństwowieniu Zakładu OO. Bonifratrzy utworzyli i prowadzili przy ośrodku hospicjum.

3. Rozwój placówki w kierunku ośrodka kompleksowej rehabilitacji narządu ruchu dla dzieci i dorosłych do roku 2000

Doc. Kowalski pełnił funkcje dyrektora ośrodka do roku 1953. Jego następcą został dr med. Zbigniew Krynicki – uczeń doc. Kowalskiego. Okres dyktury dr. Krynickiego zaowocował dalszym rozwojem placówki.²

W roku 1958 ośrodek został przemianowany na Sanatorium Rehabilitacyjno-Ortopedyczne. Profil leczonych pacjentów poszerzono o osoby dorosłe. W ośrodku uruchomiona została Wojewódzka Przychodnia Rehabilitacyjna, w której skład wchodziły poradnie:

² *Kto jest kim w polskiej medycynie*, Wydawnictwo Interpress, Warszawa 1987 s.350.

Rehabilitacji Leczniczej;

Zaopatrzenia Ortopedycznego;

Bocznych Skrzywień Kręgosłupa;

Poradnia Rehabilitacji Zawodowej, (nadało to niezbędną kompleksowość leczeniu dotkniętych niepełnosprawnością pacjentów, umożliwiając ich powrót do samodzielnej czynności zawodowej).

W 1977 na terenie Zespołu Rehabilitacyjnego oddano do użytku nowe obiekty: budynek przychodni, kompleks budynków Zakładu Sprzętu Ortopedycznego oraz nowy obiekt szpitalny - mieszczący 3 oddziały. Rozbudowana baza lokalowa umożliwiła sprofilowanie oddziałów. Liczba łóżek szpitalnych została zwiększona do 180³.

W latach rozkwitu *polskiego modelu rehabilitacji medycznej* placówka ta była jednostką referencyjną na terenie Dolnego Śląska.

Jako Specjalistyczny Rehabilitacyjny Zespół Opieki Zdrowotnej placówka posiadała następujące komórki organizacyjne:

-dwa oddziały młodzieżowe dla chłopców i dziewcząt;

-oddział para- i hemiplegii dla dorosłych;

-oddział dorosłych z innymi dysfunkcjami narządu ruchu;

-oddział ortopedyczny;

-dział fizjoterapii;

-zakłady sprzętu ortopedycznego - zaopatrujące we wszelkie aparaty ortopedyczne pacjentów z województwa wrocławskiego.

Zespół niezależnie od działalności leczniczo – usługowej został ośrodkiem szkoleniowym dla lekarzy specjalizujących się w rehabilitacji medycznej i ortopedii oraz dla studentów Wychowania Fizycznego i szkół medycznych. Dr Zbigniew Krynicki pełnił w latach 60-tych i 70-tych funkcję konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie rehabilitacji medycznej wnosząc ogromny wkład w rozwój rehabilitacji medycznej na Dolnym Śląsku.

Po 27 latach kierowania placówką jej zasłużony szef, dr Krynicki przeszedł na emeryturę w roku 1980 przekazując swoją funkcję lek. med. Tadeuszowi Urbanowi, który pracował w

³ *Informator o placówkach rehabilitacyjnych w Polsce* pod redakcją prof. dr hab. med. Kazimierza Szablowskiego, Krajowy Zespół Specjalistyczny d/s. Rehabilitacji, Poznań 1986 s. 422-423.

ośrodka od roku 1975. Do końca XX wieku dr med. Tadeusz Urban pełnił nieprzerwane funkcję trzeciego z kolei dyrektora placówki, obejmując dodatkowo stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie rehabilitacji medycznej.

Dr Urban zwiększył zakres i liczbę zabiegów operacyjnych, zmodernizował blok operacyjny i oddział ortopedyczny. Liczbę wykonywanych rocznie operacji zwiększył do około 450. Dokonał również rozbudowy i modernizacji centralnego działu usprawniania leczniczego. Utworzył 2 nowe poradnie: ortopedyczną i mózgowych porażień dziecięcych.

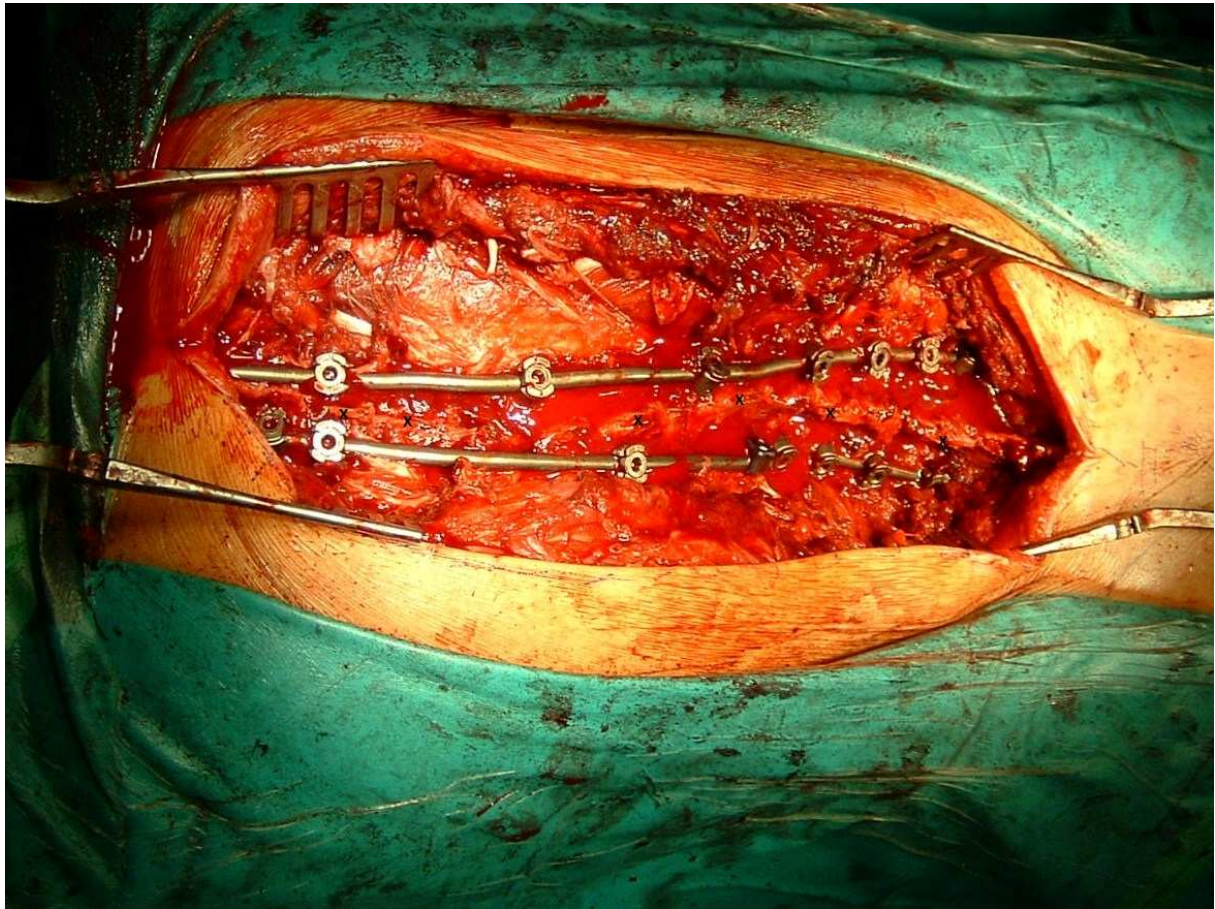
W latach 80-tych zmianie uległ skład ordynatorów oddziałów. Na emerytury przeszli zasłużeni pracownicy zespołu rehabilitacyjnego: lek. med. Józefa Bigda, lek.med. Jerzy Miłoślawski. Kilku wykształconych w ośrodku lekarzy przeszło do pracy na kierowniczych stanowiskach w innych placówkach.

W szpitalu utworzono 5 oddziałów: 4 rehabilitacyjne (oddział paraplegii i tetraplegii, oddział neurorehabilitacji, oddział rehabilitacji dorosłych i oddział rehabilitacji dla dzieci) oraz oddział operacyjny z blokiem operacyjnym i oddziałem intensywnej opieki medycznej (4 stanowiska). Ośrodek posiadał łącznie 150 łóżek.

W zakresie leczenia operacyjnego szpital wykonywał pełen profil zabiegów z zakresu ortopedii dorosłych i wybrane zabiegi z zakresu ortopedii dziecięcej (głównie skoliozy).

W latach 50-tych dominowały operacje rekonstrukcyjne w przypadkach porażenia wiotkich po *poliomyelitis*. Operowane były również wrodzone zwichnięcia stawów biodrowych zarówno metodą Chiari jak i Collony-Zahradnicka, a następnie do lat 90-tych metodą osteotomii kierunkowej i transiliakalnej wg sposobu Degi. W zakresie skolioz dr Urban rozpoczął w latach 70-tych operacje z użyciem dystraktorów typu Harringtona produkowanych chałupniczo w Poznańskich Warsztatach Ortopedycznych. Dystraktory te charakteryzowały się bardzo niską jakością, pękały w okolicy mocowania górnego haka i podatne były na korozję elektrochemiczną. Przełomem było zastosowanie świebodzińskiej metody B-W, o której szeroko pisaliśmy wcześniej. Tą metodą zoperowano ponad 300 pacjentów. Stosowana była również metoda B-W w modyfikacji – z użyciem poprzecznej trakcji od kręgu szczytowego do dystraktora. Na początku lat 90-tych wprowadzono w Poświętnem metodę stabilnej korekcji Wisconsin (*Wisconsin Segmental Spine Instrumentation*) wówczas na bazie dystraktora B-W. Metodę tę w ośrodku stosowano do końca XX wieku, w wybranych

ciężkich przypadkach mało korektywnych skolioz u dorosłych. W roku 1994 dr Urban rozpoczął operowanie skolioz przy pomocy systemów trójpłaszczyznowych.



Ryc. 15. Korekcja skrzywienia kręgosłupa ze spondylodezą tylną, instrumentarium trójpłaszczyznowe.

Wykonana resekcja stawów międzykręgowych i wyrostków kolczystych kręgow (x) oraz dekortykacja struktur tylnych kręgow. Kręgosłup poddany manewrowi derotacji i ustabilizowany. W następnej kolejności oba pręty (derotacyjny i stabilizujący) łączone są prostopadłymi łącznikami DTT (Device for Transverse Traction). Ostatnią fazę zabiegu stanowi umieszczenie przeszczepów kostnych wzdłuż operowanego odcinka kręgosłupa celem uzyskania stabilnej spondylodezy.

Stosował instrumentarium CD Sofamor z użyciem moletowanych prętów, wszystkie kolejne generacje systemu DERO produkcji LfC oraz system CD Horizon. W przypadku agresywnie progresujących skolioz wczesnodziecięcych stosowano metodę Moe (zabieg „ratunkowy” do czasu uzyskania przez pacjenta dojrzałości kostnej - będącej warunkiem do bezpiecznej ostatecznej spondylodezy bez ryzyka wystąpienia zjawiska *crankshaft*). Obok operacji kręgosłupa ośrodek wykonywał endoprotezoplastyki stawów biodrowych i kolanowych z użyciem różnych systemów włącznie z zastosowaniem protez *custom-made* wykonywanych

na zamówienie dla pacjentów o szczególnych wymaganiach anatomicznych. W przygotowaniu przedoperacyjnym skolioz stosowano autowyciągi typu świebodzińskiego.

W szpitalu w Poświętnem w około 90% operacji stosowano autotransfuzję. Pacjent przebywając w ośrodku około miesiąc przed operacją oddawał 2-3 donacje (1000-1500 ml) krwi, które następnie przetaczano są w okresie pooperacyjnym. Kryterium dyskwalifikującym od w.w. postępowania był wiek pacjenta powyżej 70 roku życia i poziom hemoglobiny poniżej 11,5g/dl. Stosowanie autotransfuzji okazało się szczególnie uzasadnione w przypadku dziewczynek ze skoliozami, z uwagi na ryzyko immunizacji w przypadku przetaczania krwi od obcego dawcy a następnie powikłania w czasie ciąży.⁴

Dzięki staraniom dr. Urbana w placówce w końcu XX wieku nadal funkcjonowała w pełnym wymiarze szkoła podstawowa, gimnazjum oraz liceum ogólnokształcące. Szkoła w całości finansowana była przez Ministerstwo Oświaty, a szpital z powyższego otrzymywał korzyści finansowe - dzięki udostępnianiu bazy lokalowej dla szkoły. Dzięki temu dzieci i młodzież szkolna w toku leczenia stacjonarnego miały zapewnioną w pełnym zakresie oświatę na poziomie podstawowym i licealnym.

Zmiany w Ochronie Zdrowia po przemianach ustrojowych lat osiemdziesiątych zaskutkowały rozpadem struktury Specjalistycznego Zespołu Rehabilitacyjnego. W roku 1991 wyłączono z lecznictwa ambulatoryjnego Poradnię Rehabilitacji Społeczno-Zawodowej, Poradnię Zaopatrzenia Ortopedycznego oraz Poradnię Mózgowych Porażań Dziecięcych. W roku 1996 wydzielono z Ośrodka jako samodzielny zakład opieki zdrowotnej Zakłady Sprzętu Ortopedycznego, które jako samodzielna jednostka nadal współpracowały z ośrodkiem.

Ze względu na dużą odległość od głównej aglomeracji Wrocławia placówka nie prowadziła kinezy- i fizykoterapii w trybie ambulatoryjnym a jedynie podczas pełnych stacjonarnych pobytów rehabilitacyjnych.

⁴ Wywiad autora z dr n. med. Tadeuszem Urbanem z grudnia 2006.

C. OŚRODEK REHABILITACYJNY DLA DZIECI W KIEKRZU KOŁO POZNANIA

1. Placówka w Kiekrzu przed rokiem 1945
2. Ośrodek jako sanatorium przeciwgruźlicze 1950-1968
3. Ośrodek kompleksowej rehabilitacji dziecięcej 1968-2000



Ryc. 16. Budynek ośrodka rehabilitacyjnego w Kiekrzu koło Poznania

1. Placówka w Kiekrzu przed rokiem 1945

Placówka rehabilitacyjna w Kiekrzu była w końcu XX wieku jednym z najstarszych w Polsce ośrodków kompleksowej rehabilitacji dziecięcej. Kiekrz uznawany jest za najpiękniejszą krajobrazowo przyległość Poznania. Walory klimatyczne miejscowości położonej w sąsiedztwie 2 jezior, otoczonej lasem zostały dostrzeżone już w latach 20-tych

XX stulecia. Majątek w Kiekrzu otoczony zabytkowym parkiem został zakupiony przez Kasę Chorych miasta Poznania w roku 1928. Obiekt rozbudowano i organizowano w nim kolonie letnie. Park wykorzystano jako teren rekreacyjny. Pacjentami były dzieci z ubogich rodzin, niedożywione i zagrożone gruźlicą kostno-stawową. W roku 1931 wprowadzono kolonie leczniczo-szkolne odbywające się przez cały rok w formie 3 miesięcznych turnusów. Trzy lata później placówkę, przemianowaną na Prewentorium Przeciwgruźlicze dla Dzieci, przejął Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

W latach II wojny światowej władze niemieckie zdając sobie sprawę z użyteczności placówki, jej wyjątkowo korzystnego położenia i klimatu, nie zniszczyły obiektu, lecz zorganizowały w ośrodku Zakład Gruźlicy Kostno-Stawowej. Hospitalizowano tu około 200 dzieci, w wieku 14-18 lat, należących do *Hitlerjugend*.

2. Ośrodek jako sanatorium przeciwgruźlicze 1950-1968

Placówka w Kiekrzu funkcjonująca we wczesnych latach powojennych jako sierociniec została przekształcona w roku 1950 w Państwowe Sanatorium Przeciwgruźlicze dla Dzieci. Liczba łóżek wynosiła wówczas około 150. W ośrodku przebywały głównie dzieci zagrożone gruźlicą kostno-stawową. Długie pobyty dzieci w wieku lat 3-16 stwarzały potrzebę wprowadzenia edukacji szkolnej na poziomie podstawowym.

Placówką kolejno zarządzali: w latach 1945-1952 dr med. Bronisława Kucharska; w latach 1952 -1961 dr med. Stanisław Bieńka; a w latach 1961- 1967 dr med. Lucyna Łuczak.

3. Ośrodek kompleksowej rehabilitacji dziecięcej 1968-2000

W roku 1967 dyrektorem placówki został, uczeń i współpracownik Degi, dr. med. Konstantyn Piechocki – specjalista ortopeda¹. Zakład otrzymał nazwę Sanatorium Rehabilitacyjnego dla Dzieci ze Schorzeniami Narządu Ruchu. Ośrodek przekształcono w pełnoprofilowe centrum kompleksowej rehabilitacji medycznej dla dzieci. W związku z prowadzoną w kraju akcją szczepień przeciwko gruźlicy zmniejszyła się liczba przypadków gruźlicy kostno-stawowej u dzieci. Do szpitala kierowano dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, przepukliną oponowo-rdzeniową, neuropatiami, pierwotnymi chorobami mięśni, pacjentów pourazowych, dzieci z chorobą Perthesa, chorobami kręgosłupa (skoliozy, choroba Scheuermanna).

W ośrodku prowadzono pełną rehabilitację kompleksową według modelu poznańskiego. Dzieci z dysfunkcją narządu ruchu kierowano na podstawie skierowań z Zakładów Opieki Zdrowotnej z terenu Poznania oraz Wielkopolski. Okres hospitalizacji wynosił od 4 miesięcy do 3 lat.

Przebywającym w szpitalu dzieckiem, na ogół dotkniętym złożonymi schorzeniami narządu ruchu o różnej etiologii, kompleksowo zajmował się wielospecjalistyczny *team* rehabilitacyjny z lekarzem specjalistą rehabilitacji medycznej (całodobowy dyżur), magistrem rehabilitacji, logopedą, wychowawcą, nauczycielami i terapeutami. W szpitalu funkcjonowała szkoła realizująca pełen program szkół publicznych (wraz z maturą) oraz w zależności od potrzeb nauczanie specjalne i indywidualne. W ośrodku funkcjonowało również przedszkole.²

Stosowany był pełen zakres dostępnych zabiegów: kinezyterapia, hydroterapia, terapia zajęciowa (ergoterapia), elektroterapia, światłolecznictwo, termoterapia.

W zakresie zaopatrzenia ortopedycznego placówka w Kiekrzu współpracowała z Poznańskimi Zakładami Sprzętu Ortopedycznego przy ul. Przemysłowej oraz Warsztatami

¹ *90 lat Poznańskiej Ortopedii* red. Andrzej Łempicki, Oddział Poznański PTOiT, Poznań 2003 s.263,272.

² *Informator o placówkach rehabilitacyjnych w Polsce* pod redakcją prof. dr hab. med. Kazimierza Szablowskiego, Krajowy Zespół Specjalistyczny d/s. Rehabilitacji, Poznań 1986 s.304.

Ortopedycznymi byłego Instytutu Ortopedii i Rehabilitacji. W szpitalu, podobnie jak w Świebodzinie zatrudniony był również na stałe stomatolog.

Ośrodek podjął współpracę z organizacjami charytatywnymi z Holandii i Szwecji.

Dzięki współpracy kliniki poznańskiej z ośrodkiem w Kiekrzu leczenie operacyjne, będące wg Degi ogniwem procesu rehabilitacji, odbywało się w Klinice Ortopedii Dziecięcej Instytutu Ortopedii i Rehabilitacji.

Trafiające do Kiekrza dzieci z różnego stopnia dysfunkcjami narządu ruchu były objęte rehabilitacją kompleksową. Rehabilitacja dziecięca w ośrodku w pełni realizowała założenia modelu poznańskiego wzorowanego na pionierskich postulatach Ireneusza Wierzejewskiego³ i Wiktora Degi. Ten wielokierunkowy i wielospecjalistyczny proces miał na celu nie tylko usprawnienie objętego procesem chorobowym elementu narządu ruchu, lecz całość działań, które mają umożliwić dziecku prawidłowy rozwój fizyczny i intelektualny, uruchomić mechanizmy kompensacyjne, umożliwić podjęcie pracy zawodowej bądź też nauczyć czynności samoobsługi w przypadku znacznego i nieodwracalnego naruszenia sprawności. Podmiotem działania w tym przypadku był nie objęty choroba narząd, lecz pacjent-dziecko w perspektywie jego dorosłego życia, zdolności do pracy, samoegzystencji, współuczestniczeniu w życiu społecznym. Rehabilitacja kompleksowa w ośrodku rehabilitacyjnym jednocześnie podejmowała dwa aspekty:

-rozwój biologiczny dziecka i usprawnienie narządu ruchu poprzez kinezy- i fizykoterapię w połączeniu z odpowiednim zaopatrzeniem ortopedycznym, wykształceniem czynności zastępczych, nauką samoobsługi, lokomocji i podstawowych czynności.

-rozwój funkcji socjalnych poprzez przedszkole oraz pełną edukację, a przy upośledzeniu umysłowym edukację specjalną, psychoterapię oraz terapię zajęciową stanowiącą pomost między usprawnianiem narządu ruchu a resocjalizacją.

Przy przyjęciu dziecka ustalano strategię leczenia, rokowanie, zakres i ilość zabiegów. Następnie dzieckiem zajmował się zespół rehabilitacyjny składający się z lekarza, pielęgniarek, magistrów rehabilitacji, fizykoterapeutów, masażystów, psychologa, logopedy, nauczycieli i wychowawców.

³ W. Pankowski *Rys historyczny Wojewódzkiego Szpitala Ortopedycznego przy ul. Gąsiorowskich w Poznaniu* [w:] *90 lat Poznańskiej Ortopedii* red. Andrzej Łempicki, Oddział Poznański PTOiT, Poznań 2003 s. 212-214.

Niezwykle istotna w kompleksowej rehabilitacji dziecięcej integracja pacjentów oraz rozwijanie funkcji socjalnych realizowane były w pełni przez organizowane obozy i biwaki. W ośrodku utworzony został i funkcjonował aktywny szczepek harcerski, który przez 30 lat organizował letnie rehabilitacyjne obozy.

Dr Konstantyn Piechocki od 1967 do 1990 roku pełnił funkcję dyrektora placówki. Po nim prowadzili ją kolejno: mgr Barbara Skibka, mgr Joanna Kmiecik i lek.med. Wiesława Staszek. Status prawny placówki uległ zmianie w 1993 – zakład dotychczas funkcjonujący jako Sanatorium przekształcony został w Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Poznaniu - Kiekrzu.

W roku 1993 funkcję dyrektora placówki przejął mgr Maciej Walczak. Z wykształcenia magister rehabilitacji oraz ekonomista podjął wyzwanie dostosowania placówki do współczesnych standardów oraz przeprowadzenia zakładu przez transformację związaną z reformą w ochronie zdrowia.

Ośrodek został zmodernizowany i rozbudowany. Dyrektor organizował środki finansowe ustawicznie szukając sponsorów i darczyńców. Dnia 11 września 1995 powołane zostało Grono Przyjaciół Dzieci Szpitala – stowarzyszenie zrzeszające osoby i instytucje wspierające ośrodek rehabilitacyjny w Kiekrzu.

W latach 1994-1995 przy szpitalu wybudowane zostały: nowoczesna oczyszczalnia ścieków spełniająca obecne w tym zakresie obecne obostrzone standardy, własne ujęcie i stacja uzdatniania wody, bezobsługowa nowoczesna kotłownia.

W roku 1995 dzięki współpracy z organizacjami charytatywnymi z Holandii na terenie parku ośrodka wybudowano *de novo* trzy tzw. pawilony rehabilitacyjno-edukacyjne. W pawilonach tych odbywały się (z wyłączeniem miesięcy zimowych) turnusy rehabilitacyjne dla najmłodszych dzieci (od 1 roku życia). Celem turnusów było przede wszystkim wyedukowanie matek podczas indywidualnych ćwiczeń z dziećmi. Podczas zajęć i ćwiczeń prowadzonych z dziećmi przez rehabilitantów, logopedów i psychologów matki były kształcone w zakresie potrzeb rehabilitacyjnych i pielęgnacyjnych dziecka tak, by następnie w warunkach domowych zachować ciągłość rehabilitacji i kontynuować samodzielnie pracę z dzieckiem.

W roku 1996 szpital po raz kolejny rozbudowano i przy okazji wyposażono w niezbędną windę. Ośrodek posiadał 110 łóżek (z czego 10 stanowiły pawilony rehabilitacyjno-educacyjne) w tym trzy oddziały:

przedszkolny dla najmłodszych dzieci;

dla chłopców i dziewczynek w wieku 7-16 lat.

W wyjątkowych sytuacjach przyjmowano i leczono również pacjentów w wieku 17-20 lat, głównie w przypadkach najcięższych postaci MPD w 4 i 5 stopniu w skali Rankina.

Planowano również otwarcie w ośrodku sekcji hippoterapii.

W szpitalu funkcjonowała w pełnym zakresie szkoła – Zespół Szkół nr 109 – podlegającą Wydziałowi Oświaty Urzędu Miasta. W skład szkoły wchodziły klasy podstawowe, gimnazjalne oraz liceum wraz z możliwością przeprowadzania matury. Szkoła posiadała nowoczesną salę komputerową do zajęć z informatyki, miała też możliwość nauczania 4 języków obcych. Prowadzono zarówno zajęcia indywidualne jak i specjalne. Oprócz szkoły dzieci realizowały zainteresowania w sekcjach sportowych, zespole muzyczno-teatralnym, zajęciach plastycznych.

Od roku 1995 funkcję dyrektora ds. medycznych pełniła lek med. Grażyna Gwizdowska – specjalista rehabilitacji medycznej.

Ośrodek ten będący jedną z najstarszych w Polsce placówek zajmujących się rehabilitacją dziecięcą od 1999 roku funkcjonował jako SPZOZ zapewniając dzieciom z wszelkiego rodzaju dysfunkcjami narządu ruchu wcześniej zapoczątkowaną i powszechną rehabilitację kompleksową. Dzieci były kierowane z terenu całej Wielkopolski na podstawie skierowań wystawianych przez lekarzy ortopedów, pediatrów, neurologów i specjalistów w rehabilitacji medycznej.

Profil chorób w pierwszym dziesięcioleciu istnienia placówki obejmował głównie dzieci zagrożone gruźlicą kostno-stawową, w drugiej kolejności dzieci z porażeniami po *poliomyelitis anterior*. W końcu XX wieku sukcesywnie zwiększała się liczba dzieci z dysfunkcjami narządu ruchu będącymi skutkiem urazów głównie powstałych w wyniku wypadków komunikacyjnych stanowiąc do 10 % pacjentów. Dzieci te obok leczenia podstawowego wymagały interwencji psychologa ze względu na nagłe uszkodzenie

dotychczas sprawnego narządu ruchu. Często też wypadek niósł ze sobą tragedię w postaci utraty bliskich. Hospitalizowano także dzieci z MPD (około 25% pacjentów) oraz chorobami kręgosłupa, w tym ze skoliozami i chorobą Scheuermanna (54% pacjentów), a także dzieci z chorobą Legg-Calvego-Perthesa (około 2 % pacjentów). Niecały 1% hospitalizowanych było z następstwami nowotworów, podobnie około 1% stanowiły artropatie będące skutkiem hemofilii.⁴

W ośrodku stosowano pełen profil zabiegów fizykalnych m.in. ćwiczenia w UGUL, ćwiczenia wg Vojty, PNF (*Proprioceptive Neuromuscular Facilitation*), metodę reedukacji nerwowo mięśniowej wg Bobath, ćwiczenia w tanku Hubbarda, galwanizację, jonoforezę, elektrostymulację, tonolizę, diadynamik, magnetronic, laser, sollux, parafinę i inne. Rocznie wykonywanych jest ponad 20.000 procedur fizjoterapeutycznych.

Stosowano również procedury psychologiczne m.in. badanie testami inteligencji, terapię behawioralną, psychoterapię integrującą, psychoterapię indywidualną, testy osobowości. Liczba ww. procedur wykonanych rocznie kształtowała się na poziomie 2000. W świetle powyższych faktów placówka w Kiekrzu k. Poznania jawi się jako zakład niezwykle dynamicznie rozwijający się, nadążający za postępem w zakresie nowoczesnej rehabilitacji narządu ruchu.

⁴ Obszerne dane statystyczne udostępnione w 2006 roku przez dyrektora placówki mgr Macieja Walczaka, w posiadaniu autora.

4. WNIOSKI. PODSUMOWANIE ROLI OŚRODKÓW REHABILITACYJNO-ORTOPEDYCZNYCH W POLSCE I ICH OSIĄGNIĘCIA

Pierwsze w Polsce ośrodki rehabilitacyjne zakładane przez Degę w latach 1947-1949 powstawały w okresie, kiedy pojecie kompleksowej rehabilitacji medycznej nie istniało. Wszystkie ośrodki zajmujące się leczeniem kalek zostały zniszczone w czasie wojny. Jedynym powstającym ośrodkiem kompleksowego usprawniania leczniczego był tworzony przez Degę dział rehabilitacji Kliniki Ortopedii w Poznaniu. W kraju wobec dużej liczby kalek wojennych w tym w dużej części okaleczonych dzieci istniało zapotrzebowanie na profilowane szpitale zajmujące się leczeniem operacyjnym i usprawniającym narządu ruchu w połączeniu z zaopatrzeniem ortopedycznym (głównie w protezy kończyn), pomocą psychologiczną, socjalną oraz szkołą dla hospitalizowanych dzieci. Kalectwa powojenne były wyjątkowo ciężkie i zaniedbane ze względu na trudną sytuację ekonomiczną i zniszczenia dokonane na terenie ziem polskich. Wśród dzieci było dużo sierot oraz kalek z rodzin o bardzo trudnej sytuacji finansowej. Pacjenci po zaprotezowaniu wymagali dłuższych pobytów szpitalnych w celu uzyskania sprawności w posługiwaniu się protezami, zaadoptowania się do życia z dysfunkcją narządu ruchu, przystosowania do pracy i nauki zawodu. W przypadku dzieci długie hospitalizacje stwarzały potrzebę wprowadzenia w szpitalu pełnej edukacji szkolnej.

System bezpłatnej opieki zdrowotnej w PRL stworzył dla rozwoju rehabilitacji niepełnosprawnych niespotykane dotychczas warunki nawet w porównaniu z 20-leciem międzywojennym. Zjawisko to miało istotne podłoże polityczne, jako że władze PRL tworząc wizerunek państwa opiekuńczego przejęły nawet instytucje kościelne i katolickie zajmujące się dotychczas pomocą socjalną dla chorych i niepełnosprawnych. Instytucją taką była *Caritas* (Świebodzin) oraz zakon OO. Bonifratrów (w Poświętnem). Sprzyjające podłoże ekonomiczne do rozwoju rehabilitacji medycznej wystąpiło równocześnie z dynamiczną - w sposób mistrzowski wykorzystującego zaistniałą sytuację społeczno-polityczną - działalnością prof. Degi. Ośrodek rehabilitacyjny w polskim modelu rehabilitacji medycznej zapewniał wszystkim przyjmowanym pacjentom bezpłatne leczenie kompleksowe: zabieg operacyjny, usprawnianie, zaopatrzenie ortopedyczne, szkołę, pomoc socjalną, pomoc psychologa, pomoc w zdobyciu zawodu - taki szpital stawał się często na kilka lat *drugim domem* pacjenta i

zapewniał opiekę oraz standard wychowania i edukacji daleko wyższy niż ten, który biedne rodziny okaleczonym dzieciom mogły zapewnić. Była to realizacja idei, którą co prawda w Polsce jako pierwszy artykułował prof. Ireneusz Wierzejewski już w latach 30-tych XX wieku – idei przywracania niepełnosprawnym możliwości samodzielnego życia, zarobkowania i funkcjonowania w społeczeństwie nie będąc dla niego obciążeniem¹.

Do czasu pełnego ugruntowania się polskiego modelu rehabilitacji medycznej, które miało miejsce w latach 1968-1973, *ośrodki rehabilitacyjno-ortopedyczne* były jedynymi placówkami oferującymi niepełnosprawnym rehabilitację kompleksową - uwzględniającą potrzeby medyczne, psychologiczne, społeczne i zawodowe. Reorganizacja służby zdrowia w PRL w roku 1973 (ustawa o Zespólonej Opiece Zdrowotnej) zapoczątkowała rozwój pełnej sieci przychodni i placówek rehabilitacji ambulatoryjnej oraz działów rehabilitacji w szpitalach na terenie całego kraju. *Ośrodki rehabilitacyjno – ortopedyczne* pozostały wówczas placówkami referencyjnymi i uzyskały rangę specjalistycznych wojewódzkich zespołów rehabilitacyjnych (WZR). W związku z powyższym w rozwoju polskiego modelu rehabilitacji medycznej należy wyróżnić 2 etapy, z których pierwszy to okres od czasów powojennych do 1973 roku, drugi od 1973 do lat dziewięćdziesiątych dwudziestego stulecia - lat atrofii systemu. W okresie pierwszym rehabilitacja narządu ruchu dostępna była wyłącznie w profilowanych placówkach, czyli *ośrodkach rehabilitacyjno-ortopedycznych*, oraz ośrodkach akademickich.

W pracy niniejszej zostały szczegółowo omówione ośrodki w Świebodzinie, Poświętnem koło Wrocławia oraz Kiekrzu koło Poznania. O wyborze tych placówek jako reprezentatywnych i wzorcowych w polskim modelu rehabilitacji medycznej kierowano się następującymi kryteriami:

- zakładane przez prof. Degę we wczesnych latach powojennych (1947-50);
- placówki duże (powyżej 120 łóżek) z całodobową opieką lekarską;
- prowadzące pełną rehabilitację kompleksową wg modelu poznańskiego i współpracujące z Kliniką, a następnie Instytutem Ortopedii i Rehabilitacji w Poznaniu;

¹ Należy bardzo wyraźnie podkreślić, że idea Wierzejewskiego była dla Degi pierwowzorem oryginalnego modelu rehabilitacji medycznej rozwiniętego przez poznańskiego ortopedę w formie dotychczas niespotykanej na świecie, o czym nasz uczone z zachowaniem obiektywności wielokrotnie wspominał w swoich retrospekcjach.

-placówki referencyjne (Poświętne, Świebodzin) dla kilku województw, o statusie Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Rehabilitacyjnego, w których dyrektor był specjalistą (konsultantem) wojewódzkim ds. rehabilitacji²

Na rozwój rehabilitacji i ośrodków rehabilitacyjno-ortopedycznych w Polsce duży wpływ miało wystąpienie epidemii choroby Heinego-Medina. W związku z potrzebą opanowania tragicznych skutków epidemii na stanowisko specjalisty krajowego z dziedziny rehabilitacji został powołany Wiktor Dega. Celem opanowania skutków *polio* prof. Dega przeznaczył dwa pierwsze zakłady rehabilitacyjne: w Poświętnem i w Świebodzinie. Zgodnie z krajowym programem walki z następstwami *poliomyelitis anterior acuta* do ośrodków trafiały dzieci natychmiast po ustąpieniu ostrej fazy infekcji. Obok stosowanej kinezyterapii dzieci po chorobie Heinego-Medina przechodziły szereg operacji korekcyjnych dziś mających już tylko znaczenie historyczne.

Ośrodki Świebodzin oraz Poświętne posiadały największe doświadczenie w operacyjnym i zachowawczym leczeniu skutków polio. W leczeniu zachowawczym stosowano metodę Kenny.³ W leczeniu operacyjnym różnego rodzaju transpozycje ścięgien, wytwarzanie mechanizmu Puttiego, egalizacje kończyn przy pomocy aparatów dystrykcyjnych. Wraz z wprowadzeniem w kraju szczepień przeciw polio stopniowo zmniejszyła się liczba przypadków *poliomyelitis anterior*. Ośrodek w Kiekrzu w latach 50 i 60 tych zajmował się natomiast głównie kompleksową rehabilitacją dzieci z lub zagrożonych gruźlicą kostno-stawową oraz przypadkami *polio*.⁴

Niepełnosprawni przebywając w wspomnianych ośrodkach uczyli się życia ze swoim kalectwem osiągając w wyniku prowadzonej rehabilitacji nieprawdopodobne efekty. Szpital zapewniał wszystkim pacjentom pełną opieką socjalną w kwestii podstawowych potrzeb, leczenia, edukacji, nauki zawodu. Niepełnosprawne dziecko traktowane było przez personel tak, by potrafiło funkcjonować samodzielnie po opuszczeniu placówki. Personel medyczny

² Taki status otrzymało 7 placówek: Świebodzin, Poświętne, Zakopane-Bystre, WZR przy Instytucie Pediatrii AM w Krakowie, Repty Śląskie, WZR w Gdańsku oraz STOCER (kierowany przez prof. M. Weissa).

³ Na wniosek Degi w roku 1951 wydelegowano grupę lekarzy i kinezyterapeutów do Czechosłowacji w celu zapoznania się z metodą Kenny. W grupie była K. Milanowska zob.: W. Dega *O polskim modelu rehabilitacji w okresie jego powstawania* [w:] Wiktor Dega znany i nieznan, red. Irena Stasiewicz-Jasiukowa, Poznań 2000, s.146.

⁴ *Informator o placówkach rehabilitacyjnych w Polsce*. red. Kazimierz Szablowski, Poznań 1986, s.303.

traktował dzieci tak, jakby nie dostrzegał ich ułomności⁵, np. nie stosowano żadnych udogodnień w czynnościach, które dziecko, wprawdzie z trudem, ale mogło samodzielnie wykonać. Dzięki temu byli pacjenci ośrodka, (na ogół z trwałą niepełnosprawnością), podejmowali w życiu pracę zawodową, nierzadko kończyli wyższe studia, zakładali rodziny, zajmowali ważne stanowiska.⁶

Niepodważalnym osiągnięciem nie tylko w skali kraju był dorobek ośrodków w Świebodzinie i Poświętnem w zakresie chirurgii kręgosłupa – a ściślej w leczeniu najcięższego schorzenia ortopedii dziecięcej - mianowicie skolioz. W ośrodku świebodzińskim na blisko 1500 operacji skrzywienia kręgosłupa wykonanych do lat 90-tych głównie metodą Harringtona (system B-W) miały miejsce zaledwie 3 istotne powikłania: jeden przypadek zgonu w obrazie zespołu hipertermii złośliwej podczas znieczulenia, związany z wrodzonym defektem kanałów wapniowych („przypadek” absolutnie nieprzewidywalny i niezależny od postępowania lekarskiego)⁷; jeden zgon na skutek ciężkich zaburzeń oddechowych po operacji, oraz jeden przypadek porażenia kończyn dolnych. Tak mała liczba powikłań była nawet przedmiotem podejrzeń ze strony specjalistów wizytujących ośrodek o fałszowanie wyników i ukrywanie niepowodzeń. Fakt znakomych wyników leczenia i śladowej ilości powikłań lek. Krzysztof Szulc, ortopeda, główny operator skolioz, tłumaczył następująco: leczenie ortopedycznych schorzeń dziecięcych a w szczególności skoliozy, która dotyczy dziewczynek w wieku dorastania wymaga bardzo dobrej współpracy z pacjentem i starannego przygotowania przedoperacyjnego. Leczenie zachowawcze, a więc gorsetowe, wiąże pacjentkę z gorsetem na 23 godziny na dobę, powoduje, iż wyróżnia się ona z otoczenia. Trwa ono wiele lat. Aby umotywować pacjentkę do prawidłowego stosowania uciążliwego gorsetu istotna była bliska współpraca z rodzicami, dłuższy kontakt lekarzy, pielęgniarek, wychowawców z pacjentką przebywającą w ośrodku, a także dłuższy jej kontakt z rówieśnikami leczonymi gorsetem oraz wymiana informacji. Szulc podkreślał, iż w ośrodku zarówno lekarz jak i wychowawca szkolny oraz rehabilitant zawsze miał czas dla pacjenta – czas na rozmowę o chorobie, ale i codziennych problemach dorastających dzieci i młodzieży.

⁵ *Annały złotego wieku* praca zbiorowa, Świebodzin 2006, s. 28.

⁶ Wywiad autora z Elżbietą i Andrzejem Medyńskimi – wieloletnimi pacjentami LORO Świebodzin. maj 2006, w posiadaniu autora.

⁷ Jerzy Garstka, Lech Wierusz *Zespół złośliwej hipertermii* „Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska” 1975, t. XXXIX, nr 4.

Młody pacjent otrzymywał od lekarzy, wychowawców i pielęgniarek informacje co do istoty schorzenia i stosowanego leczenia. Pacjent w ośrodku rehabilitacyjno-ortopedycznym był traktowany podmiotowo. Wiedział jak i dlaczego jest leczony. Dorastające dzieci, nieskrępowane obecnością dorosłych pacjentów, traktowały sanatorium jako *drugi dom*. W czasach działalności prof. Degi ośrodki nie były ściśle ograniczane normami długości hospitalizacji pacjenta, nie musiały się zatem liczyć z kosztami. Długie pobyty w szpitalu powodowały, iż dziewczynki ze skoliozami silnie umotywowane psychicznie, ćwicząc intensywnie, pod kierunkiem magistrów wychowania fizycznego, osiągały ponadprzeciętną ogólną sprawność i wydolność fizyczną, co miało duże znaczenie dla przebiegu wielogodzinnej rozległej operacji zwykle z dużą utratą krwi, jaką jest operacja korekcji skrzywienia kręgosłupa. Miało to kolosalne znaczenie w latach 60 i 70 tych – w czasach, kiedy anestezjologia była dziedziną daleką od współczesnych zaawansowanych technik prowadzenia znieczuleń. Kwalifikacja do ostatecznego zabiegu polegała w Świebodzinie na przeprowadzeniu testu wysiłkowego na podwójnym stopniu (test Harwardzki) a następnie przedoperacyjnej ocenie stanu ogólnego dokonywanej przez pediatrę. Pacjentów ze skoliozami przygotowywał ćwiczeniami mgr rehabilitacji Piotr Włodyka. Wypracowywał on dostateczną wydolność fizyczną u przygotowywanego do operacji z wyjściowo skrajnie niskim wskaźnikiem krążeniowo-oddechowym.⁸ Późniejszy znaczny postęp w dziedzinie anestezjologii (w zakresie leków, anestetyków wziewnych, technik wentylacji, monitorowania, intensywnej terapii pooperacyjnej) uczynił operację skoliozy mniej obciążającą dla organizmu. W latach 60 i 70-tych, by 4-5 godzinna operacja korekcji skrzywienia kręgosłupa ze spondylodezą tylną przebiegła bez powikłań, pacjent jej poddawany musiał posiadać... wydolność sportowca. Tak fenomen sukcesów ośrodka tłumaczył ich współtwórca dr Krzysztof Szulc. Ze strony autora po kolejny nasuwa się przypomnienie o nieocenionych zasługach pionierskiej anestezji (prof. Jerzego Garstki) – bez której szpital nie odniósłby wspomnianych sukcesów.

Obok ogólnie usprawniających ćwiczeń, zwiększających wydolność, stosowano leczenie wyciągowe z dodatkowym autowyciągiem typu świebodzińskiego.^{9 10}

⁸ Piotr Włodyka, Krzysztof Szulc, Marian Krawczyński, Stefania Łuczak *Wydolność treningowa skolioz ze skrajnie niskim wskaźnikiem oddechowo-krążeniowym uznanych za nieoperacyjne* (referat z 1979 r.).

⁹ Wywiad z lek. Krzysztofem Szulcem, lipiec 2006 – w posiadaniu autora.

¹⁰ W. Dega, K. Milanowska *Rehabilitacja medyczna*, PZWL Warszawa 1983 s.256.

Długotrwałe wieloetapowe leczenie odbywało się bez szkody dla edukacji pacjenta – jak już wspomniano szkoła przy ośrodku posiadała możliwość promocji i edukacji podstawowej i średniej wraz z maturą. Byli pacjenci podkreślali, iż pobyt w ośrodku zapewniał im w pełni kompleksową opiekę do tego stopnia, iż nie odczuwali, że przebywają w szpitalu¹¹. Dla młodych pacjentek zakończenie wieloletniego leczenia gorsetowego ostateczną operacją miało – jak podkreślał wieloletni ordynator Oddziału Rehabilitacji dr med. Roman Spiller – bardzo duże znaczenie psychologiczne. „Końcowy” zabieg dawał pacjentce pewność, iż zostało wobec niej i jej schorzenia zrobione wszystko, co było możliwe. Zazwyczaj po zabiegu korekcji skrzywienia kręgosłupa młode kobiety, którym ośrodek przywrócił poczucie własnej wartości...szybko wychodziły za mąż.¹²

Staranne przygotowanie do operacji, wymagające od pacjentki wysiłku i trudu powodowało, iż sam zabieg był dla dorastającej dziewczyny niemal upragnionym świętem, dniem, który zmieniał jej życie, jej wygląd, pozwalał jej na funkcjonowanie bez ograniczeń, czynił ją atrakcyjną i zwiędzał wieloletni trud noszenia gorsetu oraz uciążliwych ćwiczeń. O tym jak istotną rolę w leczeniu skoliozy odgrywała *psyche* pacjentki świadczy fakt, iż po rozległym zabiegu z potężnym uszkodzeniem tkanek wiele dziewczynek nie potrzebowało narkotycznych środków przeciwbólowych. Bezpośrednią relację o tym, czym dla młodej dziewczyny był pobyt w ośrodku i operacja skoliozy zawiera broszura z roku 1980 *W czarodziejskim domu* Alicji Zatrybówny. Była pacjentka zamieściła w niej znamienne zdanie *wyszłam za mąż, czyli operacja się udała* – zazwyczaj takie kryterium sukcesu medycznego stosowały pacjentki leczone w Świebodzinie.¹³

¹¹ Wywiad z Andrzejem i Elżbietą Medyńskimi –wieloletnimi pacjentami ośrodka, maj 2006. – w posiadaniu autora.

¹² Wywiad z dr. n. med. Romanem Spillerem z czerwca 2007 – w posiadaniu autora.

¹³ Alicja Zatrybówna *W czarodziejskim domu*, Warszawa 1980.



Ryc. 17. Świebodzin. Sztuka zakładania tzw. gipsu Cotrela na ramię wyciągowej. Na zdjęciu m.in. Lech Wierusz i Krzysztof Szulc

Metoda Harringtona i B-W stosowana w WZR i w ośrodku w Poświętnem, będąca w roku 1970 nowością i przez 20 lat złotym standardem w ortopedii, z czasem nabrała znaczenia historycznego. Miała ona szereg niedoskonałości, m.in. konieczność 4 - 6 miesięcznego stosowania gipsu Cotrela po operacji. Metoda korygująca skrzywienie jedynie w płaszczyźnie czołowej, nie odtwarzała fizjologicznej *kyfozy* w odcinku piersiowym a jej typowym skutkiem były tzw. „plecy płaskie” (*flat back syndrome*). Wprowadzone pod koniec XX wieku techniki dawały większą i trójpłaszczyznową korekcję, znacznie zwiększały stabilizację pooperacyjną, nie wymagały gorsetów pooperacyjnych Cotrela. Obszar spondylodezy przy późniejszych trójpłaszczyznowych metodach był krótszy niż przy stosowaniu pojedynczego distraktora, co pozwalało na zachowanie większej ruchomości kręgosłupa. Później zaniechano uciążliwych gorsetów typu Milwaukee z podparciem głowy. Zastąpiono je mniej uciążliwymi gorsetami świebodzińskimi lub gorsetami *Chenau*. Jednakże znaczenie tzw. leczenia zachowawczego skolioz pozostało tematem burzliwych dyskusji wobec nieznaney do końca etiologii schorzenia.

Dzieci leczone w Świebodzinie miały możliwość bezpłatnego uczestnictwa w wycieczkach krajoznawczych urządzanych przez Szkolne Koło Krajoznawczo Turystyczne przy ośrodku. Również były organizowane letnie obozy sportowo-rekreacyjne w filiach ośrodka na terenie Pojezierza Lubuskiego (w Wojnowie a następnie w Przełazach). Zarówno wycieczki SKKT jak obozy letnie były dokumentowane fotograficznie i filmowo. Natomiast ośrodek w Kiekrzu koło Poznania dawał dzieciom możliwości uczestnictwa w stowarzyszeniach integracyjnych (sportowych, plastycznych, harcerskich). Mali pacjenci z dysfunkcjami narządu ruchu poprzez kontakt z rówieśnikami łatwiej nabywali funkcji społecznych, tak istotnych w późniejszym funkcjonowaniu w społeczeństwie.



Ryc. 18. Świebodzin. Letni obóz rekreacyjny – uśmiechnięte twarze młodych pacjentów

ZNACZENIE WSPÓŁPRACY OŚRODKÓW Z KLINIKĄ ORTOPEDII W POZNANIU

Atutem ośrodków rehabilitacyjno-ortopedycznych była ich bliska współpraca z Kliniką Ortopedii w Poznaniu. Poznań był dla kadr ośrodków niezwykle istotnym miejscem szkoleniowym. Współpraca z Kliniką umożliwiała odległym placówkom terenowym możliwość utrzymania wysokiego poziomu merytorycznego. Lekarze ośrodka w Świebodzinie regularnie odwiedzali Klinikę gdzie sprawozdawali działalność swojej placówki profesorowi Dedze i równocześnie poznawali nowe metody leczenia. Jednocześnie ośrodek w Świebodzinie prowadził działalność szkoleniową dla kadr medycznych w zakresie rehabilitacji, chirurgii kręgosłupa oraz pedagogiki specjalnej. Na materiale ośrodka powstały 2 oryginalne prace doktorskie oraz szereg publikacji z dziedziny chirurgii ortopedycznej i rehabilitacji narządu ruchu (Wierusz, Kotwicki, Szulc, Spiller, Piszczyński, Włodyka). M.in. dzięki więzi z Poznaniem ośrodek w Świebodzinie był też miejscem wielu poważnych konferencji naukowo-medycznych, w tym międzynarodowych, a także posiedzeń ministerialnych. Obok Poznania, Świebodzin w omawianym okresie był często wizytowany jako placówka wzorcowa w polskim modelu rehabilitacji medycznej. Wierusz oraz Kotwicki odbyli szereg staży w znanych ośrodkach zachodnioeuropejskich. W WZR lekarze oraz magistrowie WF odbywali wzorem centrali poznańskiej cotygodniowe spotkania omawiając konkretne przypadki, piśmiennictwo dotyczące danego schorzenia itp. Następnie przeprowadzano dyskusję a tematy po ostatecznych opracowaniach wysyłano do publikacji. W prowincjonalnym i niewielkim Świebodzinie ośrodek rehabilitacyjny był w znacznym stopniu nie tylko placówką kliniczną, lecz – co jest niezwykle - również naukowo-badawczą, ukierunkowaną na zagadnienie związane z szeroko i wszechstronnie pojmowaną problematyką skolioz.

Ośrodek w Świebodzinie wniósł w polską ortopedię szereg innowacji technicznych. Do najważniejszych należało: stworzenie dzięki współpracy dr. Lecha Wierusza z Wyższą Szkołą Inżynierską w Zielonej Górze instrumentarium B-W. Inżynierowie poddając analizie oryginalne pręty Harringtona rozszyfrowali tajniki ich wytrzymałości, a więc rodzaj stopu i metodę utwardzania powierzchniowego. Ponadto w systemie B-W ulepszony został sposób mocowania haków na dystraktorze. W czasach PRL zakup oryginalnych instrumentariów Harringtona stanowił barierę cenową. Wielokrotnie tańszy system B-W umożliwił setkom

dzieci pełną dostępność leczenia operacyjnego skoliozy. Na początku lat 90-tych na bazie rozbudowanego instrumentarium B-W operowano skoliozy nową wówczas metodą stabilizacji segmentarnej Wisconsin. Do innych oryginalnych przyrządów ortopedycznych opracowanych w Świebodzinie należały m.in. tzw. stół świebodziński do autowyciągu, gorset świebodziński, którym zastąpiono uciążliwe w stosowaniu gorsety Milwaukee, protezy czynnościowe kończyn dla dzieci.

Niezwykłe pozytywnie należy ocenić znakomity sposób prowadzenia na wzór Kliniki Ortopedii w Poznaniu dokumentacji medycznej w *ośrodkach rehabilitacyjno-ortopedycznych*. Pacjent przyjmowany do ośrodka był dokładnie badany ortopedycznie i opisywany. W przypadku *poliomyelitis* wg standardowego schematu z oceną siły poszczególnych grup mięśniowych w skali Lovetta. Dodatkowo każdy pacjent miał starannie wykonaną dokumentację fotograficzną umieszczaną w foto-albumie. Kolejne badania w trakcie pobytu dodawano do dokumentacji wraz z opisem przebiegu zabiegu operacyjnego oraz badaniem końcowym przy wypisie. Całość dokumentacji wraz z badaniami obrazowymi umieszczana była w opatrzonej numerem teczce, do której dodawano dalsze części przy kolejnych pobytach. Ten pracochłonny system dawał możliwość niemal natychmiastowego wglądu w cały dotychczasowy przebieg schorzenia oraz znacznie ułatwiało opracowywanie rozpraw naukowych.

Należy wyraźnie podkreślić, że placówki - będące przedmiotem mojej dysertacji - realizowały 4 główne postulaty polskiego modelu rehabilitacji Degi: powszechność, wczesne zapoczątkowanie, kompleksowość i ciągłość.

Leczenie było całkowicie bezpłatne, a więc dostępne dla wszystkich (powszechnie). Dostęp do leczenia na bazie utworzonych Wojewódzkich Przychodni Rehabilitacyjnych przy Wojewódzkich Zespołach Rehabilitacyjnych był szeroki. Powszechność rehabilitacji w polskim modelu była zapewniana również przez szeroką penetrację komórek rehabilitacyjnych w struktury ochrony zdrowia, czyli wprowadzenie pionów rehabilitacji w szpitalach powiatowych, ambulatoryjnych działów rehabilitacji w przychodniach rejonowych. Hierarchicznie w strukturze *polskiego modelu rehabilitacji* komórki te podlegały Wojewódzkim Zespołom Rehabilitacyjnym, którym były specjalistyczne ośrodki rehabilitacyjno-ortopedyczne takie jak Świebodzin i Poświętne.

Przed wprowadzeniem Kas Rolniczych Ubezpieczeń Zdrowotnych, które miało miejsce na początku lat 70-tych pobyt w szpitalu dla pacjentów z obszarów wiejskich był częściowo odpłatny. Bardzo długie hospitalizacje w przypadku leczenia ortopedycznych schorzeń dziecięcych stwarzały problem finansowy dla rodziców tychże dzieci. W Świebodzinie dzięki staraniom Lecha Wierusza długie pobyty dzieci wiejskich były w ośrodku bezpłatne.

Wczesne zapoczątkowanie: leczenie ortopedyczno-rehabilitacyjne porażień po *poliomyelitis anterior acuta* rozpoczynane było natychmiast po ustąpieniu ostrych objawów choroby. Podobnie w latach późniejszych wczesnie wdrażano leczenie w przypadku skolioz oraz na bazie utworzonych poradni preluksacyjnych wrodzonej dysplazji stawu biodrowego. W schorzeniach z zakresu ortopedii dziecięcej wczesne rozpoczęcie leczenia jest możliwe przy sprawnie działającym systemie badań przesiewowych. W przypadku skolioz wczesne ich wykrywanie stało się realne dzięki rozbudowanej sieci Poradni Wad Postawy. W miastach wojewódzkich dzieci z podejrzeniem skrzywienia kręgosłupa kierowano celem specjalistycznego leczenia do ośrodków rehabilitacyjno-ortopedycznych. Dawało to podstawę do wczesnego wprowadzenia leczenia zachowawczego (gorsetowego). Jego skuteczność pozostawała dyskusyjna, jednakże pacjent leczony zachowawczo był w ciągłej kontroli jednego, specjalistycznego ośrodka, a to umożliwiło obserwację progresji schorzenia i uchwycenie odpowiedniego momentu na ostateczne leczenie operacyjne.

Wczesne zapoczątkowanie leczenia stosowane było w przypadku protezowania wrodzonych lub pourazowych amputacji kończyn u dzieci gdzie bardzo wczesne (pierwszy rok życia) przyzwyczajanie dziecka początkowo do prostych, jednoczęściowych protez warunkowało akceptację i „utożsamianie się” ze sztuczną kończyną. Po zaakceptowaniu protezy przez dziecko dotknięte wrodzoną deformacją możliwe było wprowadzanie złożonych protez czynnościowych.

Kompleksowość rehabilitacji w opisywanych placówkach bez wątpienia stanowiła wzorzec referencyjny. W przypadku dzieci podmiotowo traktowany pacjent miał zapewnione wielokierunkowe intensywne leczenie obejmujące nie tylko objęty chorobą narząd, lecz również całokształt potrzeb na danym etapie choroby czy rozwoju.

Leczenie dziecka z dysfunkcją narządu ruchu w latach 50 i 60 tych nierzadko rozpoczynało się od uzupełnienia... niedoborów żywieniowych dziecka i doprowadzenia do prawidłowej masy ciała. Podobnie rzecz miała się z higieną pacjenta.

Po zbadaniu ortopedycznym dziecka ustalano plan leczenia, a pacjentem zajmował się wielospecjalistyczny zespół z lekarzami różnych specjalności (ortopeda, specjalistą rehabilitacji medycznej, pediatrą) psychologiem, wychowawcą, nauczycielami, rehabilitantami, pielęgniarkami, logopedą, stomatologiem, terapeutami zajęciowymi.

Pacjent w przypadku istniejących wskazań poddawany był zabiegowi operacyjnemu. Natomiast ośrodek zapewniał pacjentowi zaopatrzenie w protezy i aparaty ortopedyczne - wytwarzane w warsztatach zlokalizowanych przy placówce.

Dziecko zapewnione miało pełnoprofilową edukację szkolną wraz z możliwością zdawania matury bądź z możliwością nauki zawodu. Do dyspozycji pacjentów dostępne były tereny sportowe i rekreacyjne; letnie i zimowe obozy sportowo-rehabilitacyjne; koła turystyczne, filmowe i krajoznawcze.

Leczenie narządu ruchu i rozwijanie funkcji motorycznych połączone było z pracą dotyczącą rozwoju intelektualnego, zdolności socjalnych oraz umiejętności zawodowych.

Aspekt medyczny leczenia połączony był z aspektem społecznym. Kompleksowa zespołowa rehabilitacja w formie długotrwałego (często wielomiesięcznego, a czasem wieloletniego) pobytu stacjonarnego pozwalała pacjentom, z trwałą dysfunkcją narządu ruchu na powrót do pełni życia i funkcjonowania w społeczeństwie.

Ciągłość rehabilitacji zapewniana była poprzez odpowiednio długie, wielomiesięczne pobyty, podczas których wielokierunkowe działanie zespołu rehabilitacyjnego przywracało bądź dawało pacjentowi możliwość samodzielnego funkcjonowania, a następnie korzystania z rehabilitacji środowiskowej i ambulatoryjnej. Ta rehabilitacja niestacjonarna (poszpitalna) w polskim modelu rehabilitacji medycznej dostępna była na bazie utworzonych licznych działów kinezy - i fizykoterapii w przychodniach rejonowych, spółdzielniach inwalidów, licznych przyzakładowych i międzyzakładowych przychodniach rehabilitacji oraz w działach rehabilitacji utworzonych, zgodnie z ustawą, w wszystkich Zespołach Opieki Zdrowotnej.¹⁴

Ośrodki rehabilitacyjno-ortopedyczne miały istotne znaczenie w polskim modelu rehabilitacji medycznej - jako placówki szkoleniowe we współpracy z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego w Warszawie (poprzez Wojewódzki Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych) dla lekarzy specjalizujących się w ortopedii, rehabilitacji medycznej,

¹⁴ Pełen wykaz tychże placówek przedstawia *Informator o placówkach rehabilitacyjnych w Polsce* pod redakcją prof. dr hab. med. Kazimierza Szawłowskiego, Poznań 1986.

magistrów wychowania fizycznego oraz studentów Państwowego Instytutu Pedagogiki Specjalnej (PIPS).

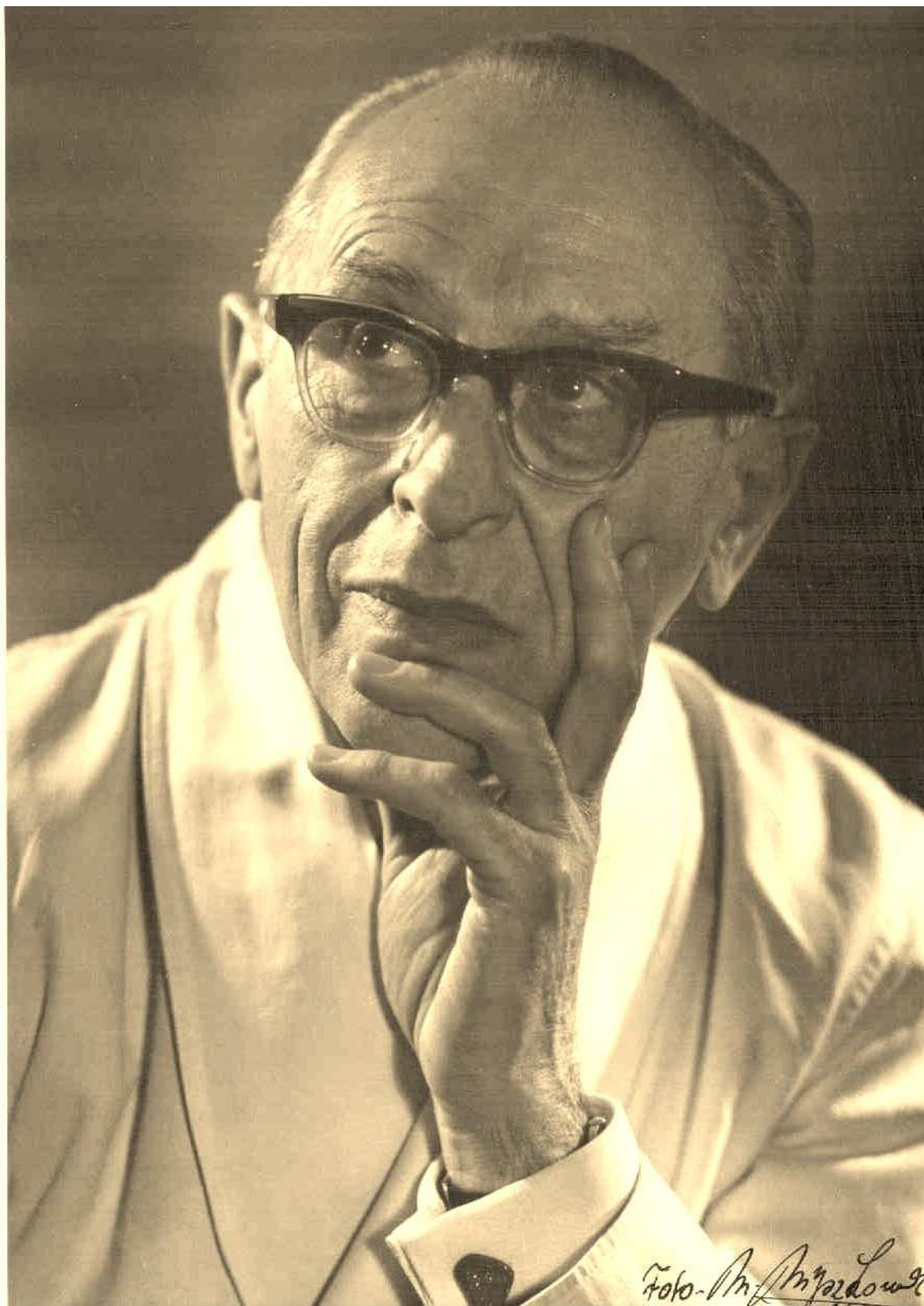
Niezwykle ważną rolę w polskim modelu rehabilitacji medycznej odegrały, utworzone w strukturze Wojewódzkich Zespołów Rehabilitacyjnych, Wytwórnice i Poradnie Zaopatrzenia Ortopedycznego. W opisywanych powyżej placówkach były to m.in. Wojewódzkie Zakłady Sprzętu Ortopedycznego w Poświętnem i Świebodzinie. Zakłady te realizowały zamówienia na potrzeby ośrodka, województwa produkując przedmioty ortopedyczne (protezy czynnościowe kończyn) również w celach eksportowych. Zakłady produkowały przedmioty ortopedyczne, a więc protezy (nie tylko kosmetyczne, lecz również czynnościowe), obuwie, aparaty ortopedyczne, wózki inwalidzkie, gorsety, kule, uzupełniających także szereg przedmiotów uzupełniających.¹⁵ Zaopatrzenie ortopedyczne wydawane było w poradni zaopatrzenia ortopedycznego na podstawie odpowiednich wniosków, do których wystawiania upoważnieni byli lekarze specjaliści rehabilitacji, ortopedii, chirurgii, neurologii i reumatologii. W poradniach zaopatrzenia ortopedycznego zatrudniony był lekarz ortopeda lub specjalista rehabilitacji medycznej. Poradni takich w omawianym okresie utworzono w Polsce 34. Pewnym mankamentem w *polskim modelu rehabilitacji medycznej* była niewystarczająco rozwinięta sieć wytwórni sprzętu ortopedycznego (zwłaszcza w niektórych częściach kraju)¹⁶. Niektóre z nich obsługiwały bowiem teren kilku województw (np. poradnie w Krakowie, Lublinie, Rzeszowie, Białymstoku)¹⁷.

Przedmioty zaopatrzenia ortopedycznego były dostępne bezpłatnie z uwzględnieniem okresu używalności dla wszystkich pacjentów objętych powszechnym ubezpieczeniem, ich rodzin, tzn. rencistów, dzieci, uczącej się młodzieży, studentów, inwalidów, chorych na gruźlicę narządu ruchu, rzemieślników i rolników. Przedmioty zaopatrzenia ortopedycznego pacjent mógł otrzymać już podczas pobytu w ośrodku rehabilitacyjno-ortopedycznym, gdzie pod kontrolą lekarza i rehabilitantów uczył się posługiwania przedmiotem.

¹⁵ Zakres przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych obejmowała ustawa MZiOS z dnia 22 lipca i 2 lipca 1974r. (Dz.Urz.MZiOS z 1974r. nr 26 oraz Dz.U. z dnia 17.07.1974r.). Ustawa regulowała również okres używalności wymienionych przedmiotów ortopedycznych. W uzasadnionych przypadkach komisja techniczno-lekarska przyznawała przedmiot przed upływem okresu używalności.

¹⁶ A. Senger *Ortopedia, Traumatologia i Rehabilitacja* [w:] *Stan medycyny polskiej w opinii polskich towarzystw lekarskich*, PZWL, Warszawa 1971, s 140-146.

¹⁷ *Informator o Placówkach Rehabilitacyjnych w Polsce* red. Kazimierz Szawłowski, Poznań 1986, s. 471-473.



Wiktor Dega, rok 1967

W oparciu o niniejszą pracę można uznać, iż w *polskim modelu rehabilitacji medycznej* stworzonym przez Wiktora Dega i jego współpracowników istotną rolę odegrały ośrodki rehabilitacyjno-ortopedyczne – będące specjalistycznymi placówkami pozaakademickimi, zakładane w latach 50-tych XX wieku pod kierunkiem poznańskiego ortopedy. Biorąc pod uwagę zarówno merytoryczną działalność jak i pewien dorobek naukowy placówkom tym należne jest trwale uznane miejsce w historii polskiej medycyny.

Historia rehabilitacji medycznej w Polsce przypomniana w pierwszych rozdziałach pracy, dowodzi jak ważne jest przekazywanie myśli lekarskiej z pokolenia na pokolenie. W Polsce prekursorem idei nowoczesnej rehabilitacji kompleksowej był profesor Ireneusz Wierzejewski, który swoją koncepcję stworzył na podstawie doświadczeń na stażach zagranicznych m.in. w Zakładzie dla Dzieci Kalekich prof. Konrada Biesalskiego w Brandenburgii w Niemczech.¹⁸ Projekt Wierzejewskiego przejęli jego znakomici następcy Franciszek Raszeja i Wiktor Dega oraz jego uczniowie, którzy byli kontynuatorami idei w praktyce, tworząc w Polsce system organizacyjny rehabilitacji – jak wykazaliśmy - słusznie nazwany *polskim modelem rehabilitacji medycznej*. Ów model kształtował się zatem na podstawie przekazywanych doświadczeń kilku pokoleń ortopedów w kolejności: Wierzejewski – Dega – Wierusz i inni. W modelu tym wzorcowymi placówkami rehabilitacji kompleksowej narządu ruchu były opisane w pracy ośrodki rehabilitacyjno-ortopedyczne.

¹⁸ Krzysztof Przybył *Ireneusz Wierzejewski – jego praca w zakładzie ortopedycznym Konrada Biesalskiego w latach 1909-1911 i jej wpływ na poglądy zawodowe pierwszego w Polsce profesora ortopedii* „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 1999, t. 62, nr 4, s.605-614.



Wiktor Dega na tle portretu Ireneusza Wierzejewskiego, 17.X.1986

5. TRUDNOŚCI W REALIZACJI IDEI PROFESORA DEGI W OKRESIE TRANSFORMACJI OŚRODKÓW REHABILITACYJNO - ORTOPEDYCZNYCH

Transformacja ustrojowa państwa, a następnie reforma w ochronie zdrowia spowodowały zmiany w funkcjonowaniu systemu rehabilitacji w Polsce. Na istotne zmiany w systemie budowanym przez Degę złożyły się: likwidacja zakładów pracy chronionej, licznych przyzakładowych przychodni rehabilitacyjnych oraz działów rehabilitacji w przychodniach terenowych i małych szpitalach powiatowych.

Reforma w ochronie zdrowia wywarła również wpływ na sposób funkcjonowania ośrodków rehabilitacyjno-ortopedycznych. Wojewódzkie Zespoły Rehabilitacyjne w Poświętnem i Świebodzinie oraz Ośrodek Rehabilitacyjny dla Dzieci w Kiekrzu zostały przekształcone w latach 1998-99 w Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej. (SPZOZ-y). Jako samodzielne podmioty placówki te rozpoczęły funkcjonowanie w systemie Kas Chorych. System rozliczania odbywa się na podstawie wykonania zakontraktowanych, a następnie sprawozdanych płatnikowi określonych procedur. Czas pobytu w stacjonarnym oddziale rehabilitacji był określony i limitowany. Środki finansowe przewidziane przez publicznego płatnika na hospitalizację w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej lokalizowały się na poziomie kosztów tejże hospitalizacji. Nieco korzystniej była wyceniona rehabilitacja neurologiczna, która wymagała spełnienia szeregu warunków, m.in. takich jak zatrudnienie psychologa i logopedy. Funkcjonowanie ośrodków i ich modernizacja stały się możliwe dzięki dodatkowym środkom finansowym od instytucji takich jak powstały w roku 1991 Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) oraz darczyńców i sponsorów.

Niestety z struktury wojewódzkich zespołów rehabilitacyjnych zostały wyłączone zakłady sprzętu ortopedycznego. W Poświętnem w roku 1991 wyłączono z lecznictwa ambulatoryjnego Poradnię Rehabilitacji Społeczno-Zawodowej, Poradnię Zaopatrzenia Ortopedycznego oraz Poradnię Mózgowych Porażań Dziecięcych. Atrofii uległ Ośrodek „Mielnica” – miejsce corocznych turnusów rehabilitacyjnych w byłym województwie konińskim oraz fundacja „Mielnica” Piotra Janaszka.

Ośrodek z Świebodzinie uległ najbardziej radykalnej restrukturyzacji. Placówka przez 50 lat przeznaczona *stricte* dla dzieci została przekształcona w szpital dla dorosłych i dzieci.¹ W związku z powyższym zlikwidowana została jako komórka organizacyjna Szkoła i Liceum Ogólnokształcące im Marii Grzegorzewskiej a na jej miejsce utworzono Ośrodek Szkolno-Wychowawczy przy LORO, który przejął funkcje dotychczasowej szkoły w formie szczątkowej. Zlikwidowana została Poradnia Zaopatrzenia Ortopedycznego. Wojewódzkie Warsztaty Ortopedyczne zostały odsprzedane. Zgodnie z rozporządzeniem publicznego płatnika pacjent mógł otrzymać zaopatrzenie ortopedyczne dopiero przy wypisie ze szpitala – co pozostaje w oczywistej sprzeczności z założeniami polskiego modelu rehabilitacji. Zmniejszono liczbę operowanych skolioz, zwiększono natomiast liczbę alloplastyk stawów oraz endoskopii stawu kolanowego.

Rozwój kompleksowej rehabilitacji medycznej w PRL na miarę niespotykaną i budzącą podziw w innych krajach w dużej mierze uwarunkowany był korzystną polityką socjalną państwa w tym zakresie. W polskim modelu rehabilitacji medycznej każdy pacjent z dysfunkcją narządu ruchu miałą zapewnioną wcześniej zapoczątkowaną wielospecjalistyczną opiekę medyczną w której zakres wchodziły: odpowiednia pełna diagnostyka obrazowa, diagnostyka i leczenie internistyczne (lub pediatryczne), ortopedyczne i stomatologiczne, zabieg operacyjny, kinezy- i fizykoterapię pooperacyjną, niezbędne zaopatrzenie ortopedyczne, pomoc psychologiczną, pełną edukację szkolną w trakcie leczenia, naukę zawodu, a po opuszczeniu ośrodka rehabilitacyjnego dalszą ciągłą opiekę medyczną w trybie ambulatoryjnym. W efekcie pracy *teamu* rehabilitacyjnego setki pacjentów z pierwotnie bardzo poważną dysfunkcją narządu ruchu odnajdywało w życiu swoje miejsce, zakładało rodziny, nierzadko pełniło odpowiedzialne funkcje i zajmowało ważne stanowiska. Te doniosłe osiągnięcia uwarunkowane były odpowiednio długimi pobytami w szpitalach rehabilitacyjno-ortopedycznych, utrzymaniem wielospecjalistycznego zespołu lekarzy, rehabilitantów, techników ortopedycznych. W warunkach ekonomicznych powstałych po reformie w służbie zdrowia ośrodki rehabilitacyjne przekształcone w SPZOZ-y nie dysponowały wystarczającymi środkami finansowymi do funkcjonowania na tak wysokim poziomie jak miało to miejsce w modelu Degi. Fakt ten w sposób zasadniczy przyczynił się do atrofii systemu.

¹ W 1998 roku placówkę przemianowano z LORODiM (Lubuski Ośrodek Rehabilitacyjno-Ortopedyczny dla Dzieci i Młodzieży) w LORO.



Lech Wierusz i Jan Sobociński. Rozpoczęcie roku szkolnego 1974, Świebodzin

6. BIOGRAMY WYBRANYCH ZASŁUŻONYCH PRACOWNIKÓW OŚRODKÓW REHABILITACYJNO-ORTOPEDYCZNYCH

I WYBRANI PRACOWNICY OŚRODKA REHABILITACYJNO-ORTOPEDYCZNEGO W ŚWIEBODZINIE.

1. Dr med. Lech Wierusz (1917-1988)

Urodzony w Wielkopolsce, w miejscowości Dolsko koło Śremu. Pochodził z wielopokoleniowej rodziny lekarskiej. Spowinowacony był z rodziną prof. Ireneusza Wierzejewskiego (prof. Wierzejewski był teściem Wierusza). W roku 1919 przeniósł się do Poznania. Po maturze w wieku lat 17 został przyjęty na Wydział Lekarski Uniwersytetu Poznańskiego. Na kilka miesięcy przed ukończeniem studiów wybuchła II wojna światowa.

W latach 1939-1945 Wierusz pracował w Klinice Ortopedycznej pod kierunkiem dr. Alfonsa Maciejewskiego, a następnie w Szpitalu Miejskim. Tuż po wojnie ukończył studia. Dyplom lekarza uzyskał 30 maja 1945 po czym podjął pracę w Klinice Ortopedycznej w Poznaniu pod kierownictwem prof. Degi. Okazał się być uzdolnionym operatorem. Szczególnie interesował się aparatami ortopedycznymi i leczeniem gorsetowym. W maju 1949 roku był jednym z lekarzy wizytujących ośrodki w Świebodzinie wraz z Degą (oprócz Wierusza w wspomnianej grupie byli prof. Bartkowiak i prof. Barcikowski). Doktorat uzyskał w 1949 (tematem pracy było *Leczenie rzekomych stawów kości długich za pomocą śródspikowego zespalania*). Należał do tzw. *Wielkiej Szóstki* - pierwszych, bezpośrednich uczniów prof. Degi i współtwórców poznańskiej szkoły ortopedycznej. Po latach w swoich wypowiedziach Wierusz odwoływał się do korzeni tzw. *polskiego modelu rehabilitacji* – zakotwiczonego w okresie międzywojennym, a nawet sięgających do postaci wybitnego niemieckiego klinicysty prof. Biesalskiego z Berlina, następnie jego ucznia prof. Ireneusza Wierzejewskiego - jego koncepcji kompleksowej opieki nad dzieckiem kalekim, a także do Degi, który przed rokiem 1939 organizował programy profilaktyczne dla dzieci i zabiegał u ówczesnych władz, aby kalekie dziecko mogło być leczone z funduszu ubezpieczeń społecznych.



Korea foto. Lecha Wierusza, rok 1956

Po wspomnianej wizycie w Świebodzinie Dega proponował Wieruszowi tymczasowe zastępstwo lek. med. Mirosława Leśkiewicza, - prężnego i skutecznego dyrektora miejscowego sanatorium, który ze względu na konflikt z władzami politycznymi oraz pogorszenie stanu zdrowia musiał opuścić placówkę. Dnia 1 stycznia 1952 Wierusz został mianowany dyrektorem ośrodka. Jako członek PZPR miał niewątpliwie w administrowaniu sanatorium i pozyskiwaniu środków finansowych ułatwione działanie. Wysoko cenił swojego energicznego poprzednika kontynuując jego koncepcję rozwoju ośrodka dziecięcej rehabilitacji kompleksowej ze szkołą, warsztatami ortopedycznymi i organizowaniem obozów sportowych dla pacjentów. Wierusz nie laicyzował ośrodka – mógł bowiem sobie pozwolić na to mając wpływy we władzach, które darzyły go zaufaniem. Nie tylko utrzymał w zakładzie kaplicę, lecz również nie zwolnił sióstr zakonnych. W ten sposób zjednał sobie przywiązana do Leśkiewicza załogę placówki. W różnych wypowiedziach Wierusz często odwoływał się i podkreślał zasługi pierwszego dyrektora ośrodka.

Wierusz podobnie jak Leśkiewicz zdobywał dla zakładu niezbędne środki materialne z wszelkich niekiedy trudno dostępnych źródeł. Nowocześnie wyposażył szkołę, wprowadził jednolite stroje uczniowskie, uruchomił blok operacyjny, laboratorium o szerokim zakresie diagnostycznym, pracownię RTG, dział usprawniania leczniczego, zreorganizował i poszerzał działalność warsztatów - wprowadzając ścisłą współpracę lekarza ortopedy z technikiem zaopatrzenia ortopedycznego. W szkole ośrodka zatrudnił zdolnych dydaktyków, dzięki którym uzyskał bardzo wysoki poziom nauczania. Wprowadził również dla pacjentów zajęcia praktycznej nauki zawodu. Uruchomił sekcję foto-fimową dokumentującą pacjentów oraz ważne wydarzenia z życia placówki. W 1955 otworzył przy ośrodku Poradnię Rehabilitacyjno-Ortopedyczną. Wraz z mgr. Piszczyńskim organizował letnie i zimowe obozy sportowe dla pacjentów.

Od 1953 podjął dodatkowo pracę jako ortopeda w miejscowym Szpitalu Powiatowym. Od 1954 – pełnił odpowiedzialną rolę konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie ortopedii. W 1953 uzyskał tytuł specjalisty II stopnia w zakresie ortopedii, w 1959 specjalisty II stopnia w rehabilitacji medycznej. Wkrótce po zakończeniu Wojny Koreańskiej w latach 1955-1956 przebywał w Koreańskiej Republice Ludowo-Demokratycznej gdzie pracował jako ortopeda i zastępca dyrektora IV Ekipy Polskich Lekarzy Specjalistów w szpitalu klinicznym w Ham-Hyn. Kontakt z lekarzami z Korei utrzymał do końca życia. Pracując tam zdobył wiele doświadczeń praktycznych i cennych obserwacji socjologicznych. Nawet po wielu latach otrzymywał listy z podziękowaniami od swoich koreańskich wdzięcznych pacjentów.

W latach 1962-1982 dodatkowo był specjalistą wojewódzkim w dziedzinie rehabilitacji na zielonogórskie i szczecińskie. Szczególnie dbał o ustawiczne szkolenie *teamu* rehabilitacyjnego. Lekarze, magistrowie rehabilitacji i psycholodzy spotykali się systematycznie co tydzień omawiając konkretne przypadki oraz piśmiennictwo dotyczące danego schorzenia, a następnie prowadzili dyskusję pod kierunkiem samego Wierusza. Podczas tych kliniczno-dyskusyjnych zebrań wyciągano cenne wnioski oraz ustalano temat do opracowań mających być ogłaszane w lekarskiej prasie specjalistycznej.

Wierusz - wierny tradycji szkoły poznańskiej – odbywał liczne zagraniczne staże w przodujących ośrodkach europejskich m.in. w Londynie (1959) na stypendium British Council, w instytucie Calota (1967) w Berck Plage we Francji, na stypendium WHO w Lyonie, Lozannie i Zurychu (1971). W marcu 1970 został członkiem Międzynarodowego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego (SICOT).

W początkach roku 1963 Wierusz zakończył przekształcanie ośrodka w centrum chirurgii kręgosłupa. Pierwsze operacje na tym narządzie wykonywał metodą Hibbsa, następnie Cotrela. W 1970 wprowadził w Świebodzinie metodę Harringtona – będącą nowością w skali światowej. Metoda ta stała się złotym standardem leczenia bocznych skrzywień kręgosłupa przez następnych 20 lat. Świebodzin dzięki Wieruszowi wyrósł na ośrodek o randze nie tylko polskiej, lecz również europejskiej. Jedna z jego pacjentek operowana z powodu skoliozy, wyemigrowała do RFN. Tam trafiła do dra Klausa Zielke – czołowego skoliozologa RFN. Zielke bardzo szybko odwiedził Świebodzin - stwierdzając, iż ośrodek Wierusza był daleko bardziej zaawansowany pod względem instrumentarium, techniki operacyjnej i wyposażenia niż kliniki zachodniemieckie. Zielke nagłośnił swoje „odkrycie” przez publikacje, co pomogło mu... w uzyskaniu funduszy na rozwój chirurgii kręgosłupa w RFN.

Na początku lat 70-tych Wierusz rozpoczął współpracę z doc. inż. Kazimierzem Bącalem z Wyższej Szkoły Inżynierskiej (WSI) w Zielonej Górze. Zespół WSI dokonał analizy materiałowej oryginalnych prętów Harringtona pozyskanych w darach. Wysoka cena amerykańskich dystraktorów uniemożliwiała ich zakup w Polsce. Stosując podobną jak w USA metodę powierzchniowego utwardzania z dodatkiem tytanu do stopu, Wierusz uzyskał dystraktor o wytrzymałości zbliżonej do oryginału, – co następnie potwierdził prof. P.R. Harrington (wybitny amerykański chirurg kręgosłupa i inżynier w jednej osobie). Wierusz z Bącalem dodatkowo udoskonalili sposób mocowania haków na pręcie dystrakcyjnym. Opracowany nowatorski system został opatentowany pod nazwą B-W wraz z instrumentarium do jego zakładania. System B-W (Bącala i Wierusza) stał się standardem leczenia skolioz w

Świebodzinie, a następnie był produkowany dla pozostałych ośrodków operujących skoliozy w Polsce (Poznań, Zakopane, Lublin) a także za granicą (np. w Czechosłowacji). Poza systemem B-W Wierusz wprowadził do ortopedii inne liczne patenty, m.in. zmodyfikował tzw. ramę Cotrela do zakładania gorsetów gipsowych, skonstruował stół do autowyciągu (tzw. stół świebodziński).

Wierusz był aktywnym działaczem Towarzystwa Walki z Kalectwem. Nie tylko wspierał, lecz również współtworzył w ośrodku trudną do przecenienia pedagogikę specjalną.

Obok funkcji administracyjnych i klinicznych - jako chirurg z zapałem w pełni realizował w ośrodku idee *polskiego modelu rehabilitacji*. Obok narządu ruchu leczył okaleczającą dziecięcą psychikę, przebywał z pacjentami, dokładnie tłumaczył im szczegóły techniczne operacji i wspólnie z pacjentami - dziećmi ustalał plan ich leczenia. Odwiedzał pacjentów po operacjach w godzinach nocnych oraz często prowadził z nimi długie rozmowy. Potrafił w sposób dosadny i bezpośredni tłumaczyć dzieciom jak istotna dla ich przyszłego życia poza ośrodkiem jest solidna ich edukacja. Zawsze doradzał pacjentom w zakresie wyboru ich przyszłego zawodu. Uczestniczył w uroczystościach szkolnych - wręczał świadectwa najlepszym uczniom. Dzięki usilnym zabiegom w kuratorium uzyskał zgodę na stworzenie w ośrodku Liceum Ogólnokształcącego kończącego się egzaminem maturalnym. Gorąco dopingując towarzyszył dzieciom podczas zawodów sportowych organizowanych w ośrodku.

W latach 70-tych Świebodzin przeżywał swój największy rozkwit. Był najważniejszym w Polsce ośrodkiem leczenia skolioz. Wierusz i jego ośrodek stał się tematem licznych artykułów, a także reportaży prasowych i filmowych, audycji oraz wywiadów radiowych.

Otrzymał szereg odznaczeń i nagród. Wraz z lekarzami ośrodka był autorem licznych prac naukowych z dziedziny ortopedii i rehabilitacji. Ośrodek naukowo – szkoleniowy w Świebodzinie był wizytowany przez specjalistów z kraju i zagranicy. Prof. Dega ceniąc jego wysoki poziom przy każdej nadążającej się okazji kierował do Świebodzina specjalistów zagranicznych. Nestor polskiej ortopedii wyrażał się bardzo pochlebnie o Wieruszu, a przy okazji jego przejścia na emeryturę w 1982 roku, w szczególny sposób podkreślał jego nieprzeciętne umiejętności fachowe oraz jego zaangażowanie i ofiarność dla rozwoju placówki.

W początkach przemian polityczno-ustrojowych w Polsce, z chwilą rejestracji NSZZ „Solidarność” jako ogólnokrajowego związku zawodowego Lech Wierusz wystąpił z szeregow PZPR. W mediach szybko zniknęły dotychczas liczne wzmianki o ośrodku.

Wierusz jako chirurg i dyrektor posiadał szereg zainteresowań pozamedycznych w zakresie turystyki, sztuki i kultury. W roku 1962 został współinicjatorem i prezesem Amatorskiego Klubu Filmowego. (z mgr Piszczyńskim i Pawłem Wójcikiem) utworzonym przy Lubuskim Ośrodku Rehabilitacyjno-Ortopedycznym. Klub dokumentował ważne fakty i wydarzenia z życia miasta i okolic w latach 1962-1982 dzięki czemu Świebodzin posiada unikatowe kroniki filmowe z tamtych lat. W latach 1968-1984 był prezesem Towarzystwa Przyjaciół Ziemi Świebodzińskiej. W 1970 w ośrodku powstało Szkole Koło Krajoznawczo Turystyczne im L. Teligi pod kierownictwem mgr Sobocińskiego. Wierusz aktywnie wspierał koło m.in. zakupując dla placówki...autobus. SKKT w 1974r. przekształciło się w stowarzyszenie „OPTY” (od nazwy jachtu kapitana Teligi) funkcjonujące nadal. Wierusz był współtwórcą klubu służby zdrowia „Medyk” – komórki kulturalnej z siedzibą w zamku - na terenie ośrodka. W latach 1964-1983 (do remontu zamku) „Medyk” był bardzo popularnym przybytkiem kulturalnym Świebodzina, odwiedzanym nie tylko przez pracowników służby zdrowia.

Wierusz ze względu na ogrom swoich zainteresowań nie tylko zawodowych zasługuje zapewne na określenie „człowieka renesansu”. Z zamiłowania meloman, sam grał na pianinie; miłośnik malarstwa; zapalony żeglarz; wytrawny filmowiec amator. Do tego należy dodać jego oddanie sprawom najbliższej rodziny. Posiadał pięcioro dzieci: cztery córki zostały lekarzami (w tym dwie profesorami medycyny), natomiast syn, inżynier architekt, wyemigrował z Polski.

Na emeryturę przeszedł w 1982 roku. Nadal (do października 1985) przyjmował pacjentów w przychodni ośrodka. Następnie do 28 lutego 1987 pracował w Świebodzińskiej Spółdzielni Inwalidów „Postęp”. Niestety ze względu na dramatycznie pogarszający się wzrok był zmuszony przerwać pracę. W ostatnich dniach życia doszło do wzruszającego spotkania odwiedzili go dawni współpracownicy i serdeczni przyjaciele z Korei: prof. Li-Nku - dyrektor Instytutu Ortopedii i Traumatologii w Phenianie i dr Kim-Bjong z Kliniki w Ham-Hyn.

W listopadzie 1988r. Zarząd Wojewódzki Towarzystwa Walki z Kalectwem ustanowił nagrodę im. Dr. Lecha Wierusza „za wybitne osiągnięcia w dziedzinie rehabilitacji i pomocy ludziom poszkodowanym”. Pierwszymi laureatami tej cenionej dziś nagrody zostali prof. Wiktor Dega, mgr Zenon Piszczyński oraz lek.med. Jan Dolecki (ortopeda z Zielonej Góry)

W styczniu 1995 roku z inicjatywy dyrektora dr. med. Marka Golika i załogi ośrodka wojewoda zielonogórski zatwierdził zmianę nazwy ośrodka z Wojewódzkiego Zespołu

Rehabilitacyjnego, na Lubuski Ośrodek Rehabilitacyjno-Ortopedyczny dla Dzieci i Młodzieży w Świebodzinie imienia doktora Lecha Wierusza.

Odnaczenia i wyróżnienia nadane dr. Lechowi Wieruszowi:

1. Za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia (1952);
2. Złoty Krzyż Zasługi (1954);
3. Sztandar Pracy III Klasy Koreańskiej Republiki Ludowej (1958);
4. Za Zasługi w Rozwoju Województwa Zielonogórskiego (1962);
5. Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski (1967);
6. Krzyż Oficerski Orderu Odrodzenia Polski (1969);
7. Zasłużony Działacz Kultury (1970);
8. Złotą Odznakę im. Janka Krasickiego (1972);
9. Medal XX-lecia PRL (1965);
10. Medal XXX-lecia PRL (1974);
11. Lubuszanin XXV-lecia (1970);
12. Lubuszanin XXX-lecia (1979);
13. Order Budowniczych Polski Ludowej (1972);
14. Medal Komisji Edukacji Narodowej (1974);
15. Zasłużony Działacz FJN (1975);
16. Dyplom Członka Honorowego Czechosłowackiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego (1979);
17. Medal 40-lecia PRL (1984);
18. Świebodzinianin 40-lecia (1985).

Nagrody przyznane dr. Lechowi Wieruszowi:

1. Lubuska Nagroda Techniczna - zespołowa (1967)

zespół:

Edwin Gmys – mechanik ortop.

Zenon Kulus – technik ortop.

Mgr. Zdzisław Mysiak – asyst. gimn. leczn.

Mgr. Eugeniusz Pietrzak – asyst. gimn. leczn.

Stanisław Straszewski – technik ortop.

Dr. med. Lech Wierusz – ortopeda

Mgr. Piotr Włodyka – asyst. gimn. leczn.

Bolesław Wójcik – mechanik ortop.

2. Lubuska Nagroda Kulturalna (1971);
3. Nagroda Trybuny Ludu za inicjatywy społeczne (1976);
4. Nagroda Techniczna NOT (1977);
5. Lubuska Nagroda Naukowa (1980);
6. Nagroda Rady Naukowej przy MZiOS (1977);
7. Nagroda MZiOS (1980);
8. Nagroda czasopisma „Nadodrze” (1981);

Wykaz publikacji dra Lecha Wierusza:

1. Doktorat *Leczenie stawów rzekomych kości długich za pomocą śródszpikowego zespolenia*, PZWL, W-wa 1950.
2. *Zastosowanie metalu w zabiegach na porażennej stopie u dzieci*, „Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska”, 1954, t. XIV, z. nr 4, s.355-358.
3. *W sprawie operacyjnego leczenia porażennych stóp końsko-szpotawych u dzieci*, „Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska”, 1959, t. XXIV, nr 4.
4. *Korekcyjna osteotomia podkłykciowa piszczeli*, „Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska”, 1960, XXV, z. nr 4.
5. *Operacyjna stabilizacja stępu wiotkiej stopy porażennej u małych dzieci*, „Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska”, 1960, XXV, z. nr 5.
6. *Wiek dziecięcy w zagadnieniu amputacji i protezowania*, „Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska”, 1962, XXVII, z. nr 1.
7. [razem z Zenonem Kulusem], *Rama do korekcji bocznych skrzywień kręgosłupa*, „Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska”, 1966, XXXI, z. nr 2.

8. *Podstawy leczenia wrodzonych ubytków ręki u dzieci w aspekcie psychologiczno-socjalnym*, „Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska”, 1967, XXXII, z. nr 2.
9. *Wczesne wyniki operacyjnego leczenia skolioz metodą Cotrela*, „Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska”, 1967, XXXII z. nr 6.
10. *Progredienz der Skoliose und die Möglichkeit der konservativen Behandlung*, IV Congressus Orthopaedicus Cechoslovakius, Praga 1968.
11. *Erfahrungen bei der Behandlung der Scoliose in der Periode der Progredienz* Greifswald: Mathematisch-Naturwissenschaftliche Reihe, 1971 Heft 45.
12. [wspólnie z Romanem Spillerem, Krzysztofem Szulcem] *Leczenie samoistnych bocznych skrzywień kręgosłupa metodą usztywniania operacyjnego*, [w:] *Pamiętnik XVII Zjazdu Naukowego Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego* 21-23 maja 1970.
13. *Zagadnienia protezowania dzieci z wrodzonymi ubytkami kończyn dolnych i po amputacjach*, Sesja Naukowa PAN, Warszawa 1970.
14. [wspólnie z Piotrem Włodyką] *Trening wydolności krążeniowo-oddechowej u chorych z bocznym skrzywieniem kręgosłupa i deficytem oddechowym*, „Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska”, 1974, XXXIX, z. nr 4.
15. [wspólnie z Jerzym Garstką] *Zespół złośliwej hipertermii*, „Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska”, 1974, XXXIX, z. nr 4.
16. *Wyniki operacyjnego leczenia skolioz metodą Harringtona*, „Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska”, 1974, XXXIX z. nr 4.
17. [wspólnie z Kazimierzem Bącalem] *Badania distraktorów typu Harringtona po ich usunięciu z obszaru spondylodezy*, „Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska”, 1976, XLI, z. nr 1.

18. *Technika usuwania dystraktorów typu Harringtona* „Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska”, 1976, XLI, z. nr 1.
19. [wspólnie z Genowefą Abłazej, Antonim Kotwickim] *Leczenie zachowawczo-operacyjne i zachowawcze stóp końsko-szpotaowych*, Materiały XXI Zjazdu Naukowego Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego, 16-17 maja Gdańsk 1976.
20. [wspólnie z Antonim Kotwickim] *Autowyciąg w przygotowaniu przedoperacyjnym skolioz*, Materiały XXI Zjazdu Naukowego Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego, 16-17 maja Gdańsk 1976.
21. [wspólnie z Zenonem Piszczyńskim, Piotrem Włodyką] *Wychowanie fizyczne i sport w rehabilitacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej fizycznie , Przydatność elementów sportu i wychowania fizycznego w procesie leczenia rehabilitacyjnego dzieci i młodzieży z bocznym skrzywieniem kręgosłupa*, Materiały z I Kongresu Naukowego Kultury Fizycznej i Sportu, Poznań 21-24 listopada 1979.
22. [wspólnie z Romanem Spillerem] *Granice możliwości leczenia zachowawczego skolioz, wskazania do leczenia operacyjnego i jego odległe wyniki, Zastosowanie gorsetu Milwaukee w zapobieganiu progresji skoliozy u dzieci* 1980.
23. *Zniekształcenia i dysfunkcje pochodzenia rdzeniowego* [w:] *Ortopedia i Rehabilitacja*, red. W. Dega, PZWL Warszawa 1980 s.711-733.
24. *Skolioza strukturalna odcinka lędźwiowego jako czynnik zewnętrzny wywołujący bóle krzyża u dorosłych* [mps]
25. *Problematyka psychologiczno-społeczna amputowanego dziecka* [mps]
26. [wspólnie z Krzysztofem Szulcem] *Spondylodeza jako zakończenie leczenia gorsetem Milwaukee*. [mps]

27. [wspólnie z Kazimierzem Bącalem, Krzysztofem Szulcem] *Rozpórka do chirurgicznego leczenia kifoskoliozy*, „Zeszyty Naukowe”, Wyższa Szkoła Inżynierska, Zielona Góra 1984, nr 75.

28. *Ocena wyników operacyjnego leczenia chorych z bocznym skrzywieniem kręgosłupa z użyciem instrumentarium B-W*, „Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska”, 1987, LII, z. nr 1.

Wygłoszone referaty:

1. [wspólnie z Zenonem Piszczym, Bolesławem Biniasiem, Marią Pieczyńską] *Zasady usprawniania leczniczego dzieci po chorobie Heinego-Medina w Państwowym Zakładzie Leczniczo-Wychowawczym dla Dzieci Kalekich w Świebodzinie*, Jastrzębie Zdrój 1953.

2. [wspólnie z Zenonem Piszczym] *Celowość aparowania kończyn dolnych*, Jastrzębie Zdrój 1953.

3. *Znieczulenie śródokostne*, PTOiT Oddział Poznań, 1956.

4 [wspólne z Bolesławem Biniasiem] *Wybrane problemy przeszczepień mięśniowych u dzieci*, [mps] 1960.

5. *Wiek dziecięcy w zagadnieniu amputacji i protezowaniu*, XIV Zjazd Naukowy PTOiT, 1961.

6. *Niektóre wybrane zagadnienia z etiopatologii i leczenia zachowawczego porażonych bocznych skrzywień kręgosłupa*, PTOiT, 1962.

7. *Podstawy leczenia wrodzonych ubytków rąk u dzieci w aspekcie psychologiczno-socjalnym*, XVI Zjazd Naukowy PTOiT, 1966.

8. *Skolioza, jej prognoza i leczenie w świetle osiągnięć ostatnich lat, Leczenie operacyjne skolioz techniką pośredniej korekcji BW*, Konferencja naukowa z okazji 30-lecia ośrodka świebodzińskiego, Łągów Lubuski 26-27 maj 1979.



Antoni Kotwicki i Janina Murkowska (pracownica Referatu Przyjęć)

2. Dr med. Antoni Kotwicki (1929 – 1983)

Urodzony na kresach wschodnich, w Słonimiu, do Świebodzina przybył wraz z rodzicami w roku 1945. Tu ukończył Liceum Ogólnokształcące w 1949. Podjął studia na Akademii Wychowania Fizycznego w Poznaniu, a po roku za zgodą Ministra Oświaty podjął równoległe studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Poznaniu. Po ukończeniu wspomnianych fakultetów wystąpił do władz o skierowanie do ośrodka rehabilitacyjno – ortopedycznego w Świebodzinie. Pracę w ośrodku podjął wraz z żoną Wandą – również lekarzem. Zdobył specjalizację w chirurgii ortopedycznej a następnie w rehabilitacji medycznej (w roku 1968). Jako ortopeda, w poszukiwaniu sposobów leczenia skutków choroby Heinego-Medina wypracowywał metody operacyjnego wydłużania kończyn za pomocą aparatu Abott - Andersona. Doktorat uzyskał w roku 1969. Tematem pracy była *Przebudowa kostna po operacyjnym wydłużeniu goleni i ocena kliniczna*. Promotorem doktoratu był prof. Wiktor Dega. Antoni Kotwicki napisał szereg publikacji, które ukazały się w „Chirurgii Narządu Ruchu i Ortopedii Polskiej”. Prowadził wykłady i szkolenia dla specjalizujących się lekarzy oraz nauczycieli wychowania fizycznego. Pełnił funkcję sekretarza w świebodzińskim oddziale Polskiego Towarzystwa Ortopedii i Traumatologii. Wygłosił wiele wykładów na zjazdach naukowych. Współpracował z Towarzystwem Walki z Kalectwem i ZSMP w zakresie organizacji kolonii letnich dla niepełnosprawnych dzieci. Odbył wiele podróży zagranicznych do ośrodków ortopedycznych w RFN, NRD, Włoszech i Francji. Po przejściu Lecha Wierusza na emeryturę w roku 1982 objął stanowisko dyrektora ośrodka w Świebodzinie. W swojej karierze jako chirurg-ortopeda wykonał około 3 tysięcy operacji. Należał do wyjątkowo życzliwych nauczycieli dla specjalizujących się w ortopedii. U szczytu zawodowej kariery jako ortopeda i dyrektor ośrodka mając 54 lata zginął 3 października 1983 roku w tragicznym wypadku samochodowym w miejscowości Golina. Po jego śmierci dyrektorem ośrodka została żona Wanda. Dr Antoni Kotwicki pozostał w pamięci jako wybitny chirurg, dydaktyk i działacz w zakresie walki z kalectwem. Pozostawił córkę Ewę – specjalistę laryngologa oraz dwóch synów: Andrzeja – specjalistę ortopedę oraz Tomasza, specjalistę ortopedę, wybitnego operatora skolioz, dr.hab.n.med., pracownika naukowego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.



Genowefa Abłażej

3. Lek.med. Genowefa Abłażej (1918-1988)

Urodzona w Aszchabadzie w Turkiestanie, gdzie jej ojciec został zmobilizowany i wcielony do stacjonujących wojsk carskich. W roku 1920 wróciła z rodziną do odrodzonej Polski. Lata młodości spędziła na Wileńszczyźnie (rodzice prowadzili gospodarstwo rolne) Studia medyczne podjęła w roku 1937 w Wilnie. W 1939 wybuch wojny przerwał jej edukację. Ojciec został wówczas wywieziony do obozu pracy w ZSRR, gdzie zaginął. Reszta rodziny została przesiedlona do kołchozu w Kazachstanie. Na zsyłce żyła w skrajnej nędzy. Genowefa była w tym czasie jedynym żywicielem rodziny (chorej matki i młodszego rodzeństwa) pracując jako traktorzystka-kombajnistka. W roku 1944 otrzymała pracę higienistki w polskim domu dziecka. Do kraju wróciła w maju 1946. Kontynuowała przerwane studia medyczne w Uniwersytecie Poznańskim. Dyplom lekarza zdobyła w roku 1949. Po studiach otrzymała nakaz pracy w szpitalu w Szamotułach uzyskując tam specjalizację z ginekologii, a następnie została ordynatorem oddziału ginekologiczno-położniczego. Równoległe z pracą studiowała na Wydziale Filozoficzno-Historycznym Uniwersytetu Poznańskiego uzyskując tytuł magistra filozofii. Zdobyła również drugą specjalizację – w chirurgii. W swojej pracy kierowała się etyką chrześcijańską m.in. odwołując się do obowiązującej ustawy, zobowiązującej lekarza do usunięcia ciąży *na żądanie*. Została wówczas zwolniona z pracy. Nie mając możliwości pracy w kraju podpisała kontrakt na pracę misyjną w Ugandzie. Pracowała tam jako położnik oraz lekarz ogólny, jednocześnie nauczając miejscową ludność elementarnych zasad medycyny i epidemiologii. Była jedynym lekarzem w promieniu 400 kilometrów. Po 5 latach kontraktu wróciła do kraju gdzie okazało się, że została usunięta... z rejestru obywateli PRL. Dowiedziała się o cieszącym się renomą w kraju i za granicą, ośrodku rehabilitacyjno-ortopedycznym dla dzieci w Świebodzinie. Została przyjęta do pracy przez Lecha Wierusza. Uzupełniła wykształcenie w Klinice Ortopedii pod kierunkiem prof. Degi zdobywając specjalizację w chirurgii ortopedycznej. Otrzymała wówczas ordynaturę Oddziału Ortopedii III – zajmującego się leczeniem operacyjnym najmłodszych dzieci, głównie z wrodzoną dysplazją stawu biodrowego. Była biegłym operatorem w zakresie zwichnięć biodra, osiągała również znakomite rezultaty w innych zabiegach z zakresu

ortopedii dziecięcej szczególnie w leczeniu wrodzonych deformacji stóp. Pracowała dodatkowo w poradni preluksacyjnej. Obok ortopedii zajmowała się w ośrodku woluntarnie oświatą zdrowotną dzieci. Prowadziła wykłady, podejmujące temat higieny okresu dojrzewania i seksuologii. Dodatkowo kierowała od 1972 (przez kolejnych 16 lat) Katolicką Poradnią Rodzinną, dziś noszącą jej imię, gdzie przekazywała parom małżeńskim zasady etyki podkreślając konieczność obrony życia poczętego. W uznaniu zasług została przez Ojca Świętego, Jana Pawła II odznaczona krzyżem „*Pro Pontifice et Ecclesia*” wręczonym jej na 2 miesiące przed śmiercią, 14 kwietnia 1988 w Świebodzinie przez Biskupa Ordynariusza Józefa Michalika. Genowefa Abłażej została w pamięci pacjentów jako człowiek wielkiej wiary, niezłomnej etyki, znakomity chirurg, wrażliwy lekarz i przyjaciel. Uważana jest za jedną z najbardziej zasłużonych obywaterek Świebodzina.

4. Mgr Zenon Piszczczyński (1922-1997)

Urodzony w Poznaniu. Maturę zdał w Liceum im. św. Marii Magdaleny. W roku 1950 ukończył Wyższą Szkołę Wychowania Fizycznego w Poznaniu. W roku 1951 został zatrudniony przez dr. Leśkiewicza w ośrodku rehabilitacyjnym w Świebodzinie na stanowisku kierownika działu usprawniania leczniczego. Wnet okazał się wybitnym rehabilitantem oraz skrupulatnym dokumentalistą ośrodka. Pracę z pacjentami ośrodka traktował jako pasję i powołanie. W ośrodku świebodzińskim był pionierem rehabilitacji tworząc własne oryginalne metody usprawniania narządu ruchu. Kinezyterapię stosował w formie gier i zabaw, doprowadzając dzieci po amputacjach kończyn do perfekcyjnej sprawności w posługiwaniu się protezami. Dzięki pracy mgra Piszczczyńskiego sprawność, dzieci umożliwiała im uprawianie wszelkich sportów. Perfekcja ta wzbudzała zachwyty samego Degi wizytującego ośrodek. Oprócz pracy w szpitalu rozpoczął organizowanie obozów letnich dla małych pacjentów. Wraz z mgr. Sobocińskim współtworzył w ośrodku Szkolne Koło Turystyczne im. L. Teligi. Z zamiłowania filmowiec, stał się głównym dokumentalistą ośrodka. O jego fachowości w tym zakresie świadczy film zrealizowany wspólnie z Ewą Zeyland pt. *Leczenie rehabilitacyjne przypadku z wrodzonym brakiem kończyn górnych*, o rehabilitacji dziecka kalekiego, który został nagrodzony dyplomem honorowym na festiwalu filmów amatorskich w Cannes, w roku 1959. Film był m.in. prezentowany przez Degę w USA. Mgr. Piszczczyński zrealizował szereg (70) filmów o leczeniu rehabilitacyjnym, turystyczno-krajoznawczych, a także naukowo-dydaktycznych. Był współtwórcą i prezesem działającego w latach 1962-1982 amatorskiego klubu filmowego



Zenon Piszczyński z pacjentką

„Lubusz”. Klub ten, mający siedzibę w świebodzińskim domu kultury, realizował w latach 1971-1981 „Świebodzińskie Kroniki Filmowe” (14 filmów). Filmy te obejrzało (na 197 seansach) ponad 18.000 widzów. Za namową Wierusza, mgr. Piszczyński podjął naukę w Studium Filmowym Ośrodka Filmów Naukowych w Warszawie, którą to szkołę ukończył w roku 1957. W roku 1977 otrzymał również dyplom ukończenia 3-letniego Studium Fotografii i Filmu w Warszawie. Za działalność filmową został wyróżniony licznymi nagrodami m.in. Lubuską Nagrodą Kulturalną w roku 1968. W dziedzinie ortopedii i rehabilitacji był autorem publikacji i referatów wygłaszanych na krajowych konferencjach. Swoje rozprawy ogłaszał też w zachodnioniemieckim czasopiśmie *Krankengymnastik* (1978). Podczas pobytu w klinikach ortopedycznych w RFN referował własne oryginalne doniesienia naukowe zyskujące aplauz. Wraz z dr. Wieruszem stworzył swoisty oraz niepowtarzalny tandem rehabilitanta i ortopedy. Efekty ich wspólnej pracy zdobywały uznanie, a mgr Piszczyński został poważnym autorytetem w dziedzinie usprawniania ruchowego. Współpracując z Wieruszem, obok dysfunkcji narządu ruchu zajmował się z powodzeniem delikatną sferą psychiki dziecka kalekiego; motywował dzieci do ćwiczeń oraz uprawiania sportu i pracy. Uczył małych pacjentów jak żyć z niepełnosprawnością, jak samodzielnie radzić sobie w życiu. Podczas obozów sportowych organizował spartakiady dla dzieci po *polio*. Mgr Piszczyński na podstawie przeprowadzonych wnikliwych obserwacji jednego z dzieci z porażeniem obu kończyn dolnych opisał tzw. „chód Cabana” (chód skokowy) – nazwany tak od nazwiska chłopca, który poruszał się w ten sposób. W roku 1977 w celu zdobycia nowych umiejętności zawodowych wyjechał na rok do RFN. Po powrocie często był wzywany przez aparat bezpieczeństwa (SB) do Zielonej Góry, a następnie stopniowo odsuwany od pełnionych funkcji. Mgr Piszczyński od początku swojej pracy w ośrodku zajmował się dokumentacją fotograficzną pacjentów jak również dokumentacją filmową ciekawych „przypadków”. Pod jego kierownictwem w roku 1964 powstała Sekcja Foto – Filmowa, która obok dokumentacji *stricte* medycznej zajmowała się również utrwalaniem na taśmach filmowych obozów sportowych i ważnych wydarzeń w ośrodku. Przeszedł na emeryturę w roku 1987, nadal pracując na pół etatu. Został laureatem pierwszej edycji nagrody im. Lecha Wierusza w roku 1989, przyznawanej przez Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem za wybitne osiągnięcia w walce z niepełnosprawnością. W owym czasie u słynnego rehabilitanta pojawiły się pierwsze objawy choroby Alzheimerera, która przebiegała wyjątkowo dramatycznie. Umarł w roku 1997, w zakładzie opiekuńczym w Żarach. Mgr. Piszczyński zapisał się w historii polskiej medycyny jako człowiek dzielny i nieugięty,



Łagow

Zenon Piszczyński



Jan Sobociński

współtwórca największych sukcesów i międzynarodowej renomy ośrodka rehabilitacyjno-ortopedycznego w Świebodzinie.

5. Mgr Jan Sobociński (1915- 2004)

Urodzony w miejscowości Skepe na Ziemi Dobrzyńskiej. Posiadał liczne rodzeństwo. Dzieciństwo przeżył w trudnych warunkach. W roku 1922 rozpoczął naukę w szkole powszechnej gdzie mimo obowiązków zdobywania środków na utrzymanie rodzeństwa okazał się wyróżniającym uczniem. Edukację kontynuował w Seminarium Nauczycielskim. Po jego ukończeniu pracował jako guwerner w majątku w Kossobudach, następnie jako nauczyciel w szkole w Koszutach koło Środy Wlkp. W roku 1941 został aresztowany i wysłany do przymusowej pracy na terenie Niemiec. Po wojnie uzupełnił swoją edukację w Studium Nauczycielskim, Instytucie Pedagogiki Specjalnej i Wyższej Szkole Pedagogicznej. W roku 1948 podjął pracę w Liceum w Ośnie Lubuskim. Popadł w konflikt z miejscowymi członkami partii. Został wówczas wydalony z liceum, po czym podjął pracę w ośrodku rehabilitacyjno- ortopedycznym w Świebodzinie gdzie pracując z dziećmi znalazł swoisty azyl. Długie pobyty dzieci w ośrodku powodowały, iż edukacja szkolna w modelu rehabilitacji kompleksowej nabrała szczególnego znaczenia. Mgr Sobociński był wszechstronnym, sumiennym i surowym nauczycielem. Nauczał dzieci, jednocześnie uświadamiając im jak istotne jest dla nich, przez wzgląd na trwałą dysfunkcję narządu ruchu, solidne wykształcenie. Wychowanków kształtował w duchu szeroko pojętego humanizmu - na przekór wprowadzanej w kraju ateizacji. Był założycielem i prezesem Szkolnego Koła Turystyczno Krajoznawczego im. L. Teligi, które następnie przekształciło się w stowarzyszenie „OPTY”. Przez lata był duszą i głównym motorem tego towarzystwa. Organizował wycieczki krajoznawcze dla pacjentów ośrodka. Za znaczące osiągnięcia został uhonorowany przez Ojca Świętego Jana Pawła II krzyżem „*Pro Ecclesia et Pontifice*”. Uzyskał również tytuł honorowego obywatela Świebodzina. W roku 1999 Jana Sobocińskiego, w jego domu, odwiedził ówczesny premier RP Jerzy Buzek - dziękując za lata ofiarnej i niezwykłej pracy wśród kalekich dzieci. Jan Sobociński pozostał w pamięci jako

wspaniały wychowawca oraz życiowy mentor licznych niepełnosprawnych dzieci i młodzieży ośrodka rehabilitacyjno-ortopedycznego w Świebodzinie.

II. WYBRANI PRACOWNICY OŚRODKA REHABILITACYJNO-ORTOPEDYCZNEGO WROCLAW –POŚWIĘTNE.

1. Dr med. Zbigniew Krynicki (1916- 1995)

Urodzony w miejscowości Podzamecze. W latach 1936-1939 odbywał naukę w Szkole Podchorążych Sanitarnych Zawodowych w Warszawie. Studiował w latach 1944-1950 na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu w Lublinie, a następnie we Wrocławiu. W latach 1939-1945 jako żołnierz Armii Krajowej był uczestnikiem wielu akcji. Niemal od początku kariery zawodowej związany był z Ośrodkiem Wrocław-Poświętne, gdzie podjął pracę w roku 1946. Dr. Krynicki zapisał się w historii jako współorganizator ośrodka. Był wychowankiem doc. Józefa Kowalskiego – pierwszego dyrektora placówki. W 1956 uzyskał II stopień specjalizacji w ortopedii, natomiast dwa lata później II stopień specjalizacji w rehabilitacji medycznej. Doktorat uzyskał w roku 1967. Przejął funkcję dyrektora ośrodka w roku 1953 i pełnił ją do 1980. Równocześnie w latach 1950-1958 był asystentem w Klinice Ortopedii Akademii Medycznej we Wrocławiu. W latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych wykładał rehabilitację na Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu. W ośrodku prowadził zajęcia kliniczne z rehabilitacji medycznej dla studentów VI roku Wydziału Lekarskiego. Następnie w latach 1960-1976 pełnił funkcję konsultanta wojewódzkiego w zakresie rehabilitacji medycznej na teren Dolnego Śląska. W latach 1976–1988 był konsultantem wojewódzkim dla województw wrocławskiego i wałbrzyskiego. Inicjował i organizował działy rehabilitacji w placówkach ochrony zdrowia, poradnie rehabilitacyjne, tworzył działy rehabilitacji dla dużych zakładów przemysłowych (m.in. Eksperymentalny Oddział Rehabilitacji Przemysłowej w PaFaWag-u Wrocław). Prowadził nadzór nad specjalistycznymi ośrodkami rehabilitacyjnymi na terenie Dolnego Śląska. Był autorem ponad 40 publikacji zarówno z zakresu chirurgii ortopedycznej jak i zagadnień organizacji rehabilitacji przemysłowej, rehabilitacji dziecięcej i pedagogiki specjalnej. Wsławił się również jako autor metody operacyjnej stabilizacji stopy porażennej. Pełnił funkcję sekretarza



Andrzej Pozowski

a następnie wiceprzewodniczącego Oddziału Wrocławskiego PTOiT, był członkiem i założycielem Oddziału Wrocławskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem. Został laureatem szeregu odznaczeń państwowych, laureatem Złotej Odznaki Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem. Uważany jest za nestora ortopedii i rehabilitacji medycznej na Dolnym Śląsku. Zmarł w dniu 19 kwietnia 1995 roku.

2. Prof. dr hab. med. Andrzej Pozowski (1944 -)

Potomek znanej od XV wieku szlacheckiej rodziny herbu Korab. Studiował na Wydziale Lekarskim AM we Wrocławiu, studia ukończył w roku 1968. Specjalizację II stopnia w Ortopedii uzyskał w roku 1976, doktorat 3 lata później (temat pracy *Przydatność alloogenicznej, mrożonej opony twardej i powięzi do uzupełniania ubytków okostnej w eksperymencie na zwierzętach*). Specjalizację II stopnia w rehabilitacji medycznej uzyskał w roku 1984. W latach 1970-1975 był asystentem Kliniki Ortopedycznej AM we Wrocławiu. Od roku 1975 związany był zawodowo z ośrodkiem rehabilitacyjno-ortopedycznym w Poświętnem. Rok później objął funkcję dyrektora ds. medycznych ośrodka. Od 1980 przejął stanowisko ordynatora oddziału ortopedycznego i kierownika bloku operacyjnego. Był najmłodszym ordynatorem na Dolnym Śląsku. Habilitował się w roku 2002 (temat rozprawy *Badania kliniczne i doświadczalne nad międzywięzadłową osteotomią walgizującą „minus” w kolanie szpotawym*). Był uczestnikiem licznych kursów i sympozjów w europejskich ośrodkach w Londynie, Genewie, Zurychu, Grecji, Austrii i Szwajcarii, autorem i współautorem 64 publikacji naukowych m.in. *Clinical and biomechanical analysis of minus valgisation osteotomy performed in the intraligamentous segment of tibial bone, Experimental studies of knee joint subjected to popliteal osteotomy correction, Około stawowe kostnienie hipertopiczne po totalnych plastykach bioder, Rodzaje przeszczepów kostnych i ich zastosowanie w wybranych zabiegach ortopedycznych, Rekonstrukcja kostnych ubytków panewki w pierwotnych i rewizyjnych totalnych plastykach bioder* i wielu innych. W roku 2000 otrzymał nominację profesorską AM we Wrocławiu, będąc kierownikiem Zakładu Fizjoterapii. Wybitny operator w zakresie alloplastyk stawów biodrowego, kolanowego oraz w reumoortopedii.



Tadeusz Urban

3 Dr med. Tadeusz Urban (1945 -)

Absolwent Akademii Medycznej we Wrocławiu. W roku 1970 podjął pracę na Oddziale Ortopedii Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego we Wrocławiu oraz Klinice Ortopedii. W roku 1975 rozpoczął działalność na oddziale ortopedycznym Wojewódzkiego Zespołu Rehabilitacyjnego Wrocław – Poświętne, był asystentem dr. med. Zbigniewa Krynickiego. W roku 1978 uzyskał II stopień specjalizacji w ortopedii i traumatologii. W roku 1980 został dyrektorem ośrodka, którą to funkcję pełnił nadal w latach powstawania niniejszej dysertacji. Jednocześnie w latach 1980-1989 był zastępcą ordynatora oddziału ortopedii. W roku 1986 roku uzyskał II stopień specjalizacji w rehabilitacji medycznej. Od roku 1989 był ordynatorem III oddziału rehabilitacji oraz konsultantem wojewódzkim w dziedzinie rehabilitacji medycznej. Był pionierem operacji totalnej alloplastyki stawu biodrowego u 15-letniego dziecka w roku 1979. Znany szeroko jako wybitny operator skolioz. W latach 70-tych stosował w chirurgii kręgosłupa system Harringtona i B-W, następnie podążając za światowymi nowościami wprowadził niezwykle trudne technicznie stabilizacje segmentarne Wisconsin, a w latach 90-tych systemy trójpłaszczyznowe (C-D Sofamor, Horizon, DERO i wiele innych). Dr Tadeusz Urban był autorem ponad 20 publikacji naukowych, a także laureatem złotej odznaki PTWK. Niezwykle ceniony przez grono pacjentów jako nie tylko wybitny chirurg kręgosłupa, lecz również jako troskliwy i życzliwy człowiek a jednocześnie nauczyciel kilku pokoleń ortopedów na Dolnym Śląsku.

7. STRESZCZENIE W JEZYKU POLSKIM

ROLA OŚRODKÓW REHABILITACYJNO-ORTOPEDYCZNYCH W POLSKIM MODELU REHABILITACJI MEDYCZNEJ W DRUGIEJ POŁOWIE XX WIEKU

Rehabilitacja medyczna jest dziedziną medycyny, która wyodrębniła się w połowie XX wieku. Jej rozwój związany był ze wzrostem liczby osób niepełnosprawnych po II wojnie światowej a następnie epidemią choroby Heinego Medina. Usprawnianie lecznicze w formie empirycznie stosowanej kinezyterapii i zabiegów fizykalnych stosowane było już wiele wieków wcześniej jednakże rehabilitacja uwzględniająca jednocześnie wszystkie potrzeby chorego takie jak rehabilitacja zawodowa, pomoc psychologiczna, pomoc socjalna, zaopatrzenie ortopedyczne – czyli rehabilitacja kompleksowa, rozwinęła się na przełomie lat 40 tych i 50 tych XX wieku. Jak wykazaliśmy w Polsce przedwojennej niewątpliwie prekursorem rehabilitacji kompleksowej był prof. Ireneusz Wierzejewski - poznański ortopeda.

Po II wojnie światowej dwa pierwsze ośrodki rehabilitacji kompleksowej powstały w Polsce i w USA (szpital Bellevue w Nowym Yorku i Klinika Ortopedii w Poznaniu). Ich twórcami byli Howard Rusk i Wiktor Dega - pionierzy nowoczesnej rehabilitacji medycznej na świecie. Rusk określił rehabilitację jako III etap leczenia (pierwszy to rozpoznanie, drugi – leczenie podstawowe). W koncepcji Degi rehabilitacja ma wkraczać w leczenie podstawowe i być jego integralną częścią.

W przypadku Polski rehabilitacja medyczna wywodzi się z ortopedii. Dega stworzył niezachwiane podstawy naukowe rehabilitacji medycznej w Polsce oraz pierwszy ośrodek naukowo-szkoleniowy. Jednocześnie działał ustawicznie w kierunku upowszechnienia rehabilitacji w całym kraju. W związku z potrzebą leczenia dużej liczby kalek wojennych, w tym dzieci, Dega zakładał na początku lat 50 –tych ośrodki rehabilitacyjno-ortopedyczne, których był kuratorem. Rehabilitacja w Polsce rozwijała się w oparciu o wspólny program zakładający, iż ma ona być **powszechnie dostępna, wcześniej zapoczątkowana, kompleksowa i ciągła** – jest to istota polskiego modelu rehabilitacji medycznej. Do lat 70–tych ośrodki rehabilitacyjne były jedynymi placówkami zajmującymi się kompleksowym usprawnianiem leczniczym. Na początku lat 70- tych sytuacja uległa zmianie. Rehabilitacja

medyczna w oparciu o obowiązujący w kraju model została ustawowo wprowadzona jako integralny element leczenia podstawowego. Powstały oddziały rehabilitacji w dużych szpitalach oraz działy bądź pioniry rehabilitacji w obrębie mniejszych Zakładów Opieki Zdrowotnej. Utworzona została również baza rehabilitacji ambulatoryjnej w formie poradni oraz szeroko dostępnej fizyko- i kinezyterapii.

Przez 60 lat swojego istnienia ośrodki rehabilitacyjno ortopedyczne odegrały niezwykle istotną rolę biorąc pod uwagę ich usługowo-leczniczą działalność, przywracając niepełnosprawnych do optymalnego ich funkcjonowania w społeczeństwie. Szpitale te przy współpracy z kliniką ortopedii i rehabilitacji wniosły szereg osiągnięć naukowych w dorobek polskiej i światowej medycyny. Odegrały one również rolę jako placówki szkoleniowe zarówno w zakresie ortopedii i rehabilitacji jak i pedagogiki specjalnej. Profil leczonych w ośrodkach schorzeń zmieniał się na przestrzeni lat. Począwszy były to kalectwa wojenne, później porażenia po chorobie Heinego-Medina.

Reforma w Ochronie Zdrowia pod koniec lat 90-tych zmieniła sposób finansowania placówek służby zdrowia, w tym ośrodków rehabilitacyjno-ortopedycznych, które po restrukturyzacji funkcjonowały jako samodzielnie publiczne jednostki.

8. STRESZCZENIE W JĘZYKU ANGIELSKIM

THE ROLE OF ORTHOPEDIC-REHABILITATION CENTERS, IN POLISH MODEL OF REHABILITATION IN THE SECOND HALF OF THE TWENTIETH CENTURY

Abstract

Medical rehabilitation (Physiatry) is a branch of medicine that emerged around the middle of the twentieth century. Its development was connected with the increasing number of handicapped as the result of The Second World War along with the epidemic of the Heine-Medine disease. Although some forms of empirically implied kinesytherapy and physiotherapy were used many centuries before, only at the break of 1940's and 1950's did a complex rehabilitation concerning all of the patient's needs (psychological, vocational, social, orthopedic appliances) develop. It was Professor Ireneusz Wierzejewski, an orthopedic surgeon of Poznań who outlined the idea of complex rehabilitation before WW II.

After WW II the two first rehabilitation centers were founded in Poland and in the USA, and were in Bellevue hospital in New York and in the Clinics of Orthopedics in Poznań. Their founders were Howard Rusk and Wiktor Dega – the world's two pioneers of modern medical rehabilitation. According to Rusk's idea, rehabilitation is the third stage of treatment (the first is the diagnosis, the second – the main treatment). According to Dega, rehabilitation must enter the second stage of treatment and thus become an integral part of the main treatment.

In the case of Poland the medical rehabilitation emerged from orthopedic surgery. Dega is the author of scientific strain of rehabilitation in Poland and the founder of the first scientific and educational centre for medical cadres. At the same time he struggled to introduce medical rehabilitation throughout the whole country. Bearing in mind a huge demand on rehabilitation from WWII casualties, including children, in the 1950's Dega founded and then supervised orthopedic-rehabilitation centers throughout the country. The medical rehabilitation in Poland was developing according to a common program which claimed that rehabilitation must be **widely available**, **early introduced**, be **complex** and **persistent** – these are the four principles of the polish model of rehabilitation. Until the 1970's the orthopedic-rehabilitation centers were the only institutions in Poland where

complex rehabilitative treatment was available. At the turn of 1970' the situation changed. Medical rehabilitation based on the above mentioned model was introduced by the Ministry of Health as the integral part of the basic treatment throughout all the institutions of the Public Health Care System. Rehabilitation wards were founded in large hospitals and rehabilitation departments in smaller health care units. Ambulatory rehabilitation service was also introduced.

During 50 years of their existence the orthopedic-rehabilitation centers played an important role in treatment of patients. Moreover with the cooperation with the Clinics of Poznań those centers have had many scientific achievements and contributions to Poland's and world's medicine. They also played an important role as teaching and tutorial centers both in the field of orthopedic surgery and rehabilitation and special education. The profile of orthopedic-rehabilitation centers was changing over the years. At the very beginning the centers mostly dealt with war casualties, then numerous cases of parietic patients after Heine-Medine disease. The center in Świebodzin specialized in conservative and operative treatment of diseases of the spine.

The reform in Polish Health Care System in the late 1990's changed the way of financing public medical institutions and thus from then on orthopedic – rehabilitation centers became independent subjects.

9. BIBLIOGRAFIA

ŹRÓDŁA ARCHIWALNE

1. Wypowiedź Koreańczyków, prof. Li-N-Ku (Dyrektor Instytutu Ortopedii i Traumatologii w Phenianie) i dr. Kim-Bjong podczas odwiedzin u dr Wierusza w dniu 17 listopada 1987. Archiwum Ośrodka Rehabilitacyjno – Ortopedycznego w Świebodzinie (dalej AOROŚ).
2. *Kronika ważniejszych wydarzeń z woj. Zielonogórskiego w roku 1963*, mps powielany, zbiory autora.
3. Zenon Piszczyński *Kalendarium 30-lecia Świebodzin 1976*. AOROŚ.
4. Przemówienie wygłoszone przez mgr Piszczyńskiego podczas uroczystości przejścia dr Wierusza na emeryturę, 6 maja 1982. AOROŚ.
5. Mowa pożegnalna mgr Zenona Piszczyńskiego po śmierci dr Wierusza. 21 grudzień 1987. AOROŚ.
6. Lech Wierusz, wypowiedź na akademii w ośrodku świebodzińskim z okazji Dnia Pracownika Służby Zdrowia, 6 kwietnia 1974. AOROŚ.
7. Piotr Włodyka, Krzysztof Szulc, Marian Krawczyński, Stefania Łuczakowa *Wydolność treningowa skolioz ze skrajnie niskim wskaźnikiem oddechowo-krążeniowym uznanych za nieoperacyjne*. Referat. Świebodzin 1974. AOROŚ.
8. *Umowa zawarta między Gminą miasta Bydgoszczy a Panem Docentem Dr. Wiktorem Degą w sprawie stosunku służbowego. Bydgoszcz, dnia 30 lipca 1937 r. Zarząd Miejski w Bydgoszczy*, kserokopia dokumentu w zbiorach promotora.

ŹRÓDŁA DRUKOWANE

1. *Medical Mission to Poland. An informal report on Rehabilitation of the Disabled by Howard A. Rusk, M.D.* New York City, March 1950.
2. Grażyna Wędlowska, Zenon Piszczynski *Panorama Dwudziestolecia Amatorskiego Klubu Filmowego Lubusz, Świebodzin*, grudzień 1982.
3. Lech Wierusz *Rola szkoły w procesie rehabilitacji leczniczej dziecka kalekiego [w:] 20 lat szkoły w sanatorium Szkoła Podstawowa i Liceum Ogólnokształcące przy Sanatorium Rehabilitacyjno-Ortopedycznym w Świebodzinie*, 1969.
4. *Wierzejewski, zakłady lecznicze dla kalek [w:] „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” tom 124*, Warszawa 1930.
5. A. Wojciechowski *Życiorys Wierzejewskiego [w:] „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” tom 125* Warszawa 1931.
6. *Abilimpiada 97 „Głos Wielkopolski” 29 kwiecień 1997.*
7. Zygmunt Ambros *Podstawy Ortopedii*, PZWL Warszawa 1970.
8. Henryk Ankiewicz *Po prostu doktor Wierusz „Gazeta Zielonogórska” z 15 kwietnia 1975.*
9. *Annały Złotego Wieku* praca zbiorowa, Świebodziński Dom Kultury, 2006.
10. Halina Ańska *Życ dla ludzi „Nadodrze” z lipca 1979.*
11. Robert Bobrowski *Kłopoty z zamkiem „Okolice Najbliższe” 1997.*
12. *Budowniczy Polski Ludowej - mistrz i uczeń „Służba Zdrowia” z sierpnia 1972 nr 3313.*
13. Marian Butrym *Chirurg ze Świebodzina „Dookoła Świata” z maja 1974.*

14. Jan Czachor *Kto ma nosić tego garba* „Okolice Najbliższe” 1999.
15. Regina Dachówka *Puste Miejsce* „Gazeta Lubuska” z 1/2 lipca 1989.
16. *Doktor Piotr Janaszek włożył krawat* „Gazeta Konińska” z 21 lipca 1993.
17. W. Dega *Ortopedia i Rehabilitacja*, PZWL Warszawa 2000.
18. W. Dega, K. Milanowska *Rehabilitacja medyczna*, PZWL Warszawa 2001.
19. W. Dega *O bezprzypadkowym leczeniu wiotkich porażeń kończyn dolnych* „Polska Gazeta Lekarska” z 22 stycznia 1928.
20. Jerzy Garstka, Lech Wierusz *Zespół złośliwej hipertermii* „Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska” 1975, XXXIX, nr 4.
21. *Encyklopedyczny słownik rehabilitacji* red. Tadeusz Gałkowski i Jerzy Kiwerski, PZWL Warszawa 1986.
22. Marek Golik *Koncepcja leczenia* „Okolice Najbliższe” 1992.
23. Danuta Iwanow *Prawdziwy dom* „Życie i Zdrowie - dwutygodnik społeczny” z marca 1975.
24. Piotr Janaszek *Niepełnosprawni- wyrównywanie szans* „Słowo – Dziennik Katolicki” z 4 sierpnia 1993.
25. Piotr Janaszek *Rehabilitacja nie jest luksusem* „Głos Wielkopolski” mps w posiadaniu autora.
26. A. Kasior - Szerszeń Wiktor *Dega and Howard Rusk- Pioneers of Rehabilitation*.
27. *Kandydatura do tytułu Lubuszanin XXX-lecia* „Gazeta Zielonogórska” z 15 kwietnia 1975

28. Janusz Koniusz *Lekarz i społecznik „Nadodrze”* z listopada 1988.
29. Lilianna Kowalczyk *Ludzie stąd „Okolice Najbliższe”* z października 2002.
30. Henryk Krysiak *Sanatorium Dziecięcych Nadziei „Gazeta Lubuska”*, mps w posiadaniu autora.
31. *Kto jest kim w polskiej medycynie* Wydawnictwo Interpress, Warszawa 1987.
32. Irena Kunc *Dr Wierusz laureatem nagrody Nadodrza 1981*, „Nadodrze” Wrocław 1981.
33. *Ludzie - Piotr Janaszek „Gazeta Wyborcza”* z 7 grudnia 1998.
34. „Literatura” z października 1977.
35. G. Łapszyński *Magister „Okolice Najbliższe”* 1989.
36. Andrzej Medyński *Powrót do źródła siły „Świebodzińsko-Sulechowski Dzień”* 1999, nr 33.
37. *Mielnica jest za krótka „Nowy Tygodnik”* z 28 lipca 1998, nr 30-31.
38. *Mielnica szuka przyjaciół „Za i Przeciw”* z 18 czerwca 1988, nr 24.
39. Marta Miklaszewska *Nieobojętni „Literatura”* z października 1977.
40. K. Milanowska *Kinezyterapia*, PZWL Warszawa 1984.
41. *Najpopularniejsi w Świebodzinie „Gazeta Lubuska”* z 21 lutego 1985.
42. *...Non dignus sum... „Gazeta Powiatowa” Świebodzin* z lipca-sierpnia 2002.
43. Janina Ochojska *Niepełnosprawność jest darem „Serce i troska – dwumiesięcznik Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem”* 2002 nr 6.

44. *Ośmiu nowych kawalerów słonecznego odznaczenia* „Kurier Polski” z 1 czerwca 1989.
45. *Ośrodek Okupowany* „Gazeta Lubuska” z 21 października 1998.
46. *Piotr Janaszek nie żyje* „Głos Wielkopolski” z 7 grudnia 1998.
47. *Reformy* „Okolice Najbliższe” 1999, nr 1.
48. Tomasz Romański *Lekarz i Społecznik* „Okolice Najbliższe” 2000 nr 12.
49. *Tragiczna śmierć Piotra Janaszka* „Gazeta Poznańska” z 7 grudnia 1998.
50. *Trudne sprawy* „Okolice Najbliższe” Świebodzin 1999, nr 3.
51. *Ustanowiono nagrodę im. Lecha Wierusza* „Gazeta Lubuska” z 18 listopada 1988.
52. *Wspomnienia Wielkopolan o życiu codziennym 1939-1945*. Wzmianki o dr Wieruszu z lat okupacji, Wydawnictwo Poznańskie 1983.
53. *Wieczór wspomnień* „Gazeta Lubuska” z 9 lutego 2004.
54. Lech Wierusz *Życie dla ludzi* „Nadodrze” z lipca 1979.
55. Alicja Zatrzybówna *W czarodziejskim domu*, Krajowa Agencja Wydawnicza, Warszawa 1980.
56. Grażyna Zwolińska *Implantowe zarośla* „Gazeta Lubuska” z 24/25 października 1998.
57. Grażyna Zwolińska *Tajemnica teczki szefa – jak słynny ortopeda doktor Wierusz szklili okna* „Gazeta Lubuska” z 19 maja 2003.
58. *Specjalista od łamania barier* „Głos Wielkopolski” z 20 grudnia 1993.

59. *Śmieszny Order* „Gazeta Wyborcza” z 13 lipca 1998.
60. *Widział Sercem* „Rzeczpospolita” z 18 grudnia 1998.
61. *Zapraszamy do Mielnicy* „Hejnał Mariacki” 1988, nr 2.
62. Alicja Zatrzybówna *Dr Wierusz-portret z pamięci* „Magazyn Lubuski” z 29,30 lipca 1972.
63. *Zdejmował książniczkom garby* „Okolice Najbliższe” Świebodzin z maja 1998.
64. Klaus Zielke *Skoliose und Kyphose Operative Behandlung vom vorderem Zugang* RFN 1978.
65. T. Żuk, A. Dziak *Propedeutyka ortopedii*, PZWL Warszawa 1977.
66. *Podręczna encyklopedia pedagogiczna*, oprac. F. Kierski, Lwów-Warszawa 1923 t.I, 1924 t.II.

OPRACOWANIA

1. Halina Bogutyn *Wiktor Marian Dega, ein grosser Orthopäde und Mittler zwischen deutscher und polnischer Orthopädie-Versuch einer Biographie*. Dissertation aus der Orthopädischen Klinik des St.Vincenz-Hospitals Brakel /Westfalen 1985.
2. Jerzy Grossman *Fizjoterapia XXI wieku* Olsztyńska Szkoła Wyższa 2004.
3. *Informator o Placówkach Rehabilitacyjnych w Polsce* Krajowy Zespół Specjalistyczny d/s. Rehabilitacji, red. Kazimierz Szawłowski Poznań 1986.
4. Szymon Kalinowski *Ireneusz Wierzejewski 1881-1930* Rozprawa doktorska napisana w Katedrze Nauk Społecznych Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu pod kierunkiem naukowym prof.dr.hab. Mieczysława Stańskiego, Poznań 1999. (mps. Bibl. UMP).

5. Krzysztof Przybył *Ireneusz Wierzejewski, jego praca w zakładzie ortopedycznym Konrada Biesalskiego 1909-1911 i jego wpływ na poglądy zawodowe pierwszego we Polsce profesora ortopedii*, „Archiwum Historii Filozofii Medycyny” 1999, t. 62.
6. Roman K. Meissner *Medal im. Karola Marcinkowskiego i jego laureaci* [w:] *Księga pamiątkowa w 80-lecie Uniwersyteckiego Wydziału Lekarskiego w Poznaniu . Studia i materiały pod red R. K. Meissnera*, Poznań 2001.
7. *90 lat Poznańskiej Ortopedii* red. Andrzej Łempicki . Oddział Poznański PTOiT Poznań 2003.
8. Roman Spiller *Wpływ nieoperacyjnego postępowania na przebieg pierwotnego boczego wygięcia kręgosłupa w piersiowej prawostronnej idiopatycznej skoliozie u dziewcząt* Praca doktorska. Promotor prof. dr. hab. med. Karol Bernardczyk. Świebodzin 1990. (mps w posiadaniu autora).
9. I. Stasiewicz-Jasiukowa *Wiktor Dega znany i nieznan* Wydawnictwa Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu 2000.
10. Zygmunt Karczmarek *Ireneusz Wierzejewski* [w:] *Wielkopolski słownik biograficzny* PWN Warszawa-Poznań 1981.
11. *Informator Biograficzny*, Interpress Warszawa 1987.
12. A. Kiwerski, J. Górski *Wspomnienie o profesorze Marianie Weissie* „Postępy Rehabilitacji” 1989.
13. A. Kwolek *Perspektywy Rehabilitacji u progu XXI wieku* „Ortopedia Traumatologia i Rehabilitacja” 2004, nr 3.
14. M. Przychodzki *Ireneusz Wierzejewski – twórca pierwszej katedry ortopedii w Polsce* „Chirurgia Narządu Ruchu i Ortopedia Polska” 1964.

15. *Stan medycyny polskiej w opinii polskich towarzystw lekarskich* Zrzeszenie Polskich Towarzystw Lekarskich, PZWL Warszawa 1971.

16. Mieczysław Szyłko *100 lat Szpitala Św. Józefa w Świebodzinie* „Gazeta Świebodzińska” 13 września 1995.

17. Krystyna Sitkova *Humanitaryzm na usługach ekonomiki* „Służba Zdrowia” z maja 1968.

18. *Słownik biograficzny Świebodzińian* red. Wiesław Zdanowicz, Świebodziński Dom Kultury, 1994.

19. Wanda Stryła *Doc. dr hab. Janina Tomaszewska – wspomnienie pośmiertne* „Nowiny Lekarskie” t. 68/3, Poznań 1999.



Piotr Janaszek

10. ANEKSY

a. PIOTR JANASZEK – PIONIER KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI MEDYCZNEJ W WOJEWÓDZTWIE KONIŃSKIM.

Piotr Janaszek (21.IV.1947 – 06.XII.1998) – ortopeda, specjalista rehabilitacji medycznej, jeden z najwybitniejszych i najbardziej zasłużonych i wyróżnionych młodszych przedstawicieli poznańskiej szkoły rehabilitacji. Był absolwentem Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Studiował na Wydziale Lekarskim w latach 1965-1971. Jako uczeń prof. Degi już podczas studiów aktywnie działał na rzecz niepełnosprawnych będąc współzałożycielem „Drużyny Nieprzetartego Szlaku” przy ówczesnym Instytucie Ortopedii i Rehabilitacji.

Od roku 1971 tworzył zręby kompleksowej rehabilitacji medycznej w Koninie opierając się na założeniach poznańskiego modelu rehabilitacji.¹ Stworzył Poradnię Zaopatrzenia Ortopedycznego, Warsztaty Terapii Zajęciowej, 25 – łóżkowy Oddział Rehabilitacji Dziecięcej w Szpitalu Wojewódzkim². Założył w Konińskim Oddział Wojewódzki Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem. Największym życiowym osiągnięciem dr. Janaszka była fundacja „Mielnica” wraz z Ośrodkiem „Mielnica” – założonym nad jeziorem Gopło. Fundacja od początku jej istnienia ukierunkowana była na kompleksowe aktywne rehabilitowanie pacjentów z niepełnosprawnością znacznego stopnia. Pierwszy turnus w Mielnicy odbył się w 1978 roku.³ Uczestnikami turnusów były osoby niepełnosprawne zarówno z kraju jak i zagranicy. Corocznie na kilku turnusach w Letnim Centrum Rehabilitacji w Mielnicy przebywało i aktywnie rehabilitowało się ponad 250 osób.⁴ Placówka stopniowo rozwijała się⁵, obozy rehabilitacyjne cieszyły się ogromną popularnością, a w skład „Fundacji Mielnica” stworzonej przez Janaszka włączone zostały kolejne instytucje:

¹ [NN] *O model do upowszechnienia* artykuł, kopia uzyskana od córki Piotra Janaszka, Zuzanny Janaszek, brak autora oraz daty wydania, w posiadaniu autora.

² *Informator o placówkach rehabilitacyjnych w Polsce* red. Kazimierz Szablowski, Poznań 1986 s.173-174.

³ [NN] *Mielnica szuka przyjaciół* „Za i Przeciw” z 18 czerwca 1988, nr 24.

⁴ [NN] *Zapraszamy do Mielnicy* „Hejnał Mariacki” z 2 lutego 1988, nr 2.

⁵ [NN] *Mielnica jest za krótka* „Nowy Tygodnik” z 28 lipca 1998 nr 30-31.

Klub Sportowy Osób Niepełnosprawnych „Spartakus”, Zakład Pracy Chronionej w Koninie, Ośrodek Szkolenia Instruktorów Terapii Zajęciowej, Hotel dla Matki z Dzieckiem Niepełnosprawnym, redakcja pisma młodzieży niepełnosprawnej „Wiadomości Mielnickie”, Ośrodek Rehabilitacji Fundacji Mielnica (później funkcjonujący jako NZOZ).

Podobnie jak miało to miejsce blisko 20 lat wcześniej w ośrodku w Świebodzinie, dr Janaszek organizował w Konińskim zawody sportowe z udziałem osób z dysfunkcją narządu ruchu, w tym m.in. Ogólnopolskie Olimpiady Umiejętności Osób Niepełnosprawnych, tzw. Abilimpiady.⁶ ⁷Również wzorem osiągnięć Świebodzina ⁸ dr Janaszek organizował wycieczki krajoznawcze i zagraniczne dla niepełnosprawnych oraz urządził w Koninie przeglądy filmów poświęconych problemom osób niepełnosprawnych. Piastował wiele istotnych stanowisk będąc m.in. członkiem Rady Nadzorczej PFRON, prezesem Towarzystwa Walki z Kalectwem⁹, doradcą Pełnomocnika Rządu d.s. Osób Niepełnosprawnych oraz Sekretarzem Narodowym w Rehabilitation International przy ONZ.

W roku 1993 na bazie planu rozbudowy ośrodka Mielnica powstała praca magisterska o tytule *Architektoniczna koncepcja rozbudowy ośrodka dzieci i młodzieży w Mielnicy* napisana w Politechnice Poznańskiej. Podczas obrony pracy obecny był jej pomysłodawca Piotr Janaszek.¹⁰

Wielkim nakładem własnej pracy Piotr Janaszek wprowadzał w życie poprzez pracę w Towarzystwie Walki z Kalectwem, fundację „Mielnica” oraz działanie w PFRON, ideę rehabilitacji kompleksowej wg modelu poznańskiego¹¹, ¹².

Dr Piotr Janaszek zginął tragicznie mając 51 lat w wypadku samochodowym w dniu 6 grudnia 1998 roku¹³. Wracał wówczas ze spotkania z dziećmi niepełnosprawnymi ¹⁴, ¹⁵.

⁶ [NN] *Widział sercem* „Rzeczpospolita” z 18 grudnia 1998.

⁷ [NN] *Abilimpiada 97* „Głos Wielkopolski” z 29 kwietnia 1997.

⁸ Szkolne Koło Turystyczno Krajoznawcze im. L. Teligi, które następnie przekształciło się w stowarzyszenie „OPTY”.

⁹ [NN] *Specjalista od łamania barier* „Głos Wielkopolski” z 20 grudnia 1993.

¹⁰ [NN] *Doktor Piotr Janaszek włożył krawat* „Gazeta Konińska” z 21 lipca 1993.

¹¹ *Rehabilitacja nie jest luksusem* wywiad z Piotrem Janaszkiem „Głos Wielkopolski” (?) odbitka w posiadaniu autora.

¹² Piotr Janaszek *Niepełnosprawni- wyrównywanie szans* „Słowo – Dziennik Katolicki” z 04 sierpnia 1993.

¹³ [NN] *Ludzie - Piotr Janaszek* „Gazeta Wyborcza” z 7 grudnia 1998.

¹⁴ [NN] *Piotr Janaszek nie żyje* „Głos Wielkopolski” z 7 grudnia 1998.

¹⁵ [NN] *Tragiczna śmierć Piotra Janaszka* „Gazeta Poznańska” z 7 grudnia 1998.



Wiktor Dega z wizytą u Piotra Janaszka w Koninie

Z racji ogromnego wkładu w rozwój polskiej rehabilitacji Piotr Janaszek otrzymał za życia oraz pośmiertnie szereg wyróżnień i odznaczeń, między innymi tak cennych jak: Medal im. Karola Marcinkowskiego (w roku 1984, jak druga osoba w dziejach Akademii Medycznej w Poznaniu, po odznaczonej w tym samym roku legendarnej dr Wandzie Błęńskiej *Matce trędowatych z Ugandy*)¹⁶, Nagroda Pracy Organicznej, Złota Odznaka Towarzystwa Walki z Kalectwem, medal „Twórcy Polskiej Rehabilitacji”, tytuł Wielkopolanina Roku, Złoty Medal Alberta Schweitzera, Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski. Odznaczeniem, które sam Piotr Janaszek cenił sobie najwyżej, był symboliczny „Order Uśmiechu” – wyraz uznania ze strony dzieci^{17, 18}.

Po śmierci tego wybitnego lekarza - społecznika i humanisty stworzone przez niego instytucje wraz z trudnościami w realizacji polskiego modelu rehabilitacji medycznej napotkały na rozliczne problemy głównie natury finansowej. Przez kilka kolejnych lat dzieło Piotra Janaszka w ramach Fundacji Mielnica kontynuowała jego córka Zuzanna Janaszek. Wobec braku środków finansowych ze strony TWK ośrodek nad jeziorem Gopło wymagający remontu uległ stopniowej dewastacji i zaprzestano organizowania turnusów rehabilitacyjnych. Powołana w 2004 roku fundacja „Podaj Dalej” im. Piotra Janaszka, (której prezesem została córka nieprzeciętnego Wielkopolanina) kontynuowała pracę w kierunku rozwoju rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Równoległe dzieło Piotra Janaszka kontynuowała Fundacja „Mielnica”.

b. JANINA TOMASZEWSKA – WSPÓŁTWÓRCA POZNAŃSKIEJ SZKOŁY REHABILITACJI.

Janina Tomaszewska – Sikorska (9.IX.1911 – 26.X.1998) specjalista chorób dziecięcych, specjalista rehabilitacji medycznej, magister wychowania fizycznego, jedna z filarów i realizatorów stworzonego przez prof. Degę polskiego modelu rehabilitacji medycznej.

¹⁶ Roman K. Meissner *Medal im. Karola Marcinkowskiego i jego laureaci* [w:] *Księga pamiątkowa w 80-lecie Uniwersyteckiego Wydziału Lekarskiego w Poznaniu . Studia i materiały pod red R. K. Meissnera*, Poznań 2001, s. 384-391.

¹⁷ [NN] *Ośmiu nowych kawalerów słonecznego odznaczenia*, „Kurier Polski” z 1 czerwca 1989.

¹⁸ [NN] *Śmieszny Order*, „Gazeta Wyborcza” z 13 lipca 1998.

Urodzona we Lwowie, ojciec Walerian Sikorski znany jest jako twórca metodyki i systematyki gimnastyki w Polsce. W roku 1930 rozpoczęła studia w zakresie wychowania fizycznego na Uniwersytecie Poznańskim, studia medyczne na Wydziale Lekarskim podjęła równoległe rok później.¹⁹ W pierwszych latach drogi zawodowej zatrudniona była w Poradni Sportowo-Lekarskiej w Poznaniu. Następnie w roku 1939 pracowała jako lekarz punktów opatrunkowych w Warszawie. W latach 1939-1945 pracowała w Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie oraz jako lekarz w Ożarowie koło Opatowa. Po roku 1945 powróciła do Poznania początkowo na stanowisko starszego asystenta Studium Wychowania Fizycznego Uniwersytetu Poznańskiego oraz Kliniki Pediatrycznej. W reaktywowanej przez prof. Degę Klinice Ortopedii pracowała jako asystent i adiunkt. Następnie, po przeprowadzeniu Kliniki do budynku na Wildzie dr Tomaszewska pełniła obowiązki kierownika Działu Usprawniania Leczniczego, będąc obok doc. Kazimiery Milanowskiej i Wiktora Degi jego głównym organizatorem. Dział ten ustawicznie rozbudowywany stał się podstawą do utworzenia w roku 1960 pierwszej na świecie Katedry Medycyny Rehabilitacyjnej. W roku 1968 doc. Tomaszewska została kierownikiem Kliniki Rehabilitacji Instytutu Ortopedii i Rehabilitacji. W swojej karierze odbyła liczne staże zagraniczne m.in. na stypendium ONZ w USA i Kanadzie oraz na stypendium WHO w Danii i Wielkiej Brytanii. Jej działalność naukowo-badawcza skupiona wokół szeroko pojętego zagadnienia rehabilitacji kompleksowej dotyczyła w szczególności metodyki rehabilitacji w dysfunkcjach narządu ruchu oraz opracowywania zasad organizacyjnych oddziałów usprawniania leczniczego.

Doc. Tomaszewska tworząc podstawy naukowe wówczas pionierskiej specjalizacji medycznej była autorem i współautorem ponad 100 prac z zakresu rehabilitacji publikowanych w Polskim i zagranicznym piśmiennictwie fachowym, a także współautorem podręczników *Ortopedia* red. W. Dega PZWL 1964 oraz *Ortopedia i rehabilitacja* również pod redakcją prof. Degi. Liczne publikacje dotyczyły między innymi zagadnień protezowania po amputacjach kończyn, patofizjologii mięśni, zasad usprawniania w schorzeniach reumatycznych, zmianach zwyrodnieniowych stawów i kręgosłupa, a także w dysfunkcjach narządu ruchu powstałych na skutek *poliomyelitis anterior acuta*. Tworząc zręby rehabilitacji medycznej była wieloletnim konsultantem i współorganizatorem sanatoriów rehabilitacyjnych w Śremie, Połczynie, Borkowie oraz Cieplicach Śląskich.

¹⁹ Wanda Stryła Doc. dr hab. Janina Tomaszewska – wspomnienie pośmiertne „Nowiny Lekarskie” t.68/3, Poznań 1999, s.339-343.

Doc. Tomaszewska była wieloletnim kierownikiem ośrodka szkoleniowego w zakresie rehabilitacji przy Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie a następnie w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego. W latach 1959-1984 pełniła funkcję konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie rehabilitacji na województwa poznańskie, łódzkie i leszczyńskie. Z racji ogromnych zasług dla rozwoju polskiej nauki oraz szerokiej i wieloletniej działalności w zakresie organizacji systemu rehabilitacji w Polsce została wyróżniona a między innymi tak cennymi odznaczeniami jak: Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski, Złota Odznaka Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem, Odznaka Honorowa „Za zasługi dla rozwoju województwa poznańskiego” , Odznaka Honorowa miasta Poznania. Dodać należy iż przez wiele lat była aktywnym działaczem Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem, wiceprzewodniczącym Oddziału Poznańskiego w latach 1961-78 , a w latach 1977- 1983 członkiem Prezydium Zarządu Głównego.²⁰

Doc. Janina Tomaszewska jako lekarz-naukowiec, dydaktyk oraz prężny współorganizator zarówno Kliniki Rehabilitacji w Poznaniu jak i licznych placówek rehabilitacyjnych w kraju jest dziś uznawana za jednego z bezpośrednich twórców i realizatorów polskiego modelu rehabilitacji medycznej.

²⁰ *Kto jest kim w polskiej medycynie*, Wydawnictwo Interpress, Warszawa 1987 s.676-677.

11. INDEKS OSÓB

Abłażej Genowefa	70, 136-137
Askanas Zdzisław	11
Bącał Kazimierz	80, 81, 84, 127
Bernardczyk Karol	88
Bierkowski Ludwik	14
Biesalski Konrad	8, 22, 122
Biniaś Bolesław	64,72
Biniaś Maria	66,72
Błęńska Wanda	157
Cetkowski Henryk	25
Cotrel Yves	72, 82
Dausend Johann August	55,56
Dega Maria	16, 58, 87
Dega Wiktor	5, 7, 31-52, 58, 61, 73, 143, 155
Dolecki Jan	89, 129
Garstka Jerzy	79, 112, 113
Glisson Francis	13, 81
Golik Danuta	90
Golik Marek	90-91
Grobelski Michał	25
Gruca Adam	47
Grzegorzewska Maria	59, 83, 94, 124
Janaszek Piotr	123, 155-157
Janaszek - Maciaszek Zuzanna	157
Kaczmarczyk Jacek	91

Kenny Elizabeth	14
Kotwicki Antoni	70, 74, 80, 87, 88, 135
Kotwicka Wanda	71, 86, 87
Kowalski Józef	7, 97
Krawczyński Marian	79, 85, 113
Krynicky Zbigniew	7, 97, 140
Kucharska Bronisława	103
Lange Fritz	22
Leśkiewicz Mirosław	58, 62, 126
Linga Per Hendrik	13, 27
Łuczak Lucyna	103
Łuczak Stefania	85, 113
Medyński Andrzej	84
Milanowska Kazimiera	18, 45
Paré Ambroży	12-13
Piechocki Konstantyn	8, 104
Piotr Witold	38
Piszczynski Zenon	59, 66, 72, 137
Pozowski Andrzej	141
Raszeja Franciszek	25, 29, 34
Rudnicki Stanisław	11
Rusk Howard	5, 10, 20, 32, 40-42, 61
Służewski Wojciech	93
Sobociński Jan	84, 139
Spiller Roman	69, 82, 88, 89
Stasiak Elżbieta	94
Stasiewicz-Jasiukowa Irena	5
Sztachelski Jerzy	49, 73

Szulc Krzysztof	70, 79, 80, 112
Tomaszewska Janina	18, 60, 157-159
Urban Tadeusz	99, 142
Walczak Maciej	106
Weiss Marian	19, 47, 49, 73
Wierusz Lech	63, 125-134
Wierzejewski Ireneusz	21-30, 110, 122, 125
Włodyka Piotr	85, 113
Wolszczan Józef	29
Zander Gustaw	12
Zielke Klaus	84

12. INDEKS RYCIN

12.1. Ryciny w tekście

Rycina 1

Profesor Ireneusz Wierzejewski (1881- 1930) Obraz olejny pędzla Kazimierza Jasnocha z 1929 roku, w posiadaniu Janiny Wierzejewskiej21

Rycina 2

Miejscowości, w których podjęli pracę wychowankowie poznańskiej szkoły ortopedii. oprac. W. Marciniak [w:] *90 lat Poznańskiej ortopedii* red. Andrzej Łempicki, Oddział Poznański PTOiT, Poznań 2003 s.57..... 26

Rycina 3

Prof. Wiktor Dega (1896-1995) podczas odbierania Nagrody Alberta Laskera, Wiesbaden, 16 września 1966 roku. Ze zbiorów promotora31

Rycina 4

Dr. Howard Rusk (1901-1989) Ze zbiorów promotora40

Rycina 5

Zestawienie porównawcze najistotniejszych wydarzeń z życia zawodowego pionierów współczesnej rehabilitacji, wg prof. Meissnera. Ze zbiorów promotora.....43

Rycina 6

Prof. Wiktor Dega otrzymuje w roku 1966 najwyższą światową nagrodę w dziedzinie rehabilitacji przyznaną przez Fundację Alberta Laskera. Ze zbiorów promotora.....51

Rycina 7

Dyplom nadania prof. Wiktorowi Dedze nagrody Fundacji Alberta Laskera. Ze zbiorów promotora.....51

Rycina 8

Zbiór biogramów laureatów Nagrody Laskera red. Lewis Thomas, M.D.

Raven Press New York 1986. (na s.87 pod datą 1966 notka o W. Dedze).

Ze zbiorów promotora.....52

Rycina 9

Ośrodek Rehabilitacyjno - Ortopedyczny w Świebodzinie w roku 2005. Ze zbiorów

autora.....54

Rycina 10

Budynek ośrodka w Świebodzinie. Fotografia z roku 1951.

Źródło: AOROŚ57

Rycina 11

Świebodzin. Obozy sportowo-rehabilitacyjne. Źródło: AOROŚ60

Rycina 12

Raport Howarda Ruska zawierający obszerne sprawozdanie z wizyty w ośrodku rehabilitacyjno-ortopedycznym w Świebodzinie. Ze zbiorów promotora.....61

Rycina 13

Dr. Lech Wierusz (1917-1988) Basen na terenie ośrodka. Źródło: AOROŚ.....78

Rycina 14

Ośrodek rehabilitacyjno-ortopedyczny w Poświętnem koło Wrocławia w roku 2006.

Ze zbiorów autora.....95

Rycina 15

Korekcja skrzywienia kręgosłupa ze spondylodezą tylną, instrumentarium trójpłaszczyznowe. Wykonana resekcja stawów międzykręgowych i wyrostków kolczystych kręgów oraz dekortykacja struktur tylnych kręgów. Kręgosłup

poddany manewrowi derotacji i ustabilizowany. Ze zbiorów autora.....100

Rycina 16

Budynek ośrodka rehabilitacyjnego w Kiekrzu koło Poznania.

Ze zbiorów autora.....102

Rycina 17

Świebodzin. Sztuka zakładania tzw. gipsu Cotrela na ramie wyciągowej. Na zdjęciu m.in. Lech Wierusz i Krzysztof Szulc. Z archiwum Stowarzyszenia „OPTY”

im. Lecha Wierusza..... 115

Rycina 18

Świebodzin. Letni obóz rekreacyjny. Źródło: AOROŚ.....116

12.2. Ryciny przed stronami

1. Rycina przed stroną 15

Wiktor Dega po złamaniu miednicy (ze zbiorów rodziny).

2. Rycina przed stroną 18

Od strony lewej w drugim rzędzie w białych fartuchach: doc. Kazimiera Milanowska, doc. Janina Tomaszewska, prof. Wiktor Dega (ze zbiorów rodziny).

3. Rycina przed stroną 33

Wiktor Dega w roku 1925 (ze zbiorów rodziny).

4. Rycina przed stroną 44

Wiktor Dega w oczekiwaniu na operację (ze zbiorów rodziny).

5. Rycina przed stroną 44

Wiktor Dega podczas operacji (ze zbiorów rodziny).

6. Rycina przed stroną 45

Wiktor Dega wśród rehabilitowanych dzieci (ze zbiorów rodziny).

7. Rycina przed stroną 46

Wiktor Dega nadzoruje naukę chodzenia dziecka po operacji kończyn dolnych (ze zbiorów rodziny).

8. Rycina przed stroną 47

Wiktor Dega, Zjazd PTOiT 1951. W środku ¹Wiktor Dega obok rektora AM prof. Tadeusza Kurkiewicza ² (ze zbiorów rodziny).

9. Rycina przed stroną 48

IV Sympozjum Europejskie *Polio* Bolonia 1956. Prof. Fanconi – przewodniczący, prof. Bogdanowicz, prof. Herman, dr Doeffferowa, prof. Dega (ze zbiorów rodziny).

10. Rycina przed stroną 49

Nagroda Państwowa przyznana Wiktorowi Dedze (ze zbiorów rodziny).

11. Rycina przed stroną 49

Dyplom honorowego członka Węgierskiego Towarzystwa Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (ze zbiorów rodziny).

12. Rycina przed stroną 50

Wiktor Dega wśród pacjentów (ze zbiorów rodziny).

13. Rycina przed stroną 53

Wiktor Dega w czasie opisywania przeprowadzonej operacji (ze zbiorów rodziny).

14. Rycina przed stroną 63

Lech Wierusz (ze zbiorów rodziny).

15. Rycina przed stroną 76

Zenon Piszczyński z kamerą wśród pacjentów (AOROŚ).

16. Rycina przed stroną 80

Lech Wierusz i pacjentka w gipsie Cotrela (AOROŚ).

17. Rycina przed stroną 83

Frontowa część budynku WZR w Świebodzinie, rok 1974 (foto. Zenon Piszczczyński).

18. Rycina przed stroną 84

Premier RP Jerzy Buzek składa gratulacje Janowi Sobocińskiemu, Świebodzin 1999 rok (ze zbiorów rodziny).

19. Rycina przed stroną 87

Wanda Kotwicka i Krzysztof Szulc (AOROŚ).

20. Rycina przed stroną 122

Wiktor Dega, rok 1967 (ze zbiorów rodziny).

21. Rycina przed stroną 123

Wiktor Dega na tle portretu Ireneusza Wierzejewskiego, 17.X.1986 (ze zbiorów rodziny).

22. Rycina przed stroną 125

Lech Wierusz i Jan Sobociński. Rozpoczęcie roku szkolnego 1974, Świebodzin (AOROŚ).

23. Rycina przed stroną 126

Korea foto. Lecha Wierusza, rok 1956 (ze zbiorów rodziny).

24. Rycina przed stroną 135

Antoni Kotwicki i Janina Murkowska (pracownica Referatu Przyjęć).

25. Rycina przed stroną 136

Genowefa Abłazej (AOROŚ).

26. Rycina przed stroną 138

Zenon Piszczczyński z pacjentką (AOROŚ).

27. Rycina przed stroną 139

Zenon Piszczczyński z kamerą. Łagów Lubuski (AOROŚ).

28. Rycina przed stroną 139

Jan Sobociński (ze zbiorów rodziny).

29. Rycina przed stroną 141

Andrzej Pozowski (ze zbiorów Specjalistycznego Rehabilitacyjno-Otrodycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej Wrocław-Poświętne).

30. Rycina przed stroną 142

Tadeusz Urban (ze zbiorów Specjalistycznego Rehabilitacyjno-Otrodycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej Wrocław-Poświętne).

31. Rycina przed stroną 155

Piotr Janaszek (ze zbiorów rodziny).

32. Rycina przed stroną 157

Wiktor Dega z wizytą u Piotra Janaszka w Koninie (ze zbiorów rodziny).