

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

The role of orthopedic-rehabilitation centers in the Polish model of rehabilitation in the second half of the twentieth century

MARIUSZ LUBECKI

Katedra i Zakład Historii Nauk Medycznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Rehabilitacja medyczna jest dziedziną medycyny wyodrębnioną w połowie XX wieku. Jej rozwój związany był ze wzrostem liczby osób niepełnosprawnych po II wojnie światowej, a następnie epidemią choroby Heinego Medina. W Polsce prekursorem rehabilitacji 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 Polsce rehabilitacja wywodzi się z ortopedii. Dega stworzył podstawy naukowe rehabilitacji medycznej oraz pierwszy ośrodek naukowo-szkoleniowy. Działal w kierunku upowszechnienia rehabilitacji w całym kraju. Wraz z potrzebą leczenia dużej liczby kalek wojennych, w tym dzieci, Dega zakładał na początku lat 50. ośrodki rehabilitacyjno-ortopedyczne. Rehabilitacja rozwijała się zakładając, iż ma ona być powszechnie dostępna, wcześniej zapoczątkowana, kompleksowa i ciągła – jest to istota polskiego modelu rehabilitacji medycznej. Do lat 70. ośrodki rehabilitacyjne były jedynymi placówkami zajmującymi się kompleksowym usprawnianiem leczniczym. Następnie rehabilitacja w oparciu o obowiązujący model została ustawowo wprowadzona jako integralny element leczenia podstawowego.

Przez 60 lat swojego istnienia ośrodki rehabilitacyjno-ortopedyczne odegrały istotną rolę przywracając niepełnosprawnych do optymalnego funkcjonowania w społeczeństwie. Współpracując z kliniką ortopedii i rehabilitacji wnieśli szereg osiągnięć naukowych w dorobek polskiej i światowej medycyny. Odegrały rolę jako placówki szkoleniowe w zakresie ortopedii i rehabilitacji oraz pedagogiki specjalnej. Profil leczonych w ośrodkach schorzeń zmieniał się wielokrotnie na przestrzeni lat.

Słowa kluczowe: chirurgia narządu ruchu, kompleksowa rehabilitacja medyczna, wrodzona dysplazja biodra, ośrodek rehabilitacyjno-ortopedyczny, dysfunkcja narządu ruchu, Ministerstwo Zdrowia

Medical rehabilitation 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 WW II along with the epidemic of the Heine-Medine disease. It was Professor Ireneusz Wierzejewski, an orthopedic surgeon of Poznań.

After WWII 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 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 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 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 supervised orthopedic-rehabilitation centers throughout the country. The 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.

During 60 years of their existence the orthopedic-rehabilitation centers played an important role in treatment of patients. 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.

Key words: orthopedic surgery, complex medical rehabilitation, congenital hip dysplasia, orthopedic and rehabilitation centre, disability, Ministry of Health

© Hygeia Public Health 2011, 46(2): 249-255

www.h-ph.pl

Nadano: 01.04.2011

Zakwalifikowano do druku: 11.04.2011

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Dr n. med. Mariusz Lubecki

tel. 606-876-782, e-mail: marlub@esculap.pl

Wybrane fragmenty rozprawy na stopień doktora nauk medycznych pt. „Rola ośrodków rehabilitacyjno-ortopedycznych w polskim modelu rehabilitacji medycznej w drugiej połowie XX wieku”; promotor: prof. UM dr hab. med. Roman K. Meissner.

Rehabilitacja medyczna na świecie i w Polsce

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 leczenia [1] 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 ortopeda 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 ortopedią [3] 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 stosowana rehabilitacja [4].

Wybitnie rozwinęła się rehabilitacja kardiologiczna. Model rehabilitacji kardiologicznej udoskonalił 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-humanistą [6] stale przywoływał znane stwierdzenie, iż nie powinno się leczyć choroby czy konkretnego objętego nią narządu a człowieka – jako całość [1].

Należy uznać, iż rehabilitacja jest podstawową metodą leczenia w neurologii po udarach mózgowych. Samo leczenie farmakologiczne na dzisiejszym etapie wykazuje niezadowalającą skuteczność. Intensywna i wcześniej 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 [4]. 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 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 [4].

Najwcześniejsze – oparte na wiarygodnych badaniach – dane o stosowaniu protez oraz unieruchamianiu uszkodzonych kończyn datują się na czasy 2000 lat p.n.e. [7].

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-szpotawą. 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 obowią-

zujące do dziś mianownictwo wad postawy: *lordosis*, *kypnosis*, *scoliosis*, *genu valium*, 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 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 [8]). 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 [9]^{1/},
- tragiczne następstwa II wojny światowej w postaci milionów kalek [9],
- epidemie choroby Heinego-Medina [6]^{2/}.

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 kinezy terapeutów [10]. Z kolei jego krajan Jonas Gustav Zander (1835-1920) wprowadził system ćwiczeń z użyciem aparatów i maszyn [10]. 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 systemie ćwiczeń czynnych wg Linga [11]. Ćwiczenia ruchem wprowadzono 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 porażań po poliomyelitis oparte na połączeniu ćwiczeń biernych, redresji, reedukacji i nauki chodzenia w przypadkach porażań wiotkich. Metoda Kenny była wdrażana przez Degę w Polsce wraz z pojawieniem się epidemii polio [6, str. 146]^{3/} w roku 1951. Metoda wg Kenny polega na stosowaniu ćwiczeń wspomaganych, wyłącznie z udziałem kinezyterapeuty. Ten ostatni prowadząc ruch wykonywał dodatkowo pewne drżenia stymulujące propriocepcję [5, str. 141].

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) [12, 13].

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 [12, 13]. 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

^{1/} W USA wprowadzono w 1920 r. ustawę o zawodowej rehabilitacji inwalidów żołnierzy (*Vocational Rehabilitation Act*).

^{2/} W Szwecji miała ona miejsce w 1890 r. W Polsce epidemia Polio wystąpiła w roku 1951 i 1959.

^{3/} 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.

sprawności fizycznej i zawodowej [14]. Jako pierwszy taki model nowoczesnej kompleksowej rehabilitacji w Polsce międzywojennej sformułował poznański ortopeda prof. Ireneusz Wierzejewski [15].

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 [5, str. 380]. Roli prof. Wierzejewskiego w tworzeniu podstaw polskiego modelu rehabilitacji poświęcono osobny rozdział niniejszej pracy.



Ireneusz Wierzejewski

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 aktualnymi tendencjami w światowej kinezyterapii [11, str. 9-12]. 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 pediatra [6, str. 93]. Wspomniany program badań oraz ćwiczeń korekcyjnych rozwijał się znakomicie aż do momentu wyjazdu Degi do Bydgoszczy w roku 1937 [11, str. 15]. Należy podkreślić, że wzorując się na doświadczeniach Degi jego system został wprowadzony w ośrodku warszawskim [16]^{4/}.

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 prześląanej nowatorskiej koncepcji, łączącej chirurgię narządu ruchu z równoczesnym leczeniem usprawniającym [6, str. 100].

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 stworzenia w Poznaniu w roku 1932, pierwszej w Polsce poradni preluksacyjnej a następnie wprowadzenia systemu badań skriningowych na terenie kraju [17]. 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 [5, str. 5-9]. Były to głównie ofiary okaleczeń wojennych, z obrażeniami o stopniu znacznie cięższym niż kiedykolwiek w dziejach medycyny obserwowano, w 80% dotyczącymi narządu ruchu [18]. 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.

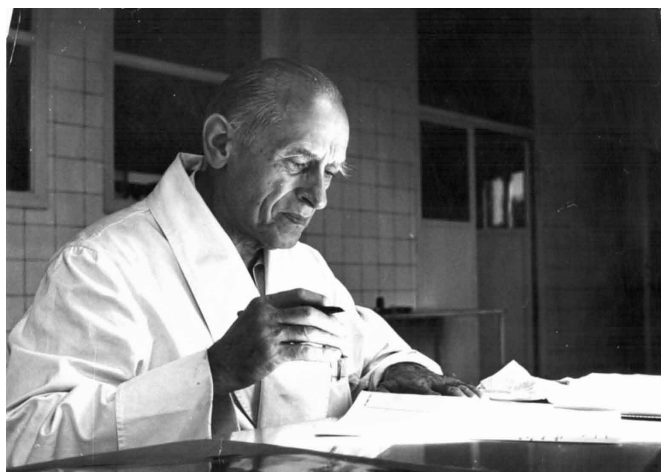
^{4/} Kurs organizowany przez Poradnię Wychowania Fizycznego przy II Klinice Chorób Wewnętrznych UW.

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 Fizykalnej złożony przez Howarda Ruska.

Po wyżej wspomnianym, rok później, Dega otworzył w Poznaniu pierwszy w Polsce i drugi na świecie, oddział rehabilitacji narządu ruchu [11, str. 26-30] 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 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 ruchu [6, str. 137], 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.



Wiktor Dega w czasie opisywania przeprowadzonej operacji

Filarami stworzonego przez Degę Oddziału, od początku jego istnienia, były dr Janina Tomaszewska (1911-1998) i dr Kazimiera Milanowska (1926-) [19]. Obie oprócz studiów lekarskich dodatkowo ukończyły studia wychowania fizycznego i według koncepcji Degi miały pełne kwalifikacje do kierowania Działem Leczniczego Usprawniania [20].

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 Rehabilitacyjnej. 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 w Warszawie [14, str. 19].

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: nieludzkim jest uratowanie człowiekowi życia a następnie pozostawienie go samemu sobie [21].

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 społeczeństwie.

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 społeczeństwa [5, str. 5-9].

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



Dr Howard Rusk

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 projektu [5, str. 381]. Za twórców współczesnej nowoczesnej rehabilitacji medycznej na świecie uważa się chirurga – ortopedę prof. Degę oraz amerykańskiego internistę prof. Howarda Ruska. 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



Klinika Ortopedii w Poznaniu, 1966 rok. Od strony lewej w drugim rzędzie w białych fartuchach: doc. Kazimiera Milanowska, doc. Janina Tomaszewska, prof. Wiktor Dega

i rehabilitację nie tylko należało połączyć [24], 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. Patricia 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 [25]. Opis ewolucji polskiego modelu rehabilitacji jest tematem dalszego oddzielnego rozdziału niniejszej pracy.

Piśmiennictwo / References

1. Milanowska K. Profesor Dega – twórca polskiej rehabilitacji [w:] Łempicki A (red): 90 lat Poznańskiej ortopedii. Oddział Poznański PTOiT, Poznań 2003, s. 62.
2. Fragment wykładu I. Wierzejewskiego. [w:] 90 lat Poznańskiej ortopedii. Łempicki A (red.). Oddział Poznański PTOiT, Poznań 2003: 30.
3. Dega W. O polskim modelu rehabilitacji w okresie jego powstawania [w:] Wiktor Dega znany i nieznan. Stasiewicz-Jasiukowa I (red.). Wyd Akademii Medycznej, Poznań 2000: 137.
4. Kwolek A. Perspektywy rehabilitacji u progu XXI wieku [w:] Ortopedia Traumatologia i Rehabilitacja 2004: 3.
5. Gałkowski T, Kiwerski J (red). Encyklopedyczny słownik rehabilitacji. PZWL, Warszawa 1986: 265-265.
6. Stasiewicz-Jasiukowa I. Wiktora Degi alchemia myśli i słowa [w:] Wiktor Dega znany i nieznan. Stasiewicz-Jasiukowa I (red.). AM, Poznań 2000: 19.
7. Ambros Z. Podstawy ortopedii. PZWL, Warszawa 1970: 8-10.

8. Milanowska K. Rozwój rehabilitacji w świecie [w:] Kinezyterapia. PZWL, Warszawa 1985, s. 11-15.
9. Żuk T, Dziak A. Propedeutyka ortopedii. PZWL, Warszawa 1977: 39.
10. Michalik M (red.). Kronika medycyny. PZWL, Warszawa 1994: 348, 366, 398.
11. Bogutyn H. 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. Milanowska K. Rozwój rehabilitacji w Polsce [w:] Kinezyterapia. PZWL, Warszawa 1970, 1981, 1985: 16.
13. Meissner RK, Góral RT. Pierwsze polskie lecznice ortopedyczne [w:] Zarys dziejów chirurgii polskiej. Noszczyk W (red.). PWN, Warszawa 1989: 240-.
14. Milanowska K, Dega W. Rehabilitacja medyczna. PZWL, Warszawa 2001: 11.
15. Kalinowski S. Ireneusz Wierzejewski 1881-1930. Rozprawa doktorska 1999. Katedra Nauk Społecznych Akademii Medycznej w Poznaniu, promotor: prof. dr hab. Mieczysław Stański.
16. Dega W, Milanowska K. Rehabilitacja medyczna. PZWL, Warszawa 1994: 17.
17. Marciniak W. Życie i dzieło Wiktora Degi (1896-1995) [w:] 90 lat poznańskiej ortopedii. Łempicki A (red.). Oddział Poznański PTOiT, Poznań 2003: 53.
18. Meissner R. The Known and the Unknown Wiktor Dega [w:] Wiktor Dega znany i nieznan. Stasiewicz-Jasiukowa I (red.). Wyd Akademii Medycznej, Poznań 2000: 163.
19. Stryła W. Rehabilitacja poznańska 1948-1989 [w:] 90 lat Poznańskiej ortopedii. Łempicki A (red.). Oddział Poznański PTOiT, Poznań 2003: 103.
20. Dega W. O polskim modelu rehabilitacji w okresie jego powstawania [w:] Wiktor Dega znany i nieznan. Stasiewicz-Jasiukowa I (red.). Wyd Akademii Medycznej, Poznań 2000: 138.
21. Dega W. Ilustrowany Kurier Polski z dnia 10.05.1959 r.
22. Milanowska K. Teoria rehabilitacji [w:] Kinezyterapia. PZWL, Warszawa 1981: 19-30.
23. Kasior-Szerszeń A. Wiktor Dega and Howard Rusk – Pioneers of Rehabilitation. Oryginał referatu w zbiorach promotora.
24. Milanowska K. Profesor Dega – twórca polskiej rehabilitacji. [w:] 90 lat poznańskiej ortopedii. Łempicki A (red.). Oddział Poznański PTOiT, Poznań 2003: 62.
25. Dega W. 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. Stasiewicz-Jasiukowa I (red.). Ossolineum, Warszawa 1989: 81-112.