Oświadczenie złożone przez senatora Andrzeja Kamińskiego na 51. posiedzeniu Senatu w dniu 7 grudnia 2017 r.

Oświadczenie skierowane do ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła

Szanowny Panie Ministrze!

W ostatnim czasie zwrócono się do mnie w kwestii problematyki związanej z leczeniem w naszym kraju bocznych skrzywień kręgosłupa, znanych jako skolioza. Znamienne jest, iż skolioza dotyka wielu osób, a w szczególności dzieci w wieku rozwojowym, a zaniedbania w przedmiotowym zakresie na etapie dorastania lub niewłaściwie prowadzona terapia są niejednokrotnie przyczyną poważnych, dalej idących konsekwencji zdrowotnych w życiu dorosłym, utrudniającym zarówno aktywność zawodową, jak i pozazawodową. Aktualny brak możliwości leczenia przyczynowego ponad 80% wszystkich skolioz, nazywanych idiopatycznymi, jest tu dodatkowym utrudnieniem.

Wedle przekazanych mojej osobie informacji w leczeniu skolioz idiopatycznych stosuje się aktualnie rozwiązania przejawiające się leczeniem zachowawczym (kinezyterapia w ramach przyjętej metody postępowania korekcyjnego) lub leczeniem operacyjnym. Od 2002 r. środowisko ortopedyczne w naszym kraju wprowadziło natomiast swoistą strategię postępowania w leczeniu skolioz idiopatycznych w oparciu o wzorzec: obserwacja rozwoju skolioz do 20° wg Cobba (z pominięciem kinezyterapii), zastosowanie gorsetu ortopedycznego, którego zadaniem jest tylko i wyłącznie spowolnienie rozwoju skoliozy, w skoliozach o wartości powyżej 20° wg Cobba czy też zabieg operacyjny (w momencie, gdy skolioza osiągnie wartość powyżej 45–50° wg Cobba).

Powyższa strategia miała zostać wprowadzona przez ortopedów jako obecnie jedyny i powszechny model leczenia idiopatycznych bez jakiejkolwiek dyskusji merytorycznej ze środowiskiem kinezyterapeutów (poprzez uznanie, że ćwiczenia są nieskuteczne w korekcji tego typu skolioz). Wedle kinezyterapeutów strategia ta jest z kolei oparta na stereotypowym myśleniu i wadliwej ocenie możliwości kinezyterapii, w której zaistniały istotne zmiany na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat, a które pozwalają na uzyskanie wyraźnych, pozytywnych efektów leczenia zachowawczego nawet w przypadkach przekraczających znacząco wartość referencyjną przyjętą jako podstawę do podjęcia decyzji o operacyjnym skorygowaniu kręgosłupa. Wdrażając stosowaną aktualnie strategię, nie przyjęto zasady przeprowadzania (po kilku – kilkunastu latach) obligatoryjnych badań kontrolnych, które mogłyby określić odległe skutki jej realizacji. Przykładem negatywnych skutków ww. działań są radiogramy osób leczonych wg ww. strategii, które obrazują nieracjonalność tej strategii.

Mając na uwadze powyższe, proszę o wskazanie, czy do Pana Ministra docierają z innych źródeł sygnały w opisanym powyżej zakresie. Proszę również o deklarację, czy Ministerstwo Zdrowia zorganizuje i obejmie swoim patronatem stosowne spotkanie zainteresowanych środowisk, tj. w szczególności środowiska autorytetów naukowych i praktyków zajmujących się od lat zagadnieniami wad postawy ciała, ze szczególnym uwzględnieniem skolioz idiopatycznych, tj. m.in. prof. dr hab. Tadeusza Kasperczyka, prof. dr hab. Jana Ślężyńskiego, dr hab. Jacka Wilczyńskiego, mgr Ryszarda Haręźlaka, mgr Pawła Kowalskiego (którzy wyrazili swoją gotowość do udziału w spotkaniu) z przedstawicielami środowiska lekarzy chirurgów ortopedów zajmujących się leczeniem operacyjnym skolioz idiopatycznych.

Wedle przekazywanych mojej osobie sugestii w przedmiotowym spotkaniu winien wziąć udział również prof. dr hab. n. med. Tomasz Kotwicki jako przedstawiciel Międzynarodowego Towarzystwa Ortopedycznego i Rehabilitacyjnego Leczenia Skolioz, które wydało zalecenia dotyczące skolioz idiopatycznych. Takowe spotkanie mogłoby w mojej ocenie doprowadzić do wypracowania wspólnego modelu procedowania, przy jednoczesnej racjonalizacji wspólnych działań obu środowisk, w trosce o dobro pacjentów. Na marginesie dodać tu należy, iż obecne procedury operacyjne, których w wielu przypadkach być może udałoby się uniknąć, generują niebagatelne koszty.

Andrzej Kamiński