

Pismo konsultanta krajowego w sprawie specjalizacji z neurologii dziecięcej

W listopadzie 2010 roku odbyły się spotkania konsultanta krajowego w dziedzinie neurologii dziecięcej z doc. dr. hab. Romanem Danielewiczem – dyrektorem Departamentu Nauki Ministerstwa Zdrowia oraz prof. dr hab. med. Joanną Jędrzejczak – dyrektorem CMKP poświęcone m.in. programowi specjalizacji w neurologii dziecięcej. W związku z powyższym chciałbym przekazać Państwu nieco wiadomości.

1. W obecnie przygotowywanym projekcie ustawy specjalizacja z neurologii dziecięcej będzie realizowana po jednakowym dla wszystkich specjalizacji „dziecięcych” module pediatrycznym. Jako konsultant krajowy podejmuję starania, aby zachować obie ścieżki, tzn. także po neurologii ogólnej.

2. Proszę o zgłaszanie się osób zainteresowanych rezydenturą w neurologii dziecięcej do konsultantów wojewódzkich, a następnie do konsultanta krajowego, aby możliwie dokładnie określić zapotrzebowanie na rezydentury w kraju. Pomimo tendencji do redukcji rezydentur ze względu na fakt, że od roku jesteśmy specjalizacją „priorytetową”, mamy szansę na ich uzyskanie. Niestety, pozostaje na razie nierozwiązany problem rezydentury po zrealizowanej rezydenturze z pediatrii, gdyż obecne przepisy nie pozwalają na otrzymanie dwóch rezydentur.

3. Jesteśmy w trakcie długotrwałej procedury zmian w programie specjalizacji z neurologii dziecięcej, co urealnia np. potrzebę potwierdzenia wykonania szeregu obecnie rzadko wykonywanych procedur.

4. Chciałbym zwrócić się do kierowników specjalizacji o zwrócenie uwagi, aby prace pogładowe osób specjalizujących się nie miały charakteru wypracowania pisanego wyłącznie na potrzeby specjalizacji. Należy dołożyć starań, aby ten wysiłek owocował artykułami opublikowanymi w czasopiśmie medycznych, a zwłaszcza w naszym czasopiśmie „Neurologia Dziecięca”.

5. W związku ze zdarzającymi się w ostatnich latach przerwami w organizacji kursów wymaganych programem specjalizacji ustalono na zebraniu ZG PTND, że terminy planowanych kursów będą także ukazywać się w na stronie internetowej towarzystwa www.ptnd.pl

*Prof. dr hab. med. Sergiusz Józwiak
konsultant krajowy w dziedzinie neurologii dziecięcej*

Projekt badania jakości życia i funkcji poznawczych u dzieci i młodzieży z SM

Katedra i Klinika Neurologii Wieku Rozwojowego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu zaprasza do udziału w badaniach, które mają na celu ocenę jakości życia oraz funkcji poznawczych u dzieci z SM. Ideą badania jest uzupełnienie bazy danych pacjentów z SM w Polsce.

Szczegóły dotyczące pozyskania ankiet do oceny jakości życia i funkcji poznawczych przekazuje dr Karolina Kupczyk mail: karolina.kupczyk@op.pl, tel. 61 869 13 42; 61 869 12 55.

Projekt badania etiopatogenezy SM u dzieci

Klinika Neurologii i Epileptologii IPCZD zaprasza do współuczestnictwa w projekcie, mającym na celu zbadanie roli niektórych chemokiny i przeciwciał przeciwko białkom mieliny w etiopatogenezy SM.

W badaniu chcemy uwzględnić materiał pochodzący od pacjentów z klinicznie pewnym SM, którzy zachorowali do 16 roku życia. Grupę kontrolną będą stanowiły dzieci, u których z przyczyn innych niż choroby demielinizacyjne wykonano nakłucie łądźwiowe i badanie krwi.

W tych przypadkach (dzieci z SM i grupa kontrolna), dla celów projektu posłużyć ma próbka płynu mózgowo-rdzeniowego i surowicy krwi. Materiał powinien być bezpośrednio po pobraniu głęboko zamrożony (-80 stopni). Transport tego materiału powinien odbywać się w suchym lodzie.

W razie potrzeby, proszę o kontakt:
Prof. nadzw. dr hab. n. med. Katarzyna Kotulska,
mail: k.kotulska@czd.pl, tel. 22 8157 404.

Podziękowania dla recenzentów

W roku 2010 niżej wymienieni Koleżanki i Koleżdy wykonali recenzję prac przysyłanych do „Neurologii Dziecięcej”. Redakcja Neurologii Dziecięcej składa im uprzejme podziękowania:

Alicja Bartkowska-Śniatkowska, Paweł Daszkiewicz, Ewa Gajewska, Grażyna Hnatyszyn, Ewa Jamroz, Katarzyna Jednoróg, Sergiusz Józwiak, Marek Kaciński, Izabela Kaczmarek, Tomasz Kmiec, Iwona Kochanowska, Maria Kornacka, Katarzyna Kotulska, Wojciech Kułak, Karolina Kupczyk, Maria Mazurkiewicz-Beldzińska, Adam Niezgoda, Ewa Pilarska, Lech Polis, Marcin Roszkowski, Wojciech Szłuzewski, Krzysztof Strzyżewski, Dorota Talar-ska, Aleksandra Toczko, Wiesław Trzeciak, Janusz Wendorff, Jadwiga Wigowska-Sowińska, Tomasz Wolańczyk.

Pożegnanie Bogna Schmidt-Sidor (1937-2010)



W dniu 13 lipca 2010 roku na Starych Powązkach pożegnaliśmy naszą Koleżankę Doktor Nauk Medycznych Bognę Schmidt- Sidor. Należała do pokolenia, które doświadczyło wojny i okupacji. Urodzona w 1937 roku w Gdyni, jako małe dziecko przeżyła wysiedlenie ludności polskiej z miasta, straciła ojca w Oświęcimiu. Po wojnie swe życie związała z Warszawą. Tutaj ukończyła szkołę średnią a następnie studia na Wydziale Lekarskim Warszawskiej Akademii Medycznej. W roku 1963 rozpoczęła pracę w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Specjalizowała się w neurologii ogólnej, a od roku 1966 zajęła się neuropatologią. Wzrastające w tym okresie zainteresowanie zagadnieniami neurologii rozwojowej stało się inspiracją do zajęcia się patologią rozwijającego się układu nerwowego. Konsekwencją tych zainteresowań było stworzenie przez Nią Pracowni Patomorfologii Dziecięcej w kierowanym przez profesora Jerzego Dymeckiego Zakładzie Neuropatologii Instytutu. W roku 1980 obroniła rozprawę doktorską pt. *Obraz morfologiczny mózgu dzieci w wieku do lat dwóch z klinicznie rozpoznaną chorobą Downa*. W tym czasie współpracowała już z Kliniką Neurologii Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie, będąc jednym z wykonawców programu badawczego na temat wczesnego rozpoznawania i kompleksowego leczenia choroby nowotworowej ooun u dzieci. Potrzeba kontaktu z chorym spowodowała podjęcie pracy w naszej Klinice, gdzie przez wiele lat była zatrudniona na stanowisku adiunkta. Pracę neuropatologa i neurologa dziecięcego łączyła, dokąd jej sił starczyło. Swoje zainteresowania kontynuowała także na emeryturze, pracując równoległe w poradni neurologicznej Dziecięcego Szpitala

Wojewódzkiego w Dziekanowie Leśnym oraz Zakładzie Patomorfologii Instytutu Matki i Dziecka.

Dorobek naukowy Bogny łączący działalność kliniczną z pracą patomorfologa, obejmował wiele zagadnień: problematykę rozwojową, choroby metaboliczne, nowotwory. Jego charakterystyczną cechą było łączenie niestandardowych obserwacji klinicznych, badań wizualizacyjnych z wnikliwą oceną obrazów patomorfologicznych. Doktor Sidor zebrała ogromny materiał dotyczący zmian patomorfologicznych w mózгах płodów, noworodków i niemowląt, który służył neonatologom w rozumieniu procesów zachodzących w rozwijającym się mózgu dziecka. Została nam bogatą ikonografią tych zaburzeń. Dużo publikowała a wiele z jej prac zamieszczonych zostało w wysoko indeksowanych pismach medycznych. Lubiła uczyć i często samorzutnie organizowała dla lekarzy uczących się neurologii dziecięcej sekcje mózgow czy pokazy preparatów patomorfologicznych.

Skromna, czasem nawet zbyt surowa dla siebie, z wielką rzetelnością uprawiała swój zawód lekarza i badacza. Życie nie szczędziło jej nieszczęść. Wcześniej straciła matkę i brata. Największym jednak ciosem w jej życiu była śmierć 35-letniego Syna. Z ciosu tego nie otrząsnęła się już do końca, mimo wielkiej odwzajemnionej miłości do Wnuczek. Pod koniec życia ciężko chorowała, jednak nawet choroba nie zatrzymała jej działalności zawodowej. traktowanej jako rodzaj misji.

Bardzo Jej nam brakuje

Jagna Czochańska
Krystyna Szymańska

Doktorat

23 września 2010 r., podczas posiedzenia Rady Wydziału Lekarskiego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, zatwierdzono nadanie stopnia nauk medycznych w zakresie medycyny lekarzowi Marcie Szmudzie. Publiczna obrona rozprawy doktorskiej odbyła się w dniu 28 czerwca 2010 roku o godzinie 11.00 w Sali im. Profesora Hillera Collegium Biomedicum Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Marta Szmuda: Czynniki determinujące wystąpienie drugiego napadu padaczkowego u dzieci

Promotor:

*prof. dr hab. Ewa Dilling-Ostrowska
(Gdański Uniwersytet Medyczny)*

Recenzenci:

prof. UM dr hab. Barbara Steinborn

(Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu)

prof. dr hab. Jan Ereciński (Gdański Uniwersytet Medyczny)

Wstęp. Dotychczas nie ustalono dokładnej strategii postępowania u dziecka po pierwszym napadzie padaczkowym. Przyjmuje się, iż około 5% populacji ma prawo przeżyć jeden napad uogólnionych drgawek w ciągu całego życia. Podawane w literaturze czynniki ryzyka wystąpienia ponownego napadu, takie jak obciążenie rodzinne padaczką, współwystępujące upośledzenie umysłowe, padaczkokształtne zmiany w EEG czy odchylenia w badaniach neuroobrazowych, stanowią cenną wskazówkę, jednak nie występują u wszystkich dzieci, a także nie dają jednoznacznej odpowiedzi, czy i kiedy włączyć leczenie przeciwpadaczkowe. Dlatego też, każde dziecko, u którego wystąpił napad padaczkowy wymaga ścisłej obserwacji. Doniesienia w literaturze pełne są kontrowersji odnośnie postępowania po przebytym pierwszym napadzie.

Cel pracy. Celem pracy była wnikliwa ocena – w oparciu o wywiad, dokładne badanie kliniczne i badania pomocnicze – licznych czynników działających w okresie rozwoju dziecka i wyodrębnienie tych, które ściśle wiążą się z ryzykiem nawrotu napadów oraz decyzją o ewentualnym włączeniu leczenia.

Materiał i metody. Do badanej populacji włączono 310 pacjentów, którzy zgłosili się do Przyklinicznej Poradni Neurologii Rozwojowej ówczesnego Akademickiego Centrum Klinicznego (ACK) Szpitala Akademii Medycznej w Gdańsku (AMG) po pierwszym w życiu napadzie padaczkowym. Wiek pacjentów wahał się od 3 miesięcy do 17 lat i 9 miesięcy. Badanie miało charakter głównie retrospektywny. Obserwacja katamnetyczna objęła pacjentów, którzy zgłosili się do poradni przyklinicznej między 1 stycznia 2003 r. a 31 grudnia 2004 r. Procedury diagnostyczne wykonywano ambulatoryjnie lub kierowano pacjentów do Kliniki Neurologii Rozwojowej (w trybie pilnym lub planowym). Okres obserwacji pacjentów, którzy doświadczyli nawrotu napadu, wynosił od 4 dni do 53 miesięcy. Czynnikiem decydującym o zakończeniu obserwacji katamnetycznej w tej grupie pacjen-

tów było wystąpienie drugiego napadu padaczkowego. Po zakończonym okresie obserwacji populacja dzieci (grupa analizowana) została podzielona na dwie: grupę badaną, u której wystąpił drugi napad, oraz grupę kontrolną, u której napad nie powtórzył się. Czynniki obecne w obu porównywanych grupach zostały poddane analizie statystycznej.

Wszelkie informacje, niezbędne do przeprowadzenia pracy, uzyskano z dokumentacji medycznej. W niektórych przypadkach zebrano dane na podstawie bezpośredniego badania podmiotowego oraz fizykalnego. Badanie podmiotowe polegało na uzyskaniu szczegółowej i niebudzącej żadnych wątpliwości informacji na temat napadu od rodzica lub opiekuna oraz w miarę możliwości od samego pacjenta, a także na zebraniu wywiadu rodzinnego, ciążywo-okołoporodowego, rozwoju psychoruchowego i umysłowego, chorób i przebytych stanów patologicznych oraz chorób i wszelkich nieprawidłowości towarzyszących, umożliwiających wykluczenie etiologii niepadaczkowej. Część danych uzyskano z rozmów telefonicznych z rodzicami lub opiekunami pacjenta.

Wyniki. Stwierdzono, że ryzyko wystąpienia powtórnego napadu po 3–6 – 12–24 – 36 miesiącach wynosi odpowiednio 55,48%–62,23% – 67,42%–70,00% – 71,07%. Analiza wieloczynnikowa ujawniła, że najwyższym ryzykiem wystąpienia nawrotu w ciągu dwu lat od pierwszego napadu padaczkowego obarczone są dzieci: nieposiadające rodzeństwa (ryzyko nawrotu 83,33%), urodzone przedwcześnie z masą ciała poniżej 2500 g (ryzyko nawrotu 85,72%), z objawami niedotlenienia okołoporodowego (ryzyko nawrotu 70,77%), z obciążeniem w okresie poporodowym (ryzyko nawrotu 87,77%), w wieku poniżej 24 miesięcy w chwili wystąpienia pierwszego napadu (ryzyko nawrotu 90,28%), u których po pierwszym napadzie wystąpił sen ponapadowy (ryzyko nawrotu 81,82%), u których czas trwania pierwszego napadu był krótki – poniżej 1 minuty (ryzyko nawrotu 81,77%), ze zmianami w badaniach neuroobrazowych (ryzyko nawrotu 89,47%), z obecnymi problemami i deficytami psychologicznymi (ryzyko nawrotu 77,67%) oraz z wyraźnym, utrzymującym się pogorszeniem funkcji poznawczych po pierwszym napadzie (ryzyko nawrotu 94,75%).

Współwystępowanie u pacjentów z mózgowym porażeniem dziecięcym przynajmniej jednego z czynników, takich jak: upośledzenie umysłowe, opóźnienie rozwoju umysłowego lub znaczne obciążenie ciążywo-okołoporodowe, sprawiło, że odsetek nawrotów we wszystkich wyodrębnionych grupach ryzyka wyniósł 100%. Zależność ta jednak nie była istotna statystycznie. Ze wszystkich typów napadów najwyższe, 100% ryzyko nawrotu po dwu latach charakteryzowało napady częściowe złożone oraz napady pierwotnie uogólnione toniczno-kloniczne. Zależności te jednak nie były istotne statystycznie.

Wnioski. Najwyższym ryzykiem wystąpienia nawrotu napadu padaczkowego obarczone są dzieci: nieposiadające rodzeństwa, urodzone przedwcześnie z niską masą ciała poniżej 2500g, z objawami niedotlenienia okołoporodowego, z obciążeniem w okresie poporodowym, w wieku poniżej 24 miesięcy w chwili wystąpienia pierwszego napadu, u których po pierwszym napadzie wystąpił sen

ponapadowy, u których czas trwania pierwszego napadu był krótki – poniżej 1 minuty, ze zmianami w badaniach neuroobrazowych, z obecnymi problemami i deficytami psychologicznymi, oraz z wyraźnym, utrzymującym się pogorszeniem funkcji poznawczych po pierwszym napadzie. Obecność powyższych czynników u dzieci po

przebytym pierwszym napadzie padaczkowym wymaga szczególnej czujności ze strony rodziców i lekarza. Wysokie ryzyko wystąpienia padaczki wymaga indywidualnego rozważenia włączenia leczenia przeciwpadaczkowego w tej grupie dzieci po pierwszym w życiu napadzie.