NEUROLOGIA DZIECIĘCA w TORUNIU

oraz wspierające ją dziedziny pokrewne i fundacje

Współautorzy:
mgr Agnieszka Augustyn
mgr Milena Burdach-Szydłowska
mgr Witold Cerkaski
mgr Franciszek Czajkowski
dr n. med. Janusz Czarnecki
mgr Joanna Duszyńska-Gawińska
mgr Anita Giersz
lek. med. Anna Grochal
mgr Anna Kołodziejczak
mgr Jolanta Kukawska
mgr Inga Kuźma
mgr Renata Margalska
mgr Elżbieta Mieszkowska-Żurawska
mgr Janina Mirończuk
dr Kazimierz Przybyszewski
lic. piel. Aleksandra Ruszczak
mgr Paweł Rzoska
mgr Anna Sadakierska-Chudy
mgr Maria Wojak

NEUROLOGIA DZIECIĘCA w TORUNIU

oraz wspierające ją dziedziny pokrewne i fundacje

pod redakcją
dr. n. med. Mariana Łysiaka

wydawnictwo adam marszałek

RECENZENT WYDAWNICZY
prof. dr hab. med. Jagna Czochańska

REDAKTOR PROWADZĄCY
Daniel Kawa

REDAKTOR TECHNICZNY
Paweł Banasiak

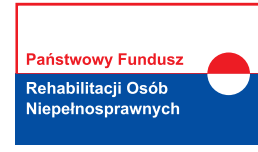
KOREKTA
Zespół

PROJEKT OKŁADKI
Krzysztof Galus

Fotografie na okładce: Bob Jacobs; Pko (panorama Torunia)

Zadanie współfinansowane ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

WOJEWÓDZTWO
KUJAWSKO-POMORSKIE



© Copyright by Wydawnictwo Adam Marszałek

Wszystkie prawa zastrzeżone. Książka, którą nabyłeś, jest dziełem twórcy i wydawcy. Żadna jej część nie może być reprodukowana jakimkolwiek sposobem – mechanicznie, elektronicznie, drogą fotokopii itp. – bez pisemnego zezwolenia wydawcy. Jeśli cytujesz fragmenty tej książki, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło

Toruń 2015
ISBN 978-83-8019-279-9

Wydawnictwo prowadzi sprzedaż wysyłkową:
tel./fax 56 648 50 70, e-mail: marketing@marszalek.com.pl

Wydawnictwo Adam Marszałek, ul. Lubicka 44, 87–100 Toruń
tel./fax 56 648 50 70; tel. 56 660 81 60, 56 664 22 35
e-mail: info@marszalek.com.pl www.marszalek.com.pl
Drukarnia nr 2, ul. Warszawska 52, 87–148 Łysomice, tel. 56 678 34 78

Spis treści

Wykaz skrótów | 8

Wstęp | 9

Marian Łysiak
1. Rola neurologów, psychiatrów i pediatrów w diagnostyce i leczeniu schorzeń ośrodkowego układu nerwowego u dzieci i młodzieży | 12

Marian Łysiak
2. Początki diagnostyki ośrodkowego układu nerwowego (o.u.n.) | 18

Marian Łysiak
3. Rodowody toruńskiej elektroencefalografii dziecięcej | 32

Anna Sadakierska-Chudy, Anna Kołodziejczak
4. Diagnostyka cytogenetyczna | 41

Anna Grochal
5. Powstanie NZOZ – Specjalistycznego Centrum Neurologii Wieku Rozwojowego „Neuron" | 44

Marian Łysiak
6. Starania wokół utworzenia Pododdziału Neurologii Dziecięcej | 46

Anna Grochal, Marian Łysiak
7. Powstanie Pododdziału Neurologii Dziecięcej | 47

Elżbieta Mieszkowska-Żurawska
8. Powstanie Pracowni Fizjoterapii | 50

Milena Burdach-Szydlowska, Agnieszka Augustyn
9. Działalność Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej | 51

Maria Wojak
10. Rehabilitacyjne Wczasy Rodzinne w Osieku n. Wisłą | 55

Franciszek Czajkowski
11. Ośrodek Czytelnictwa Chorych i Niepełnosprawnych Wojewódzkiej Biblioteki Publicznej – Książnicy Miejskiej w Toruniu | 61

Iwona Dmochowska
12. Dzieci głuche i niedosłyszące | 63

Joanna Duszyńska-Gawińska
13. Fundacja Ducha Na Rzecz Rehabilitacji Naturalnej Ludzi Niepełnosprawnych | 68

Janusz Czarnecki
14. „Fundacja o Uśmiech Dziecka" również dla dzieci ze schorzeniami neurologicznymi | 74

Renata Margalska
15. Działalność Klubu „J" w Toruniu. Idea grup samopomocowych | 77

Witold Cerkaski
16. Powstanie i działalność Miejskiego Ośrodka Rehabilitacji dla Dzieci i Młodzieży | 83

Małgorzata Bilska-Wodecka
17. Powstanie Ośrodka Rehabilitacji Dziennej w obiekcie po dawnym MORDiM przy ul. Ignacego Łyskowskiego 15 | 92

Anna Grochal
18. Fundacja Na Rzecz Rozwoju Dzieci Niepełnosprawnych „Daj Szansę" | 99

Aleksandra Ruszczak
19. Fundacja Społeczno-Charytatywna „Pomoc Rodzinie i Ziemi". Hospicjum dla Dzieci i Młodzieży „Nadzieja" w Toruniu | 101

Janina Mirończuk
20. Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Fundacji „Światło" | 104

Marian Łysiak
21. Autyzm, problem XX w. | 108

Paweł Rzoska
21.1. Relacje ojca dziecka z autyzmem wczesnodziecięcym powstawanie struktur organizacyjnych obejmujących dzieci autystyczne w Toruniu | 110

Anita Giersz
21.2. Działalność Niepublicznego Ośrodka Rewalidacyjno-Wychowawczego dla Dzieci i Młodzieży z Autyzmem w Toruniu. | 124

Inga Kuźma
21.3. Regionalny Ośrodek Informacji i Wsparcia Osób Niepełnosprawnych. Fundacja Wspomagania Rozwoju „Tu i Teraz" | 129

22. Publikacje z zakresu neurologii dziecięcej | 130

23. Biografie pionierów neurologii dziecięcej w Toruniu | 134

Marian Łysiak
23.1. Dr med. Georg Seger (1629–1678) profesor | 134

Marian Łysiak, Kazimierz Przybyszewski
23.2. Dr med. Władysław Trzaska (1861–1944) internista | 141

Marian Łysiak, Kazimierz Przybyszewski
23.3. Dr w. n. lek. Marian Józef Skowroński (1900–1978) pediatra | 143

Marian Łysiak
23.4. Lek. med. Izabela Wasilewska (1916–2000) neurolog, pediatra | 147

Marian Łysiak
23.5. Lek. med. Elżbieta Weymanowa (1923–) pediatra | 150

24. Reprinty wybranych publikacji | 153

25. Indeks osób (Rozdziały: 1–23) | 232

26. Aneksy | 239

Aneks 1. Pismo kierownika ZPSD Szpitala Dziecięcego dr. n. med. Mariana Łysiaka do dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Toruniu dr. n. med. Jerzego Jakubiaka | 240

Aneks 2. Protokół specjalisty wojewódzkiego w dziedzinie neurologii dr. n. med. Jerzego Matyjka z wizytacji Poradni Neurologicznej Wieku Rozwojowego | 242

Aneks 3. List lek. med. Anny Grochal ze stażu w BIBIC (Wielka Brytania) z 20.06.1993 r. | 245

Aneks 4. Posiedzenia naukowe z zakresu neurologii dziecięcej | 247

Aneks 5. Publikacje prasowe | 251

Aneks 6. Program stażu z zakresu neurologii dziecięcej dla innych specjalności | 254

27. Podsumowanie | 255

Spis rycin | 258

Zusammenfassung | 265

Summary | 267

WYKAZ SKRÓTÓW

ABA	– Applied Behavior Analysis (Metoda behawioralna)
Arch. Hist. Med.	– Archiwum Historii Medycyny
CAPD	– Central Auditory Processing Disorder (centralne zaburzenia przetwarzania słuchowego)
GUS	– Główny Urząd Statystyczny
ICF	– International Coach Fereration (Międzynarodowa Federacja Trenerów)
IPNFA	– Polskie Stowarzyszenie Metody PNF
IWRD	– Instytut Wspomagania Rozwoju Dziecka
KTA	– Krajowe Towarzystwo Autyzmu
lic. piel.	– licencjonowana pielęgniarka
MORDiM	– Miejski Ośrodek Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży
m.ż.	– miesiąc życia
NDT	– Neuro Developmental Treatment (Działania na rzecz rozwoju oun)
Neurol. Dzieć.	– Neurologia Dziecięca
Neuropatol. Pol.	– Neuropatologia Polska
NZOZ	– Niepubliczny Zespół Opieki Zdrowotnej
o.u.n	– ośrodkowy układ nerwowy
PAP	– Porozumienie Autyzmu Polska
PCDI	– Pinceton Child Development Institute (Instytut Rozwoju Dziecka w Pinceton)
PNF	– Neuromuscular Facilitation (Torowanie nerwowo mięśniowe)
PSNDT-Bobath	– Polskie Stowarzyszenie NDT-Bobath
PSTB	– Polskie Stowarzyszenie Terapii Behawioralnej
PTAB	– Polskie Towarzystwo Analizy Behawioralnej
PTP	– Polskie Towarzystwo Pediatryczne
SPOZA	– Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Autyzmem
SDŚ	– Sala Doświadczeń Świata
ZPSD Szpital Dziecięcy	– Zespół Poradni Specjalistycznych Dziecięcych Szpital Dziecięcy

Wstęp

Neurologia dziecięca rozwinęła się jako specjalność dopiero po II wojnie światowej. Opisy znanych dziś schorzeń neurologicznych u dzieci pojawiły się jednak o wiele wcześniej. Do najstarszych w Polsce zaliczyć należy publikacje XVII-wiecznego lekarza toruńskiego dr. med. Georga Segera (1629–1678) dotyczące padaczki u dzieci. Znaczące okazały się XIX-wieczne opisy zespołu Litlle'a czy późniejsze Lilienfelda, sugerujące, że istnieje ścisły związek przyczynowy między nieprawidłowym przebiegiem okresu płodowego i okołoporodowego a występowaniem zespołu zwanego dziś mózgowym porażeniem dziecięcym. W okresie początkowym schorzeniami neurologicznymi u dzieci zajmowali się pediatrzy, neurolodzy, a także psychiatrzy dorosłych. Pierwsi wnieśli do niej dobrą znajomość fizjologii dziecka, drudzy odkryli mechanizmy ontogenetycznych przemian w funkcjonowaniu ośrodkowego układu nerwowego (o.u.n.). Neurologia dziecięca uznana została w 1959 r. za odrębną specjalność. Na pewno wiele okoliczności wpłynęło na rozwój tej specjalności i trudno ustalić, które z nich odegrały rolę najważniejszą. Wiadomo na pewno, że występująca w latach czterdziestych i pięćdziesiątych ubiegłego wieku epidemia choroby Heinego-Medina, występująca głównie u dzieci, spowodowała większe niż do tego czasu zainteresowanie schorzeniami układu nerwowego u dzieci. Schorzenie opanowane zostało ostatecznie dzięki coraz powszechniejszym szczepieniom. Rozwój neonatologii z kolei spowodował także większą przeżywalność dzieci z uszkodzeniami oun. Powstała zatem konieczność kształcenia lekarzy w problematyce schorzeń neurologicznych u dzieci.

W 1948 r. odbyła się w Akademii Medycznej w Gdańsku pierwsza w Polsce habilitacja z zakresu neurologii dziecięcej na podstawie pracy Zofii Majewskiej (1907–1997) pt. *O rozwoju układu nerwowego u dziecka między 1 a 10 dniem życia*. Autorka jako pierwsza w Polsce uzyskała w 1950 r. tytuł

specjalistki w neurologii dziecięcej. Pierwszy w Polsce 15-łóżkowy Oddział neurologii dziecięcej powstał w Gdańsku w 1951 r. pod kierownictwem prof. Zofii Majewskiej[1]. Po odejściu profesor na emeryturę kierownictwo Oddziału przejęła doc. dr hab. med. Ewa Dilling-Ostrowska, a po nagłej śmierci prof. dr hab. med. Ewy Dilling-Ostrowskiej (1934–2013) kierownictwo Kliniki objęła doc. dr hab. med. Ewa Pilarska. W tym czasie utworzona została przy Zarządzie Głównym Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego Komisja Deficytowych Specjalności Pediatrycznych, której zadaniem było wyodrębnianie dziecięcych specjalności w neurologii, onkologii, psychiatrii, endokrynologii i kardiologii dziecięcej.

Drugi w Polsce Oddział Neurologii Dziecięcej o statusie Kliniki powstał z inicjatywy prof. dr. hab. med. Franciszka Groëra, trzeciego z kolei dyrektora Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie prof. Bolesława Górnickiego (pierwszym był prof. dr hab. med. Rajmund Barański). Jej pierwszym kierownikiem przez dwa lata (1962–1963) była dr Danuta Łukaszewicz-Dańcowa, (poprzednio ordynator Oddziału Neuroinfekcji Szpitala Zakaźnego przy ul. Siennej 60. w Warszawie).

W 1963 r. ordynatorem Oddziału Neurologii Dziecięcej został doc. dr hab. med. Roman Michałowicz (1926–2014), który w styczniu 1977 r. w nowo zbudowanym Szpitalu – Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie-Międzylesiu objął stanowisko Kierownika 25-łóżkowej Kliniki Neurologii Dziecięcej. Po jego przejściu na emeryturę w 1997 r. kierownictwo Kliniki Neurologii Dziecięcej i Epileptologii przejął doc. dr hab. med. Sergiusz Jóźwiak, który dotąd kieruje kliniką.

Kolejnym kierownikiem i współorganizatorem nowoczesnej Kliniki Neurologii Dzieci i Młodzieży w Instytucie Matki i Dziecka od 1976 r. była pracująca w niej od 1960 r. doc. dr hab. med. Jagna Czochańska, która kierowała nią do przejścia na emeryturę w 1998 r. Jej dorobkiem naukowym było przeszło 200 publikacji z zakresu neurologii dziecięcej oraz wydany pod Jej redakcją w 1985 r. pierwszy w Polsce podręcznik neurologii dziecięcej. Klinika stała się

[1] S. Konieczna, *Profesor Zofia Majewska – twórczyni polskiej szkoły neurologii rozwojowej*, „Neur. i Neuroch. Pol." 2008,vol. 42, nr 3; J. Czochańska, *Zarys neurologii dziecięcej w Polsce*, „Pediatria Polska" 1989, vol. LXIV, nr 10–12, s. 654–658. Praca doktorska Tadeusza Kruzela pod kierunkiem prof. dr. hab. Marcina Łyskanowskiego: *Rozwój neurologii dziecięcej w Polsce*, Biblioteka Główna Akademii Medycznej w Warszawie, t. 2262, Legnica 1990 s. 89.

wkrótce bazą szkoleniową dla licznej kadry przyszłych specjalistów. Schedę po prof. dr hab. Jagnie Czochańskiej przejęła zastępca kierownika Kliniki doc. dr hab. med. Elżbieta Szczepanik.

W Warszawie wyodrębniono w tym czasie również Pododdział Neurologii Dziecięcej przy Klinice Neurologii Akademii Medycznej liczący 12 łóżek, kierowany przez prof. dr hab. med. Irenę Hausman-Petrusewicz (1965).

Ośrodki podobne zaczęły powstawać poza Warszawą. Oddział Neurologii Dziecięcej w Łodzi powstał w roku 1960 w Szpitalu Dziecięcym im. Janusza Korczaka. Jego kolejnymi ordynatorami byli: do 1973 roku – dr med. Zdzisław Kuberski, do 1975 roku – lek. med. Irena Zaborowska, do 1982 roku – dr med. Aleksandra Barcikowska-Stępień, a ostatnio, już w Centrum Matki Polki – dr hab. med. Janusz Wendorf. Oddziały kliniczne Neurologii Dziecięcej powstały również w Krakowie (1961), Białymstoku (1963) i Poznaniu (1984).

Marian Łysiak

1.
ROLA NEUROLOGÓW, PSYCHIATRÓW I PEDIATRÓW W DIAGNOSTYCE I LECZENIU SCHORZEŃ OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO U DZIECI I MŁODZIEŻY

Do pionierów epileptologii dziecięcej w Toruniu zalicza się dr. med. Georga Segera (1629–1678). Spośród jego oryginalnych publikacji na przypomnienie zasługują te, które dotyczą w kolejności płodu, dziecka i młodzieńca: *O epilepsji dręczącej ciężarną i jej płód przez 25 tygodni*, *O zezie* i *Epilepsja leczona ogniem i spowodowanym epilepsją*. Jednym z pierwszych zajmujących się leczeniem dzieci i młodzież, który jako temat swej pracy doktorskiej wybrał zagadnienia związane z zapaleniem rdzenia, był dr med. Władysław Trzaska (1861–1944). Pracę obronił w Klinice Uniwersyteckiej w Erlangen 6.07.1889 r. Tytuł *Beitrag zur Kenntnis der Myelitis acuta. Przyczynek do etiopatogenezy ostrego zapalenia szpiku*[1].

W okresie międzywojennym zagadnieniami neurologii dziecięcej interesował się ówczesny ordynator pierwszego w Toruniu Oddziału Dziecięcego, dr wszech nauk lek. Marian Skowroński (1900–1978). Potwierdzeniem tych zainteresowań były publikacje dotyczące mózgowego porażenia dziecięcego i guzów mózgu[2].

Wyraźne przyspieszenie w rozwoju tej specjalności obserwuje się, jak już powiedziano, po II wojnie światowej. Kolejnego orędownika znalazła neurologia dziecięca w osobie byłego kierownika Kliniki Neurologii i Psychiatrii USB w Wilnie, prof. hab. med. Janiny Hurynowicz (1894–1967). Z jej inicjatywy,

---

[1] M. Łysiak, *Dr med. Georg Seger (1629–1678), pionier w dziedzinie epileptologii dziecięcej w Toruniu*, „Neurol. Dziec." 2005, vol. 14, nr 28, s. 59–61; APT, *Akta Rodziny Steinbornów. Biogram dr med. Władysława Trzaski*.

[2] M. Łysiak, *Doktor wszech nauk lekarskich Marian Józef Skowroński, autor pierwszego podręcznika ziołoleczniczego dla dzieci (1900–1979)*, „Wiadomości Lek." 1988, vol. XLI, nr 2, s. 142; *Słownik Biograficzny Zasłużonych Pediatrów*, E. Wilkoszewska (red.), Warszawa 1985, s. 112.

przy współudziale doc. dr. hab. med. Napoleona Baniewicza (1904–1979) psychiatry, prof. dra hab. med. Kazimierza Dąbrowskiego (1908–1987) psychologa i prof. dr. hab. med. Tadeusza Bilikiewicza (1901–1980) psychiatry, powstała w Toruniu latem 1946 r. Filia Instytutu Higieny Psychicznej, obejmująca również opieką dzieci i młodzież. Zlokalizowano ją początkowo w pomieszczeniach po internacie szkolnym przy ul. Piekary 1, a na przełomie lat 1949/1950 przeniesiona została wraz z Zakładem Neurofizjologii UMK do budynku przy ul. Mickiewicza 24/26.

Ryc. 1. Od lewej: dr med. Zofia Czyżewska, lek. med. Bożena Pietrowiak (1943–2014) stażystka i lek. med. Izabela Wasilewska

Początkowo dzieci i młodzież wyodrębniano tylko oddzielnym rejestrem. Z braku specjalistów w zakresie neurologii i psychiatrii dziecięcej leczeniem dzieci zajmowali się neurolodzy i psychiatrzy leczący dorosłych. Pracowali w tym czasie: doc. dr hab. med. Napoleon Baniewicz, dr med. Zofia Czyżewska (1902–1972) ordynator Oddziału Neurologicznego w Toruniu, dr Stanisław Krupkowski (1921–1953) ordynator Oddziału Neurologicznego II Wojskowego Szpitala Okręgowego w Toruniu, dr n. med. Zygmunt Kowalewski – neurolog oraz specjalizująca się w neurologii lek. med. Izabela Wasilewska (1916–2000).

W 1953 r. Filia Instytutu Higieny Psychicznej przekształcona została w Wojewódzką Przychodnię Zdrowia Psychicznego.

W 1956 r. wydzielono poradnię dla dzieci pod nazwą Poradnia Neuropsychiatryczna dla Dzieci i Młodzieży. Kierownictwo objęła lek. med. Izabela Wasilewska (1916–2000). Pod nowym kierownictwem lek. med. Hanny Mastalerz-Wilkans (1920–2001) absolwentki AM w Gdańsku (1951), Wojewódzka Przychodnia Zdrowia Psychicznego (W.P.Z.P.) weszła w latach 50. w kolejny dynamiczny okres rozwoju. Objął on również Poradnię Neuropsychiatryczną dla Dzieci i Młodzieży. Rozszerzona została baza diagnostyczna o możliwość wykonywania badań biochemicznych, audiometrycznych

Ryc. 2. Od lewej: dr n. med. Zygmunt Kowalewski neurolog, lek. med. Elżbieta Weymanowa pediatra, lek. med. Irena Łazarewicz internista oraz profilem – dr n. med. Witold Kowalewski neurochirurg

i EKG. Uruchomiona została jako jedna z pierwszych w kraju Pracownia EEG, w której zaczęto również badać dzieci starsze. Był to aparat amerykański typu RAHM. Pracownią kierowała mgr Genowefa Olearczuk. W 1963 r. kierownictwo Pracowni objęła mgr Wanda Waczyńska. Pracownia dysponowała już 16-kanałowym aparatem „Medicor" produkcji polskiej.

Badania opisywał początkowo dr n. med. Zygmunt Kowalewski, a później doc. dr hab. med. Juliusz Narębski (1927–1993). Korzystano również z pomocy konsultacyjnej laryngologa i okulisty. W 1956 r. pracę w Poradni Neuropsychiatrycznej dla dzieci podjął lek. med. Janusz Świdziński pediatra i psychiatra dziecięcy, a w 1958 r. lek. med. Elżbieta Weymanowa pediatra – ordynator Oddziału Noworodków.

Lek. med. E. Weymanowa zajęła się głównie wcześniakami i niemowlętami z uszkodzeniami o.u.n. Wszyscy trzej lekarze zatrudnieni byli w Poradni w niepełnym wymiarze godzin. Lek. med. Izabela Wasilewska, ówczesny kierownik Poradni, pracowała równocześnie na stanowisku z-cy ordynatora Oddziału Neurologicznego Szpitala Miejskiego przy ul. Przedzamcze 10, mając do dyspozycji wydzielone łóżka neurologiczne dla dzieci.

W 1966 r. kierownictwo W.P.Z.P. objął lek. med. Tadeusz Szmańda. W połowie lat sześćdziesiątych, w związku z chorobą i śmiercią ordynatora dr med. Zofii Czyżewskiej, dr Izabela Wasilewska zmniejszyła liczbę godzin swej pracy w Poradni, a w 1969 r. zrezygnowała z pełnienia funkcji kierownika. Kierownictwo Poradni przejął lek. med. Janusz Świdziński.

Ryc. 3. Od prawej: dr n. med. Marian Łysiak neurolog dziecięcy, lek. med. Janusz Świdziński kierownik Poradni Neuropsychiatrii Dziecięcej, mgr Elżbieta Myszkowska rehabilitantka, piel. Zofia Pierzchot i lek. med. Marek Cieślak (stażysta)

W następnym 10-leciu sytuacja kadrowa nieco się poprawiła. W 1973 r. odeszła wprawdzie z Poradni lek med. E. Weymanowa, ale w dwa lata później w związku z podjęciem specjalizacji w neurologii dziecięcej (trzy godziny dziennie), oddelegowany został do Poradni ze Szpitala Dziecięcego lek. med. Marian Łysiak. W 1977 r. z powodu objęcia stanowiska ordynatora oddziału Rehabilitacji w Szpitalu Miejskim im. M. Kopernika odeszła również z poradni lek. med. Izabela Wasilewska. W jej osobie Poradnia straciła doświadczonego neurologa i psychiatrę.

W tym samym roku zdecydowała się rozpocząć specjalizację w neurologii dziecięcej lek. med. Lucyna Indan-Cimochowska (1943–2011) neurolog, wcześniejszy asystent Oddziału Neurologii WSZ. W związku z czym rozpoczęła pracę w Poradni na pełnym etacie, w 1973 r. z powodu przejścia psychiatrii i neurologii dziecięcej pod nadzór Instytutu Matki i Dziecka Poradnia przyjęła nazwę „Poradni Neuropsychiatrycznej Wieku Rozwojowego". W czerwcu br. została wzmocniona przez lek. med. Alinę Moniuszko-Codrow psychiatrę dziecięcego, b. ordynatora oddziału Psychiatrycznego Wojewódzkiego Szpitala Schorzeń Neurologicznych w Świeciu. W ten sposób poradnia dysponowała dwoma lekarzami pełnoetatowymi – zajmującymi się neurologią dziecięcą i psychiatrią dziecięcą.

Wkrótce jednak opuściła poradnię lek. med. Lucyna Indan-Cimochowska, wyjeżdżając do pracy w Maroku; po powrocie do neurologii dziecięcej

Ryc. 4. Mgr Elżbieta Mieszkowska w trakcie ćwiczeń rehabilitacyjnych

Ryc. 5. Kontynuacja ćwiczeń rehabilitacyjnych u pacjentki z mózgowym porażeniem dziecięcym

Ryc. 6. Lek. med. Marek Cieślak (stażysta) testuje echoencefaloskop, produkcji polskiej. Probantem była pielęgniarka z Poradni, Pani Zofia Pierzchot

już nie wróciła[3]. W 1979 r. ze środków Zakładu Włókien Sztucznych Elana zbudowano na terenie Szpitala Dziecięcego pawilon „Namysłów", w którym ulokowano między innymi również Poradnię Neurologii Dziecięcej.

W związku z uzyskaniem specjalizacji w neurologii dziecięcej przez lek. med. Mariana Łysiaka (8.05.1979) pod kierunkiem prof. dr. hab. med. Romana Michałowicza z Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie-Międzylesiu, zrezygnował ze stanowiska z-cy ordynatora po 16 latach pracy w Oddziale Obserwacyjnym Szpitala Dziecięcego obejmując w dniu 1.06.1985 r. kierownictwo Poradni Neurologicznej Wieku Rozwojowego WPZP przy ul. Mickiewicza 24/26. W Oddziałach szpitalnych pełnił nadal rolę konsultanta.

W dniu 2.12.1987 r. zorganizowany został przy Poradni Gabinet Rehabilitacyjny, gdzie podjęła pracę mgr rehabilitacji Elżbieta Mieszkowska.

Poradnia poszerzyła bazę diagnostyczną o aparat do transluminacji i echoencefaloskop.

[3] J. Świdziński, „*Zarys dziejów ambulatoryjnej opieki neuropsychiatrycznej nad dzieckiem i młodzieżą w Toruniu*" – maszynopis (do 1980).

Marian Łysiak

2.
POCZĄTKI DIAGNOSTYKI OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO (O.U.N.)

Dnia 1.04.1987 r. w Szpitalu Dziecięcym przy ul. Szosa Bydgoska 1 na użytek Poradni Neurologii Dziecięcej i Oddziałów zorganizowano pierwszą w województwie toruńskim Pracownię EEG dla dzieci. Jej kierownikiem została mgr biologii z koła naukowego przy Katedrze Psychoneurologii UMK kierowanego przez prof. dra hab. med. J. Zarębskiego, Jolanta Korniluk (później Kukawska)[1]. 1.04.1988 r. Pracownia EEG została przeniesiona wraz z Poradnią Neurologii Dziecięcej do nowo powstałego obiektu Szpitala Dziecięcego na osiedlu „Na Skarpie" przy ul. 3 Maja 42.

Dnia 16.07.1987 r. mimo obowiązków, które wynikły z objęcia stanowiska Lekarza Naczelnego Szpitala Dziecięcego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego, dr n. med M. Łysiak kierował nadal Poradnią Neurologii Dziecięcej.

W dniu 1.10.1988 r. do dyspozycji neurologii dziecięcej stanęła również pracownia USG, uruchomiona we wspomnianym szpitalu, gdzie rozpoczęto wykonywać badania śródciemieniowe.

Badania naczyniowe (dopplerowskie) wykonywano w Pracowni Oddziału Neurologii WSZ kierowanego przez dr n. med. Jerzego Matyjka.

W latach dziewięćdziesiątych lekarze Poradni Neurologicznej opublikowali kilkanaście artykułów poświęconych zagadnieniom neurologii dziecięcej. Na zaproszenie neurologów dziecięcych Szpital Dziecięcy wizytowali: prof. dr hab. med. Jagna Czochańska, kierownik Kliniki Neurologii Dzieci i Młodzież Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie, prof. dr hab. med. Ewa Dilling-Ostrowska, kierownik Kliniki Neurologii Dziecięcej Akademii Medycznej w Gdańsku oraz doc. dr hab. med. Zbigniew Łosiowski z Kliniki Neurologii Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie.

[1] Ibidem, s. 656.

Ryc. 7. Lek. med. Grzegorz Postek w trakcie wykonywania badania śródciemieniowego aparatem USG, obok piel. Krystyna Ketzner, wrzesień 1993 r.

Ryc. 8. Personel Poradni Neurologii Dziecięcej, grudzień 1994. Od lewej: lek. med. Dorota Brygman, mgr Anna Sadakierska-Chudy, genetyk, mgr Sylwia Domagalska, rehabilitantka, dr n. med. Marian Łysiak, kierownik Poradni, mgr Jolanta Kukawska, elektroencefalografistka, mgr Marzena Czerniawska, pedagog

Ryc. 9. Wykład prof. dr hab. med. Jagny Czochańskiej, kierownika Kliniki Neurologii Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie dotyczący padaczki w bibliotece Szpitala Dziecięcego

Poradnia Neurologiczna Wieku Rozwojowego pozostała w ścisłym kontakcie z miejscowym Oddziałem Neurologicznym Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego (WSZ), prowadzonym przez dr. n. med. Jerzego Matyjka oraz Kliniką Neurologiczną Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka kierowaną przez prof. dr hab. med. Jagnę Czochańską, gdzie między innymi odbywano także staże w Pracowni EEG kierowanej przez doc. dr hab. med. Annę Koślacz-Folgę. 1.01.1987 r. specjalizację w neurologii dziecięcej podjęła lek. med. Anna Grochal pod kierunkiem doc. dr hab. med. Zbigniewa Łosiowskiego z Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. Egzamin spec. zdała 2.12.1992 r.

Stażowano także w Klinice Neurologii Dziecięcej Centrum Zdrowia Dziecka (CZD) w Warszawie-Międzylesiu kierowanej przez prof. dr. hab. med. Romana Michałowicza.

Wybór ten pozostawał nie tylko w związku z rangą wspomnianych ośrodków, ale również z tokiem specjalizacji. W CZD wykonywano także pierwsze badania komputerowe głowy toruńskich pacjentów szpitalnych i ambulatoryjnych.

Miejscem szkolenia bywała również Klinika Neurologii Dziecięcej Centrum Zdrowia Matki Polski w Łodzi, kierowana przez doc. dra hab. med. Janusza Wendorfa oraz Klinika Neurologii Rozwojowej Akademii Medycznej w Gdańsku, kierowana przez prof. dr hab. med. Ewę Dilling-Ostrowską (1934–2012)[2].

Poradnia Neurologii Dziecięcej pozostawała również w bliskich kontaktach z Katedrą i Kliniką Neurologii Wieku Rozwojowego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu kierowaną przez prof. dr hab. med. Barbarę Steinborn oraz Katedrą i Kliniką Chorób Zakaźnych i Neurologii Dziecięcej III Kliniki Pediatrii tego samego UM kierowaną przez prof. dr. hab. med. Wojciecha Służewskiego.

W nowym Szpitalu Dziecięcym na Osiedlu „Na Skarpie" zdecydowano o konieczności unowocześnienia opieki nad wcześniakami z niską wagą urodzeniową. Wielki trud organizacyjny i merytoryczny podjął ordynator i organizator Oddziału Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka dr n. med. Zygmunt Zbucki.

Do sukcesu przyczyniła się istotnie „Fundacja o Uśmiech Dziecka" kierowana od 1992 r. przez jej prezesa dr n. med. Janusza Czarneckiego.

---

[2] E. Pilarska, *Wspomnienie o Profesor Ewie Dilling-Ostrowskiej*, „Neurologia Dziecięca Child Neurology" 2013, vol. 22, nr 44, s. 61.

Ryc. 10. W zebraniu szkoleniowym uczestniczył również doc. dr hab. med. Zbigniew Łosiowski (szósty od prawej)

Ryc. 11. Wizyta prof. dr hab. med. Jagny Czochańskiej w nowym Szpitalu Dziecięcym na Skarpie (1989 r.)

Ryc. 12. Prof. dr hab. med. Jagna Czochańska w rozmowie z mgr Anną Antoszewską kierownikiem Działu Diagnostyki Laboratoryjnej o szerokim zakresie badań z użyciem nowoczesnego aparatu Express Plus, w zakupie którego partycypowała „Fundacja o Uśmiech Dziecka". Dzięki aparatowi możliwe stało się uzyskiwanie około 150 parametrów biochemicznych z 4–5 kropli krwi noworodka czy niemowlęcia

Ryc. 13. Prof. dr hab. med. Roman Michałowicz (1926–2014) z adeptami neurologii dziecięcej: Dorotą Brygman i Marianem Łysiakiem

Ryc. 14. Wykład prof. dr hab. med. Ewy Dilling-Ostrowskiej (1934–2013) w bibliotece Szpitala Dziecięcego w Toruniu pt. *Bóle głowy u dzieci* 11.05.1992 r.

Ryc. 15. Dr n. med. Zygmunt Zbucki, twórca Oddziału Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka (OPiITN), z piel. oddziałową Halina Piotrowską. Na zdjęciu dwa inkubatory przekazane w 27.04.1996 r. szpitalowi przez „Fundację o Uśmiech Dziecka". Był to dar rotarian niemieckich z Ratzeburga wartości 25 000 DM (ponad 50 000 PLN)

Ryc. 16. Karetka N „Mercedes 300" w 1998 r. skierowana do dyspozycji OPiITN była darem Klubu Rotariańskiego z Ratzeburga i toruńskiego Klubu Rotarian przekazanym w siódmym roku działalności „Fundacji o Uśmiech Dziecka" na rzecz Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Toruniu

Ryc. 17. Dr n. med. Hanna Streich, koordynator OPiITN, i z-ca dr n. med. Anna Perdzyńska z zespołem

Ryc. 18. Kierownik Działu Rentgenodiagnostyki lek. med. Andrzej Kojtka z zespołem

Ryc. 19. Dr n. med. Janusz Czarnecki – koordynator Kardiologii Dziecięcej i z-ca lek. med. Grażyna Zadrozińska z zespołem

Ryc. 20. Dr n. med. Roman Stankiewicz – koordynator Oddziału Pediatrii i Nefrologii ze Stacją Dializ oraz z-ca lek. med. Hanna Kipigroch (piąta od prawej) z zespołem

Ryc. 21. Dr n. med. Wojciech Dziewulski, twórca Poradni Preluksacyjnej

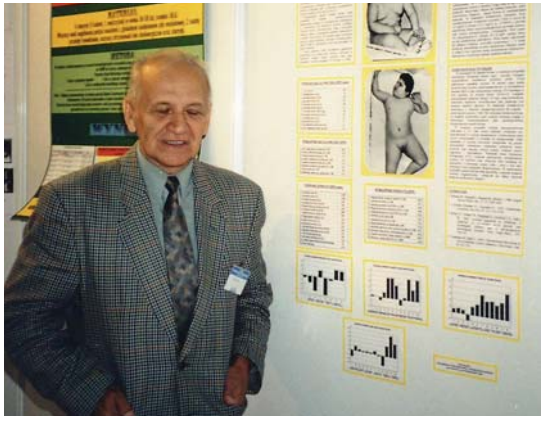
Ryc. 22. Udział w sesji plakatowej XXXIII Ogólnopolskiego Zjazdu Pediatrów w Lublinie 10–12.09.1992 r. Tytuł: *Trudności rozpoznawcze i leczenie w przebiegu mózgowego porażenia dziecięcego współistniejącego z wrodzoną niedoczynnością tarczycy u trojga niemowląt*. Autorzy: M. Łysiak, A. Golińska-Zbucka, I. Witkowska

Ryc. 23. Meeting of the European Federeation of Neurological Societies, Poznań, Poland, 24 to 26.11.1994. Pierwszy od prawej wiceprezydent J. Olsen (Dania)

Ryc. 24. Prof. dr hab. med. Bożena Galas-Zgorzalewicz, Mitting of the European Federation of neurological Societies Poznań, Poland 24 to 26.11.1994. M. Łysiak i D. Brygman prezentują plakat pt. „The recurrent form of the Guillain-Barre, Strohl syndrome in 12 year old girl"

Ryc. 25. Doc. dr hab. med. Sergiusz Jóźwiak z Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie, przewodniczy sesji plakatowej. Przed plakatem pt. „Emergence of optic nerve glioza in 8-year old girl as a complication of neurofibromatosis occuring in family" autorstwa Mariana Łysiaka i Doroty Brygman. International Conference on neurocutaneous syndroms (Phacomatosis) Child's Health Centre, Warsaw 12–13.05.1995

Ryc. 26. Prezentacja w sesji plakatowej pt. „Padaczka w zespołach zaburzeń oddychania u noworodków leczonych mechaniczną wentylacją", M. Łysiak, I. Witkowska, J. Hermanowska. II Ogólnopolskie Dni Neurologii Dziecięcej. Kraków 17–18.05.1996 r. Na rycinie od lewej uczestniczki sesji: lek. med. Dorota Brygman i lek. med. Iwona Witkowska, współautorka plakatu



Ryc. 27. Sesja plakatowa XVI Zjazdu Polskiego Towarzystwa Neurologicznego w Katowicach 26–29.09.1996. M. Łysiak, W. Buchwald, A. Sadakierska-Chudy, „Przypadek zespołu Sotosa u chłopca 8-letniego, aspekty diagnostyczne"

Ryc. 28. Lek. med. Dorota Brygman i dr n. med. Marian Łysiak, prezentacja w sesji plakatowej: „Przypadek tętniaka żyły Galena u 3-letniej dziewczynki". 6–8.05.1999. III Zjazd Polskiego Towarzystwa Neurologii Dziecięcej w Łodzi

Ryc. 29. Sesja plakatowa na XXVI Ogólnopolskim Kongresie Pediatrów, Białystok–Mikołajki, 6–9 czerwca 1999: „Późne rozpoznanie kwasicy izowalerianowej u piętnastoletniego chłopca", autorzy B. Iwaniszewska, H. Jankowska (na zdjęciu), M. Łysiak (na zdjęciu) i A. Radziszewska

Ryc. 30. Gabinet Poradni Neurologii Dziecięcej w ZSPD, 11.05.1999. Kierownik Poradni dr n. med. M. Łysiak i lek. med. A. Radziszewska (stażystka), matka i dziadkowie małej pacjentki

Ryc. 31. Mgr Sylwia Domagalska – rehabilitantka gratuluje pacjentce po wykonaniu programu ćwiczeń

Ryc. 32. Dr n. med. Witold Kowalewski neurochirurg, drugi od lewej

Ryc. 33. Lek. med. Anna Wybudowska, specjalista w okulistyce, w trakcie badania

Ryc. 34. Lek. med. Ryszard Redziński – ordynator Oddziału Laryngologii, w trakcie konsultacji

Ryc. 35. Lek. stom. Józefa Binnebesel w gabinecie stomatologicznym, inicjatorka zabiegów w znieczuleniu ogólnym z anestezjologiem, głównie w leczeniu dzieci z uszkodzeniami o.u.n

W trakcie i po uzyskaniu specjalizacji prezentowano dorobek naukowy na Zjazdach.

Toruńscy neurolodzy dziecięcy uczestniczyli czynnie w zjazdach PTND, PTN i PTP, zarówno tych krajowych, jak i międzynarodowych.

Pierwszym pacjentem Szpitala Dziecięcego w Toruniu, u którego wykonano badanie angiograficzne naczyń mózgowych, był w 1979 r. chłopiec 12-letni W.W. z wielonarządową toksoplazmozą. Innym pacjentem, u którego wykonano badanie komputerowe głowy, był w 1981 r. sześciomiesięczny chłopiec M.J. z wodniakiem podtwardówkowym. Pierwszą pacjentką, u której w 1982 r. wykonano badanie scyntygraficzne głowy, była 6-letnia dziewczynka I.S., leczona z powodu krwiaka podtwardówkowego. 1 kwietnia 1988 r. uruchomiono nowy obiekt dla Zespołu Poradni Specjalistycznych Dziecięcych (ZPSD) Szpitala Dziecięcego przy ul. Konstytucji 3 Maja 40. Dnia 22.05.1991 r. ulokowano tam również Poradnię Neurologii Dziecięcej.

W związku z wyjazdem lek. med. Anny Grochal na 2-letni staż do British Institute for Brain Injured Children w Bridgwatwer (Wielka Brytana) od 2.11.1993 r. pracę w Poradni na pełnym etacie podjęła lek. med. Dorota Brygman, pediatra z zamiarem specjalizowania się w neurologii dziecięcej. Specjalizację podjęła pod kierunkiem dr n. med. Barbary Mańkowskiej z Kliniki Neurologii Rozwojowej Akademii Medycznej w Gdańsku. Tytuł specjalisty uzyskała 14.12.1999 r. W tym samym czasie specjalizację podjęła również neonatolog z Oddziału Noworodków WSZ lek. med. Iwona Witkowska. Specjalizację z neurologii dziecięcej uzyskała pod kierunkiem kierownika Kliniki Neurologii Dziecięcej AMG dr hab. med. Ewy Pilarskiej 14.04.1999 r.

Jak wyżej wspomniano, w ZPSD znalazła swoje miejsce również Poradnia Genetyczna kierowana przez mgr Annę Sadakierską-Chudy, a także Gabinet Rehabilitacyjny, prowadzony przez mgr Sylwię Domagalską, uruchomiony 1 lutego 1996 r.

Wkrótce na potrzeby Oddziałów i Poradni pracę konsultacyjną jeden raz w tygodniu podjął na zasadzie umowy zlecenia dr n. med. Witold Kowalewski z Kliniki Neurochirurgicznej Akademii Medycznej w Bydgoszczy.

Poradnię Psychologiczną od 15.03.1991 r. prowadziła w niepełnym wymiarze godzin mgr Ewa Czubak, a po jej odejściu od 1.10.1992 r. mgr Joanna Kuklińska. Po odejściu tejże do pracy w Poznaniu od 1.02.1995 r. zatrudniono psychologa klinicznego mgr Katarzynę Przygocką-Haraszczak, absolwentkę psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Jej zainteresowania dotyczyły problemów trudności szkolnych, a w szczególności

zaburzeń zachowania u dzieci i młodzieży. Wkrótce także w ramach szkoły szpitalnej powstała potrzeba zatrudnienia pedagoga szkolnego. Stanowisko to objęła mgr Marzena Czerniawska.

Poradnia Neurologii Dziecięcej, pozostając w kompleksie Szpitala Dziecięcego, posiadała jak wcześniej podano nie tylko dostęp do bazy diagnostycznej, takiej jak Zakład Diagnostyki Analitycznej czy Radiologii, ale również do Stacji Dializ oraz gabinetów konsultacyjnych z zakresu okulistyki, laryngologii i stomatologii.

Marian Łysiak

3.
RODOWODY TORUŃSKIEJ ELEKTROENCEFALOGRAFII DZIECIĘCEJ*

Przeszło 100-letnia historia elektroencefalografii (EEG) to czas rozlicznych badań, które umożliwić miały rejestrację czynności bioelektrycznych mózgu ludzkiego. Badania zjawisk elektrycznych w korze mózgowej i rdzeniu podjęte przez Napoleona Cybulskiego (1854–1919) w Katedrze Fizjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego, rozpoczęte w latach 1890/1891 i kontynuowane przez jego ucznia Adolfa Becka (1863–1942), stały się podwaliną tej specjalności, rozbudowanej teoretycznie i praktycznie przez niemieckiego psychiatrę Hansa Bergera. Za datę jego pierwszego opisu EEG przyjęto 1920 r.[1] Po II wojnie światowej zapisy EEG stały się rutynową metodą badawczą[2]. Równolegle rozwijała się jej młodsza siostra – elektroencefalografia dziecięca[3]. Celem opracowania jest przedstawienie rozwoju toruńskiej elektroencefalografii dziecięcej, począwszy od jej pojawienia się w 1949 r. na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika, a skończywszy na powszechnej w Toruniu dostępności badań EEG u dzieci i młodzieży w 2007 r. Paradoksy wojenne losów ludzi i instytucji sprawiły, że korzenie tej specjalności pojawić się mogły poza uczelniami medycznymi. 15 maja 1945 r. z transportem przesiedleńców z Wilna przybyli do Torunia tamtejsi pracownicy nauki w nadziei na reaktywowanie na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika – Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Stefana Batorego (USB). Pasjonatką tej idei była wów-

* Rozdział 3 jest powtórzeniem publikacji Mariana Łysiaka pt. *Rodowody toruńskiej elektroencefalografii dziecięcej. Medycyna a technologia*, [w:] *Medizin und Technologie,* red. A.Magowska, F. Dross, Poznań 2012, s. 146–155.

[1] E. Herman, *Prof. dr med. Napoleon Cybulski (13 IX 1854–27 IV 1919)*, [w:] *Neurolodzy polscy*, Warszawa 1958, s. 183–189.

[2] K. Jus, A. Jus, *Elektroencefalografia kliniczna*, Warszawa 1967, s. 11.

[3] W. Kułak, W. Sobaniec, *Historia odkrycia EEG*, „Neur. Dziec." 2006, 29, s. 53.

czas 61-letnia doc. dr hab. med. Janina Hurynowicz (1884–1967)[4]. Urodziła się 10 listopada 1884 r. w Ufie w powiecie święciańskim. Studia medyczne odbyła w latach 1912–1918 w Żeńskim Instytucie Medycznym w Sankt Petersburgu, zakończone dyplomem lekarskim „cum eximia laude" w 1918 r. W latach 1922–1933 pracowała w Klinice Neurologicznej USB w Wilnie, początkowo jako asystent, potem adiunkt aż do likwidacji kliniki po przejściu na emeryturę jej kierownika prof. Stanisława Karola Władyczko (1878–1936).

Ryc. 36. Prof. dr hab. med. Janina Hurynowicz (1894–1967) z asystentem lek. med. Zygmuntem Kowalewskim w trakcie interpretacji eegramu wykonywanego aparatem Rham 6 produkcji USA, uruchomionym w Wojewódzkiej Przychodni Zdrowia Psychicznego w Toruniu przy ul. Mickiewicza 24/26 w Pracowni EEG dla dorosłych i dla dzieci

W 1933 r. nastąpiła fuzja Klinik Neurologicznej i Psychiatrycznej, a kierownictwo spoczęło w jednych rękach – prof. Maksymiliana Rosego (1834––1937). W 1927 r. na podstawie pracy pt. *Wpływ insuliny na układ nerwowy wegetatywny* uzyskała stopień doktora nauk biologicznych. Promotorem był prof. Stanisław Karol Władyczko. Większość prac, z pracą doktorską na czele, była wynikiem współpracy z Zakładem Fizjologii USB, kierowanym przez prof. Mariana Eigera (1873–1939), ucznia prof. Napoleona Cybulskiego (1854–1919), pioniera elektroencefalografii w Polsce[5]. Od roku 1938–1939 była kierownikiem i zastępcą profesora Rosego aż do jego śmierci. Po dwuletnim stażu w klinikach i laboratoriach paryskich habilitowała się na podstawie pracy pt. *Nerwy iteratywne w świetle badań metodą chronaksji*. W 1933 r. przeszła do Zakładu Fizjologii USB, gdzie od 1938 r. kierowała samodzielną pracownią neurofizjologiczną. Do jej uczniów z okresu wileńskiego należał późniejszy profesor Zygmunt Kaniowski (1909–1968), po II wojnie świato-

[4] J. Narębski, L. Janiszewski, *Z kart historii: Janina Hurynowicz (1894–1067)*, Biuletyn Informacyjny K-OIL w Toruniu, 1993, s. 8; A. Śródka, *Marian Eiger (1873–1939)*, „Acta Physiol. Pol." 1987, vol. 38, nr 3, s. 225–236.

[5] M. Łysiak, *Neurologia toruńska. 50-lecie istnienia Oddziału Neurologii Szpitala Miejskiego i Wojewódzkiego w Toruniu (1948–1998)*, Toruń 1998, s. 11.

wej kierownik Kliniki Neurologicznej Akademii Medycznej w Białymstoku. Pracę doktorską pt. *Wpływ alkoholu na czynności bioelektryczne mózgu w pracy i znużeniu umysłowym* przygotował na UMK, korzystając z aparatu Rham 6, broniąc w 1951 r.[6] Do wybitnych jej uczniów należeli również: prof. Jerzy Olszewski (1913–1964) pracujący w kanadyjskim Toronto, wybitny anatom i patolog mózgu, prof. Wiktor Szyryński (1914–2007), znany psychiatra z Kanady, a także wybitny neuropatolog pracujący w Bethesie (USA), prof. Igor Klatzo (1916–2007)[7].

W roku 1949, w następstwie likwidacji Filii Instytutu, powstała Centralna Wojewódzka Przychodnia Zdrowia Psychicznego (CWPZP) przy ul. Mickiewicza 24/26. Wkrótce przystąpiono do organizacji Zakładu Neurofizjologii i Fizjologii Porównawczej na Wydziale Matematyczno-Przyrodniczym powstałego w 1945 r. Uniwersytetu Mikołaja Kopernika (UMK) w Toruniu. W 1946 r. pod kierunkiem prof. Janiny Hurynowicz powołana została w Toruniu Filia Państwowego Instytutu Higieny Psychicznej w Warszawie. Do zadań Instytutu należała między innymi opieka nad dziećmi i młodzieżą. W 1949 r. , w następstwie likwidacji Filii Instytutu, powstała Centralna Wojewódzka Przychodnia Zdrowia Psychicznego (CWPZP) przy ul. Mickiewicza 24/26. Kierownictwo CWPZP objęła prof. Hurynowicz. W 1946 r. uzyskała tytuł profesora nadzwyczajnego, a w roku 1949 zwyczajnego fizjologii i neurofizjologii. Do głównych jej zainteresowań należała między innymi elektrofizjologia. Nie ulega wątpliwości, że jej osobowość wywarła decydujący wpływ na zainteresowania i wybór specjalności naukowej wielu lekarzy.

W 1949 r. dotarł do Torunia jeden z pierwszych w Polsce aparatów EEG, jakie z USA przywiózł zaprzyjaźniony z prof. Hurynowicz – prof. Kazimierz Dąbrowski. Był to aparat typu Rham 6 produkcji USA. Utworzona przez nią pracownia elektrofizjologii była jedną z pierwszych w Polsce, gdzie kształciło się wielu lekarzy z różnych ośrodków w kraju[8].

---

[6] I. Klatzo, *Wspomnienie o profesorze Jerzym Olszewskim (1913–1964)*, „Neuropatol. Pol." 1965, t. 3, nr 3, s. 221–223.

[7] I. Sławińska, *Szyryński Wiktor*, [w:] *Z dziejów Almae Matris Vilnensis. Księga pamiątkowa ku czci 400-lecia i 75-lecia wskrzeszenia Uczelni Wileńskiej*, red. nauk. L. Piechnik, K. Puchowski, Kraków 1990, s. 405; Rap Zb., M., *In memory of Profesor Igor Klatzo (1916–2007)*, „Folia Neuropathologica" 2007, vol. 45, nr 3, s. 153–154; S. Kalembka (red.), *Pracownicy nauki i dydaktyki Uniwersytetu Mikołaja Kopernika 1945–1994. Materiały do biografii*, Toruń 1945–1995, s. 271–272.

[8] M. Łysiak, *Neurologia toruńska. Jubileusz 50-lecia istnienia Oddziału Neurologii Szpitala Miejskiego i Wojewódzkiego w Toruniu (1948–1998)*, Toruń 1998, s. 15.

Spośród toruńskich uczniów prof. Hurynowicz wymienić należy jej pierwszego asystenta w pracowni EEG, lek. med. Zygmunta Kowalewskiego (1921–2010), który doktoryzował się na podstawie pracy pt. *Wpływ ostrego zmęczenia na układ błędnikowy królika w badaniach chronaksjometrycznych*, oraz lek. med. Stanisława Krupkowskiego (1921–1953), ordynatora Oddziału Neurologicznego w Wojskowym Szpitalu Okręgowym w Toruniu, który stopień dra n. med. uzyskał na podstawie pracy pt. *Porównawcze zmiany elektroencefalograficzne młodzieży szkolnej w okresie wiosennego wysiłku umysłowego i powakacyjnego wypoczynku*. Promotorem obu doktoratów była prof. Hurynowicz.

Najwybitniejszymi uczniami profesor Hurynowicz w dziedzinie EEG byli późniejsi profesorowie: Leszek Janiszewski (1925–1996), Władysław Zygmunt Traczyk urodzony w 1928 r. i Juliusz Narębski (1927–1995). Leszek Janiszewski urodził się 4.06.1925 r. w Bydgoszczy. Studiował na Wydziale Biologii (Fizjologia Zwierząt) Uniwersytetu Mikołaja Kopernika (UMK) w Toruniu, uzyskując w 1952 r. tytuł magistra. Studia podyplomowe w zakresie biofizyki odbył w latach 1961–1962 w New York University. W 1960 r. doktoryzował się na podstawie pracy pt. *Chronaksjometryczna ocena wpływu niektórych stymulatorów na obwodowy układ naczynioruchowy w stanach znużenia i zmęczenia*, natomiast w 1965 r. habilitował się na podstawie pracy pt. *Porównawcza analiza elementarnych zjawisk bioelektrycznych u niektórych bezkręgowców.* Promotorem i opiekunem w obu przypadkach była prof. Hurynowicz. W pracach doświadczalnych posługiwał się diagnostyką EEG, badając układ przedsionkowy królika przy pobudzaniu go hipotermią, alkoholem etylowym czy serotoniną. Był członkiem licznych towarzystw naukowych w kraju i za granicą. Do końca życia kierował Katedrą (po 1969 r. Zakładem) Fizjologii Zwierząt Wydziału Biologii UMK[9]. Władysław Zygmunt Traczyk urodził się 27.06.1928 r. w Warszawie. W 1951 r. ukończył studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Warszawie, następnie podyplomowe w I Medycznym Instytucie w Moskwie w latach 1952–1955, a podoktoranckie w University of Kalifornia (USA) w latach 1966–1967. Tytuł kandydata nauk medycznych uzyskał w 1955 r., habilitował się w 1962 r., tytuł profesora nadzwyczajnego uzyskał w 1973 r., a zwyczajnego w 1980 r. Pracę naukową rozpoczął w Zakładzie Fizjologii Człowieka AM w Łodzi. Już

[9] S. Kalembka (red.), *Pracownicy nauki i dydaktyki…*, s. 291.

w 1963 r. został kierownikiem Zakładu Fizjologii. W latach 1973–1998 był dyrektorem Instytutu Fizjologii i Biochemii. Profesor Traczyk przewodniczył wielu organizacjom naukowym w kraju i za granicą. W latach 1977–1981 kierował jako wiceprezes, a od 1981–1985 jako prezes Polskim Towarzystwem EEG i Neurofizjologii Klinicznej. W latach 1984–1985 przewodniczył Zrzeszeniu Towarzystw EEG Krajów Socjalistycznych. Był między innymi redaktorem i współautorem książki pt. *Diagnostyka czynnościowa człowieka – fizjologia stosowana* wydanej w roku 1999 oraz redaktorem i współautorem *Słownika fizjologii człowieka* wydanego w 2000 r.[10]

Juliusz Narębski urodził się 5 stycznia 1927 r. we Włocławku. W następnym roku rodzice z trójką dzieci przenieśli się do Wilna, gdzie ojciec do 1937 r. był architektem miejskim, a później profesorem architektury wnętrz na Wydziale Sztuk Pięknych USB. Po wojnie wraz z rodziną, a także innymi pracownikami USB, osiadł na stałe w Toruniu. Ojciec, Stefan Narębski objął profesurę na Wydziale Sztuk Pięknych nowo powstałego UMK. Juliusz Narębski studiował w Akademii Medycznej Gdańsku (1947–1952). Pierwszy 9-miesięczny staż naukowy odbył w Instituto Superiore di Sanita w Rzymie, w pracowni neurofarmakologii i biochemii, kierowanej przez prof. Ernesta B. Chaina, laureata Nagrody Nobla i prof. V.G. Longo. Doktorat uzyskał w 1960 r. w Zakładzie Fizjologii Zwierząt na Wydziale Biologii i Nauk o Ziemi UMK na podstawie pracy pt. *Czynność bioelektryczna mózgu (EEG) królików w poronnych powtarzanych wstrząsach anafilaktycznych w toku przewlekłych stanów uczuleniowych*, której promotorem była prof. Hurynowicz. Doktorat był rozwinięciem tematyki, jaką zajmowała się profesor w latach 1938–1939. Habilitował się w 1965 r. na podstawie rozprawy pt. *Analiza elektroencefalograficzna mózgowych mechanizmów odwracalnych wstrząsu anafilaktycznego*. Po uzyskaniu stanowiska docenta od początku roku 1966 w sferze jego nowych zainteresowań znalazła się fizjologia snu, oparta na badaniach elektroencefalograficznych, również w ujęciu porównawczym, ze szczególnym uwzględnieniem aspektu chronobiologicznego i okołodobowego. Tytuł profesora nadzwyczajnego uzyskał w 1975 r., a profesora zwyczajnego w 1989 r. Profesor był aktywnym członkiem towarzystw i komitetów naukowych. Od 1968 r. był członkiem Komitetu Nauk Fizjologicznych PAN, a w ramach tego komitetu – członkiem Komisji Neurofizjologii Klinicznej i Epilepsji,

[10] B. Cynkier (red.), *Kto jest kim w Polsce*, edycja IV, Warszawa 2001, s. 975.

od 1972 r. członkiem i założycielem European Sleep Research Society, od 1984 r. członkiem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Elektroencefalografii i Neurofizjologii Klinicznej 1-ej kadencji. W okresie od 1984–1992 przewodniczącył Sekcji Badań nad Snem, a od 1992 r. został organizatorem i pierwszym prezesem Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem. W działalności naukowej szczególnie wysoko cenił współpracę z dr n. med. Edwardem Kopysteckim, kierownikiem Oddziału Centralnego Ośrodka Techniki Medycznej w Białymstoku. Był promotorem jego pracy doktorskiej pt. *Automatyczna analiza dobowych przebiegów EEG, EMG, EOG królika jako podstawa do uproszczonej dokumentacji stanów snu i czuwania* (1976)[11].

Profesor był autorem lub współautorem wielu publikacji. W 1993 r. został wyróżniony Dyplomem i Medalem Honorowym Napoleona Cybulskiego[12]. Uczennicami prof. J. Narębskiego były: mgr Genowefa Olearczuk, która wykonywała badania na 8-kanałowym aparacie Galileo produkcji włoskiej; mgr Wanda Waczyńska na 8-kanałowym aparacie Galileo oraz już nowszym 16-kanałowym aparacie Medicor produkcji węgierskiej. Interpretacją badań EEG u dzieci zajmował się prof. Narębski. Od 1998 r. kierownictwo pracowni EEG objął lek. med. Stanisław Izdebski, specjalista w psychiatrii. Dysponował on już nowszym aparatem typu Schwarzer PM 32 Digital z przystawką komputerową z możliwością archiwizowania tradycyjnego na papierze i elektronicznego. W pracowni w latach 1998–2007 wykonywano ok. 3 tys. badań rocznie, w tym 40% badań u dzieci. Tymczasem z inicjatywy kierownika Poradni Neurologii Rozwojowej w Toruniu dr n. med. Mariana Łysiaka doszło w 1987 r. do zorganizowania na terenie Szpitala Dziecięcego przy ul. Szosa Bydgoska 1 Pracowni EEG dla dzieci. Pracownia dysponowała aparatem 16-kanałowym Medicor.

Kierownictwo pracowni objęła mgr Jolanta Kukawska. Szkolenie w zakresie EEG odbywała pod kierunkiem prof. dr hab. med. Anny Koślacz-Folgi i dr n. med. Michaeli Pakszys[13]. Profesor Koślacz-Folga była organizatorem i szefem pierwszej w Polsce Pracowni Elektroencefalograficznej dla Dzieci i Młodzieży w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie, powstałej w 1950 r., a także

[11] M. Sopek, *Profesor Zygmunt Kaniowski – twórca białostockiej neurologii klinicznej*, Okręgowa Izba lekarska w Białymstoku, „Zeszyty Historyczne" 2003, t. IV, nr 2 (10), s. 31–52.

[12] M. Caputa, *Mały wielki człowiek, wspomnienie pośmiertne o profesorze J.N.*, „Głos Uczelni" 1993, r. 2, nr 9, s. 15; S. Kalembka [red.], *Pracownicy nauki i dydaktyki…*, s. 495.

[13] A. Koślacz-Folga, *Elektroencefalografia wieku rozwojowego*, Warszawa 1980, s. 8.

Ryc. 37. Doc. dr hab. med. J. Narębski (1927–1995) w trakcie opisu eegramu wykonywanego 8-kanałowym aparatem „Galileo" prod. włoskiej w latach sześćdziesiątych XX w. w Pracowni EEG dla dorosłych i dzieci przy ul. Mickiewicza 24/26

Ryc. 38. Kierownik Pracowni lek. med. Stanisław Izdebski z lek. med. Aleksandrą Ciborską w czasie pracy przy aparacie Schwarzera PM 32 Digital z przystawką komputerową umożliwiającą archiwizację tradycyjną i elektroniczną zainstalowanym w 1999 r. w Pracowni EEG dla dorosłych i dzieci przy ul. Mickiewicza 24/26 (2007 r.)

Ryc. 39. Mgr Jolanta Kukawska od 1987 r. kierownik Pracowni EEG dla dzieci przy aparacie Pegasus f-my EMS prod. austriackiej, zakupiony w 1993 r., ZPSD w Toruniu przy ul. Konstytucji 3 Maja 40 (2006 r.)

pierwszą przewodniczącą Sekcji Elektroencefalografii Rozwojowej. Do 1988 r. w toruńskiej pracowni EEG kierowanej przez mgr Kukawską, wykonywano badania od drugiego roku życia. Już po przeniesieniu pracowni do nowo wybudowanego kompleksu dla Szpitala Dziecięcego na osiedlu „Na Skarpie" nastąpił kolejny etap rozwoju tej specjalności. Od 1988 r. rozpoczęto wykonywanie badań od trzeciego miesiąca życia w czuwaniu i we śnie spontanicznym. Standartową stymulacją była hiperwentylacja i fotostymulacja.

Ryc. 40. Dziewczynka A.S. lat 2 6/12: Zapis z prawidłową czynnością podstawową

W 1993 r. pracownia EEG otrzymała nowoczesny aparat Pegasus firmy EMS produkcji austriackiej. W 1994 r. mgr Kukawska uzyskała licencjat Polskiego Towarzystwa Neurofizjologii Klinicznej. Średnia wykonywanych badań w latach 1987–2010 kształtowała się w granicach około 1400 badań rocznie. We wrześniu 2007 r. Dyrekcja Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego podjęła decyzję o zakupie nowej aparatury EEG. Przetarg na nową aparaturę wygrała firma ELMIKO. W dniu 20 stycznia 2007 r. Pracownia EEG otrzymała 2-stanowiskowy aparat EEG typ Digi Track wersja DTW wraz z zestawem do wideometrii, pakietem EEG Biofeedback, z przystawką do 24-godzinnego monitorowania EEG metodą Holtera.

Ryc. 41. Chłopiec B.S. lat 6 6/12: Zapis z prawidłową czynnością podstawową

W 2008 r. Pracownia EEG została przeniesiona z budynku Przychodni Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego do głównego budynku Szpitala Dziecięcego. Zakres Usług Pracowni EEG został rozszerzony o treningi Biofeedback, wideometrię oraz Holtera EEG. W związku z reorganizacją Wojewódzkiego

Szpitala Dziecięcego i decyzją o utworzeniu 2.07.2007 r. w szpitalu pododdziału neurologii dziecięcej zgłoszono potrzebę zakupu nowej aparatury do wideometrii, Holtera EEG oraz stworzenia warunków dla neurorehabilitacji metodą Biofeedback EEG. W październiku przystąpiono do uruchamiania zakupionej aparatury.

Od 1949 r., czyli od sprowadzenia do Torunia pierwszego aparatu EEG, minęło prawie 62 lata[14]. W 200-tysięcznym mieście, jakim jest Toruń, działa dziś sześć pracowni EEG, w tym trzy przyszpitalne. Poza wspomnianą wyżej pracownią elektroencefalografii dziecięcej pozostałe diagnozują jedynie dzieci starsze, głównie sportowców. Elektroencefalografia dziecięca w Toruniu przebyła pionierską drogę od początków zainicjowanych w 1949 r. przez prof. Janinę Hurynowicz w ośrodku naukowym do powszechnego jej dziś zastosowania[15].

[14] M. Łysiak, *Past and present of children's electroencephalography in Toruń*, „Advances in Medical Sciences" 2007, vol. 52, Suppl., s. 197–199; F. Ciszewski, *Życie i działalność naukowo-społeczna prof. dr n. med. Janiny Hurynowicz*, Warszawa 1989, Toruń 1990, s. 39.

[15] F. Ciszewski, op.cit., s. 39.

Anna Sadakierska-Chudy, Anna Kołodziejczak

4.
DIAGNOSTYKA CYTOGENETYCZNA

Pracownia Cytogenetyczna rozpoczęła swoją działalność 1 marca 1990 r. jako jedyna w tym czasie placówka tego typu na terenie województwa toruńskiego i włocławskiego. Celem badań było wykrywanie ilościowych i strukturalnych aberacji chromosomowych u dzieci i dorosłych. Do Pracowni kierowani byli pacjenci przez lekarzy różnych specjalności, u których istniało podejrzenie chorób uwarunkowanych genetycznie. Badano również małżeństwa z niepowodzeniami rozrodu.

Materiał do badań stanowiła krew obwodowa, z której na odpowiednim podłożu w warunkach jałowych prowadzono hodowlę limfocytów. Po szoku hipotonicznym i procesie utrwalania otrzymywano preparaty, które były następnie barwione metodą prążków GTW przy użyciu trypsyny i barwnika Giemzy.

Po zakończeniu pierwszego etapu pracy, czyli przygotowaniu preparatów, rozpoczynała się właściwa analiza materiału. Pod mikroskopem badano płytki metafazalne, zwracając uwagę na liczbę i strukturę chromosomów. Po wykonaniu zdjęć mikroskopowych ponownie analizowano płytki metafazalne na zdjęciu, wycinano chromosomy i grupowano w pary. W ten sposób powstawał kariotyp pacjenta. Okres oczekiwania na wynik wynosił ok. 4–6 tygodni.

Ryc. 42. Doc. dr hab. med. Tadeusz Mazurczak z Zakładu Genetyki Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie w czasie wykładu z zakresu schorzeń genetycznych u dzieci. Z prawej prof. dr hab. med. Wanda Kawalec, kierownik Kliniki Kardiologii CZD w Warszawie. Pałac Dąbskich w Toruniu 1996 r.

Wprowadzenie dodatkowych technik barwienia i nowej metody hodowli HRB wiązał się jednak m.in. z zakupem nowego mikroskopu fluorescencyjnego, który to przedłużał się z powodu ograniczeń finansowych. Takie same ograniczenia utrudniały rozwinięcie badań w zakresie genetyki molekularnej.

Wykaz aberacji chromozomowych stwierdzonych w latach 1990–1997:

Ogółem liczba badań – 449
Liczba wydanych wyników – 358
Liczba prawidłowych kariotypów – 281 78,5%
Liczba nieprawidłowych kariotypów – 77 21,5%

- zespół Downa 12,3%
  - trisomia prosta – 40 47, XX, +21 lub 47, XY, =21
  - mozaicyzm – 3 47, XX, +21/ 46, XX
  - translokacja – 1 46, XY, -21, +t (21 q; 21q)
- zespół Turnera 5%
  - prosty 45, X – 10
  - mozaika 45, X / 46, XX – 5
  - z markerem 45, X, + mar – 1
  - mozaika z markerem 45, X/ 45, X, + mar – 1
  - mozaika z izochromosomem 45, X /' 46, X, i (Xq) – 1
- zespół Klinefeltera 1,1%
  - prosty 47, XXY – 3
  - z inwersją chrom. 9–1
- kobiety z genotypem męskim – 5 1,4%
- mężczyźni z genotypem żeńskim – 1
- chromosom kolisty 46, XY, r (18) – 1
- zespół Patau z translokacją 46, XY, +13, –14, +t (13q; 14q) – 1
- translokacja 46, XY, t(3; 22) (21q; 11,2q) – 1
- izochromosom 46, X, i (Xq) – 1
- delecja 46, XY, del (Y)

W związku z powstaniem w 1994 r. Poradni Genetycznej w Szpitalu Dziecięcym w Bydgoszczy przy ul. Chodkiewicza 44 tutejsza Pracownia Genetyczna uległa likwidacji. W międzyczasie i ta w Szpitalu Dziecięcym w Bydgoszczy została zlikwidowana, a pacjenci szpitalni i poradniani kierowani są obecnie

do nowo utworzonej Poradni Genetycznej w Szpitalu Uniwersyteckim im. A. Jurasza w Bydgoszczy.

Poradnia Genetyczna
w Szpitalu Uniwersyteckim im. A. Jurasza
w Bydgoszczy
ul. Marii Curie-Skłodowskiej 9, 85–094 Bydgoszcz
tel. 52/585 35 67

Anna Grochal

5.
POWSTANIE NZOZ – SPECJALISTYCZNEGO CENTRUM NEUROLOGII WIEKU ROZWOJOWEGO „NEURON"

W 1990 r. po przejściu na emeryturę, dr n. med. Marian Łysiak kontynuował pracę do 31.12.2013 r. już tylko w Poradni Neurologii Dziecięcej Centrum Medycznego OLK-MED przy Pl. 18 Stycznia 4 w Toruniu, współpracując z miejscowym Niepublicznym Zakładzem Opieki Zdrowotnej „Remedis" Sp.o.o. realizującym program leczenia wrodzonych i nabytych schorzeń narządu ruchu. Poradnia Neurologii Dziecięcej w Zespole Poradni Specjalistycznych nadal funkcjonowała.

We wrześniu 2005 r. neurolodzy dziecięcy: Dorota Brygman, Anna Grochal i Iwona Witkowska-Gęsicka – związani z Poradnią, wykorzystując nowe możliwości pracy lekarzy, zdecydowali utworzyć nową poradnię neurologiczną dla dzieci pod nazwą „NEURON". Jak każdemu nowemu tak i temu działaniu towarzyszyło wiele emocji i wrażeń, takich jak poszukiwanie miejsca dla nowej placówki czy przygotowanie oferty dla NFZ. Realia szybko sprowadziły nas na ziemię okazało się że nie jest łatwo pozyskać odpowiedni lokal, który spełniałby nasze oczekiwania. Trzeba było więc utworzyć organ założycielski. Dlatego też powołano do życia 28 września 2005 r. spółkę cywilną ze statutem oraz odpowiednimi pieczątkami. Celem głównym oczywiście jest prowadzenie NZOZ- Specjalistycznego Centrum Neurologii Wieku Rozwojowego „Neuron". Założone zostało także konto bankowe prawdziwie, biznesowe! Rozpoczęto przecież działalność gospodarczą! Trzeba było pozyskać współpracę podwykonawców spełniających wymagania NFZ. Priorytetem był deklarowany wysoki poziom świadczonych porad. Także godziny pracy musiały być dostosowane do oczekiwań pacjentów i NFZ. Na siedzibę wybrana została Miejska Przychodnia Specjalistyczna w centrum miasta przy ul. Uniwersyteckiej 17, gdzie wynajęte zostały trzy gabinety i … część powierzchni na rejestrację. Ponownie należało załatwić różne zezwolenia, np. od straży pożarnej, Sanepidu. Wydawało się, że możemy zaczynać! Dwa dni przed in-

auguracją okazało się, że wynajęłyśmy lokale, a nie gabinety i kiedy 29 grudnia zadowolone wracałyśmy z pierwszym kontraktem z NFZ z Bydgoszczy, zobaczyłyśmy pracowników przychodni opróżniających nasze gabinety!!! Pierwsze dni naszej pracy poza przyjmowaniem pacjentów spędziłyśmy więc także na pospiesznym urządzeniu gabinetów, jako że wybierała się do nas delegacja z NFZ, aby zobaczyć naszą poradnię. Odwiedzili nas także przedstawiciele naszej Izby Lekarskiej p. dr Strześniewska i p. dr Stanisław Gołąbek oraz p. dr Grażyna Martynowska z Bydgoszczy. Spełniła też swój obowiązek toruńska Stacja Sanepidu, wizytując nasze centrum dwukrotnie w czerwcu 2006 r.

Rozpoczęła się codzienna działalność, ale już w pierwszych dniach stycznia zrezygnowała z pracy w naszej spółce księgowa, która jednocześnie miała wspierać rejestratorkę oraz poprowadzić komputerowe rozliczenia z NFZ. W styczniu 2006 r. nasze pierwsze, samodzielne rozliczenie, na mocy którego spłynąć miały (znacznie mniejsze niż wymarzone) środki z NFZ za naszą pracę, zajęło nam cały dzień i noc! Ale uzyskałyśmy samodzielność i niezależność!!!

Na dobry początek 9 grudnia 2005 r. zaprosiłyśmy „koleżanki i kolegów z branży" na kolację do „Zaczarowanej Dorożki". Nazwa lokalu doskonale pasowała do naszych odczuć, bo rozpoczynałyśmy nowy etap naszej neurologicznej kariery.

Spotkanie w części oficjalnej uświetnił wykład p. doc. dr hab. med. Elżbiety Szczepanik z Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. Pikanterii dodał fakt, że sponsorem naszego przyjęcia była firma, o której produktach akurat wykład nie traktował, ale dyplomatycznie udało się wybrnąć i chyba nie przeszkadzało to naszym gościom. Atmosfera była bardzo dobra, a nasze emocje nieco uspokoiło bardzo ładnie i dobrze przygotowane menu.

W lutym 2006 r. w lokalnej prasie ukazały się informacje o otwarciu naszego centrum, z których jedna – z dnia 8 lutego, zapowiadała że chcemy umawiać pacjentów na godziny i się udało. System zapisywania chętnych działa do dzisiaj, rejestracja informuje nie tylko o dniu, ale i godzinie przyjęcia, na dodatek można wybrać lekarza! Zdarzają się niespodzianki, ale nie zaburzają reguły. Pacjenci są w różnym wieku, od noworodka do dorosłych, którzy często chcieliby na dłużej zostać z nami.

Przez cały okres naszą pracę wypełnia przyjmowanie pacjentów w poradni oraz konsultowanie pacjentów szpitalnych.

W 2007 r. zostałyśmy zaproszone na rozmowę do ówczesnej dyrekcji Szpitala Dziecięcego, aby wspólnie omówić możliwość otwarcia Oddziału Neurologii Dziecięcej. Nie zdołano jednak ustalić zasad naszej pracy na Oddziale.

Marian Łysiak

6.
STARANIA WOKÓŁ UTWORZENIA PODODDZIAŁU NEUROLOGII DZIECIĘCEJ

Wobec narastających przypadków uszkodzeń o.u.n., w szczególności krwawień śródczaszkowych, padaczki, mózgowego porażenia dziecięcego oraz zwiększającej się liczby zachorowań z powodu nowotworów o.u.n. (z dwóch–trzech rocznie w latach 1980–1984 do sześciu w 1989 r.), zaistniała konieczność wydzielenia łóżek neurologicznych.

W dniu 15.02.1990 r. zwrócono się do Dyrekcji Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego, w obrębie którego znajdował się organizacyjnie Szpital Dziecięcy, z pilną potrzebą wydzielenia łóżek neurologicznych lub utworzenia Pododdziału Neurologii Dziecięcej. Powoływano się na przykłady funkcjonowania pododdziałów neurologicznych dziecięcych w Inowrocławiu, Olsztynie i Gorzowie Wielkopolskim. Akceptacji nie uzyskano. Dnia 26 września 1990 r. z podobnym wnioskiem wystąpił konsultant wojewódzki w dziedzinie neurologii dr n. med. Jerzy Matyjek z takim samym efektem (patrz Aneksy). Cel ten osiągnięty został dopiero po siedemnastu latach.

Anna Grochal, Marian Łysiak

7.
POWSTANIE PODODDZIAŁU NEUROLOGII DZIECIĘCEJ

Dnia 2 lipca 2007 r. w wyniku reorganizacji szpitala, decyzją Sejmiku Wojewódzkiego na wniosek Rady Szpitala Dziecięcego, utworzono 29-łóżkowy Oddział Pediatrii, Endokrynologii i Neurologii Dziecięcej. Jego koordynatorem została lek. med. Barbara Iwaniszewska, endokrynolog, a z-cą koordynatora lek. med. Anna Radziszewska, endokrynolog. Z Pododdziałem Neurologii Dziecięcej podjęły współprace w roli konsultantów neurolodzy dziecięcy z „Zespołu Neuron": Anna Grochal, Dorota Brygman i Iwona Witkowska-Gęsicka.

Znaczącym osiągnięciem organizacyjnym koordynatora było wprowadzenie w 2012 r. znieczulenia ogólnego w badaniach MRI u niemowląt i dzieci młodszych.

Dzięki współpracy neurologów „Neuronu" z Oddziałem możliwy stał się także dostęp pacjentów do bazy diagnostycznej Szpitala Dziecięcego z możliwością korzystania z Pracowni Rezonansu Magnetycznego, Tomografii Komputerowej, MRI, USG czy EEG oraz dobrze rozwiniętego zaplecza laboratoryjnego. Przywrócona została także współpraca nowo powstałego Pododdziału z wiodącymi ośrodkami w kraju.

Kontakty neurologów dziecięcych z lekarzami Oddziału Pediatrii, Endokrynologii i Neurologii Dziecięcej oraz wsparcie okazane ze strony ordynatora lek. med. Barbary Iwaniszewskiej spowodowały zainteresowanie tą specjalnością. W 2013 r. st. asystentka w Oddziale lek. med. Agnieszka Gert rozpoczęła specjalizację w neurologii dziecięcej. Kierownictwa specjalizacji podjęła się dr n. med. Marzena Wesołowska z Oddziału Neurologii Dziecięcej Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy. Specjalizację w neurologii dziecięcej rozpoczęła również w 2014 r. lek. med. Ewelina Władecka. Jej kierownikiem specjalizacji została dr med. Dorota Sokołowska z Kliniki Neurochirurgii Pododdziału Neurologii Instytutu Centrum Zdrowia Matki

Ryc. 43. Lek. med. Barbara Iwaniszewska koordynator Oddziału Pediatrii, Endokrynologii i Neurologii Dziecięcej z asystentką lek. med. Eweliną Władecką

Ryc. 44. Zespół Oddziału Pediatrii, Endokrynologii i Neurologii Dziecięcej WSD

Ryc. 45. Zespół Oddziału z koordynatorem lek. med. Barbarą Iwaniszewską (wśród siedzących pośrodku), pierwsza z prawej z-ca koordynatora lek. med. Anna Radziszewska, druga lek. med. Agnieszka Gert

Polki w Łodzi. Zainteresowanie tą specjalnością zasygnalizowała 11 czerwca 2014 r. także lek. med. Anna Kosmowska-Rosochowicz na posiedzeniu naukowym PTL i PTP w Hotelu Gromada w Toruniu, wygłaszając referat pt. *Zespół Guillaina-Barre*. Jesteśmy zatem świadkami formowania się trzeciego pokolenia zaciągu neurologów dziecięcych w Toruniu.

Ryc. 46. Dr n. med. Marian Łysiak wśród neurologów dziecięcych NZOZ „Neuron"

Wojewódzki Szpital Dziecięcy
Oddział Pediatrii, Endokrynologii i Neurologii Dziecięcej
ul. Konstytucji 3 Maja 42, 87–100 Toruń
tel. 56/610 05 31

Elżbieta Mieszkowska-Żurawska

8.
POWSTANIE PRACOWNI FIZJOTERAPII

Pracownia zorganizowana została na terenie Szpitala Dziecięcego w marcu 2008 r. Kierownictwo Pracowni objęła mgr Elżbieta Mieszkowska-Żurawska. W 2009 r. z chwilą utworzenia stanowisk koordynatorów poszczególnych oddziałów szpitalnych, tytuł koordynatora ds. rehabilitacji nadano również mgr E. Mieszkowskiej-Żurawskiej. Pracownia Fizjoterapii świadczy pełen zakres usług rehabilitacyjnych: hydroterapię, fizykoterapię, magnetoterapię i inne. Większość pacjentów stanowią dzieci ze schorzeniami neurologicznymi pozostające pod opieką szpitalną i poradnianą. Pacjentami są również dorośli.

Wojewódzki Szpital Dziecięcy
Pracownia Fizjoterapii
ul. Konstytucji 3 Maja 42, 87–100 Toruń
tel. 56/610 07 62

Milena Burdach-Szydlowska, Agnieszka Augustyn

9.
DZIAŁALNOŚĆ PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ

I. Dziesięciolecie

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Toruniu rozwinęła intensywną działalność wraz z rozpoczęciem poradnictwa wychowawczego.

W dniu 15 kwietnia 1958 r. z inicjatywy Sekcji Poradnictwa Zawodowego przy Ministerstwie Oświaty powstała w Toruniu Poradnia Psychologiczna. Była pierwszą tego typu placówką w dawnym województwie bydgoskim. Kierownictwo poradni powierzono pani mgr Alinie Parczyk. Udzielano porad dotyczących kształcenia i wychowania.

Poradnictwo zawodowe prowadzone było dwutorowo w formie:

- preorientacji zawodowej,
- indywidualnych porad dla uczniów i rodziców.

Prowadzone były również konsultacje lekarskie:

- w latach 1960–1965 konsultantem była lek. med. Izabella Kuroczkin,
- od 1965 r. lek. med. Janina Szampan, pediatra.

Dnia 1 września 1966 r. na mocy Zarządzenia Ministra Oświaty połączono działające oddzielnie Poradnię Psychologiczną i Poradnię Społeczno-Wychowawczą funkcjonującą przy Towarzystwie Przyjaciół Dzieci w Poradnię Wychowawczo-Zawodową. Od stycznia 1966 r. kierownikiem Poradni Wychowawczo-Zawodowej została mgr Alina Parczyk. Pełniła tę funkcję nieprzerwanie do 1978 r.

II. Dziesięciolecie

Od 1 sierpnia 1970 r. Poradnia toruńska pełniła rolę Okręgowej Poradni Wychowawczo-Zawodowej dla ówczesnego województwa bydgoskiego. Poradnia sprawowała nadzór merytoryczny nad poradniami powiatowymi,

organizowała szkolenia, instruktaże, wyposażała w pomoce, dokonywała oceny działalności merytorycznej. Rozwinęła intensywną działalność w zakresie poradnictwa wychowawczego, nawiązała współpracę z poradnią przy Uniwersytecie w Greifswaldzie. Rozpoczęto badania dzieci sześcioletnich nieprzygotowanych do nauki w klasie pierwszej.

W latach siedemdziesiątych podjęto współpracę z Instytutem Pedagogiki i Psychologii UMK w Toruniu. Mgr Alina Parczyk i mgr Jadwiga Jastrząb prowadziły zajęcia dla studentów w zakresie poradnictwa i terapii pedagogicznej.

III. Dziesięciolecie

W tym okresie nastąpiły zmiany na stanowisku dyrektora:

- od października 1978 do sierpnia 1979 r. Poradnią kierował mgr Ryszard Parzęcki;
- od 1 września 1979 do 04.1980 r. funkcję dyrektora pełniła mgr Maria Wojak;
- od kwietnia 1980 do września 1981 r. obowiązki dyrektora przejęła mgr Maria Grządkowska;
- od 1 września 1981 r. do 1 września 2002 r. funkcję dyrektora Poradni pełniła mgr M. Wojak, a jej zastępcą była mgr Krystyna Grabałowska.

W 1974 r. w Poradni rozszerzono zakres konsultacji lekarskich o porady specjalisty – neurologa.

W celu zapewnienia wszechstronnej pomocy dzieciom i młodzieży dyslektycznej w latach siedemdziesiątych Poradnia organizowała kolonie zdrowotno-specjalistyczne dla dzieci dyslektycznych. Organizowano wczasy rehabilitacyjne dla rodzin z dziećmi upośledzonymi umysłowo.

We wrześniu 1982 r. zmieniono lokalizacje Poradni z placu Świerczewskiego 8 (obecnie plac św. Katarzyny) na ulicę Prostą 4.

Powstały nowe gabinety: logopedyczne, profilaktyki i resocjalizacji, poradnictwa zawodowego. Rozpoczęto udzielanie porad w Młodzieżowym Telefonie Zaufania.

IV. Dziesięciolecie

W 1989 r. obowiązki wicedyrektora Poradni podejmuje i pełniła do 2002 r. mgr Maria Szyntar. 1 września 1993 r. Wojewódzka Poradnia Wychowawczo-Zawodowa przekształca się w Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną.

Poszerzyła się oferta usług Poradni. Prowadzono:
- warsztaty umiejętności efektywnego uczenia się;
- grupową psychoterapię problemów emocjonalnych;
- terapię specyficznych trudności w uczeniu się matematyki;
- kontynuowano terapię pedagogiczną;
- warsztaty integracyjne w klasach licealnych;
- „Szkołę dla Rodziców i Wychowawców";
- treningi wyboru zawodu.

Opiniowano indywidualny tok i program nauki dla dzieci zdolnych, kandydatów do Gimnazjum Akademickiego, prowadzono zajęcia wspierające rozwój zdolności i twórcze myślenie. Znaczące osiągnięcia w diagnozowaniu uzdolnień zdobyły: mgr Halina Stawikowska oraz mgr Maria Szczerbiak. Rozpoczęto orzekanie o potrzebie kształcenia specjalnego dla dzieci z autyzmem i z zaburzeniami zachowania. Doskonalono metody i procedurę diagnozowania specyficznych trudności w nauce. Ściśle współpracowano z Toruńską Szkołą Terapeutyczną. Autorką licznych materiałów do diagnozy oraz terapii dzieci i młodzieży dyslektycznej jest mgr Janina Mickiewicz. Z sukcesami szkoliła pracowników poradni oraz nauczycieli w tematyce dysleksji rozwojowej. Od 1966 r. poszerzono zakres konsultacji lekarskich o porady psychiatrii. Prowadziła je lek. med. Halina Ściesińska, psychiatra dziecięcy.

V. Dziesięciolecie

Od 1 września 2002 r. funkcję dyrektora Poradni pełni mgr Monika Janas. 1 stycznia 2003 r. wicedyrektorem została mgr Maria Szczerbiak.

Z dniem 01.04.2004 r. powstał Oddział Poradni przy ul. Osikowej 11. Wicedyrektorem została mgr Zofia Wasilewska. Pracujący tam specjaliści zajmują się pomocą psychologiczno-pedagogiczną dla dzieci z wadami wzroku, słuchu oraz upośledzonych intelektualnie. Nowa siedziba została dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Od 2005 do roku bieżącego gabinety psychologiczne i pedagogiczne były systematycznie wyposażane w sprzęt komputerowy. W 2007 r. została zwiększona liczba gabinetów w obecnym budynku przy ul. Prostej 4.

Aktualnie głównym celem działania Poradni jest udzielanie dzieciom i młodzieży pomocy psychologiczno-pedagogicznej, w tym pomocy logopedycznej, pomocy w wyborze kierunku kształcenia i zawodu, a także udzie-

lanie rodzicom i nauczycielom pomocy psychologiczno-pedagogicznej związanej z wychowaniem i kształceniem dzieci i młodzieży.

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna
ul. Prosta 4, 87–100 Toruń
tel. 56/622 29 91, 622 46 17

Maria Wojak

10.
REHABILITACYJNE WCZASY RODZINNE W OSIEKU N. WISŁĄ

Od 1983 r. lekarze Poradni Neurologii Rozwojowej i Psychiatrii Dziecięcej uczestniczyli w koloniach zdrowotnych TPD organizowanych dla dzieci niepełnosprawnych. W rehabilitacji po raz pierwszy nawiązano do idei nowoczesnej na ten czas metody Domana. Polegała ona na tym, że według niego „brak jest korelacji pomiędzy uszkodzeniem mózgu a inteligencją, natomiast korelacja istnieje pomiędzy uszkodzeniem mózgu a zdolnością przekazywania inteligencji (…) Dziedziczenie genetyczne nie decyduje o rozwoju i sprawności mózgu w tak dużym stopniu, jak środowisko bogate w różnorakie bodźce stymulujące". Glenn Doman – fizjoterapeuta amerykański – opracował metody mające uprawnić dzieci, a w szczególności z mózgowym porażeniem dziecięcym, oraz stymulować w najbardziej optymalny sposób wrodzony potencjał i możliwości mózgu małego dziecka dla rozwijania jego inteligencji. Opublikował wiele opracowań, w których zawsze podkreślał fakt, że „każde dziecko w momencie urodzenia ma większą inteligencję niż inteligencja, której używał Leonardo da Vinci. Świat uważał, że wzrost i rozwój mózgu jest faktem z góry ustalonym i niezmienianym, wprost przeciwnie – wzrost i rozwój mózgu jest procesem dynamicznym i ciągle się zmieniającym, jest to proces, który może zostać zatrzymany lub zwolniony. Najbardziej jednak znaczące według Domana jest to, że proces ten może zostać przyspieszony. W celu przyspieszenia tego procesu dajemy dzieciom wzrokowe, słuchowe i dotykowe informacje o zwiększonej częstotliwości, intensywności i trwaniu zgodnie z systematycznym sposobem, w jaki ludzki mózg rośnie". Im wcześniej zacznie się proces usprawniania lub nauczania dziecka, tym będzie on łatwiejszy, szybszy i przyniesie wiele sukcesów. Inteligencja to w zasadzie produkt trzech zjawisk: umiejętność czytania, znajomość matematyki, pewien zasób

wiedzy encyklopedycznej. To właśnie w tym zakresie realizowano rehabilitację na turnusach[1].

Turnusy odbywały się kolejno w Ośrodku Wczasowo-Szkoleniowym O.R.B. Lasów Państwowych w Osieku n. Wisłą, woj. toruńskie (26.09.1983 r.). Kolejne miały miejsce w Charzykowach (1985 r.) i Rytych Błotach.

Ośrodek w Osieku zlokalizowany był nad jeziorem wśród lasów, w odległości ok. 1 km od wsi. Budownictwo nowe. Ośrodek posiadał kilka obiektów, część z nich – tych, w których umieszcza się rodziców z dziećmi – to pomieszczenia wyposażone w w.c. i c.o. Pozostałe pawilony bez łazienek, w.c. i ogrzewanie – mieszka w nich w czasie turnusu część kadry.

Kadra. Kierownik wczasów – pedagog, psycholog, logopeda, trzech wychowawców, w tym jedna osoba pedagog – logopeda z wykształcenia, dwie studentki IV roku pedagogiki UMK, rehabilitant ruchowy, rytmiczka, pielęgniarka.

Lekarz z miejscowego ośrodka, neurolog dziecięcy i lekarz psychiatra dziecięcy, którzy przebywali dwa dni i przebadali wszystkie dzieci. Liczba uczestników – 43.

Skład rodzin

Matki (same z dzieckiem) – 12

Małżeństwa z dzieckiem – 5

Teren rekrutacji woj. toruńskie – 14

Woj. pilskie – 1

Woj. włocławskie – 2

Dzieci w wieku

3 lat – 3

4 lat – 5

5 lat – 5

6 lat – 2

7 lat – 1

9 lat – 1

Aktualny stopień rozwoju dziecka

Upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim – 1

Umiarkowanym – 10

[1] G. Doman, *Jak postępować z dzieckiem z uszkodzeniem mózgu*, Poznań 1996; G. Doman, J. Doman, *Jak nauczyć małe dziecko czytać*, Bydgoszcz 1992.

Ryc. 47. Lek. med. Janusz Świdziński, psychiatra dziecięcy w rozmowie z matką uczestnika wczasów rehabilitacyjnych

Ryc. 48. Lek. med. Marian Łysiak, neurolog dziecięcy w trakcie badania neurologicznego

Ryc. 49. Spotkanie z psychologiem mgr Jasińską

Ryc. 50. Ćwiczenia z rehabilitantką mgr Zofią Bielawską-Żuchowską (z prawej)

Ryc. 51. Ćwiczenia grupowe

Ryc. 52. Bal z udziałem kadry kończy zajęcia na turnusie. Od lewej siedzą: mgr Gertruda Pokojska logopeda, mgr Maria Wojak kierownik turnusu, mgr Krystyna Kosiba terapeutka, od lewej stoją: Grażyna Budzyń stażystka, mgr Janina Kudera psycholog, Małgorzata NN stażystka, Józefa NN i mgr Alicja Trędowicz pedagog

Znacznym – 2
Głębokim – 4
Dzieci z zespołem Downa – 6
Dzieci niechodzące samodzielnie – 4

Program turnusu

Plan dnia:
8.15–9.00 śniadanie
9.00–12.00 zajęcia w trzech grupach
Każda grupa miała codziennie po 1 godz. – spacer
Zabawy i zajęcia plastyczne
13.00–14.00 obiad
14.00–16.000 odpoczynek
16.00–17.30 rytmika w trzech grupach
18.00–19.00 kolacja
19.00 dobranocka kukiełkowa
21.00 spotkania z rodzicami

W stosunku do jednego dziecka leżącego prowadzono tylko indywidualne zajęcia terapeutyczne, w godz. od 9.00–17.00 psycholog i logopeda dokonywali badań diagnostycznych oraz logopeda prowadził zajęcia terapeutyczne.

- Badania pediatryczne przeprowadzono w stosunku do – 17 dz.
- Psychiatryczne – 16
- Psychologiczne – 17
- Ocena poziomu intelektualnego i poziom dojrzałości społecznej
- Logopedyczne – 17 dz.
- Ocena poziomu rozwoju mowy i form porozumiewania się
- Indywidualna rehabilitacja ruchowa – 6 dzieci
- Imprezy: bal dla dzieci rekwizyty balowe – czapeczki wykonane przez rodziców, zaproszony fotograf wyonywał kolorowe pamiątkowe zdjęcia.
- Na zakończenie turnusu odbyło się spotkanie towarzyskie z rodzicami.
- Seminaria dla rodziców – liczba 10

Tematy:

1) Przyczyny upośledzenia umysłowego.
2) Potrzeby psychiczne dzieci upośledzonych umysłowo.
3) Właściwy proces wychowania – postawy rodzicielskie.
4) Znaczenia ruchu dla rozwoju dziecka.
5) Mózgowe porażenie dziecięce, sposoby usprawniania ruchowego.

6) Rozwój form porozumiewania się.
7) Specjalistyczna opieka lekarska (działanie leków).
8) Usamodzielnienie dziecka.
9) Znaczenie zabawek i zajęć plastycznych dla rozwoju dziecka.
10) Badania w Poradni Wych.-Zawod., system kształcenia specjalnego w Polsce, system służb – usprawnianie i organizacja rodziców.

W pierwszym dniu turnusu przeprowadzono rozmowy z wszystkimi rodzicami i w ostatnich dwóch dniach turnusu przekazano rodzicom informacje dot. poziomu rozwoju dziecka w zakresie badanych funkcji oraz przekazano zalecenie, jak pracować z dzieckiem w domu.

Każdy z rodziców otrzymał na piśmie zestawy ćwiczeń:
- usprawniających – koordynację wzrokowo-ruchową,
- ćwiczenia słuchowe,
- ćwiczenia oddechowe,
- ćwiczenia warg,
- ćwiczenie języka,
- ćwiczenie mięśni dolnej szczęki.

Ocena i wnioski:

Turnus przebiegał zgodnie z planem. Dla większości kadry był to trzeci turnus. Cele i założenia dzięki zaangażowaniu kadry zostały spełnione. Pod koniec turnusu rodzice wypowiedzieli swoje opinie w ankiecie anonimowej, zawierającej szereg istotnych pytań dla organizatorów. Wszyscy rodzice wyrażali chęć ponownego udziału w tego typu wczasach i z taką kadrą. Wszystkie formy zajęć terapeutycznych ocenili pozytywnie.

Uwagi organizatora:

Na turnus nie możemy kwalifikować więcej niż 17 rodzin z powodu braku odpowiednich pomieszczeń w obiekcie.

Franciszek Czajkowski

11.
OŚRODEK CZYTELNICTWA CHORYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH WOJEWÓDZKIEJ BIBLIOTEKI PUBLICZNEJ – KSIĄŻNICY MIEJSKIEJ W TORUNIU

Jedną z form wspierania rehabilitacji osób z różnymi niepełnosprawnosciami jest wykorzystywanie w niej procesu czytania i materiałów czytelniczych, które zarówno pod względem formy, jak i treści przystosowane są do psychofizycznych możliwości użytkowników. Należy wspomnieć, że już w starożytności (Arystoteles, Pitagoryjczycy), dostrzegano terapeutyczną rolę książki. Jej katarktyczne walory wykorzystywano w leczeniu i pomocy osobom z różnymi zaburzeniami fizycznymi lub psychicznymi(zarówno u dorosłych, jak i u dzieci).

Współczesną terapię czytelniczą, zwaną najczęściej biblioterapią, wykorzystuje się nie tylko w zakładach leczniczych, ale również w bibliotekach publicznych. Przodującą rolę w tej dziedzinie odgrywają Stany Zjednoczone, kraje skandynawskie i Holandia. Rolę koordynujacą i prace badawcze w sferze rozwoju usług biblioteczno-informacyjnych dla osób z dysfunkcjami oraz promowaniu biblioterapii pełni Międzynarodowe Stowarzyszenie Bibliotekarskie (IFLK) z siedzibą w Hadze. Przez sześć lat miałem zaszczyt pracować w tej szacownej organizacji.

Zdobyte tam doświadczenia, wzbogacone wieloma wyjazdami studyjnymi, przeniosłem na grunt polski. I tak dojrzewała myśl o utworzeniu – w strukturach Toruńskiej Książnicy Kopernikańskiej – specjalistycznej agendy, uprofilowanej na świadczenia usług biblioteczno-informacyjnych osobom chorym, starszym, oraz osobom z innymi rodzajami niepełnosprawności. Nie bez znaczenia było również zapotrzebowanie wielu środowisk społecznych na ten typ usług, zwłaszcza osób z dysfunkcją wzroku, niepełnosprawnych intelektualnie, jak również osób starszych, chorych i uzależnionych.

Wymienione okoliczności, wsparte życzliwością ówczesnych władz ministerialnych i bibliotecznych, wpłynęły na uruchomienie w 1984 r. specjali-

stycznej placówki. Zlokalizowano ją w przystosowanej do obsługi osób niepełnosprawnych kamienicy przy ul. Szczytnej 14 wyposażonej w mówiącą windę i inne udogodnienia. Mając na względzie właściwe zaspokajanie potrzeb biblioteczno-informacyjnych czytelników niepełnosprawnych czytelniczo (*disabled in Reading*), należało zadbać nie tylko o tradycyjną literaturę czarnodrukową (w tym o profilu specjalistycznym: literaturę z zakresu pedagogiki specjalnej, rehabilitacji, biblioterapii etc.), ale również o książki mówione (na kasetach magnetofonowych, płytach, nośnikach elektronicznych), drukowane dużą czcionką, „książki łatwe w czytaniu", książki zabawki. Na przestrzeni trzydziestu lat funkcjonowania Ośrodka zgromadzono też poważny zasób literatury pięknej poruszającej problemy osób niepełnosprawnych oraz bogaty zestaw czasopism specjalistycznych.

Placówka dysponuje też nagraniami muzycznymi (płyty, kasety), filmami i sprzętem służącym do odtwarzania książek mówionych i kaset muzycznych.

Ośrodek prowadzi obsługę biblioteczno-informacyjną dla użytkowników zróżnicowanych wiekowo dostarcza materiały czytelnicze osobom unieruchomionym w domu (w stałe dni miesiąca) prowadzi zajęcia biblioterapeutyczne z dziećmi i młodzieżą niepełnosprawną organizuje różne formy pracy kulturalnej i czytelniczo-terapełtycznej (m.in. Dyskusyjny Klub Książki), przeprowadza zajęcia w formie lekcji bibliotecznych dla dzieci i młodzieży ze szkół masowych realizuje zajęcia dydaktyczne dla studentów, bibliotekarzy i innych grup zainteresowanych, prowadzi także około 30 punktów bibliotecznych w szkołach specjalnych, niektórych szpitalach, placówkach dla osób niepełnosprawnych i warsztaty terapii zajęciowej.

W strukturze Ośrodka funkcjonuje też Galeria Twórczości Osób Niepełnosprawnych służąca prezentacji wystaw dzieł twórców z różnego rodzajami niepełnosprawności. Prace wykonywane są różnorodnymi technikami plastycznymi, od rysunku, grafiki, malarstwa, fotografii po rzeźbę, tkaniny artystyczne, ceramikę etc. Galeria to niezwykle wartościowe osiągnięcie w promocji twórczości, wyzwalaniu aktywności, kształtowaniu pozytywnych postaw wobec osób z niepełnosprawnościami.

Ośrodek Czytelnictwa Chorych i Niepełnosprawnych Wojewódzkiej
Biblioteki Publicznej – Książnicy Kopernikańskiej
w Toruniu ul. Szczytna 14
tel. 56/622 87 14
e-mail occin@ksioznica.torun.pl

Iwona Dmochowska

12.
DZIECI GŁUCHE I NIEDOSŁYSZĄCE

Specjalistyczna Poradnia Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży z Uszkodzonym Słuchem w Toruniu wraz z podległymi placówkami, Punktem Rehabilitacyjno-Konsultacyjnym Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu w Grudziądzu oraz Punktem Logopedycznym we Włocławku, jest jednostką wchodzącą w skład struktury stowarzyszenia, jakim jest Polski Związek Głuchych, podlegającą bezpośrednio pod Oddział Kujawsko-Pomorski Polskiego Związku Głuchych w Bydgoszczy.

Poradnia powstała w 1985 r. w wyniku przekształcenia Punktu Logopedycznego istniejącego od 1969 r., powołanego przez ówczesnego Kierownika Oddziału Wojewódzkiego Polskiego Związku Głuchych w Bydgoszczy Jana Szabelskiego.

Celem statutowym Specjalistycznej Poradni Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży z Uszkodzonym Słuchem jest zapewnienie opieki dzieciom i młodzieży z uszkodzonym słuchem oraz dzieciom słyszącym rodziców głuchych poprzez prowadzenie kompleksowej i specjalistycznej rehabilitacji słuchu i mowy z uwzględnieniem rodziny jako podstawowego środowiska stymulującego rozwój dziecka.

Cel określa dwie równoległe płaszczyzny podejmowanych oddziaływań.

1) Pozyskanie rodziców jako świadomych partnerów w rehabilitacji poprzez całkowitą akceptację dziecka z jego niepełnosprawnością, co jest podstawowym warunkiem powodzenia rehabilitacji, ponieważ to właśnie rodzice realizują poszczególne etapy procesu rehabilitacji w domu rodzinnym.
2) Kompleksowa rehabilitacja dziecka niesłyszącego obejmująca:
   - terapię surdologopedyczną, mającą na celu kształtowanie i rozwój mowy dziecka:

  - rozbudzanie zainteresowania światem dźwięków,
  - lokalizacją i różnicowanie dźwięków,
  - rozwijanie prozodycznych elementów mowy (melodia, akcent, rytm),
  - różnicowanie cech dźwięku (natężenie, długość, tempo),
  - usprawnianie aparatu oddechowego, artykulacyjnego, fonacyjnego,
  - prawidłową realizacją głosek,
  - rozwijanie słownictwa biernego i czynnego,
  - określenie sposobu komunikacji,
  - rozumienie mowy otoczenia;
- terapię psychologiczną, której zadaniem jest:
  - ocena rozwoju psychomotorycznego,
  - ocena rozwoju intelektualnego,
  - likwidacja dysharmonii rozwojowych,
  - likwidacja zaburzeń emocjonalnych,
  - wspomaganie rodziny,
  - poradnictwo psychologiczne;
- terapię surdopedagogiczną, mającą na celu kształtowanie kompetencji językowej niezależnie od sposobu komunikacji oraz przygotowanie dziecka do podjęcia nauki szkolnej:
  - diagnoza (ocena poziomu kompetencji językowej oraz plan rehabilitacji),
  - bogacenie słownictwa,
  - nauka pisania i czytania,
  - opanowanie zasad gramatyki i ortografii języka polskiego,
  - tworzenie prawidłowych wypowiedzi słownych niezależnie od sposobu komunikacji,
  - rozumienie mowy otoczenia,
  - komunikowanie się z otoczeniem.
- terapię logarytmiczną stymulującą ogólny rozwój dziecka z uwzględnieniem elementów wspólnych dla muzyki i mowy:
  - kształtowanie koordynacji wzrokowo-ruchowej,
  - kształtowanie orientacji przestrzennej,
  - usprawnianie małej i dużej motoryki,
  - kształtowanie uwagi i wrażliwości słuchowej,

Ryc. 53. Siedziba Specjalistycznej Poradni Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży z Uszkodzonym Słuchem w Toruniu ul. Krasińskiego 70

Ryc. 54. Mgr Patrycja Sawicka, audioprotetyk w trakcie badania słuchu u pacjentki

Ryc. 55. Mgr Małgorzata Jaźwiecka, logopeda w trakcie badania pacjentki

  - pobudzanie aktywności własnej, odpowiedzialności, umiejętności współdziałania w grupie, samodzielności, poczucia własnej wartości;
- opiekę medyczną otolaryngologiczną i foniatryczną.

Zatrudniamy specjalistów o wysokich kwalifikacjach z doświadczeniem w pracy z dziećmi z wadami słuchu. Wszyscy specjaliści mają ukończone studia wyższe oraz specjalistyczne studia podyplomowe. Systematycznie podnoszą swoje kwalifikacje na szkoleniach i konferencjach, które wykorzystują w pracy z dziećmi. Specjaliści w swojej pracy bazują na najnowszych osiągnięciach nauk pedagogicznych, paramedycznych i technicznych. Dysponujemy nowoczesnym sprzętem do badań słuchu oraz zajęć specjalistycznych. Współpracujemy z placówkami oświatowymi, do których uczęszczają nasi podopieczni.

Obecnie pod opieką poradni jest 600 dzieci, w tym 120 jest systematycznie rehabilitowanych. Pod pojęciem systematycznej rehabilitacji rozumiemy uczestnictwo dziecka w zajęciach specjalistycznych jeden raz w tygodniu u danego specjalisty.

Osoby zatrudnione w naszej placówce w latach 1969–2014:

1. mgr Józef Rogowski – logopeda
2. mgr Maria Wilińska – psycholog – pracuje obecnie
3. lek. med. Bogumiła Jastrzębska – foniatra
4. lek. med. Anna Grochal – neurolog dziecięcy
5. mgr Alicja Sawczuk – pedagog
6. mgr Celina Lewandowska – logopeda
7. mgr Maria Mierzejewska – psycholog
8. mgr Zofia Wasilewska – psycholog
9. mgr Dorota Pawlak – logopeda
10. mgr Anna Marecka – logopeda – pracuje obecnie
11. mgr Ewa Sieradzan – surdologopeda – kierownik poradni – pracuje obecnie
12. mgr Małgorzata Jaźwiecka – logopeda – pracuje obecnie
13. mgr Elżbieta Sadowska – surdologopeda – pracuje obecnie
14. mgr Iwona Dmochowska – surdopedagog – pracuje obecnie
15. mgr Beata Pikulska – surdologopeda – pracuje obecnie
16. mgr Renata Kwiatkowska – logorytmik, logopeda – pracuje obecnie
17. mgr Patrycja Sawicka – logopeda, adioprotetyk – pracuje obecnie

18. mgr Alicja Trędowicz – psycholog
19. mgr Izabela Mathiak – surdopedagog
20. mgr Elżbieta Chmielewska – surdopedagog, logorytmik
21. Jadwiga Andracka – pielęgniarka audiometrystka – pracuje obecnie
22. Barbara Murawska – pracownik administracyjny – pracuje obecnie.

Adresy placówek:

Oddział Kujawsko-Pomorski Polskiego Związku Głuchych
Specjalistyczna Poradnia Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży
z Uszkodzonym Słuchem w Toruniu
87–100 Toruń, ul. Krasińskiego 70
tel. 56 62 289 82 tel./fax 56 62 246 48
e-mail: pzg.poradnia.torun@wp.pl – ogólny
ewasieradzan@wp.pl – kierownik

Punkt Rehabilitacyjno-Konsultacyjny Dzieci i Młodzieży
z Wadą Słuchu
86–300 Grudziądz, ul. Dąbrowskiego 11/13
tel. 56 46 202 20
e-mail: punktpzggrudziadz@wp.pl

Punkt Logopedyczny
87–800 Włocławek, Plac Wolności 17
tel. 54 232 74 17
e-mail: punktlogop@gmail.com

Joanna Duszyńska-Gawińska

13.
FUNDACJA DUCHA NA RZECZ REHABILITACJI NATURALNEJ LUDZI NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Twórcą Fundacji Ducha na Rzecz Rehabilitacji Naturalnej Ludzi Niepełnosprawnych i jej wieloletnim prezesem był Stanisław Duszyński (1933–2005). Przez swoich wychowanków i przyjaciół nazywany „Duchem", stąd też nazwa fundacji. Już w latach osiemdziesiątych rozpoczął działalność na rzecz aktywizowania osób niepełnosprawnych. Wykorzystał swoje wieloletnie doświadczenia w organizowaniu spływów kajakowych na Suwalszczyźnie oraz rajdów tatrzańskich dla młodzieży szkolnej. Był przekonany, że taka forma aktywności będzie sprzyjała budowaniu sprawności fizycznej, ale przede wszystkim kondycji psychicznej, co jest niezbędne do skutecznej rehabilitacji. Wiele determinacji, trudnych przygotowań i aktywności licznych specjalistów wymagało zorganizowanie pierwszego obozu kajakowego z udziałem osób z ciężkim uszkodzeniem aparatu ruchu. Niektórzy z niepełnosprawnych uczestników po raz pierwszy znaleźli się bez swoich opiekunów. Wyruszyli na wyprawę, na której przyszło im spać w namiotach, gotować na ognisku i radzić sobie bez prądu, bieżącej wody i innych udogodnień. W miarę swoich możliwości wraz z innymi uczestnikami angażowali się w prace biwakowe i przygotowywanie posiłków. Codziennie pod okiem zespołu wolontariuszy przemierzali na kanadyjkach i kajakach odcinki Kanału Augustowskiego od Biebrzy do granicy białoruskiej, z wpływaniem na wody Rospudy, Blizny, Suchej Rzeczki i Czarnej Hańczy. Niepełnosprawni uczestnicy w trakcie tej niezwykłej wyprawy poznawali smak prawdziwej przygody, nawiązywali przyjaźnie, przełamywali swoje ograniczenia i budowali wiarę we własne siły. Wtedy powstała nazwa – rehabilitacja naturalna. Kolejnym wyzwaniem były Tatry, gdzie przy serdecznej życzliwości dyrektora Stanisława Czubernata z Tatrzańskiego Parku Narodowego i wsparciu ze strony ratowników TOPR, niepełnosprawni

wraz ze swoimi zdrowymi przyjaciółmi pokonywali szlaki górskie, asekurowani w trudniejszych miejscach linami.

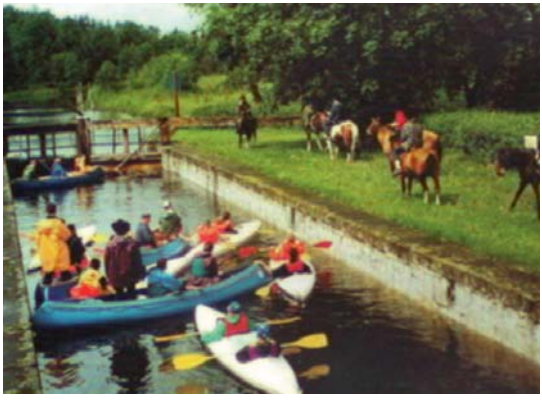
W 1989 r. „Duch" założył Zespół Rehabilitacji Naturalnej przy Medycznym Studium Zawodowym, a potem przy Wojewódzkiej Kolumnie Transportu Sanitarnego. Coraz liczniejsza grupa niepełnosprawnych uczestniczyła w organizowanych obozach wodniackich oraz rajdach tatrzańskich.

W 1992 r. Stanisław Duszyński powołał do życia Fundację Ducha na Rzecz Rehabilitacji Naturalnej Ludzi Niepełnosprawnych. W 1994 r. rozpoczął tworzenie w Toruniu bazy fundacji. Przystosował piętnaście budynków znajdujących się przy Szosie Bydgoskiej po Wojewódzkiej Kolumnie Transportu Sanitarnego na obiekty dla potrzeb rehabilitacji, a konkretnie hipoterapii. Wiata garażowa dla samochodów ciężarowych stała się krytą ujeżdżalnią, warsztat samochodowy stajnią, a w ponadstuletnim budynku będącym dawną siedzibą Bractwa Kurkowego urządzono biura, świetlicę oraz sanitariaty. W tym samym roku w bazie Fundacji, dzięki zakupionym przez Prezydenta Miasta, koniom huculskim zaczęto ćwiczenia hipoterapeutyczne z dziećmi po porażeniu mózgowym, z zespołem Downa, autystycznymi oraz z innymi dysfunkcjami.

Stanisław Duszyński, inspirowany badaniami dr. Jerzego Bieni, razem z zespołem alpinistów, w tym himalaisty dr. Tadeusza Łaukajtysa, szefa Szkoły Alpinizmu Bogdana Krauze i szefa grupy jurajskiej GOPR Piotra van der Coghena oraz grupy lekarzy różnych specjalności, opracował metodę rehabilitacji poprzez terapeutyczną wspinaczkę ścianową. Pierwszy obóz wspinaczkowy niepełnosprawnych zorganizowano w skałach jurajskich w 1994 r. „Duch", analizując efekty hipoterapii i wspinaczki terapeutycznej, postanowił połączyć obie metody. W tym celu w krytej ujeżdżalni wybudowano sztuczną ścianę wspinaczkową. Dzieci rozgrzane i rozluźnione po hipoterapii ubierane są w uprząż i pod opieką instruktora wspinają się na ścianie. Wspinaczka pozwala ćwiczyć wszystkie grupy mięśni i stawów, co prowadzi do wzrostu siły mięśniowej, zwiększenia amplitudy ruchowej, ale również ma pozytywny wpływ na psychikę. Pokonanie trudów wspinaczki i „zdobycie szczytu" jest sukcesem, tak ważnym w każdej terapii.

Oprócz systematycznych ćwiczeń w bazie Fundacji w Toruniu „Duch" organizował w dalszym ciągu obozy w skałach jurajskich, rajdy tatrzańskie i bieszczadzkie. Obozy rehabilitacyjne w Puszczy Augustowskiej, spływy kajakowe, rajdy konno-kajakowe, na których część uczestników płynęło kanadyjkami Hańczą, pozostali przemierzali konno leśne szlaki Puszczy Augustowskiej, by spotkać się na wspólnym biwaku.

Ryc. 56. Spotkanie na śluzie



Ryc. 57. Pokaz hipoterapii na parkurze w czasie zawodów jeździeckich

Ryc. 58. Temperatura ciała konia jest wyższa niż człowieka. W ruchu kroczącym konia (stępie) następuje dobroczynne rozluźnienie spastyki mięśni

Stanisław Duszyński był inspiratorem oraz współautorem „Programu tworzenia warunków udziału ludzi niepełnosprawnych w życiu publicznym Miasta Torunia", uchwalonego przez Radę Miasta w 1994 r. i stanowiącego stabilne uwarunkowania budżetowe dla tej jakże ważnej grupy społecznej. W 1999 r. Fundacja Ducha została uznana przez Fundację Stefana Batorego za najlepszą organizację pozarządową w kraju i w tym samym roku uzyskała tytuł najlepszego ośrodka hipoterapeutycznego w Polsce. Od 2004 r. Fundacja jest Organizacją Pożytku Publicznego.

Przez lata problemem Fundacji był zły stan techniczny budynków, generujący wysokie koszty utrzymania i ograniczający możliwość rozwoju. Powstała koncepcja gruntownej modernizacji bazy Fundacji, która zapewniłaby odpowiednie warunki dla podopiecznych, pracowników, wolontariuszy oraz koni. Wysokie koszty nie pozwalały na realizację tego marzenia. Przełomowy okazał się dopiero 2011 r., kiedy udało się pozyskać środki unijne w ramach RPO WK-P i rozpocząć realizację inwestycji pn. „Rewitalizacja obiektów ośrodka rehabilitacyjnego oraz zagospodarowanie terenu Fundacji Ducha na Rzecz Rehabilitacji Naturalnej Ludzi Niepełnosprawnych". W kosztach realizacji projektu partycypuje również Gmina Miasta Toruń.

Efektem jest nowoczesna kryta ujeżdżalnia z obszerną areną do hipoterapii, z wysoką ścianką wspinaczkową, trybunami, gabinetem do kinezyterapii i zapleczem socjalnym, funkcjonalna stajnia oraz rewitalizowany obecnie budynek rehabilitacyjno-biurowy z gabinetem lekarskim, salami rehabilitacyjnymi oraz obszerną świetlicą. Wszystkie obiekty są ogrzewane pompami ciepła. Inwestycja podzielona była na etapy, aby zapewnić nieprzerwaną działalność Fundacji. Ostateczne zakończenie inwestycji planowane jest na drugą połowę 2014 r. W ciągu ponad 20-letniej działalności udało się stworzyć jeden z najlepszych ośrodków hipoterapeutycznych w kraju, dysponujący fachową kadrą, ułożonymi do terapii końmi i nowoczesną bazą, pozwalającą na prowadzenie również innych form rehabilitacji. Obecnie Fundacja Ducha skupia blisko 300 dzieci niepełnosprawnych, ale również dużą grupę osób starszych i wolontariuszy. Przez cały rok w bazie Fundacji prowadzona jest hipoterapia, wspinaczka terapeutyczna, terapia zajęciowa, ćwiczenia z rehabilitantem, zajęcia logopedyczne, a ostatnio – pilotażowo nauka języka angielskiego. Organizowane są liczne spotkania i imprezy, w których biorą udział nie tylko niepełnosprawni podopieczni, ale ich rodziny, przyjaciele i również osoby starsze zaangażowane w życie Fundacji. Ważnym elementem działalności są nadal obozy rehabilitacyjne organizowane w okresie wakacyjnym:

rajd kajakowo-konny (Czarna Hańcza i Kanał Augustowski), obóz rehabilitacyjno-integracyjny, kajakowo-konny na polanie w Puszczy Augustowskiej i konno-wspinaczkowy w Jurze Krakowsko-Częstochowskiej. Różnorodna działalność Fundacji sprawia, że jest ona adresowana do wszystkich bez ograniczeń ze względu na wiek czy rodzaj niepełnosprawności. Wielu podopiecznych podkreśla, że Fundacja jest dla nich drugim domem[1].

Członkowie Zarządu Fundacji Ducha na Rzecz Rehabilitacji Naturalnej Ludzi Niepełnosprawnych od 2004 r.

12 października 1992–29 kwietnia 1994 r.
prezes Zarządu – Stanisław Duszyński (11.01.1934 r.–19.12.2005 r.)
wiceprezes Zarządu – Krzysztof Młotkowski
wiceprezes Zarządu – Jerzy Rylich

29 kwietnia 1994–16 grudnia 1994 r.
prezes Zarządu – Stanisław Duszyński
wiceprezes Zarządu – Maria Szóstek
wiceprezes Zarządu – Jerzy Rylich

16 grudnia 1994 r. – 26 kwietnia 2004 r.
prezes Zarządu – Stanisław Duszyński
wiceprezes Zarządu – Maria Szóstek
wiceprezes Zarządu – Halina Balewska-Jurczak

Od 26 kwietnia 2004 r.
prezes Zarządu – Stanisław Duszyński
wiceprezes Zarządu – Joanna Duszyńska-Gawińska
wiceprezes Zarządu – Maria Jolanta Żydołowicz

19 grudnia 2005 r. zmarł prezes Zarządu – Stanisław Duszyński
członkami Zarządu nadal były:
wiceprezes Zarządu – Joanna Duszyńska-Gawińska
wiceprezes Zarządu – Maria Jolanta Żydołowicz

[1] Fotograficzny obraz rehabilitacji naturalnej Fundacji Ducha, Toruń 2001, red. Fundacja Ducha Na Rzecz Rehabilitacji Naturalnej Ludzi Niepełnosprawnych. Materiały tekstowe i fotograficzne – Archiwum Fundacji Ducha, Druk Drukarnia Księży Werbistów, Górna Grupa.

Od 22 października 2009 r.
prezes Zarządu – Joanna Duszyńska-Gawińska
wiceprezes Zarządu – Maria Jolanta Żydołowicz
wiceprezes Zarządu – Stanisław Kijewski

Lekarze pracujący w Fundacji Ducha:
dr Irena Orłowska-Sawionek (1992–2001 r.)
dr Julian Pełka (2002–2006 r.)
dr Barbara Bata (od 2007 r.)
Współpracowali z Fundacją również:
dr Iwona Witkowska-Gęsicka
dr Renata Żenkiewicz
dr Marek Modrzewski (1945–2015)

Fundacja Ducha
Na Rzecz Rehabilitacji Naturalnej Ludzi Niepełnosprawnych,
ul. Szosa Bydgoska 15, 87–100 Toruń, tel. 56/622 69 79

Janusz Czarnecki

14.
„FUNDACJA O UŚMIECH DZIECKA" RÓWNIEŻ DLA DZIECI ZE SCHORZENIAMI NEUROLOGICZNYMI

Rok 1992 był czasem budzenia się ludzi po okresie totalitarnym, rokiem nadziei i wiary w nowe możliwości pomocy chorym dzieciom również poprzez inicjatywy organizowania samodzielnych instytucji pozarządowych o charakterze charytatywnym. Stosowanie nowoczesnych na świecie nowych metod rozpoznawania chorób i ich leczenia wymagały: dobrze wyszkolonych lekarzy i pielęgniarek oraz nowoczesnego sprzętu i aparatury medycznej. Szpitale w Polsce świeciły pustkami, jeżeli chodzi o wysokospecjalistyczny sprzęt i aparaturę medyczną. Dotyczyło to diagnozowania i leczenia dzieci ze schorzeniami wielu narządów, również dużej grupy dzieci ze schorzeniami neurologicznymi w wieku od urodzenia do dojrzałości.

„Fundacja o Uśmiech Dziecka" powstała w 1992 r. z inicjatywy grupy osób „Fundatorów-Założycieli Fundacji": dr n. med. Janusza Czarneckiego – prezesa, lek. med. Małgorzaty Kłosińskiej-Pituły sekretarza, Zygmunta Walentowicza, Tadeusza Rouby, Adolfa Anzelma oraz ówczesnego dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego lek. med. Marka Polakiewicza. Początkowo Fundacja nazywała się: „Fundacja Wspierająca Zakupy Sprzętu i Urządzeń Medycznych Dla Dzieci Województwa Toruńskiego", a po roku zmieniła nazwę na „Fundację o Uśmiech Dziecka". Organami Fundacji są Rada Fundacji oraz Zarząd. Funkcje w Fundacji są sprawowane społecznie. Do Rady Fundacji doszły dodatkowo osoby: Barbara Brendel-Kwiatkowska, Ewa Hapyn, Jerzy Karasiński, Mirosława Kondziela, Wiesław Król, Marek Polakiewicz, Grażyna Sobieszak, Andrzej Szmak. Księgowość prowadzi dotąd z pełnym zapałem i poświęceniem pani Zofia Kielar. Celem Fundacji jest pomoc chorym dzieciom poprzez: zakup aparatury i specjalistycznego sprzętu medycznego, pomoc finansową ciężko lub przewlekle chorym dzieciom oraz dzieciom po przeszczepach narządów, zakup leków oraz niezbędnych rze-

czy w funkcjonowaniu w przewlekłej chorobie, współpracę z innymi organizacjami charytatywnymi, dobrą współpracę z dyrekcją szpitala i organizacjami samorządowymi. Fundacja nie prowadzi działalności gospodarczej, natomiast środki pieniężne, aparaturę i sprzęt pozyskuje poprzez: zbiórki pieniężne uliczne rotariańskie, bale karnawałowe, loterie i indywidualnych ofiarodawców oraz ze współpracy z innymi organizacjami charytatywnymi.

Ryc. 59. Pediatrzy toruńscy: od prawej dr n. med. Janusz Czarnecki i dr n. med. Marian Łysiak na XXVI Ogólnopolskim Kongresie Pediatrów, Białystok–Mikołajki 6–9 czerwca 1999 r.

Dzieci ze schorzeniami: neurologicznymi i kardiologicznymi, noworodki i dzieci przedwcześnie urodzone, ciężko chore dzieci z przeszczepami narządów były szczególnym zainteresowaniem „Fundacji o Uśmiech Dziecka". Dzieci z wymienionymi schorzeniami wymagały: nowoczesnej diagnostyki laboratoryjnej mikrometodami, inkubatorów, respiratorów, pomp infuzyjnych, echokardiogramu do badań serca, sprzętu do badań elektrofizjologicznych, aparatów do dializ, wyposażenia w nowoczesny sprzęt chirurgiczny do leczenia również dzieci z wodogłowiem, przepukliną mózgowo-rdzeniową i innymi schorzeniami neurochirurgicznymi. Dzieci ze schorzeniami neurologicznymi w szpitalu i poradni były diagnozowane i leczone przez zespół lekarzy pod kierunkiem dr. n. med. Mariana Łysiaka.

„Fundacja o Uśmiech Dziecka" zakupiła lub pozyskała i przekazała nieodpłatnie na własność Wojewódzkiemu Szpitalowi Dziecięcemu w Toruniu: aparat express plus do badań laboratoryjnych mikrometodą (1992 r. – współfinansowanie), respirator (1993 r. – współfinansowanie), dwa nowe inkubatory firmy Dräger, pompą infuzyjną IVAC model 566 (1995 r.), aparaty EKG (1996 r.), aparat do badań elektrofizjologicznych serca (1996 r.), pierwszy echokardiograf szpitalny (dofinansowanie – 1996 r.), karetka „Mercedes" transportową (1998 r.), sprzęt chirurgiczny oraz dofinansowanie aparatury kardiologicznej.

Dodatkowo należy wspomnieć o pomocy „Fundacji o Uśmiech Dziecka" dla dzieci chorych ze schorzeniami neurologicznymi, noworodkom wcześniakom poprzez zakup sprzętu, leków, odżywek dla dwóch szpitali dziecięcych w Kazachstanie w 1994 r., pomoc dzieciom powodzianom z południa Polski również ze schorzeniami neurologicznymi, które były konsultowane w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym w Toruniu (1997 r.).

Od 1997 r. trwały rozmowy w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym oraz „Fundacji o Uśmiech Dziecka" z przedstawicielami Rotary Club Toruń i Klubu Rotariańskiego w Niemczech na temat grantu na aparaturę i sprzęt dla nowo tworzącego się Oddziału Klinicznego Chirurgii Dziecięcej z udziałem dyrektora szpitala dr. Marka Polakiewicza, rotarian, prezesa „Fundacji o Uśmiech Dziecka" i konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pediatrii dr. n. med. Janusza Czarneckiego i neurologa dr. n. med. Mariana Łysiaka.

Dnia 4 października 1999 r. uroczyście w reprezentacyjnej Sali Dworu Artusa w Toruniu nastąpiło przekazanie aparatury i sprzętu medycznego za 96 000 dolarów dla „Fundacji o Uśmiech Dziecka", która przekazała go nieodpłatnie Wojewódzkiemu Szpitalowi Dziecięcemu z wykorzystaniem w Oddziale Klinicznym Chirurgii Dziecięcej i Urologii (kierownik dr hab. med. Marek Orkiszewski). Po raz pierwszy pełnoprofilowy Wojewódzki Szpital Dziecięcy, a przede wszystkim pacjenci, dzieci i młodzież ze schorzeniami chirurgicznymi i neurochirurgicznymi mogły być operowane na miejscu, bez wysyłania i oczekiwania w ośrodkach specjalistycznych poza Toruniem.

W ostatnich latach „Fundacja o Uśmiech Dziecka" współfinansowała zakup bardzo drogiego echokardiografu IE 33 do badań serca, pompy do żywienia jelitowego, aparaturę do badań układu oddechowego oraz inny sprzęt medyczny, z których korzystają dzieci ze schorzeniami kilku narządów, w tym również dzieci ze schorzeniami neurologicznymi. W 2000 r. „Fundacja o Uśmiech Dziecka" otrzymała od „Gazety Wyborczej" nagrodę FELIKSA za intensywną działalność charytatywną.

„Fundacja o Uśmiech Dziecka" Wojewódzki Szpital Dziecięcy
w Toruniu ul. Konstytucji 3 Maja 42, 87–100 Toruń
tel. 56/610 05 16, 610 07 69, 610 05 36

Renata Margalska

15.
DZIAŁALNOŚĆ KLUBU „J" W TORUNIU. IDEA GRUP SAMOPOMOCOWYCH

Toruński Klub „J" (jak jąkanie) powstał w 1992 r. Wśród współzałożycieli były zarówno osoby jąkające się, jak i logopedzi związani z Oddziałem Foniatrycznym Wojewódzkiego Szpitala im. Rydygiera w Toruniu – mgr Halina Stawikowska i mgr Róża Sobocińska. Początkowo Klub „J" korzystał z gościnności tegoż Oddziału i to w jego pomieszczeniach odbyło się wiele spotkań Klubu.

Inicjatorką idei powstania sanatoryjnego ośrodka leczenia jąkania była mgr Aurelia Rozentalowa z Poradni Ortofonicznej w Toruniu. Pierwszy raz ideę tę przedstawiała w referacie wygłoszonym w 1954 r., a już w 1958 r. powstał Społeczny Komitet Budowy Sanatorium Wad Wymowy. Patronowali mu tacy ludzie, jak Leopold Staff, Maria Dąbrowska, prof. Cwynar, prof. B. Bilikiewicz, prof. K. Górski, prof. B. Nadolski, prof. A. Swinarski i inni. Sanatorium rozpoczęło działalność w 1972 r. Jego siedzibą była tzw. „Prezydentówka". Placówką kierowała mgr Aurelia Rozentalowa, która była autorką programu kompleksowego leczenia jąkania i innych wad wymowy. Od 1973 r. Sanatorium stało się częścią Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego i od tego momentu funkcjonowało jako Oddział Foniatryczny.

Kompleksowy program terapii obejmował oprócz ćwiczeń logopedycznych i oddechowych także psychoterapię grupową i indywidualną oraz np. muzykoterapię i logorytmikę. Placówka mogła przyjąć jednocześnie ponad 30 pacjentów, turnusy trwały od kilku tygodni do dwóch miesięcy. Przemyślany program terapeutyczny, niepowtarzalna atmosfera miejsca oraz kadra gwarantowały wysoką skuteczność terapii. Przez Oddział Foniatryczny przewinęło się wielu ludzi, tworzących później ruch samopomocowy osób jąkających się. Współpracowano np. z dr Aldoną Grzybowską z Uniwersytetu Jagiellońskiego, współtwórczynią pierwszego w Polsce Klubu „J" z siedzibą

w Krakowie. Mimo niewątpliwych osiągnięć w nowoczesnej terapii jąkania, uznania jej skuteczności przez pacjentów i wielu specjalistów oraz współpracy z placówkami naukowymi, Oddział Foniatryczny został rozwiązany w 1997 r.[2]

Klub „J" zawsze dążył do aktywnych form pomocy. Od 1994 r. organizowaliśmy dyżury w redakcjach czasopism (pierwszy w 1994 r. z udziałem Haliny Stawikowskiej i Maksa Szota w redakcji „Nowości"), programy terapeutyczne (częstokroć wspierane finansowo przez Urząd Miasta Torunia i Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego) oraz ogólnopolskie zjazdy osób jąkających się (po raz kolejny Ciechocinek w 2006 r. oraz Toruń 2010 r.).

Od 2006 r. toruński Klub „J", zachowując swoją tradycyjną dla Klubów „J" autonomię, stał się pierwszym zamiejscowym Oddziałem Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Jąkających się „Ostoja". Klubowi „J" w Toruniu od czasu jego powstania przewodniczyli między innymi: Katarzyna Sala, Renata Margalska, Maks Szot, obecnie ponownie Renata Margalska. Z Oddziałem Toruń i Klubem „J" współpracują obecnie, prowadząc terapię, mgr Róża Sobocińska – logopeda, dr Jolanta Jaworska – psycholog, dr Lidia Chylewska-Barakat – psycholog.

W terapii bardzo duże znaczenie ma podejście osoby jąkającej się do swojego jąkania. Równie ważna jest motywacja i determinacja w pozbyciu się niepłynności w mówieniu i poprawieniu płynności mowy. Mowa tu oczywiście o osobach dorosłych lub młodzieży. Dzieci im mniej wiedzą na temat swojego jąkania, tym lepiej. Brak brutalnego uświadomienia dziecka o tym, że się jąka (czy co gorsza powiedzenie, iż jest „jąkałą") to najlepsza metoda – oczywiście plus właściwa postawa otoczenia. Jeżeli natomiast działania te nie przynoszą odpowiednich rezultatów, to nie ma co chować głowy w piasek, trzeba stawić czoła rzeczywistości. Im dziecko ma większe trudności, tym szybciej się zorientuje, że odstaje ze swoją mową od swoich rówieśników, również dzieci normalnie mówiące będące w kontakcie z dzieckiem jąkającym się szybko zorientują się co do jakości mowy takiego dziecka, a czasami dadzą dziecku jąkającemu brutalnie odczuć, że jest jakieś inne, gorsze, do odrzucenia włącznie.

Odnosząc się do podejścia osoby jąkającej do swego jąkania (mam na myśli młodzież i osoby dorosłe), to podejście to jest różne, tak samo jak różne

[2] Maksym Szot strona www.jakanietorun.pl

są osoby jąkające się. Jedni bardzo nienawidzą swojego jąkania, oddaliby wszystko, aby się tego pozbyć, drudzy akceptują to, że się jąkają, mówią sobie trudno, już taki jestem, i czasami nie chcą nic zrobić ze swoim jąkaniem. Wolno im, każdy ma prawo do podejmowania własnych decyzji i dokonywania swoich, chociaż czasami nieracjonalnych, wyborów. Najsmutniejsze, że są osoby, które chciałyby mówić dobrze, nienawidzą swojego jąkania, ale nic nie robią, aby to zmienić. Nie korzystają z pomocy terapeutów: logopedy i psychologa. Nawet nie chcą uczestniczyć w tzw. grupach wsparcia prowadzonych przez osoby jąkające się w Klubach „J", znajdujących się na terenie całego kraju. W Toruniu osoby z tzw. Klubu „J" spotykają się w Klubie Osiedlowym Sobótka, przy ul. Wojska Polskiego 43/45. Można skontaktować się z nami za pośrednictwem strony internetowej: www.jakanietorun.pl.

Bazując na moim doświadczeniu mogę z całą odpowiedzialnością powiedzieć, że w terapii jąkania osoby dorosłej najważniejsze jest przyjęcie do wiadomości przez nią i akceptacja faktu jąkania, nieukrywanie tego, że się jąka w kontaktach z otoczeniem, a czasami trzeba sobie powiedzieć: jąkam się i potrzebuję więcej czasu na wypowiedzenie się. Ale żeby móc tak otwarcie i asertywnie zachować się w kontaktach interpersonalnych, trzeba mieć pewien poziom samoświadomości i samoakceptacji siebie i swojego jąkania. A temu celowi służą spotkania osób jąkających się we własnym gronie, wspólne rozmowy i ćwiczenia. Dalszym etapem jest przenoszenie tego na grunt kontaktów społecznych z ludźmi dobrze mówiącymi.

Najważniejsze jest zaakceptowanie tego skądinąd przykrego faktu, gdyż znacznym utrudnieniem w terapii jest brak akceptacji jąkania zarówno przez osobę jąkającą się, jak i otoczenie tej osoby. Brak akceptacji jąkania często, niestety, przekłada się na brak akceptacji samej osoby jąkającej się. Rodzice chcieliby mieć dziecko pięknie mówiące, a tu ich potomek nie spełnia tych wymagać, więc zdarza się, że dziecko ich drażni, irytuje i w ewidentny sposób odrzucają je, co sprzyja utrwaleniu jąkania. Również sama osoba jąkająca się nie akceptuje jąkania, gdyż przeszkadza to jej w kontaktach z ludźmi. Często jąkający się pytają, dlaczego to mnie spotkało. Otoczenie często traktuje jąkanie jako powód do żartów, nie rozumie, że jest ono powodem do wstydu i utrudnia jąkającemu życie na każdej płaszczyźnie. Z biegiem lat wytwarzają się różne mechanizmy, takie jak: ukrywanie jąkania (osoba taka nie odzywa się w towarzystwie lub odpowiada zdawkowymi zdaniami), lęk przed mówieniem, pocenie się, czerwienienie, współruchy całego ciała, grymasy, bloki, napinanie mięśni całego ciała podczas mówienia itp. Osoby jąkające się są czę-

sto bardzo przewrażliwione na swoim punkcie i same bez niczyjej pomocy mają małe szanse na przezwyciężenie swoich lęków, obaw i słabości. Taki stan może przerwać jedynie świadome działanie osoby jąkającej się, polegające na skorzystaniu z fachowej pomocy i/lub wyjściu do osób podobnych sobie i otworzenie się, powiedzenie co się myśli i czuje bez obaw o śmieszność, gdyż jest się w towarzystwie osób, którzy mają podobne problemy.

Akceptacja siebie jako osoby jąkającej się daje możliwość pełnego wykorzystania szerokiego spektrum metod lub nawet samoistną poprawę mowy. Doświadczyłam tego mechanizmu na sobie. Dokąd walczyłam z jąkaniem, jako z czymś nieakceptowanym, nie było poprawy i zawsze mi to jąkanie bardzo dokuczało. Kiedy powiedziałam sobie: trudno skoro już tak jest, to niech tak będzie, na jąkanie się nie umiera, zaczęłam mówić coraz lepiej. Oczywiście uczęszczałam przez cały czas do Klubu „J", spotykałam się z osobami podobnymi do mnie, tj. jąkającymi się i „próbowałam" terapii. Aż pewnego razu trafiłam na metodę wystukiwania rytmu na sylabach i właśnie ta metoda oraz systematyczne czytanie kilka minut dziennie z wystukiwaniem rytmu na sylabach sprawiło, że mówię coraz lepiej. A nawet jak zdarza się, że nie mówię gładko i płynnie, to nie martwię się tym, wiedząc że jąkanie to sinusoida i raz jest lepiej, a raz nieco gorzej. Aby mogło być lepiej, czasami musi się trochę pogorszyć.

Wiem z własnego doświadczenia, że im bardziej osoba jąkająca się akceptuje sama siebie, tym bardziej inne osoby akceptują taką osobę. Dla mnie jest to zadziwiający mechanizm, który odkryłam w sobie. Jesteśmy po to, by móc powiedzieć wszystko to, co myślimy i to, co chcemy i mamy ochotę powiedzieć.

Działając w ogólnopolskich strukturach i samodzielnie jako Oddział Toruń, podejmujemy szereg działań zmierzających do propagowania idei grup samopomocowych, uświadamianiu społeczeństwu, na czym polega jąkanie. Szerzenie wiedzy na ten temat jest bardzo potrzebne, zarówno rodzicom, którzy spotykają się z problemem, gdy ich dziecko zaczyna się jąkać, nauczycielom, pedagogom, psychologom, logopedom, którzy mają do czynienia z dziećmi i osobami dorosłymi jąkającymi się oraz samym jąkającym się.

Oddział Toruń Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Jąkających się jest prężnym ośrodkiem w kraju, ma długoletnią tradycję, wywodzącą się jeszcze ze zlikwidowanego Oddziału Foniatrycznego. Oddział jest organizatorem szeregu inicjatyw. Ostatnio grupa inicjatywna w składzie: władze ogólnopolskie stowarzyszenie i Oddziału, rodzice i specjaliści logopedzi oraz psycholog współ-

pracujący odbyli spotkanie w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Kujawsko-Pomorskiego w dniu 14 października 2014 r. z Rzecznikiem Praw Dziecka Panem Markiem Michalakiem oraz Marszałkiem Województwa Panem Piotrem Całbeckim. Na spotkaniu poruszono szereg ważnych kwestii związanych z dostępnością leczenia jąkania u dzieci i młodzieży oraz problemów osób dorosłych, przekazano postulaty na ręce Rzecznika, poruszono także aspekt dotyczący zlikwidowanego Oddziału Foniatrycznego w Toruniu.

Ryc. 60. Renata Margalska

Ciekawym pomysłem było wskazanie przez Marszałka Województwa rozważenia możliwości leczenia sanatoryjnego dzieci jąkających się w sanatorium, np. w Ciechocinku. Zarówno postulaty, jak i zgłaszane propozycje będą w kręgu zainteresowania i podejmowanych działań przez Oddział Toruń oraz Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Jąkających się.

Jestem osobą jąkającą się po wieloletniej pracy nad sobą, członkiem Klubu „J" w Toruniu prawie od samego początku jego istnienia, tj. od 1994 r. Zaczynałam jako członek, potem prezes, następnie wiceprezes, obecnie prezes Oddziału Toruń Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Jąkających się „Ostoja".

Mogę być żywym przykładem tego, że grupy samopomocowe są skutecznym narzędziem w walce z jąkaniem, pozwalają na wyjście do ludzi, najpierw do takich samych osób jąkających się, a następnie do szerszej grupy osób. Pozwalają na otwarcie się na świat i ludzi. Osoby jąkające się to często ludzie zagubieni we współczesnym świecie, a brak płynności mowy pogłębia izolację i buduje mur pomiędzy nimi a osobami, które mówią dobrze. Jąkanie to szeroko pojęte zaburzenie komunikacji międzyludzkiej, określane jako góra lodowa, której wierzchołek widzą inni na zewnątrz w postaci jąkania, a pod spodem jest znacznie większa jej część ukrywa-

nego jąkania, lęków, logofobii, poczucia niższej wartości i destrukcyjnych myśli takiej osoby.

Wychodzenie z jąkania to przede wszystkim zmniejszanie góry lodowej znajdującej się pod powierzchnią. W terapii chodzi o to, aby osoba jąkająca się nie bała się mówić, wychodziła do ludzi, na ulicę, do pracy, na spotkania towarzyskie, a jak mój przykład dowodzi – można to osiągnąć, przychodząc do Klubu „J". Mój macierzysty Klub „J" obecnie mieści się w Osiedlowym Klubie „Sobótka" przy ul. Wojska Polskiego 43/45 w Toruniu.

Kluby „J" znajdują się na terenie całego kraju, tj. w Krakowie, Szczecinie, Wrocławiu, Lublinie, Warszawie. Osoby jąkające zrzeszają się i spotykają się razem, aby pracować nad swoją przypadłością i dawać świadectwo, że można coś zrobić. Osoby jąkające się zakładają strony internetowe, np. www.jakanie-torun.pl, www.jakanielublin.pl, www.demostenes.pl.

Jąkanie jest przypadłością trudną do leczenia i specjaliści zajmujący się nią często nie wiedzą, jaką metodę zastosować i jakie podjąć działania, które najlepiej przysłużą się danej osobie i przywrócą „normalność" porozumiewania się z otoczeniem. Sama miałam bardzo duże problemy z porozumiewaniem się z otoczeniem, mówiłam bardzo niepłynnie, powtarzając wyrazy, sylaby, mając bloki itp., aż do całkowitego zaniku mowy. Dzięki pomocy Klubu „J" w Toruniu, stosowaniu różnego typu ćwiczeń logopedycznych i wytrwałości w poszukiwaniu sposobu do coraz lepszego porozumiewania się osiągnęłam sukces, czego życzę wszystkim osobom jąkającym się.

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Jąkających się Ostoja w Lublinie,
Oddział w Toruniu, tel. 56/693 952 525
e-mail: renata.margalska@wp.pl

Witold Cerkaski

16.
POWSTANIE I DZIAŁALNOŚĆ MIEJSKIEGO OŚRODKA REHABILITACJI DLA DZIECI I MŁODZIEŻY

Miejski Ośrodek Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży (MORDiM) został powołany Uchwałą Zarządu Miasta Torunia w październiku 1992 r. na bazie zlikwidowanego Żłobka Miejskiego nr 4 przy ul. Łyskowskiego 15. Przekształceń dokonano w oparciu o przepisy Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408). Organem założycielskim była Gmina Miasta Toruń. Chciano, aby Ośrodek miał formę jednostki budżetowej. Utworzony przez gminę Ośrodek był zakładem opieki zdrowotnej należącym do tzw. publicznych zakładów opieki zdrowotnej, gdyż utrzymywany miał być przez gminę ze środków publicznych. Zarząd Miasta na podstawie upoważnienia zawartego w § 3 Uchwały nr 212/92 Rady Miasta Torunia z dnia 26.03.1992 r. w sprawie budżetu na 1992 r. dokonał przemieszczeń kredytów budżetowych w dziale 85 na rzecz utworzenia MORDiM. Powyższe zostało uregulowane w niżej wymienionych aktach prawnych: art. 92 ust. 1 Ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. Nr 95, poz. 425), § 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 8 stycznia 1992 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie bezpłatności niektórych świadczeń zakładów społecznych służby zdrowia (Dz.U. Nr 2 poz. 12). Przekształcenie Żłobka Miejskiego nr 4 w MORDiM jako publicznego zakładu opieki zdrowotnej opierało się na zasadzie nieodpłatnego udzielania świadczeń rehabilitacyjnych.

Celem powołania Ośrodka było przede wszystkim stworzenie warunków dla wczesnej diagnostyki i terapii dzieci z uszkodzeniami o.u.n. w wieku od urodzenia do 12 m.ż., jak również kompleksowej rehabilitacji neurologicznej, urazowo-ortopedycznej, psychologiczno-pedagogicznej oraz rehabilitacji wad postawy.

Badania statystyczne prowadzone przez GUS na podstawie spisów ludności przeprowadzonych w latach 1978 i 1988 wykazały, że rośnie liczba niepeł-

nosprawnych obywateli, a średnia wieku tej grupy ludności jest coraz niższa. Opracowana na tej podstawie prognoza do 2010 r. przewiduje dalszy znaczny wzrost liczby niepełnosprawnych o ponad milion w porównaniu z 1988 r., to jest około 30% przy utrzymującej się dalszej tendencji do obniżania średniej wieku tej grupy.

Stwierdzono także, że poziom wykształcenia niepełnosprawnych jest znacznie niższy od przeciętnego poziomu wykształcenia ludności.

Niepokojącym zjawiskiem, którego zasięg coraz bardziej wzrastał, były wady postawy u dzieci i młodzieży. Do występowania wad postawy przyczyniały się niewłaściwe ławki i krzesła w szkole, zbyt duże obciążenie tornistrów książkami. Występuje to łącznie ze znacznym obniżeniem poziomu wychowania fizycznego w szkołach (zmniejszenie liczby godzin wychowania fizycznego) oraz likwidacją zajęć pozalekcyjnych, między innymi gimnastyki korekcyjnej i innych form terapii ruchowej.

Z tych przyczyn wzrastała liczba młodych pacjentów przyjmowanych przez Poradnię Wad Postawy przy ul. Uniwersyteckiej w Toruniu. Obecnie w poradni zarejestrowanych jest 17 614 dzieci i młodzieży z wadami postawy. Większość z nich nie ukończyła jeszcze dziesiątego roku życia. Przykładowo w szkole Podstawowej nr 8 u 715 dzieci stwierdzono wadę postawy. Do szkoły tej uczęszcza łącznie 1215 uczniów i można przypuszczać, że w innych szkołach proporcje te układają się podobnie.

Bardzo niekorzystnie kształtują się dane statystyczne dotyczące dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. W latach 1985–1991 zarejestrowano 372 przypadki tego schorzenia w Toruniu. W Poradni Patologii Noworodka przy Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym odnotowywano, że w Toruniu około 15% noworodków zaliczanych jest do grupy ryzyka okołoporodowego. Za 1991 r. ich liczba wynosiła 480 dzieci. Stwierdzano, że próby leczenia zespołu Downa i mózgowego porażenia dziecięcego środkami farmakologicznymi nie powiodły się, a poprawę rokowała jedynie rehabilitacja prowadzona kompleksowo i systematycznie przez zespół specjalistów.

Zalążkiem działalności w tym zakresie było utworzenie już w styczniu w 1990 r. żłobka specjalistycznego na bazie lokalowej Żłobka Dziennego przy ul. Rakowicza 9 w Toruniu. Kadrę w tym żłobku poszerzono o specjalistów w dziedzinach: rehabilitacji, neurologii dziecięcej, psychologii i pedagogiki specjalnej. Wzrost zainteresowania tą formą pracy z dziećmi z mózgowym porażeniem dziecięcym (m.p.d.) spowodował wcześniejsze przeniesienie tej placówki do żłobka nr 4 przy ul. Łyskowskiego 15,

gdzie zaistniały lepsze warunki lokalowe do funkcjonowania i rozwoju tej działalności.

Dyrektorem placówki został mgr Witold Cerkaski, specjalista rehabilitacji leczniczej, któremu powierzono dozór nad realizacją programu usprawniania leczniczego w MORDiM. Kierownikiem administracyjno-gospodarczym została piel. Maria Komenda, a główną księgową – mgr Maria Walczyńska.

Na początku z terapii korzystało 57 dzieci z następującymi schorzeniami: m.p.d, z rozszczepem kręgosłupa, kręczem szyi, opóźnieniami psychoruchowymi, upośledzeniem umysłowym + m.p.d, m.p.d + niedowidzeniem, wodogłowiem, małogłowiem, padaczką + upośledzeniem umysłowym, zanikami mięśni.

Z czasem z pełnej rehabilitacji psychoruchowej w ramach oddziału żłobkowego korzysta 16 dzieci, a łącznie uczęszczało 30 dzieci. Ponadto 27 rodzin z niepełnosprawnymi dziećmi (głównie niemowlętami) uczestniczyło w dwutygodniowych turnusach terapii ruchowej i zabawowej. Celem tej formy działalności był przede wszystkim instruktaż i szkolenie rodziców. W zajęciach brały udział także rodziny mieszkające poza Toruniem. Dotychczas zdobyte doświadczenia oraz rozpoznanie potrzeb w zakresie terapii i rehabilitacji dzieci z uszkodzeniami o.u.n. skłoniło do podjęcia starań o rozszerzenie tej działalności, a także z uwagi na istniejące możliwości lokalowe oraz liczne powiązania do połączenia jej z Poradnią Wad Postawy. Baza lokalowa, tj. zwolnienie piętra w budynku żłobka (ponieważ istniała możliwość przeniesienia dwóch grup żłobkowych – łącznie 30 dzieci zdrowych do pobliskiego żłobka), umożliwia utworzenie drugiej Poradni Wad Postawy, co oznaczało poprawę i dostępność tych poradni dla dzieci i młodzieży.

W stosunku do Poradni przy ul. Uniwersyteckiej nowa poradnia byłaby bogatsza o salę gimnastyczną oraz możliwość prowadzenia zajęć rehabilitacyjnych na basenie. Warunkiem koniecznym było utrzymanie w dotychczasowej strukturze Zespołu Opieki Zdrowotnej w Toruniu Poradni Wad Postawy przy ul. Uniwersyteckiej 17.

MORDiM od początku swego istnienia prowadzi zgodnie ze statutem kompleksową rehabilitację dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat.

Podstawowym zadaniem placówki było diagnozowanie, terapia oraz edukacja i wspomaganie rodziców w postępowaniu usprawniającym dzieci. Ośrodek funkcjonuje w oparciu o trzy działy: rehabilitacji pourazowej, rehabilitacji neurologicznej i poradni wad postawy.

Dzieci ryzyka okołoporodowego oraz pacjenci z podejrzeniem uszkodzeniami o.u.n. podlegają pomocy w dziale rehabilitacji neurologicznej. Po konsultacji lekarza neonatologa lub neurologa kierowane są na kompleksowe usprawnianie. Obejmuje ono rehabilitację ruchową oraz terapię psychologiczną, logopedyczną i pedagogiczną. Zajęcia prowadzone są w formie indywidualnych konsultacji i spotkań terapeutycznych oraz tygodniowych turnusów rehabilitacji ruchowej.

Na terenie Ośrodka istniał również Oddział Dzienny dla niepełnosprawnych dzieci w wieku od trzeciego do szóstego roku życia (m.p.d., przepuklina oponowo-rdzeniowa, zespół Downa, opóźnienie rozwoju psychoruchowego). Dzieciom tym oferowano profesjonalną opiekę pielęgnacyjną, lekarską, fizjoterapeutyczną, logopedyczną, pedagogiczną i psychologiczną.

W pracy z małymi pacjentami posługiwano się różnymi metodami neurofizjologicznymi, dobieranymi do indywidualnych potrzeb dziecka, takimi jak: Voity, Neuro Developmental Treatment – NDT – Bobath, Sensory Integration – SI, Proprio Neuromuscular Facilitation – PNF.

Oddziaływania psychologiczne odbywały się w ramach kompleksowej terapii sensorycznej, pedagogicznej i logopedycznej. Przed podjęciem wyżej wymienionych terapii zdiagnozowane dziecko poddawane było ocenie intelektualnych możliwości oraz podejmowane były decyzje dotyczące dalszej stymulacji. Podstawowym celem tych oddziaływań jest wyrównywanie deficytów oraz stymulacja ogólnorozwojowa.

Udzielane były porady rodzicom, których włącza się do codziennego działania terapeutycznego.

Terapia logopedyczna obejmowała profilaktykę logopedyczną (czynności przygotowujące niemowlęcy aparat artykulacyjny do podjęcia funkcji mowy) oraz diagnozę logopedyczną, terapię zaburzeń komunikacji, a także usuwanie wad wymowy.

Oddziaływania pedagogiczne oparte były na różnych metodach, m.in. Knilla, Dobrego startu, Weroniki Sherborne i innych. Obejmowały one ćwiczenia o charakterze zabawowym, mające na celu stymulację rozwoju intelektualnego, poprawę koordynacji wzrokowo-ruchowej, orientacji przestrzennej i korekcję zaburzonych procesów myślowych.

Wszystkie wyżej wymienione oddziaływania usprawniające prowadzone były wg zasad: indywidualizacji, systematyczności, stopniowania trudności, utrwalania oraz świadomego i efektywnego udziału dziecka.

Ryc. 61. Mgr Witold Cerkaski dyrektor MORDiM z intendentką Ośrodka Heleną Łuszczyńską

Ryc. 62. Wizyta w MORDiM. Od lewej: mgr Witold Cerkaski, dyrektor Ośrodka, czteroosobowa grupa gości, piąta od lewej mgr Ilona Mądraszewska, siódmy z kolei lek. med. Tomasz Sawicki, a poniżej kierownik administracyjny Ośrodka Maria Komenda

Ryc. 63. Gimnastyka korekcyjna prowadzona przez mgr Katarzynę Krygier

Ryc. 64. Mgr Marzena Liczbik w takcie ćwiczeń z pacjentem z porażeniami czterokończynowymi (m.p.d.)

Ryc. 65. Na fotelu do ćwiczeń stawów: biodrowego i kolanowego

Ryc. 66. Od prawej stoją: mgr Witold Cerkaski dyrektor MORDiM oraz rehabilitanci: mgr Rafał Walkowski, mgr Katarzyna Alwin, mgr Izabela Siuda-Rudnicka, mgr Ilona Mądraszewska, mgr Elżbieta Kopańska, mgr Małgorzata Bilska-Wódecka, aktualny kierownik Ośrodka Rehabilitacji Dziennej. Od prawej siedzą: mgr Violetta Strzałkowska, mgr Maria Walczyńska oraz kierownik administracyjny MORDiM Maria Komenda

Rehabilitacja pourazowa oraz w Poradni Wad Postawy obejmowała pełen zakres działań kinezyterapeutycznych, wspomaganych zabiegami fizykoterapeutycznymi (w tym hydroterapia).

Tradycyjne postępowanie usprawniające wspomagane było nowoczesnymi metodami Mc'Kenziego, terapii manualnej, terapii Master – SET – Sling Excercise Terapii, PNF.

Ośrodek dysponował aparaturą do komputerowej oceny postawy ciała i stóp rekomendowaną przez specjalistów ortopedii i pediatrii, która pozwala w sposób nowoczesny, nieinwazyjny ocenić postawę ciała w czasie trwania rehabilitacji.

Placówka ma bardzo dobrą bazę leczniczą z klimatyzowanymi pomieszczeniami terapeutycznymi, wyposażonymi w najnowszą aparaturę i sprzęt medyczny niezbędną do prowadzenia rehabilitacji leczniczej. Przykładem takim jest między innymi „Sala Doświadczania Świata" (SDŚ) – stworzona i zaprojektowana z myślą o osobach z upośledzeniem umysłowym mających trudności z odbiorem i interpretacją bodźców z otaczającego świata. Uwzględniając poszczególne potrzeby dzieci ze złożoną niepełnosprawnością, bodźce w SDŚ są tak dobrane i tak rozłożone w przestrzeni, by umożliwić najbardziej upośledzonemu dziecku postrzeganiu zmysłami i przeżycie nowych doświadczeń. Podczas terapii angażowano poszczególne zmysły: wzroku, dotyku, słuchu, zapachu, eliminuje się bodźce dodatkowe utrudniające percepcję. W wielu przypadkach było to jedyne miejsce, gdzie dzieci z poważnymi deficytami i zaburzeniami rozwoju wykazywały jakąkolwiek aktywność ruchową i poznawczą. Terapia w SDŚ wspomagała rozwój poszczególnych zmysłów, pozwala na lepszą komunikację z dzieckiem niepełnosprawnym, umożliwiała dokonywanie wyborów, sprzyjała ćwiczeniom koncentracji uwagi, ułatwiała zdobywanie doświadczeń potrzebnych do rozwoju wiedzy o świecie. Kompleksowe leczenie prowadzone było przez zespół, w skład którego wchodziło: sześciu lekarzy zatrudnionych na niepełny wymiarze godzin pracy, dziewięciu fizjoterapeutów, dwóch logopedów, psycholog, pedagog, pielęgniarki, opiekunki dziecięcej, etnolog, neurolog dziecięcy, ortopeda, onkolog, pediatra, lekarz sportowy.

Ośrodek prowadził różnego rodzaju szkolenia z zakresu rehabilitacji neurofizjologicznej dla lekarzy fizjoterapeutów, psychologów, pedagogów, logopedów z terenu całego kraju. Do początków lat dziewięćdziesiątych najlepiej zorganizowaną w dziedzinie rehabilitacji była południowa Polska. Obejmowała ona centra w Krakowie, Wrocławiu, Łodzi, Częstochowie czy

Kielcach. Aspirując do objęcia szkoleniem osób, które mogłyby pracować dla potrzeb północnej Polski, w 2008 r. w toruńskim MORDiM przystąpiono do nadbudowy piętra o część leczniczo-edukacyjną ze 100-metrową salą multimedialną dla potrzeb prowadzenia profesjonalnych kursów rehabilitacji neurofizjologicznej, którą ostatecznie oddano do użytku 15 grudnia 2008 r. Niezależnie od działalności statutowej, Ośrodek wspierał działalność Klubu Kobiet po amputacji piersi „Amazonki" oraz Stowarzyszenie osób z chorobą Parkinsona, mający w Ośrodku swoją siedzibę[3].

Dnia 20 lutego 2009 r. przyszłość MORDiM stanęła nieoczekiwanie pod znakiem zapytania. W wyniku rutynowej kontroli finansowej Ośrodka stwierdzono znaczące nieprawidłowości obciążające główną księgową. W następstwie procesu sądowego sprawa zakończona została wyrokiem skazującym.

Stanowisko opuścić musiał również twórca i wieloletni dyrektor MORDiM.

Miejski Ośrodek Rehabilitacji dla Dzieci i Młodzieży
ul. Łyskowskiego 15, 87–100 Toruń
tel. 56/648 05 06

[3] *W lepszych warunkach – większe szanse dla wielu dziewcząt i chłopców w Toruniu. Leczenie usprawniające*, „Nowości", z 1 lipca 1993, nr 126 (7110), s. 4.

Małgorzata Bilska-Wodecka

17.
POWSTANIE OŚRODKA REHABILITACJI DZIENNEJ W OBIEKCIE PO DAWNYM MORDIM PRZY UL. IGNACEGO ŁYSKOWSKIEGO 15

Dnia 15 sierpnia 2010 r. w wyniku reorganizacji uchwałą Rady Miasta Torunia Miejska Przychodnia Specjalistyczna kierowana przez mgr Bożenę Mleczko-Dąbrowską przejęła zlikwidowany MORDiM przy ul. Łyskowskiego 15 i włączyła ww. jednostkę w swoją strukturę organizacyjną, nadając mu nową nazwę: Ośrodek Rehabilitacji Dziennej. Kierownictwo Ośrodka przejęła mgr Małgorzata Bilska-Wódecka.

Nowo utworzony Ośrodek, zachowując ciągłość w jego funkcjonowaniu, podjął dalszą opiekę nad:

- niemowlętami z obciążonym wywiadem okołoporodowym (wcześniactwo, zamartwica, ciąże mnogie, wady wrodzone i genetyczne);
- dziećmi i młodzieżą z mózgowym porażeniem dziecięcym, przepukliną oponowo-rdzeniową, z zespołami genetycznymi, znacznymi skoliozami, po urazach, złamaniach;
- dorosłymi: kobietami po mastektomii, osobami z chorobą Parkinsona i innymi chorobami przewlekłymi, a także po urazach, złamaniach.

Zakres udzielanych przez Ośrodek świadczeń dotyczył:

a) kompleksowej rehabilitacji w zakresie:
   - kinezyterapii,
   - fizykoterapii,
   - hydroterapii,
   - terapii zajęciowej;
b) w ramach poradni dla dzieciej terapii pedagogicznej, logopedycznej i psychologicznej;
c) specjalistycznej opieki lekarskiej (w ramach rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego i rehabilitacji ogólnorozwojowej).

Ryc. 67. Ośrodek Rehabilitacji Dziennej

Ryc. 68. Mgr Małgorzata Bilska-Wódecka z lek med. Dianą Accordi-Kilian

Ryc. 69. Rotor do ćwiczeń wspomaganych lub z obciążeniem kończyn górnych i dolnych

Ryc. 70. Sala do kinezyterapii dla dzieci starszych

Ryc. 71. Kriopal – terapia ciekłym azotem (-195,8°C)

Ryc. 72. Laser ze skanerem i głowicami punktowymi

Ryc. 73. Firing – aparat do elektroterapii (diadynamik, jontoforeza, galwanizacja, interdyn, prądy Kotza, Traberta, elektrostymulacja)

Ryc. 74. Wanny do masażu wirowego kończyn górnych i dolnych

Ryc. 75. Gabinet do kinezyterapii dla niemowląt

Ryc. 76. Sala do kinezyterapii dla dzieci młodszych

Ryc. 77. Stepper i orbitrek do kinezoterapii

Ryc. 78. Pionizator statyczny dla dzieci młodszych

Działalność jednostki oparta jest głównie na kontraktach z NFZ. W Ośrodku funkcjonuje także 5-godzinny Oddział Dzienny dla dzieci niepełnosprawnych w wieku 3–6 lat finansowany przez Gminę Miasta Torunia. W ramach Ośrodka działają następujące Poradnie:

1. Logopedyczna, reaktywowana w styczniu 2011 r.;
2. Psychologiczna, utworzona w styczniu 2011 r.;
3. Wad postawy – kontynuacja.

Ośrodek Rehabilitacji Dziennej obejmuje opieką dzieci od okresu noworodkowego do 18 roku życia. Przyjmuje rocznie średnio 600 nowych pacjentów. Pacjenci dorośli stanowią 30% pierwszorazowych.

W Ośrodku aktualnie przyjmują:

1) lekarze specjaliści z zakresu neurologii dziecięcej, rehabilitacji, balneologii i ortopedii. Neurolodzy dziecięcy: lek. med. Dorota Brygman i lek. med. Iwona Witkowska-Gęsicka;
2) fizjoterapeuci, przeszkoleni w zakresie wczesnej rehabilitacji dzieci (metody NDT – Bobath, Voity) oraz z zakresu metod dla dorosłych (PNF, terapia manualna, rehabilitacja dla kobiet po mastektomii),
   Lekarze, rehabilitanci: lek. med. Diana Accordi- Kilian, lek. med. Julian Pełka, lek. med. Anna Tyborska,
   specjaliści w rehabilitacji: mgr Małgorzata Bilska-Wódecka, mgr Monika Kozankiewicz, mgr Marzena Liczbik, mgr Emilia Lipińska, mgr Tomasz Libicki, mgr Elżbieta Szczekocka, mgr Anna Świtling-Hirata oraz technicy: tech. Danuta Bisiacka i tech. Jolanta Faleńczyk;
3) neurologopedzi: mgr Siuda-Rudnicka, mgr Hanna Bulińska;
4) pedagodzy (w tym terapeuta): mgr Violetta Strzałkowska;
5) psycholog kliniczny: mgr Elżbieta Kopańska;
6) terapeuta zajęciowy. Lic. Ewa Kasprzak-Czerwińska.

Ośrodek Rehabilitacji Dziennej
ul. Łyskowskiego 15, 87–100 Toruń
tel. 56/648 05 06

Anna Grochal

18.
FUNDACJA NA RZECZ ROZWOJU DZIECI NIEPEŁNOSPRAWNYCH „DAJ SZANSĘ"

Fundację powołali rodzice dzieci niepełnosprawnych. Zarejestrowano ją 14 kwietnia 1993 r. Inicjatorem utworzenia fundacji był dr Krzysztof Liszcz, który wraz z żoną, jak wielu rodziców, poszukiwał możliwości rehabilitowania swojej córki Katarzyny. Przemiany społeczne w Polsce pod koniec lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku umożliwiły takie poszukiwanie także za granicą. Szybko okazało się, że w Polsce jest wiele podobnych rodzin. W Poznaniu powstało Stowarzyszenie Rozwoju Ludzkich Możliwości, którego nazwa nawiązywała do Instytutów Osiągania Ludzkich Możliwości (The Institutes of Achievement of Human Potential) w Filadelfii w USA. Rodzice wspierający rozwój swoich niepełnosprawnych dzieci zakładali nawiązanie ścisłej współpracy z Glennem Domanem, twórcą ośrodka w USA. Okazało się to niełatwe, choć uzyskano porozumienie w sprawie polskiego wydania książek G. Domana. Ponownie z inicjatywy dr. Liszcza w 1992 r. nawiązano kontakt z instytutem założonym w Anglii w 1971 r. jako filia instytutu amerykańskiego, wtedy już samodzielną placówką o nazwie Brytyjski Instytut dla Dzieci z Uszkodzeniem Mózgu (The British Institute for Brain Injured Children). Podczas wizyty szefa BIBIC w Toruniu Keitha Pennocka w 1992 r. ustalono zasady współpracy. W efekcie dwie osoby (Anna Grochal oraz Angelika Murawska pedagog) oddelegowano na dwuletni staż do Bridgewater w Anglii (maj 1993 – maj 1995). W tym czasie P. Liszczowie oraz grono zaangażowanych rodzin Binnebesel, Cichoń, Drożdżal, Cichocki i inni czynili starania w celu utworzenia najważniejszej struktury Fundacji, jaką jest do chwili obecnej Instytut Terapeutyczny, uroczyście otwarty w czerwcu 1995 r. początkowo jako filia BIBIC. W naturalny sposób rodziny, uznając kwalifikacje naszych terapeutów, stopniowo zaniechały wyjazdów do ośrodków zagranicznych.

Siedzibą fundacji i instytutu jest budynek po przedszkolu przy ul. Piskorskiej 11 w Toruniu. Pierwszym prezesem fundacji była Ołena Bożemska (w latach 1993–1995), następnie K. Liszcz (w latach 1995–2004), od 2004 r. Jan Cichoń, a od 1 lipca 2013 r. mgr Ewa Grobelska. Dyrektorem Instytutu Terapeutycznego od początku jest A. Grochal. Metoda realizowana w fundacji nazywana była metodą Domana. Jednak ze względu na to, że nie ustalono zasad współpracy z ośrodkiem amerykańskim oraz biorąc pod uwagę polskie realia społeczne, a także system funkcjonowania służby zdrowia oraz edukacji, naszą metodę nazwano metodą ciągłej stymulacji lub wychowaniem usprawniającym. Warto podkreślić przychylność władz Torunia, kontrakt z Kasami Chorych, obecnie z NFZ, przez cały okres pracy placówki. Istotą naszej metody jest za Domanem praca rodziców z dzieckiem w jego domu przy pomocy grona wolontariuszy. Uważamy bowiem, za Domanem, że przygotowani rodzice mogą być terapeutami dziecka.

Rodzina wyrażająca gotowość współpracy była zapraszana na wizyty, na których oceniano dziecko, przygotowując dlań odpowiedni program terapeutyczny. Równocześnie szkoleniu poddawani byli rodzice, którzy zapoznawani byli z założeniami metody i jej realizacją według opracowanego programu. Ważną sprawą jest propagowanie wolontariatu, w tym szkolenie młodych wolontariuszy, a także zwracanie uwagi na problemy rodziny posiadającej niepełnosprawne dziecko.

Od 2004 r. w fundacja prowadzi Poradnię FAS (Fetal Alkohol Syndrom), w której konsultowane są dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi powstałymi na skutek uzależnień alkoholowych rodziców, zwłaszcza matek w ciąży. Przez lata swojej działalności fundacja wyszkoliła grono terapeutów; współpracujemy ponadto z UMK, prowadząc zajęcia ze studentami pedagogiki.

Może warto jako ciekawostkę wspomnieć, że w Anglii do naszej pracy aktywnie włączyli się Polacy, emerytowani żołnierze z okresu II wojny światowej, mieszkający w okolicy BIBIC (Bridgewater, Somerset). Nie zważając na wiek, bezinteresownie pomagali, głównie jako tłumacze, rodzinom przybywającym z Polski. Obecnie podopiecznymi fundacji są rodziny z całego kraju oraz spoza jego granic.

Fundacja „Daj Szansę" Instytut Terapeutyczny
ul. Heleny Pikorskiej 11, 87–100 Toruń
tel. 56/648 23 63, 648 59 75

Aleksandra Ruszczak

19.
FUNDACJA SPOŁECZNO-CHARYTATYWNA „POMOC RODZINIE I ZIEMI". HOSPICJUM DLA DZIECI I MŁODZIEŻY „NADZIEJA" W TORUNIU

Fundacja ustanowiona została w dniu 7 maja 1996 r. aktem notarialnym Rep. A nr 1782/1996. Zgodnie z decyzją Sądu Rejonowego dla m. st. Warszawy XVI Wydział Gospodarczy w Warszawie została wpisana do Rejestru Fundacji w dniu 13 sierpnia 1996 r. pod nr. 4920.

Twórcami Hospicjum byli Państwo Ołena i Zbigniew Bożemscy. W wyniku zaangażowania rodziców i części Zarządu Fundacji osiągnięto konsensus w następstwie którego utworzone zostało Hospicjum dla Dzieci „Nadzieja". Dzięki przychylności władz miejskich uzyskano obiekt typu „Namysłów" przy ul. Włocławskiej 169B w Toruniu. Po wykonaniu prac adaptacyjnych w dniu 11 czerwca 2002 r. nastąpiło otwarcie Hospicjum. W składzie organizacyjnym Fundacji znalazły się:

1. Hospicium domowe dla dzieci terminalnie i przewlekle chorych wymagających pełnej opieki paliatywnej w domu chorego dziecka.
2. Stacjonarny Oddział Pielęgnacyjno-Opiekuńczy dla Dzieci i Młodzieży im. Jana Pawła II.

Opieką objęto dzieci z Torunia i okolicy. Obecnie pod opieką hospicjum domowego pozostaje średnio około 36 podopiecznych. Są to pacjenci z nowotworami, mózgowym porażeniem dziecięcym, dystrofią mięśniową, przepukliną oponowo-rdzeniową, a także zespołem Downa.

Na początku 2002 r. nastąpiło otwarcie całodobowego Oddziału Pielęgnacyjno-Opiekuńczego dla Dzieci i Młodzieży im. Jana Pawła II. Podopieczni weryfikowani byli wg zmodyfikowanej skali Barthel z punktacją od 0–40, co oznacza, że obejmować je musiała całodobowa opieka pielęgniarska. Aktualnie hospicjum oferuje stałą opiekę lekarską, pielęgniarską i rehabilitacyjną. Podopieczni korzystają z sal dwuosobowych. Do dyspozycji jest sala fizjote-

Ryc. 79. Podopieczni z hospicium Domowego na Starówce

Ryc. 80. Biblioterapia na Oddziale Stacjonarnym

rapeutyczna wyposażona w sprzęt rehabilitacyjny. Przeciwwskazaniem do objęcia opieką są choroby nowotworowe i psychiczne.

Aktualnie pod opieką hospicjum pozostaje średnio 12 dzieci; są to najczęściej dzieci porzucone lub półsieroty.

Hospicjum dla Dzieci i Młodzieży „Nadzieja”
ul. Włocławska 169 B., 87–100 Toruń
tel. 56/652 05 49

Janina Mirończuk

20.
ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY FUNDACJI „ŚWIATŁO"

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Fundacji „Światło" w Toruniu od początku swojego funkcjonowania, tj. od 2002 r., nastawiony był na opiekę nad pacjentem w śpiączce. Wcześniej funkcjonował dwa lata jako oddział pacjentów apalicznych w strukturach hospicjum. Śpiączka to termin medyczny rozpoznawalny społecznie, dla nas to pacjent w stanie apalicznym. Wśród podopiecznych największą grupą, ok. 80%, stanowią osoby po wypadkach komunikacyjnych. Pozostałe 20% to osoby po udarach, zawałach, podtopieniach. Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Fundacji „Światło" to placówka opieki długoterminowej, ale podejmowane działania wykraczają poza standardy tego działu opieki. Nie ma w Polsce ośrodka wybudzania osób dorosłych ze śpiączki. Nasze działania w stosunku do pacjentów zaowocowały 39-oma wybudzeniami (na dzień 21.10.2015 r.) w tym dwoje dzieci: Piotr lat 14 i Dominik lat 11. Działania wysoko wykwalifikowanej kadry rehabilitantów, logopedów, psychologów, lekarzy i pielęgniarek decydują o efektach. Od kilku lat wspiera nas POLSKA NAUKA.

Profesor Andrzej Czyżewski z Politechniki Gdańskiej ofiarował dla naszych pacjentów Cyber-Oko – urządzenie do oceny stopnia świadomości pacjenta oraz pozawerbalnego kontaktu z pacjentem. Dr Marek Binder z Uniwersytetu Jagiellońskiego dzięki kaskowi EEG diagnozuje tzw. intencje ruchu. Z Zakładem współpracuje także Uniwersytet Mikołaja Kopernika – Interdyscyplinarne Centrum Nowoczesnych Technologii, które posiada najnowocześniejszą aparaturę do badań nad świadomością pacjenta.

Znając najważniejsze zagadnienia z dziedziny logopedii, możemy przejść do działań praktycznych. Bardzo ważne jest jak najwcześniejsze podjęcie terapii mowy, przede wszystkim z dwóch powodów:

- przyspieszenia wystąpienia procesów kompensacji;
- zabezpieczenia przed kształceniem się wadliwych nawyków ruchowych narządów mowy i wadliwych nawyków mówienia.

Terapia logopedyczna osób w śpiączce jest bardzo ważna. Język „nieużywany” układa się w jamie ustnej nienaturalnie. Mało sprawne i słabe czucie w wargach, okolicach ust, języka uniemożliwia podawanie, choć małych ilości pokarmu. Często brak jakiejkolwiek mimiki. Występuje ślinotok i szczękościsk. Stymulowanie pacjentów pozwala podnieść ich aktywność. Wiele działań może być wykonywanych w warunkach domowych, np.:

- masaż stymulujący narządów mowy;
- masaż szyi;
- masaż twarzy elektrycznym aparatem do masażu lub elektryczną szczoteczką do zębów;
- masaż języka;
- masaż języka lodem;
- ugniatanie szpatułką podniebienia miękkiego;
- stymulacja lodem, wykonywanie ruchów biernych języka;
- nauka prawidłowego połykania;
- terapia oddychania
- ćwiczenia mimiczne przed lustrem;
- modyfikacja fonacji;
- stymulacja prostymi i złożonymi bodźcami słuchowymi;
- stymulacja wzrokowa (wodzenie i koncentracja);
- kreślenie na skórze, szczególnie na zewnętrznej części dłoni pojedynczych liter alfabetu, imion najbliższych;
- układanie narządów mowy do wypowiadania samogłosek;
- odtwarzanie mowy autonomicznej;
- mówimy, czytamy znane wiersze, przypominamy przysłowia, powiedzenia;
- ważne jest łączenie: PRZEDMIOT + DŹWIĘK + NAPIS + GEST;
- USTNO-TWARZOWA terapia regulacyjna wg Randolfo Castillo-Moralesa.

Metody pracy psychologa z osobą w stanie apalicznym

Jedyną możliwą formą porozumiewania się z pacjentem w takim stanie jest komunikacja niewerbalna, czyli wszelkie pozasłowne sposoby przepływu informacji. W skład komunikacji niewerbalnej, dostępnej dla wyżej wymie-

nionej grupy pacjentów, wchodzi mowa ciała (mimika, oddech, postawa ciała, reakcje wegetatywne, tj. czerwienienie, pocenie, skurcze) oraz różnego rodzaju zachowania wokalne. Wszelkie wysyłane sygnały stają się częścią komunikatu, który można doprowadzić do uzyskania informacji związanych z przeżyciami i doświadczeniami pacjenta.

Schemat pracy z osobami w śpiączce wygląda następująco:

- nawiązanie kontaktu z pacjentem;
- wychwycenie sygnału wysyłanego przez pacjenta;
- pomoc pacjentowi w rozwinięciu tego sygnału;
- weryfikacja kierunku pracy na podstawie obserwowanych reakcji pacjenta.

Reakcja pacjenta na działania terapeutyczne pozwala ustalić dalszy kierunek pracy. Jeśli jest ona pozytywna, podąża się dalej tą drogą, a jeśli oddźwięk jest negatywny, zmienia się kierunek działania. W komunikacji z pacjentem szalenie ważna jest prócz empatii intuicja, która niewątpliwie pomaga w rozpoznawaniu kierowanych sygnałów niewerbalnych.

Wielozmysłowa neurostymulacja. Francuski psychofizjolog Henri Peron trafnie określił funkcje wrażeń zmysłowych, które jego zdaniem są „przewodnikiem życia", gdyż kształtują nasze wiadomości o świecie. Dzięki narządom zmysłu niektóre zjawiska fizyczne są odzwierciedlane w mózgu. Sygnały, które do niego docierają, są przekształcane i łączone z wrażeniami wcześniej nabytymi, tworząc w ten sposób informacje o świecie nas otaczającym. Wzrok, słuch, węch, dotyk, smak są w terapii „Śpiochów" traktowane jako zmysły równorzędne w postrzeganiu świata, bez podziału na lepsze i gorsze analizatory. Każdy z nich jest potencjalnym kanałem przekazu informacji i ma niewątpliwie wpływ na powstanie obrazu składającego się z drobnych fragmentów. Stąd istotna rola ciągłego dopływu bodźców zmysłowych. Dostarczając szeregu wrażeń zmysłowych, uruchamiany jest proces stymulacji, który jest narzędziem naszej pracy. Taki sposób myślenia stał się fundamentem grupowych zajęć polisensorycznych, które prowadzone są już od ośmiu lat dla „Śpiochów" naszej placówki. Propagowane przez nas zajęcia grupowe są możliwością wykorzystania w praktyce stymulacji polisensorycznej. Terapia grupowa stosowana jest w celu nie tylko stymulacji, gdyż z powodzeniem wszelkie działania wielozmysłowe mogłyby być realizowane indywidualnie. Zajęcia grupowe dają możliwość stworzenia więzi, poczucia wspólnoty i korzystnej atmosfery zarówno dla podopiecznych, jak i opiekunów. Jest to szalenie istotne, ponieważ nastrój panujący w grupie ma wpływ na poszczegól-

nych jego członków. Wzajemna obserwacja jest także dla naszych pacjentów potencjalnym źródłem motywacji.

W naszym ośrodku w okresie wiosenno-letnim pacjenci mają możliwość uczestniczenia w trzech uzupełniających się, przebiegających jednocześnie formach terapii naturalnej: esteto-terapii (terapia zajęciowa wykorzystująca kontakt z pięknem otoczenia, przyrodą), silwoterapii (metoda terapeutyczna oparta na kontakcie z lasem, energią pochodzącą od drzew, wędrówkach po lesie) i chromoterapii (koloroterapia albo światłoterapia).

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Fundacji „Światło”
ul. Gunwaldzka 64, 87–100 Toruń
tel. 56/651 12 17, 651 14 57

Marian Łysiak

21.
AUTYZM, PROBLEM XX W.

Do XX w. termin „autyzm" był zupełnie nieznany. Pojęcie po raz pierwszy stworzone i opisane zostało w 1912 r. przez Eugeniusza Bleurera (1857–1939)[1]. Dopiero w 1943 r. Leo Kanner z Johns Hopkins Hospital w USA po raz pierwszy wyodrębnił i scharakteryzował grupę 11 dzieci, u których objawy chorobowe nie mieściły się we wcześniej znanych schorzeniach z grupy psychoz dziecięcych czy niedorozwojów umysłowych, wprowadzając termin wczesny autyzm dziecięcy. Równocześnie niemiecki badacz Hans Asperger opisał łagodniejszą postać tej choroby, zwaną później od odkrywcy zespołem Aspergera. Zasadniczą cechą autyzmu jest odwrócenie się od świata zewnętrznego pod wpływem zaangażowania i zamknięcia w świecie własnych myśli i wyobrażeń. Autyzm wczesnodziecięcy polega na zaburzonym kontakcie, rozpoznawanym w okresie wczesnodziecięcym od pierwszego do trzeciego roku życia, charakteryzującym się brakiem jakiejkolwiek reakcji na próby nawiązania kontaktu płynące od otoczenia, pozostawaniem ze wzrokiem utkwionym w przestrzeń, przymusowymi nawykami zabawowymi i nadmiernym wiązaniem się z pojedynczymi, wybranymi przedmiotami, niewrażliwością na ból, echolalią (stereotypowym powtarzaniem zasłyszanych wypowiedzi)[2].

Do najczęściej podawanych okoliczności sprzyjających ujawnianiu się zaburzeń autystycznych należą czynniki genetyczne, rzadziej środowiskowe[3]. Odkryto 20–30 genów odpowiedzialnych za powstawanie autyzmu.

---

[1] L. Korzeniowski (red.), *Encyklopedyczny słownik psychiatrii*, Warszawa 1986, s. 34, 42.

[2] N. Boss, R. Jackle, *Hexal Podręczny Leksykon Medycyny,* Wrocław 1996, s. 49; M. Skotnicka-Chaberek, *Autyzm w praktyce lekarza pediatry*, Warszawa 2011, s. 3–11.

[3] H. Kwieciński, O.O. Zaidat, A. J. Lerner (red.), *Neurologia. The Little Black Book*, Wrocław 2010, s. 25.

Geny tego typu u mężczyzn rozpoznawano na chromozomie 11, u kobiet na chromozomie 4. Rodzice najczęściej jako pierwsi zauważają odbiegające od normy zachowania swoich dzieci[4]. Do początkowych objawów zalicza się: brak gaworzenia w niemowlęctwie, brak świadomych gestów, do szesnastego m.ż. dziecko nie wypowiada ani jednego słowa, do drugiego r.ż. nie składa słów w pary, nie reaguje na inne słowa.

Spośród innych objawów: słaby kontakt wzrokowy, dziecko nie potrafi bawić się zabawkami, nadmiernie porządkuje zabawki lub inne przedmioty, jest przywiązane do jednej zabawki lub przedmiotu, nie uśmiecha się, czasem jakby nie słyszało dźwięków, w zespole Aspergera ma wyostrzony zmysł słuchu, miewa urojenia lub omamy. Objawy z zakresu kontaktów społecznych – występują trudności ze zwykłą codziennością „dawania i brania", dzieci biernie przyjmują pieszczoty rodziców, wolniej się uczą interpretować myśli i uczucia innych, mają trudności z opanowaniem emocji, niekiedy okazują opóźnienia w opanowywaniu mowy, niektóre pozostają nieme przez całe życie, gorzej słyszą albo powtarzają to, co usłyszą (echolalia), nie potrafią często wyartykułować swoich potrzeb.

Leczenie

W leczeniu dominuje podejście niefarmakologiczne. Preferuje się specjalną edukację i terapię behawioralną.

Terapia behawioralna jest bowiem podstawową terapii edukacyjnej dzieci i młodzieży ze spektrum autyzmu. W procesie tego rodzaju terapii i zależnie od rodzaju leczonych zaburzeń wyodrębnia się cztery fazy:

1) faza diagnostyczna – polegająca na przeprowadzeniu wywiadu, zidentyfikowaniu zaburzeń, ustaleniu sposobu ukształtowania się zaburzenia oraz poziomu motywacji pacjenta do zmian;
2) wzbudzenie motywacji polegające na wywoływaniu pozytywnych oczekiwań u pacjenta wobec leczenia, a także doprowadzenie pacjenta do przejęcia odpowiedzialności za psychoterapię;
3) zastosowanie określonej procedury terapeutycznej.

[4] M. Strock, *Autism Spectrum Disorders* (Pervasive Developmental Disorders with Addendum January National of Mental Health 2007).

4) utrwalenie zmian podczas psychoterapii – ustalenie zadań, które pacjent wykonuje sam lub przy pomocy członków rodziny, mające utrwalić pożądane zachowania[5].

Jedynie objawowo w wybranych przypadkach, np. powikłanych padaczką czy innych, podejmuje się terapię farmakologiczną (leki przeciwpadaczkowe neuroleptyki, stymulujące leki antydepresyjne). Na granicy eksperymentu podejmuje się próby leczenia w komorze barycznej[6]. Nieliczne obserwacje utrudniają interpretację.

Paweł Rzoska

21.1.
RELACJE OJCA DZIECKA Z AUTYZMEM WCZESNODZIECIĘCYM. POWSTAWANIE STRUKTUR ORGANIZACYJNYCH OBEJMUJĄCYCH DZIECI AUTYSTYCZNE W TORUNIU

Na początku 2002 r. stan naszego syna Jana budził coraz większe zaniepokojenie. Po kilku wizytach u toruńskich lekarzy (neurolog, psycholog, psychiatra) stało się jasne, że rozpoznanie będzie iść w kierunku autyzmu. Janek nie mówił, ani nie rozumiał poleceń, nie patrzał w oczy, nie kontaktował się z rówieśnikami i miał całą masę dziwnych zachowań kompulsywnych, „taśmowo" układał wieloelementowe puzzle.

W tym okresie w Toruniu na rzecz dzieci z autyzmem działało Krajowe Towarzystwo Autyzmu Oddział w Toruniu, pod patronatem dr. Jacka Błeszyńskiego, pracownika naukowego UMK (obecnie dr hab. prof. nadzw. w Katedrze Psychopedagogiki Specjalnej). Nasi lekarze specjaliści opiniowali jednak, iż najlepiej po program pracy z dzieckiem oraz diagnozę należy udać

[5] Wikipedia Wolna Encyklopedia: *Terapia behawioralno-poznawcza* (Rozdział pracy dyplomowej autorstwa A. Piędzia pod kierunkiem Barbary Brus).

[6] E.W. Viscidi, E.W. Triche, M.F. Pescosolido, R.L. McLean, R.M. Joseph, S.J. Spence, E.M. Morrow, *Clinical Characteristics of Children with Autism Spectrum Disorder and Co-occurring Epilepsy* [Charakterystyka kliniczna dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i współwystepującą padaczką], „PloS One" 2013, vol. 8 97); M. Sampanthavivat, W. Sinqkhwa, T. Chalyakul, S. Karoonyawanich, H. Aipru, *Hyperbaric oxygen in the treatment of childhood autism: a randomised controlled trial*, „Diving Hyperb. Med." 2012, 42 (3), s. 128–133.

się do Fundacji Synapsis (Warszawa) lub do Poradni dla Osób z Autyzmem, którą prowadzi dr Elżbieta Mazur w Gdańsku-Wrzeszczu, przy ul. Chopina 42 (poradnia istnieje do dzisiaj).

Fundacja Synapsis nie przyjmowała dzieci spoza Warszawy, w wieku powyżej trzech lat, otrzymaliśmy zatem skierowanie do dr Mazur. Poradnia diagnozowała dzieci z całej Polski i czas oczekiwania na wizytę wynosił wtedy od trzech miesięcy do pół roku.

Niezależnie od procedur diagnostycznych oraz z uwagi na fakt, że literatury na temat autyzmu w praktyce nie było, zaczęliśmy sprawdzać informacje w Internecie, natrafiając na ogromnie popularną już wtedy stronę DZIECI sprawnych inaczej, założoną przez Bożenę i Wojciecha Nowakowskich, prowadzącą forum integrujące rodziców całej Polski oraz polonijnych z całego świata oraz wielu specjalistów. Najczęściej odwiedzaną sekcją forum dyskusyjnego tej strony był autyzm.

Na prośbę o pomoc z opisem stanu dziecka odezwało się prawie natychmiast wiele osób: kilku specjalistów, m.in. psycholog dr Renata Stefańska-Klar oraz wielu rodziców, w tym mama 8-letniego wtedy Daniela z gdańskiego ośrodka dla dzieci z autyzmem i to właśnie jej świadectwo oraz pomoc zdecydowały o naszym dalszym losie.

Dowiedzieliśmy się także, gdzie można kupić świeżo wydaną, jedyną w języku polskim książkę praktycznych porad do pracy z dzieckiem – tłumaczenie zredagowanej przez Catherine Maurice *Modele zachowań oraz współpraca z dziećmi autystycznymi*. Dzięki nabyciu tej pozycji, nie czekając na diagnozy i wskazówki, mogliśmy zacząć pracować z synem.

Na forum była cała masa użytecznych informacji oraz spisanych doświadczeń. Można było się tam dowiedzieć o podstawowych metodach terapeutycznych, z których najczęściej opisywanymi były:

- KTA (Krajowe Towarzystwo Autyzmu) próbującego łączyć wiele terapii w jedną wraz z dietą bezglutenową i bezcukrową z wykorzystaniem Metody Weroniki Sherborne, aromatoterapii;
- metoda Domana, Delacato, bazująca na czytaniu globalnym, doświadczeniach filadelfijskich instytutów Domana *(The Institutes for the Achievement of Human Potential)*, profilowana na dzieci z porażeniem mózgowym;
- metoda ABA (Applied Behavior Analysis – Analiza Behawioralna Stosowana), potocznie nazywana metodą behawioralną.

Ta ostatnia była najbardziej kontrowersyjna, krytykowana wtedy przez wielu rodziców przede wszystkim za metody awersyjne *(awersywne*). Głównym jej orędownikiem na forum był psycholog, pracownik Uniwersytetu Gdańskiego, prezes Polskiego Towarzystwa Analizy Behawioralnej – Jacek Kozłowski (obecnie dr, m.in. prezes Zarządu ICF Polska International Coach Federation), autor tekstów na temat metody oraz programu szkolenia terapeutów i rodziców, tłumaczonych z norweskiego, angielskiego oraz tworzonych samodzielnie.

Pod wrażeniem lektury *Jak nauczyć małe dziecko czytać* oraz rozmów z Bożeną, Karoliną i innymi uczestnikami forum napisałem program komputerowy BITY – wspomagający metodę, później dostępny na stronie stowarzyszenia.

Analiza rezultatów wskazywała jednak, że mimo wszelkich zastrzeżeń, największe postępy robią dzieci objęte programem Wczesnej Interwencji Behawioralnej, w dwóch grupach: uniwersyteckiej Jacka Kozłowskiego oraz prowadzonej przez SPOZA (Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Autyzmem) założone przez dr Małgorzatę Rybicką w Specjalnym Ośrodku Terapeutycznym dla Dzieci i Młodzieży z Autyzmem – obie w Gdańsku. Ta druga grupa 6-ciorga dzieci nadzorowana była przez psycholog Annę Budzińską (obecnie dr, dyrektor IWRD (Instytutu Wspomagania Rozwoju Dziecka).

Wyżej wymienione grupy współpracowały ze sobą oraz ze specjalistami najpierw z Norwegii, później z The Princeton Child Development Institute. Sponsorowane były przez fundację Barbary Piaseckiej-Johnson, w ramach czego superwizorki i terapeutki wyjeżdżały na staże zagraniczne oraz wyposażane były w specjalistyczne pomoce naukowe.

Po dwukrotnej wizycie w Poradni dr Mazur nie otrzymaliśmy konkretnych wskazań terapeutycznych. Następny termin wyznaczono nam za sześć miesięcy, więc udaliśmy się na wcześniej umówioną przez mamę Daniela wizytę do Anny Budzińskiej. Tak zaczęła się dwuletnia nasza współpraca, comiesięczne wyjazdy na konsultacje, poprzedzane wysyłaniem filmów z terapią.

Metoda Wczesnej Interwencji Behawioralnej, praktykowana w gdańskim Ośrodku, polegała na intensywnej pracy wykwalifikowanych terapeutów w zakresie około 20–40 godzin tygodniowo w systemie jeden terapeuta – jedno dziecko.

Program obejmował kilka kategorii, z czego najważniejsze były:

- rozwój mowy czynnej,

- rozwój rozumienia mowy,
- redukcja zachowań niepożądanych,
- praca samodzielna,
- integracja ze zdrowymi rówieśnikami w późniejszym okresie.

Metoda nauczania opierała się na słynnym projekcie Ivara Lovaasa – Wczesnej Interwencji, który w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku udowodnił sceptykom, że specjalnymi metodami można sporą część dzieci z autyzmem doprowadzić do poziomu rówieśników.

Postępy dziecka dokumentowano na specjalnych kartach dziesięciu prób, na których wypisane były ćwiczenia. Na podstawie ćwiczeń zaliczonych budowano kolejne bardziej skomplikowane – tzw. piramidę wiedzy.

Metoda ta nie jest możliwa bez wprowadzanie specjalnego systemu motywacyjnego, gdyż z reguły dzieci autystyczne nie chcą pracować, uczyć się, co jest właśnie skutkiem tego zaburzenia. Doświadczeni oligofrenopedagodzy latami rozkładali ręce, stwierdzając że: „tych dzieci nie można niczego nauczyć". Przyczyn tego stanu rzeczy, wynikających z zaburzenia, jest bardzo wiele: brak selektywności bodźca i inne sensoryzmy, obniżona motywacja, brak sukcesów etc.

Budowa systemu motywacyjnego zaczyna się od nagród bezpośrednich, aby je coraz bardziej odraczać. Wprowadza się system żetonowy, które dziecko zbiera, aby przy ich komplecie otrzymać nagrodę. Rodzaj żetonów, sposób nagradzania był uzależniony od dziecka i jego poziomu terapeutycznego, gdzie czasami jest niezwykle trudno ustalić, co dla dziecka jest nagrodą. Istnieje również system rozszerzania spectrum nagród. Naukowe podłoże systemu nagród leżało w dziełach Burrhusa Frederica Skinnera, którego paradygmat warunkowania sprawczego służy za podstawę analizy zachowań.

Stało się jasne, że mamy małe szanse na taką terapię w Toruniu, gdyż nikt jej w takim formacie nie robił, a w Polsce zaledwie wówczas raczkowała. Superwizor Anna Budzińska radziła nam wywiesić ogłoszenia o zatrudnieniu terapeutek i jeżdżeniu z nimi na superwizje do niej. Tak też zrobiliśmy i w trakcie kilku lat przez nasze mieszkanie przewinęło się kilkanaście studentek, najczęściej pedagogiki oraz psychologii. Zatrudniliśmy okresowo również nauczycielki z przedszkoli. Wraz z nami uczyły się tej metody. W tym samym okresie pracowały maksymalnie dwie, trzy terapeutki oraz Ania – matka Jasia.

Po około dwanastu miesiącach terapii nasza superwizor zdecydowała, że Jaś powinien trafić do przedszkola, do zdrowych rówieśników. Warun-

kiem integracji był nadzór terapeutyczny z naszej strony, tzw. terapeuta cień, którego zadaniem miało być wspieranie dziecka, budowanie jego relacji ze zdrowymi rówieśnikami oraz wykorzystywanie elementów z terapii domowej w przedszkolu oraz elementów nauki przedszkolnej w terapii domowej.

W 2003 r. nie można było znaleźć w Toruniu placówki ani publicznej, ani niepublicznej, która by pod takimi warunkami przyjęła dziecko z autyzmem. W końcu zgodziła się pani Barbara Mielcarek, dyrektor Przedszkola nr 10, do którego Jaś zaczął chodzić na ograniczoną liczbę godzin wraz z matką jako terapeutką.

Metoda Wczesnej Interwencji Behawioralnej zyskiwała coraz większy rozgłos. Na skutek działań Fundacji Barbary Piaseckiej-Johnson, której reprezentantką stawała się nasza superwizor, powstawały organizacje oraz placówki na rzecz dzieci z autyzmem. Wiodącymi ośrodkami poza Gdańskiem były wówczas placówki prowadzone przez poznańskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Autyzmem ProFuturo pod kierownictwem Agnieszki Haremskiej, matki autystycznego Kosmy oraz krakowskie Polskie Stowarzyszenie Terapii Behawioralnej (P.S.T.B.) kierowane przez Nelę Grzegorczyk-Dłuciak. PSTB miało ambicję również wspierać powstawanie placówek edukacyjnych dla dzieci autystycznych. Zaczęły powstawać oddziały w przedszkolach (Kołobrzeg, Bydgoszcz, Częstochowa).

Również w Toruniu, po dwóch latach naszej terapii, coraz więcej rodzin z problemem autyzmu zaczęło stosować „naszą" metodę. Jednymi z najbardziej wartościowych i najdłużej pracujących z Jasiem terapeutek była Radzisława Guzowska-Marek, absolwentka pedagogiki (obecnie prezes Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Autyzmem w Toruniu, superwizor niepublicznej Szkoły Podstawowej dla Dzieci z Autyzmem PROMETHEUS) oraz Magdalena Dąbrowska, wówczas studentka ostatnich lat psychologii na Uniwersytecie Gdańskim, uczestnik – wolontariusz programu Jacka Kozłowskiego (obecnie pracownik Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej – specjalista ds. autyzmu).

Wkrótce szczególnie Sławka rozpoczęła również pracę z innymi dziećmi, których rodzice szukali pomocy oraz przy tej okazji zaczęła szkolić innych terapeutów. Problem braku pomocy oraz specyficznej dla tego problemu wiedzy ze strony placówek edukacyjnych zaczął rodzicom prowadzącym intensywną terapię coraz bardziej doskwierać.

Na skutek działalności na wspomnianym wcześniej forum autyzmu Dzieci Sprawnych Inaczej nawiązaliśmy szereg bardzo wartościowych kon-

taktów w kraju i na świecie. O skutecznej chelatyzacji, procedurze odtruwania z rtęci oraz o pomocach audiowizualnych dla dzieci z autyzmem relacjonowała Olad z Chicago. Monika opisywała metody australijskie. Na forum publikował również Mariusz z Warszawy, który prowadził dziecko Metodą Opcji. O stosowanych metodach usprawniających komunikację werbalną opowiadała Małgorzata Olszewska – matka Aleksisa – polska redaktorka ateńskiego radia. Z jej inicjatywy oraz przy jej udziale opublikowaliśmy wkrótce wspólnie na forum „Ćwiczenie zachowań werbalnych" tłumaczenie na polski tekstów Tracy Vail i Denis Freeman oraz parę innych pozycji.

Moje publikacje na temat doświadczeń w sferze technologii terapii na forum konsultował Jacek Kozłowski – Prezes PSTB (Polskiego Stowarzyszenia Terapii Behawioralnej) oraz Małgorzata Miecznikowska – matka autystycznego Daniela, który uczestniczył w programie prowadzonym przez Annę Budzińską.

Nawiązaliśmy kontakt z Małgorzatą Rybicką – prezesem gdańskiego SPOA (Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Autyzmem) Nellą Grzegorczyk-Dłuciak – prezesem krakowskiego PSTB, Agnieszką Heremską – prezesem poznańskiego ProFUTURO, Renatą Szpilkowska-Lorenc – przewodniczącą świeżo powstałego Stowarzyszenia na Rzecz Osób z Autyzmem „Odzyskać Więź" w Płocku, Anną Wardą – EIP Personal Touch z Nowego Jorku.

Utrzymywałem intensywne kontakty również z osobami pracującymi z osobami autystycznymi innymi metodami, m.in. z dr Renatą Stefańską-Klar – psychologiem, prowadzącym swoje forum na temat autyzmu, Bożeną Bejnar-Sławow – wieloletnią tłumaczką domanowskich instytutów z Filadelfii, redaktorką m.in. *Jak nauczyć małe dziecko czytać* – propagującej pracę metodami organizacji neurologicznej, Iwoną Palicką – psychologiem poznańskim, uczestnikiem forum.

Na wiosnę 2004 r. odbył się pierwszy w Toruniu, zorganizowany przez psycholog Katarzynę Haraszczak standardowy, trzystopniowy kurs terapii behawioralnej, którego byłem współuczestnikiem. Wykładowcami były superwizorki gdańskiego ośrodka SPOZA Beata Ingaczewska i Zofia Brzeska. Wiadomo było już wtedy, że podobne kursy w Poznaniu, Krakowie i innych miastach były zaczynem do tworzenia stowarzyszeń i w konsekwencji również placówek edukacyjnych.

SPOA w Toruniu zostało zarejestrowane pod koniec 2004 r. Członkami założycielami byli Aleksandra Sadowska (terapeutka MORDiM, Jarosław

Wojciechowski – ojciec dziecka autystycznego, wspomniana wyżej Magdalena Dąbrowska oraz ja.

Reszta ówczesnego środowiska wspierającego SPOZA to były rodziny dzieci z autyzmem, które zaczynały terapię ABA, m.in. państwo Moczyńscy oraz Zabrodzcy, terapeuci MORDiM oraz lekarze, psycholodzy i pedagodzy, którzy mieli jakąś wiedzę o Wczesnej Interwencji.

Stawało się oczywiste, że bez utworzenia placówki terapii behawioralnej oraz propagowania tej metody terapii w Toruniu nie mamy szans na dalszą edukację naszych dzieci. Niestety, Anna Budzińska we wrześniu 2004 r. wyjechała do PCDI (Princeton Child Development Institute) na roczną praktykę i zmuszeni byliśmy szukać nowego superwizora. W konsekwencji zaczęliśmy jeździć do Poznania do Moniki Chróst – superwizora poznańskiego ośrodka ProFuturo, po świeżych szkoleniach w Princeton. Następnie Monika Chróst wraz z Lidią Domańską oraz Beatą Urbaniak zaczęły jeździć do nas i innych toruńskich rodzin. Druga grupa, organizowana początkowo przez Katarzynę Haraszczak, a później przez Sławę Guzowską bazowała na naszych prelegentach ze wspomnianego kursu: Beacie Ingaczewskiej i Zofii Brzeskiej – superwizorkom gdańskiego ośrodka SPOZA.

Celem stowarzyszenia stało się utworzenie placówki edukacyjnej dla dzieci z autyzmem przy przedszkolu lub szkole. Z uwagi na to, że w owym czasie żaden ze znanych nam dyrektorów nie był skłonny zgodzić się na coś podobnego, chcieliśmy wraz z Dyrektorem MORDiM, Witoldem Cerkaskim otworzyć punkt edukacyjny przy tamtejszej placówce. W listopadzie 2004 r. powstała pierwsza wersja projektu Oddziału Wczesnej Interwencji Behawioralnej dla dzieci z autyzmem, bazująca na statutach podobnych placówek w Krakowie, Gdańsku, Poznaniu, Płocku, Kołobrzegu i Bydgoszczy.

Powstanie stowarzyszenia zbiegło się w czasie z Międzynarodową Konferencją Naukową „Metody wspomagające, terapeutyczne i edukacyjne w pracy z osobami z autyzmem: teoria i praktyka, prawo i etyka" w Poznaniu. Wzięło w niej udział blisko 350 osób (m.in. prof. dr hab. Andrzej Rajewski, prof. dr hab. Joanna Kruk-Lasocka, prof. dr hab. Tatiana Wiskowatowa), reprezentujących wiele wyższych uczelni oraz wszystkie liczące się organizacje pozarządowe zajmujące się problemem osób z autyzmem. W ciągu dwóch dni wygłoszonych zostało prawie 50 referatów. Nasze Stowarzyszenie reprezentowane było przez panie: Magdę Dąbrowską (psychologa), Grażynę Kowalską (oligofrenopedagoga), Annę Wojciechowską i mnie – rodziców dzieci

z autyzmem, prowadzonych Wczesną Interwencją Behawioralną. W trakcie konferencji miałem przyjemność osobiście poznać większość osób, z którymi utrzymywałem kontakt na forum, mailowy oraz przez Gadu-Gadu. Jako forum strony dzieci.org.pl wydaliśmy płytę z naszymi tłumaczeniami metod terapeutycznych oraz własnymi doświadczeniami. Prelegentką z naszej strony była Małgorzata Mikos z Poznania, która wygłosiła referat pt. *Internetowa grupa wsparcia i wymiany doświadczeń – forum rodziców*.

W trakcie konferencji obradowała również organizacja Porozumienie Autyzmu Polska, zrzeszająca organizacje krajowe działające na rzecz osób autystycznych. Dzisiaj do niego należy 56 stowarzyszeń i fundacji, w tym największe i najbardziej liczące się, m.in. warszawska Synapsis oraz gdańskie SPOZA. W trakcie obrad zgłosiliśmy chęć akcesu do Porozumienia. Wkrótce przy poparciu członków polecających ProFuturo oraz PSTB zostaliśmy przyjęci.

W trakcie wieloletniej działalności mieliśmy okazję uczestniczenia w wielu konferencjach, sympozjach oraz szkoleniach na temat autyzmu ogólnotoruńskich, w szkole nr 31, w innych miastach, w parlamencie, ale żadne z nich nie traktowało autyzmu tak kompleksowo i interesująco jak konferencja poznańska.

Z poszerzającą się stale bazą materiałów, już jako zarząd SPOZA, odwiedzaliśmy kolejno dyrektor Wydziału Edukacji i Sportu Annę Kłobukowską, Zofię Kilanowską – dyrektora Kuratorium Oświaty, dr Marię Skrzypek oraz Mariana Kuźmę, ówczesnych radnych Rady Miasta Torunia. W toruńskich „Nowościach" zaczęły się ukazywać inspirowane przez nas artykuły o dzieciach z autyzmem.

W 2005 r. metody Wczesnej Edukacji Behawiorlanej, jako skutecznej przy terapii dzieci z autyzmem, nie były w Toruniu spopularyzowane. Wśród szeroko rozumianych władz miejskich nie było świadomości potrzeby powstania takiej placówki ani skuteczności metod tej terapii. Wynikiem tego stanu rzeczy był miejski konkurs dla organizacji pozarządowych, w którym wszystkie nasze projekty zostały odrzucone.

Aby zmienić ten stan rzeczy, zdecydowaliśmy odbyć szereg wizyt, w czasie których będziemy opowiadać o metodzie, jej skuteczności oraz zostawiać szereg materiałów na ten temat. Z drugiej strony, zdając sobie sprawę z ograniczonego spectrum takiego oddziaływania, zaczęliśmy zbierać opinie organizacji oraz specjalistów z miast, w których takie placówki wtedy działały. Zorganizowaliśmy również dwuetapowe szkolenie „Wczesna Interwencja

Behawioralna u Dzieci z Autyzmem" prowadzone przez prelegentki pierwszego kursu.

Jeszcze przed formalnym powstaniem SPOZA odwiedziliśmy wiceprezydenta Zbigniewa Fiderewicza, a wcześniej dyrektor Wydziału Zdrowia – Hannę Miller. Zebraliśmy opinie prof. dr. hab. Andrzeja Rajewskiego, Ireny Obuchowskiej, Władysława Dykcika dla placówki ProFuturo oraz dr Haliny Ściesińskiej psychiatry dziecięcego, dr. Mirosława Dąbkowskiego i organizacji SPOZA, ProFuturo, PSTB oraz PTAB, a także szereg podpisów lekarzy, psychologów i pedagogów pod naszą petycją dotyczącą powstania oddziału.

W kwietniu 2005 r. zorganizowaliśmy, przy wsparciu Agnieszki Haremskiej, wyjazd rodziców i terapeutek do Poznania na jednodniowe praktyki w placówce ProFuturo.

Zaczęliśmy wydawać nieregularne pismo „SPOZA" w formie PDF, które informowało o naszych działaniach i terapii. Rozsyłaliśmy je przez Internet do toruńskich placówek edukacyjnych, radnych, Urzędu Miasta oraz placówek i organizacji zajmujących się autyzmem w kraju.

Grupa rodzin i terapeutów stale rosła i stawała się świadectwem skuteczności metody. Na skutek terapii dzieci niemówiące zaczynały porozumiewać się werbalnie, co było również niespodzianką dla superwizorów, którzy często w swoich placówkach macierzystych nie notowali takich spektakularnych sukcesów.

Ciosem w plany organizacji ośrodka była choroba i śmierć pani Lidii Pędrasik, pracownika Wydziału Edukacji i Sportu, odpowiedzialnej za organizację przedszkoli i szkół specjalnych, wcześniej wizytatora Kuratorium Oświaty w Toruniu. Była ona bardzo życzliwa naszym planom i jej brak przyczynił się do dalszej zwłoki w powstaniu placówki.

Na posiedzeniu Komisji Zdrowia Rodziny i Polityki Społecznej zabrakło nam poparcia i mimo zapewnień dyrektor Kingi Weiss, że plany są aktualne, sprawa została zatrzymana. Wiceprezydent ds. Edukacji i Zdrowia Zbigniew Fiderewicz również nie był naszym rzecznikiem, optując raczej za KTA (Krajowym Towarzystwem Autyzmu) wspieranym przez prof. Błeszyńskiego. Dodatkowo nie sprzyjała nam afera w ośrodku gdańskim, któremu zarzucono nadużycia metod awersyjnych, gdzie parę rodzin wycofało stamtąd swoje dzieci.

W październiku 2005 r., poprzez stronę www stowarzyszenia, zgłosiła się Inga Kuźma, studentka V roku psychologii UAM w Poznaniu. Wkrótce zaczęła pracować jako nasza terapeutka. Zorganizowała spotkania stowarzyszenia z politykami Platformy Obywatelskiej i kierując się ich radami, zaczęła

Ryc. 81. Agnieszka Haremska prezes ProFuturo, organizator konferencji w Poznaniu w grudniu 2004 r.

Ryc. 82. Uczestnicy Konferencji w Poznaniu grudzień 2004 r. Od lewej mgr Renata Stefańska, mgr Iwona Palicka, mgr Bożena Bejnar-Slawow i mgr Paweł Rzoska

Ryc. 83. Pierwsza z prawej mgr Lidia Domańska kierownik Oddziału dla dzieci z autyzmem w kontakcie z pacjentką i jej matką

na nowo zbierać podpisy pod petycją o założenie placówki dla dzieci z autyzmem, podpisywanej przez mieszkańców Torunia.

Ponad 1000 podpisów oraz poparcie Tomasza Lenza szefa kujawsko-pomorskiej PO, z którym pierwszy raz spotkaliśmy się w styczniu 2006 r., spowodowały że na projekt zaczął życzliwiej spoglądać Prezydent Miasta Torunia Michał Zaleski.

Latem 2007 r., po serii artykułów w lokalnej prasie, Wydział Edukacji i Sportu dostał zielone światło na utworzenie paru oddziałów dla dzieci z autyzmem. Zaczęliśmy więc na nowo szukać szkół i przedszkoli, gdzie nasz projekt miałby szansę realizacji. Nie było to wcale proste ze względu na nasze warunki brzegowe: zatrudnienie w placówce naszych specjalistów, przyjęcie naszych dzieci oraz przede wszystkim realizację naszego modelu nauczania. Dyrektorzy wskazywali na swoje prawa dotyczące zatrudniania nauczycieli oraz organizacji placówki, wynikające z ustawy oświatowej.

Nasze warunki powodowane były faktem, że terapeuta-nauczyciel pracujący metodą analizy zachowań, po ukończeniu specjalistycznych kursów oraz warsztatów, uzyskuje samodzielność najwcześniej po paru miesiącach. Przyjęcie nawet wysoko kwalifikowanych nauczycieli ze specjalnością oligofrenopedagogiczną nie gwarantowałoby w żadnym stopniu utrzymania naszego modelu terapii.

Dzieci, które miały trafić do naszej placówki, miały już wcześniej prowadzoną terapię. W przypadku pełnoobjawowego autyzmu tylko takie dzieci miały szansę uzyskać jakikolwiek sukces w szkole. Początki terapii, budowa jej modelu, wypracowanie systemu motywacji, mowy czynnej – to wszystko niezwykle trudno jest wypracować w warunkach szkolnej integracji.

Na wspólnym spotkaniu (dyrektor Kinga Weiss, Zarząd SPOZA i Inga Kuźma) ustaliliśmy, że do dalszych planów będziemy brać pod uwagę Zespół Szkół nr 31, którego dyrektorem była Wanda Antonowicz, a pracownikiem Radzisława Guzowska-Marek. Drugim wyborem była Szkoła Podstawowa nr 18, która miała spore doświadczenia z klasami dla dzieci niepełnosprawnych.

Organizacja oddziałów, zaproponowana przez Annę Kłobukowską i dyrektor Kingę Weiss, miała być następująca: uczniów w klasie miało być co najwyżej 15, w tym dwójka dzieci z autyzmem lub pokrewnymi zaburzeniami. W klasie oprócz nauczyciela miał być zatrudniony również nauczyciel wspomagający oraz pomoc nauczyciela.

Po początku roku szkolnego okazało się jednak, że w szkole nr 18 nie ma takiej otwartości na nasze metody jak u dyrektor Antonowicz, więc w poro-

zumieniu z dyrektor Kingą Weiss oraz szkołą nr 31 przenieśliśmy wszystkie oddziały tamże. Po czterech latach starania o edukację dzieci z autyzmem w Toruniu zostały zwieńczone sukcesem.

Oparcie instytucjonalne w szkole, oddziały, punkt konsultacyjny – to wszystko spowodowało, że od tej pory rodziny dzieci z autyzmem nie musiały błąkać się po innych miastach i przypadkowych placówkach, aby uzyskać fachową pomoc i szansę edukacji swoich dzieci.

Równolegle do powstania oddziałów w szkole nr 31, w Toruniu powstał Ośrodek Rewalidacyjno-Wychowawczy „Tęcza" dla Dzieci i Młodzieży z Autyzmem, założony przez Anitę Giersz, wspierany organizacyjnie przez Urząd Miasta i Urząd Wojewódzki. Działało również wspomniane wcześniej KTA wspierane przez dr. Błeszyńskiego. Jednakże tylko nasza szkoła realizowała program edukacji dzieci z autyzmem w integracji ze zdrowymi rówieśnikami.

Stowarzyszenie po tym sukcesie zaczęło wygrywać również konkursy miejskie dla organizacji pozarządowych, organizować kursy dla rodziców, terapeutów i nauczycieli dla dzieci z autyzmem, konferencje na temat autyzmu z udziałem specjalistów z całej Polski. Jak oceniła, biorąca udział w jednej z konferencji, Małgorzata Rybicka model toruński jest bardzo skutecznym i najtańszym dla władz, znanym jej rozwiązaniem i warty jest popularyzacji w innych miastach.

W 2009 r., w dwa lata po powstaniu oddziałów, ze szkoły odeszła mgr Inga Kuźma zakładając własny Regionalny Ośrodek Informacji i Wsparcia Osób Niepełnosprawnych Fundację Wspomagania Rozwoju „Tu i Teraz")http://www.fundacjatuiteraz.pl).

W 2010 r. stanowisko prezesa SPOZA objęła po wyborach Radzisława Guzowska-Marek. Dwa lata później nad szkołą nr 31 zawisła groźba likwidacji z powodu budowy w niewielkiej odległości nowej szkoły. Zapewnienia radnych, że przecież oddziały pozostaną przeniesione do innych szkół należało traktować z wielką rezerwą. Wszyscy zdawaliśmy sobie sprawę z tego, że realizacja celów edukacyjnych w przypadku autyzmu jest ogromnie trudna w przypadku zintegrowanego zespołu doświadczonych terapeutów, z superwiezerami zewnętrznymi oraz wspierającą dyrekcją.

Taka reorganizacja nie mogła się udać i z tego powodu stowarzyszenie wraz z dyrekcją zaczęło działania lobbystyczne w Radzie Miasta i prasie toruńskiej na rzecz pozostania szkoły. Dyrekcja podjęła również inicjatywę popularyzowania szkoły wśród rodziców potencjalnych przyszłych uczniów.

www.torun.gazeta.pl
W środę 6 czerwca 2007 imieniny obchodzą: Norbert, Paulina
W czwartek 7 czerwca 2007 imieniny obchodzą: Robert, Antoni

GAZETA WYBORCZA
Toruń

WŁOSKI DLA POCZĄTKUJĄCYCH

Dzieci wyautowane

Terapeuci autystycznych dzieci od trzech lat walczą, by magistrat stworzył w Toruniu ośrodek dla ich podopiecznych. Bezskutecznie

NATALIA WALOCH

Pod petycją o utworzenie oddziału tzw. wczesnej interwencji behawioralnej podpisało się ponad 1000 osób. Są wśród nich m.in. lekarze, nauczyciele i pedagodzy specjalni. - Ośrodek to konieczność - przekonują Katarzyna Szkodzińska i Radzisława Guzowska-Marek, specjaliści terapii behawioralnej. - Dzięki niemu dzieci mogłyby się normalnie kształcić, a przede wszystkim nauczyłyby się funkcjonować w społeczeństwie.

Metoda polega na intensywnym uczeniu zamkniętego w swoim świecie dziecka za pomocą pozytywnej motywacji - może nią być cukierek, obejrzenie ulubionego filmu czy pochwała. Dziecko naśladuje terapeutę - oboje wymawiają głoski, potem sylaby, wreszcie wyrazy. W późniejszej fazie mały pacjent uczy się prowadzić dialog. Przy odpowiednio prowadzonej terapii, po roku podopieczny mówi i rozumie mowę w stopniu elementarnym. Wtedy przychodzi czas na integrację ze zdrowymi rówieśnikami. Autystyczne dziecko wraz z terapeutą chodziłoby

Żeby była skuteczna, musi odbywać się intensywnie i regularnie. A to kosztuje. Moczyńska wydaje na naukę Jasia 1,2 tys. zł miesięcznie. Joanna Szychulska, matka 7-letniego Piotrka: - Dziennie płacę 36 zł, a zajęcia odbywają się także we wszystkie weekendy i święta - mówi kobieta.

Toruńscy specjaliści i tak zaniżają ceny godzinnaj zajęć: kosztuje 12-15 zł, w Gdańsku - 35 zł. Stąd pomysł, by pieczę nad dziećmi autystycznymi przejęło miasto. Terapeutów, tak jak pedagogów specjalnych w szkołach integracyjnych, zatrudniałaby gmina. - Placówka rozwiązałaby również problem udziału naszych podopiecznych w zajęciach - wyjaśniają terapeuci. - Dziś zależy to tylko od dobrej woli dyrektorów szkół i przedszkoli.

Z tym bywa różnie. Jaś chodzi na lekcje do SP nr 15, Piotrek do przedszkola „Leśny Ludek". Według danych Guzowskiej-Marek w Toruniu jest w tej chwili kilkanaścioro dzieci z autyzmem, które jak najszybciej powinny zacząć integrację z rówieśnikami.

Terapeuci od trzech lat pukają do

– Do szóstego roku życia mój syn nie mówił ani słowa, dziś już bardzo dobrze rozumie mowę – przekonuje Elżbieta Moczyńska, mama 8-letniego Jasia

nie posłałabym go do szkoły specjalnej - mówi Moczyńska. - Bardzo dobrze się uczy w normalnej placówce, zajął czwarte miejsce w konkursie matematycznym.

- Nie możemy [illegible] dzieci zamknąć

cedyrektor wydziału edukacji i sportu. - Oczywiście będą mu przysługiwały subwencje z Ministerstwa Edukacji Narodowej.

Dotacje są wysokie - wynoszą ponad 2,5 tys. zł na dziecko. Ale i to nie wystar-

DLA GAZETY

Marian Sajna
szef wydziału edukacji hydepaskiego magistratu

●● Nasza placówka jest dość droga i subwencja oczywiście nie wystarcza, dlatego część kosztów pokrywa miasto.

Do finansowywanie ośrodka dzisiaj sprawi, że osób autystycznych nie trzeba będzie utrzymywać przez całe życie. Co najważniejsze, mamy już pierwsze sygnały, że wychowankowie zaczynają normalnie funkcjonować w społeczeństwie. Biorąc pod uwagę takie korzyści, koszty ośrodka nie są znów takie wysokie. ● NAT. WAŁ

Chmielewska. - To bardzo duża pomoc. Dzieci autystyczne będą mogły korzystać także ze szkolnej stołówki i sali gimnastycznej.

Inaczej na sprawę spojrzały władze Bydgoszczy. W 2003 r. w mieście powstał publiczny Ośrodek Rewalidacyjno-

Ryc. 84. Fragment artykułu z „Gazety Wyborczej" dotyczący problemów dzieci autystycznych inspirowany przez Elżbietę Moczyńską i Radzisławę Guzowską z czerwca 2007 r.

Ryc. 85. Tablica informacyjna

W 2011 r. odeszła ze szkoły wraz z częścią terapeutów i rodziców, m.in. prezesa SPOZA Radzisławą Guzowską-Marek, terapeutka Natalia Sarnowska, tworząc niepubliczną szkołę dla dzieci z autyzmem Prometheus.

Mija dwanaście lat od początku naszych doświadczeń z autyzmem. W Toruniu działa wiele organizacji i szkół dla dzieci z tym zaburzeniem, które zatrudniają często doświadczonych terapeutów. W Polsce w tym czasie zmieniło się ogromnie dużo w aspekcie dostępnej literatury na temat technik nauczania i terapii oraz fachowców – certyfikowanych terapeutów behawioralnych z dużym doświadczeniem i dobrym warsztatem pracy.

Sama metoda również ogromnie ewoluowała. Mało co zostało z klasycznego, sztywnego, uniwersyteckiego modelu Ivara Loovasa. Dzisiaj nie męczy się dziecka próbami dziesięć razy tego samego ćwiczenia, aby odnotować ile procent wykonuje poprawnie. Superwizorzy mają znacznie więcej własnych doświadczeń, pozwalających im na większą efektywność programową.

Mimo tych wszystkich osiągnięć autyzm w rodzinie, szkole to ciągle ten sam ogromny problem, przy którym wykształcenie oligofrenopedagogiczne oraz wychowawcze nauczycieli i rodziców staje się bezradne, co jest przyczyną frustracji i szukania przyczyny poza rzeczywistą – braku praktyki i wiedzy w postępowaniu z takimi osobami.

Rodziny z problemem autyzmu wcale nie mają dzisiaj łatwej drogi. Zaangażowanie rodziny, przedszkola, szkoły, rodziny, terapeutów w terapię pod kierunkiem doświadczonego i kreatywnego superwizora, znającego doskonale dziecko oraz metody analizy behawioralnej, funkcjonowania mózgu, charakteru deficytów, nauki komunikacji werbalnej – są kluczowe dla poprawy stanu funkcjonowania dziecka.

Medycyna nadal nie zdołała uporać się z problemami diagnostyki i leczenia autyzmu. Próby interwencji medycznych lub paramedycznych (odtruwanie, diety, suplementy) podejmowane w Polsce nie dały jednoznacznie pozytywnych rezultatów. Badania kliniczne dowodzą nieskuteczności różnych interwencji farmakologicznych. W teoriach na temat przyczyn zaburzenia także nie poczyniono znaczących postępów i są one przyczyną głębokich kontrowersji.

Kryteria diagnostyczne autyzmu zarówno amerykańskie (DSM-IV), jak i europejskie (ICD-10) są typowo behawioralne, co niestety ogromnie utrudnia różnicowanie zaburzeń, np. przy braku mowy czynnej.

Anita Giersz

21.2.
DZIAŁALNOŚĆ NIEPUBLICZNEGO OŚRODKA REWALIDACYJNO-WYCHOWAWCZEGO DLA DZIECI I MŁODZIEŻY Z AUTYZMEM W TORUNIU.

I. Ośrodek Rewalidacyjno-Wychowawczy „Tęcza" Dla Dzieci i Młodzieży z Autyzmem w Toruniu był pierwszą niepubliczną placówką oświatową dla dzieci i młodzieży z autyzmem oraz dla dzieci i młodzieży z innymi zaburzeniami w rozwoju sprzężonymi z autyzmem w wieku od 3 do 25 roku życia realizującymi wychowanie przedszkolne, obowiązek rocznego przygotowania przedszkolnego, obowiązek szkolny i obowiązek nauki.

Główne cele Ośrodka to:

1. wspomaganie rozwoju i przygotowanie dzieci i młodzieży w wieku od 3 do 23 lat z autyzmem, a także dzieciom i młodzieży z innymi niepełnosprawnościami sprzężonymi z autyzmem, do samodzielnego udziału w życiu społecznym poprzez rozwijanie zainteresowania otoczeniem oraz uzyskiwanie niezależności od innych osób w funkcjonowaniu w życiu codziennym;
2. umożliwienie dzieciom i młodzieży w wieku od 3 do 23 lat z autyzmem, a także dzieciom i młodzieży z innymi niepełnosprawnościami sprzężonymi z autyzmem, realizacji wychowania przedszkolnego, obowiązku rocznego przygotowania przedszkolnego, obowiązku szkolnego i nauki z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb i możliwości psychofizycznych.

Przedszkole „Tęcza" Dla Dzieci i Młodzieży z Autyzmem w Toruniu był niepubliczną placówką oświatową dla dzieci z autyzmem oraz dla dzieci z innymi niepełnosprawnościami sprzężonymi z autyzmem w wieku od trzeciego r.ż. do chwili podjęcia nauki szkolnej.

Główne cele przedszkola to:

1. zapewnienie dzieciom niepełnosprawnym warunków do pełnego rozwoju umysłowego, moralno-emocjonalnego i fizycznego w zgodzie z ich potrzebami i możliwościami psychofizycznymi z poszanowaniem ich godności osobistej oraz wolności światopoglądowej i wyznaniowej;

2. zapewnienie dzieciom niepełnosprawnym korzystnych warunków przezwyciężania trudności i osiągania pozytywnych wyników kształcenia i wychowania;
3. rozwijanie sprawnych funkcji psychicznych i fizycznych;
4. korygowanie i kompensowanie nieprawidłowości i deficytów rozwojowych.

W ramach realizacji obowiązku szkolnego, obowiązku wychowania przedszkolnego oraz wczesnego wspomagania rozwoju zarówno w ośrodku, jak i w przedszkolu działalność placówki była bezpłatna.

Osobą prowadzącą i nadzorującą ośrodek i przedszkole „Tęcza" była dyrektor mgr Anita Giersz, wieloletni terapeuta i specjalista w prowadzeniu diagnozy i terapii dzieci z zaburzeniami rozwojowymi, od kilku lat wykładowca na Podyplomowych Studiach Logopedycznych Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, osoba posiadająca bogate doświadczenie:

- 1996–2008: zatrudnienie w Zespole Szkół nr 5 w Toruniu na stanowisku logopedy;
- 1998–2000: zatrudnienie w Szkole Podstawowej nr 23 w Toruniu na stanowisku logopedy;
- 1998–2007: zatrudnienie w Niepublicznym Przedszkolu „Katarzynka": prowadzenie zajęć z terapii logopedycznej;
- 2004–2007: zatrudnienie w Polskim Towarzystwie Autyzmu oddział w Toruniu (prowadzenie terapii komunikacji, pełnienie funkcji dyrektora Niepublicznej Specjalistycznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Dla Dzieci i Młodzieży z Autyzmem działającej przy Towarzystwie);
- 2006 – do dziś: prowadzenie zajęć oraz praktyk dla studentów Podyplomowych Studiów w zakresie logopedii z przedmiotów: neurologopedia i neuropsychologia, Uniwersytet Mikołaja Kopernika

oraz wysokie kwalifikacje:

- 1996 r. – ukończenie wyższych studiów magisterskich na Wydziale Humanistycznym Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, kierunek – pedagogika, specjalność – pedagogika opiekuńczo-wychowawcza;
- 1997 r. – ukończenie Studiów Podyplomowych w zakresie logopedii na Wydziale Filologiczno-Historycznym, Zakład Logopedii, Uniwersytet Gdański;

- 2003 r. – ukończenie studiów podyplomowych w zakresie surdologopedii na Wydziale Filologiczno-Historycznym, Zakład Logopedii, Uniwersytet Gdański;
- 2004 r. – ukończenie studiów podyplomowych w zakresie neurologopedii na Wydziale Filologiczno-Historycznym, Zakład Logopedii, Uniwersytet Gdański;
- 2005 r. – ukończenie studiów podyplomowych w zakresie organizacji i zarządzania oświatą w Instytucie Nauk Humanistycznych i Ekonomicznych na Akademii Techniczno-Rolniczej w Bydgoszczy;
- 2011 r. – ukończenie studiów podyplomowych w zakresie teorii integracji sensorycznej w diagnozie i terapii dzieci z dysfunkcjami Rozwojowymi na Wydziale Pedagogicznym w Wyższej Szkole Społeczno-Ekonomicznej w Warszawie oraz uzyskanie Certyfikatu Terapeuty Integracji Sensorycznej;
- 2013 r. – ukończenie studiów podyplomowych w zakresie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka w Instytucie Studiów Podyplomowych Wyższej Szkoły Komunikowania, Politologii i Stosunków Międzynarodowych w Warszawie;
- 2014 r. – ukończenie studiów podyplomowych w zakresie wspomaganie rozwoju i terapii dziecka z autyzmem" w Instytucie Studiów Podyplomowych Wyższej Szkoły Komunikowania, Politologii i Stosunków Międzynarodowych w Warszawie;
- 2014 r. – ukończenie podyplomowych studiów w zakresie edukacji wczesnoszkolnej i przedszkolnej w Instytucie Studiów Podyplomowych Wyższej Szkoły Komunikowania, Politologii i Stosunków Międzynarodowych w Warszawie.

Pozostałe dyplomy, certyfikaty i zaświadczenia:

- 2004 r. – Certyfikat Zawodowy Logopedy nadany przez Polski Związek Logopedów;
- 2006 r. – Akt Nadania Stopnia Awansu Zawodowego – Stopień Nauczyciela dyplomowanego przez Kujawsko-Pomorskiego Kuratora Oświaty;
- 2006 r. – Zaświadczenie ukończenia specjalistycznego szkolenia pt. „Diagnoza Profilu Psychoedukacyjnego Dzieci z Deficytami Rozwojowymi w wieku od 0 do 12 r.ż.", Pomorskie Centrum Terapii Pedagogicznej w Koszalinie;

- 2006 r. – Zaświadczenie ukończenia specjalistycznego szkolenia pt. „Metody i Formy Stymulacji Sensorycznej w Rewalidacji Osób Upośledzonych Umysłowo", Pomorskie Centrum Terapii Pedagogicznej w Koszalinie;
- 2007 r. – Zaświadczenie ukończenia specjalistycznego szkolenia pt. „Konstrukcja indywidualnego programu edukacyjno-terapeutycznego w odniesieniu do diagnozy według Profilu Psychoedukacyjnego Dzieci z Deficytami Rozwojowymi", Pomorskie Centrum Terapii Pedagogicznej w Koszalinie;
- 2007 r. – Zaświadczenie ukończenia szkolenia „Terapia Behawioralna Dzieci i Młodzieży z Autyzmem i Zespołem Aspergera", Centrum Terapii Behawioralnej w Gdańsku;
- 2008 r. (luty, maj) – Zaświadczenie o odbyciu szkolenia „Alternatywne Sposoby Porozumiewania Się Dzieci Niepełnosprawnych", I i II stopień, Stowarzyszenie Rehabilitacyjne Centrum Rozwoju Porozumiewania w Kwidzynie;
- 2008 r. (listopad) – Zaświadczenie o ukończeniu szkolenia „Praca z dzieckiem z autyzmem w oparciu o teorię uczenia się", Polskie Stowarzyszenie Terapii Behawioralnej w Krakowie;
- 2009 r. – Zaświadczenie o ukończeniu szkolenia „Programy mowy dla dzieci z autyzmem i zaburzeniami pokrewnymi", Stowarzyszenie na Rzecz Dzieci i Młodzieży z Autyzmem „Aperio" w Poznaniu;
- 2013 r. – uzyskanie Certyfikatu uczestnictwa w pilotażowym kursie terapii dzieci z autyzmem metodą Early Start Denver Model, Centrum Logopedyczne Adesse w Warszawie;
- 15 marzec 2014 r. – ukończenie szkolenia w Centrum Wspomagania Rozwoju Osobowości, pt. „Terapia ręki część I. Podstawy usprawniania dziecka z MPD i dziecka hipotonicznego".
- 16 marzec 2014 r. – ukończenie szkolenia w Centrum Wspomagania Rozwoju Osobowości, pt. „Terapia ręki część II. Grafomotoryka".

Obecnie – studentka studiów podyplomowych w Wyższej Szkole Psychologii Społecznej w zakresie stosowanej analizy zachowania.

Udzielamy wsparcia i pomocy w różnych formach:

- profesjonalna, wielospecjalistyczna diagnoza dziecka prowadzona przez zespół specjalistów: psychiatra, pediatra, psycholog, oligofrenopedagog, neurologopeda, terapeuta integracji sensorycznej;

- wczesna interwencja i wczesne wspomaganie rozwoju dziecka i jego rodziny zgodnie z rozporządzeniem MEN z dnia 11 października 2013 r. Zajęcia prowadzone indywidualnie z dzieckiem i Jego rodziną.
- realizacja wychowania przedszkolnego, obowiązku rocznego przygotowania przedszkolnego, obowiązku szkolnego i nauki z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb i możliwości psychofizycznych, zajęcia prowadzone indywidualnie oraz w grupach 2–4-osobowych;
- zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze, indywidualne lub zespołowe;
- zajęcia specjalistyczne i rewalidacyjne indywidualne (w zależności od zaleceń oraz potrzeb i możliwości indywidualnych dziecka);
- wizyty domowe – wsparcie i pomoc w środowisku rodzinnym.
- realizacja projektu „RAZEM" – regularny udział dzieci z autyzmem w zajęciach z rówieśnikami typowo rozwijającymi się.
- konsultacje dla rodziców i możliwość obserwacji zajęć.

Proponujemy:

- autorskie rozwiązania terapeutyczne i rehabilitacyjne realizowane przy pomocy nowatorskiego unikatowego sprzętu;
- systematyczną weryfikację postępów w terapii z wykorzystaniem autorskich narzędzi i rozwiązań – ARKUSZ OCENY POSTĘPÓW TĘCZA, PROGRAM CODZIENNEJ OCENY I ANALIZY POSTĘPÓW TĘCZA. Kontrola i ocena postępów codzienna i długofalowa;
- wysoko wykwalifikowaną kadrę – psychologów, oligofrenopedagogów, neurologopedów, logopedów, terapeutów integracji sensorycznej, lekarza psychiatrę;
- dostosowanie i łączenie dostępnych metod terapeutycznych w zależności od specyficznych możliwości i potrzeb dziecka i jego rodziców: stosowana analiza zachowania – wiodąca metoda, integracja sensoryczna, programy aktywności, Metoda Dobrego Startu, Metoda Krakowska, Metoda Weroniki Sherborne, Plany Aktwności Knill, alternatywne metody porozumiewania się, hipoterapia, terapia zajęciowa.

Od 1.09.2015 r. Ośrodek został przeniesiony na Osiedle Rubinkowo.

Aktualny adres: Niepubliczny Ośrodek Rewalidacyjno-Wychowawczy
dla Dzieci i Młodzieży z Autyzmem
ul. Rydygiera 12A, 87–100 Toruń
tel. 605 414 834 e-mail: tecza@wgsystem.pl

Inga Kuźma

21.3.
REGIONALNY OŚRODEK INFORMACJI I WSPARCIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH. FUNDACJA WSPOMAGANIA ROZWOJU „TU I TERAZ"

W 2014 r. Regionalny Ośrodek Informacji i Wsparcia Osób Niepełnosprawnych Fundacja Wspomagania Rozwoju „Tu i Teraz", kierowany przez mgr Ingę Kuźma, przeniesiony został do nowej siedziby na Wydziale Biologii i Ochrony Środowiska Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu przy ul. Lwowskiej 1, pok. 151, tel. 501 184 371.

Ośrodek oferuje:

- porady i informacje nt. ulg i uprawnień dla osób niepełnosprawnych,
- porady prawne,
- porady psychologa,
- poradnictwo ds. socjalnych,
- porady psychoterapeutyczne,
- wsparcie w pokonywaniu różnego rodzaju barier i problemów dnia codziennego.

Regionalny Ośrodek Informacji i Wsparcia Osób Niepełnosprawnych
Fundacji Wspomagania Rozwoju „Tu i Teraz"
ul. Sosnowa 2
Otłoczyn, 87–700 Aleksandrów Kujawski
tel. 883 200 066

22.
PUBLIKACJE Z ZAKRESU NEUROLOGII DZIECIĘCEJ

[1] J. Kosiński, M. Łysiak, J. Czarnecki, *Trudności rozpoznawcze w przypadkach neuroblastoma u niemowląt*, „Pol. Tyg. Lek." 1973, r. XXVIII, nr 32, s. 1239–1241.

[2] M. Łysiak, Z. Zbucki, *Przypadek podostrego stwardniającego zapalenia mózgu u dziewczynki 11-letniej*, „Ped. Pol." 1978, vol. LI, nr 8, s. 989–991.

[3] Z. Zbucki, J. Czarnecki, M. Łysiak, J. Szampan, L. Bieganowski, M. Balcerzyk, M. Dąbrowska, J. Strześniewska, *Występowanie toksoplazmozy u dzieci i młodzieży z terenu województwa toruńskiego. Aspekty epidemiologiczne. Dni medycyny Społecznej, Toruń 79*, „Biuletyn Informacyjny", wrzesień 1979.

[4] M. Łysiak, *Zespół Tolosa-Hunta (Ophtalmoplegia doloroso recurens) u 14- letniego chłopca*, „Ped. Pol." 1983, vol. LVIII, nr 4, s. 375–378.

[5] M. Łysiak, *Skowroński Marian Józef (1900–1978), pediatra, neurolog dziecięcy,* [w:] *Słownik Biograficzny Zasłużonych Pediatrów*, red. E. Wilkoszewski, z. 1, Warszawa 1985, s. 111–113.

[6] M. Łysiak, *Ruchowo-czuciowa neuropatia dziedziczna Typu I z zaburzeniami psychicznymi,* „Neur. Neurochir. Pol." 1985, vol TXIX (XXXV), nr 2, s. 171–173

[7] M. Łysiak, *Rozwój opieki społecznej i zdrowotnej nad dzieckiem w Toruniu od średniowiecza do czasów współczesnych 1242–1984,* 1986, praca doktorska, promotor prof. dr hab. med. Eugeniusz Sieńkowski, AM Gdańsk.

[8] M. Łysiak, *Leczenie wścieklizny w Szubinie w czasach Księstwa Warszawskiego*, „Medycyna Weterynaryjna" 1987, nr 6, s. 381–383.

[9] M. Łysiak, *Leczenie wścieklizny w departamencie bydgoskim w okresie Księstwa Warszawskiego (1808–1815)*, „Arch Hist. i Fil. Med." 1987, nr 4.

[10] Z. Zbucki, M. Łysiak, H. Streich, *Zatrucia przypadkowe związkami fosfoorganicznymi u dzieci*, II Krajowy Zjazd Medycyny i Higieny Szkolnej:

Zdrowie dla dzieci i młodzieży w roku 2000, Toruń 15–17 października 1987, streszczenie referatów, s. 33.

[11] M. Łysiak, *Doktor wszech nauk lekarskich Marian Józef Skowroński autor pierwszego podręcznika ziołolecznictwa dla dzieci (1900–1978)*, „Wiad. Lek." 1988, vol. XLI, nr 2, s. 141–143.

[12] M. Łysiak, A. Grochal, *Powikłania neurologiczne w przebiegu zatruć insektycydami fosfoorganicznymi u dzieci*, „Neur. Neurochir. Pol." 1988, t. XXII (XXXVIII), nr 2, s. 251–254.

[13] M. Łysiak, J. Strześniewska, *Przypadek wewnątrzmacicznego zakażenia wirusem cytomegalii przebiegającego ze zmianami patologicznymi w ośrodkowym układzie nerwowym*, „Ped. Pol." 1990, nr 5/6, s. 69–71.

[14] M. Łysiak, D. Termanowska, *Rzadka postać choroby Hodgkina powikłana zajęciem ośrodkowego układu nerwowego u 13-letniego chłopca*, „Neur. Neiurochir. Pol." 1991, t. XXV, (XLI), nr 6, s. 806–809.

[15] M. Łysiak, A. Golińska-Zbucka, J. Witkowska, *Trudności rozpoznawcze i leczenie w przebiegu mózgowego porażenia dziecięcego współistniejącego z wrodzoną niedoczynnością tarczycy u trojga niemowląt*, „Pediatria Polska" 1993, vol. LXVIII, nr 12, s. 71–74.

[16] M. Łysiak, D. Brygman, *The recurent frorm of Guillain–Barre––Strohl syndrome in 12 year-old girl. Miting of the 3 European Federation of Neurological Societas*, Poznań, November 24–26, 1994, Abstracts.

[17] M. Łysiak, D. Brygman, *Guzy rdzenia kręgowego u dzieci na podstawie obserwowanych przypadków*, Pamiętnik II Zjazdu Polskiego Towarzystwa Neurologów Dziecięcych, Gdańsk 25–27 maja 1995.

[18] M. Łysiak, L. Mikulska-Haniec, D. Brygman, *Przewlekła zapalna demielizacyjna poliradikuloneuropatia u 12-letniej dziewczynki*, „Neur. Dziecięca" 1996, t. 5, nr 10, s. 89–93.

[19] M. Łysiak, W. Buchwald, A. Sadakierska, *Przypadek zespołu Sotosa u chłopca 8-letniego, aspekty diagnostyczne*, XVI Zjazd PTN w Katowicach 26–29 września 1996 r.

[20] M. Łysiak, W. Buchwald, *Zespół Sotosa jako przykład zaburzeń w rozwoju somatycznym. Antropologia a medycyna i promocja zdrowia*, red. A. Malinowski, B. Łuczak, J. Grabowska, Łódź 1996, s. 208–217.

[21] M. Łysiak, I. Witkowska, J. Hermanowska, *Padaczka w zespołach zaburzeń oddychania u noworodków leczonych mechaniczną wentylacją*, II Ogólnopolskie Dni Neurologii Dziecięcej, Kraków 17–18.05.1996, Sstreszczenie.

[22] M. Łysiak, B. Iwaniszewska, H. Jankowska, D. Brygman, M. Szóstakowska, J. Kowalska, *Neuroborelioza u dzieci – opis przypadków*, „Pediatria Polska" 1998, vol. LXXIII, nr 7, s. 697–699.

[23] M. Łysiak, M. Dąbrowska, J. Rożnowski, J. Pawłowska, *Przebicie drenu układu zastawkowego komorowo-otrzewnowego do jelita – spostrzeżenia kliniczne*, „Pediatria Polska" 1998, vol. LXXIII, s. 827–829.

[24] M. Łysiak, *Neurologia toruńska. Jubileusz 50-lecia istnienia Oddziału Neurologii Szpitala Miejskiego i Wojewódzkiego w Toruniu (1918––1998)*, Toruń 1998.

[25] M. Łysiak, *Zainteresowania pozamedyczne neurologów toruńskich*, „Biuletyn Informacyjny Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu" 1998, nr 6, s. 14–15.

[26] D. Brygman, M. Łysiak, *Przypadek tętniaka żyły Galena u 3-letniej dziewczynki*, „Łódzki Biuletyn Neurologiczny, III Zjazdu Polskiego Towarzystwa Neurologów Dziecięcych. Łódź 6–8 maja 1999", streszczenia referatów, s. 48.

[27] M. Łysiak, *Dr med. Georg Seger (1629–1678) pionier w dziedzinie epileptologii dziecięcej w Toruniu*, „Neurologia Dziecięca" 2005, vol. 14, nr 28.

[28] M. Łysiak, *Dr med. Georg Seger z Norymbergii (1629–1678) prekursor epileptologii w Polsce*, [w:] X Sympozjum Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Historii Medycyny 29.09–2.10.20005 we Franfurcie n. Odrą i w Słubicach, streszczenia, s. 52.

[29] M. Łysiak, J. Czarnecki, *Dr med. Georg Seger (1629–1678), autor pierwszego w Polsce opisu mukowiscydozy u 3-letniej dziewczynki*, „Ped. Wsp. Gastrol. Hepatol. i Żywienie Dziecka" 2005, nr 1, s. 662.

[30] M. Łysiak, *Historia i teraźniejszość elektroencefalografii dziecięcej w Toruniu, neurologia dziecięca*, V Zjazd Polskiego Towarzystwa Neurologów Dziecięcych, Białystok, suplement zjazdowy 2007, vol. 16, s. 110.

[31] M. Łysiak, *Past and present of the childrens electroencephalography in Toruń*, „Advances in Medical Scienses" 2007, vol. 53, suppl. 1, s. 197–199.

[32] M. Łysiak-Seichter, M. Łysiak, *Fakty i mity uzdrawiającej mocy relikwii świętego Walentego*, [w:] *Dawna medycyna i weterynaria*, red. M.Z. Felsmann, J. Szarek, M. Felsmann, Chełmno 2007, s. 139–148.

[33] M. Łysiak, *Stefan Bolesław Szuman (1889–1972), chirurg toruński, psycholog i pedagog, profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego*, „Przegl. Lek." 2008, vol. 65, nr 2.

[34] M. Łysiak, *Georg (Jerzy) Seger (1629–1678) prekursor epidemiologii w Polsce*, [w:] *XI Sympozjum Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Historii Medycyny*, red. M. Sachs, B. Płonka-Syroka, F. Druss, Wrocław 2008.
[35] M. Łysiak, A. Drygas, *Dr med. Jerzy (Georg) Seger – siedemnastowieczny lekarz botanik*, [w:] *Dawna medycyna i weterynaria. Pacjent*, red. M.Z. Felsmann, J. Szarek, M. Felsmann, Chełmno 2011, s. 145–154.
[36] M. Łysiak, *Rodowody toruńskiej elektroencefalografii dziecięcej*, [w:] *Medycyna a technologia. Medizin und Technologie*, red. A. Mugowska, F. Dross, Toruń 2012, s. 146–155.

* * *

M. Łysiak, B. Iwaniszewska, D. Brygman, *Borelioza u dzieci z demonstracją przypadku*, referat wygłoszony został na zebraniu Oddziału Gdańskiego Polskiego Towarzystwa Neurologów Dziecięcych, 20.11.1996 r. godz. 12 w sali wykładowej Hotelu Heweliusz w Gdańsku, „Gazeta AMG" 1996, nr 11.

Na posiedzeniach szkoleniowych w Szpitalu Miejskim w Toruniu wygłoszone zostały między innymi następujące referaty z zakresu neurologii dziecięcej:

- Marian Łysiak, *Nerwice dziecięce* – 5.02.1975 r.
- Marian Łysiak, *Psychopatologia wieku dziecięcego* – 15.10.1975 r.
- Marian Łysiak, tłum. z literatury obcej: 1. *Hipoglikemia okresu noworodkowego*; 2. *Nowości w leczeniu Choroby Downa* – 5.11.1975 r.
- Marian Łysiak, *Bóle głowy u dzieci* – 5.05.1976 r.
- Janusz Czarnecki, *Badania cytogenetyczne u dzieci* – 1976 r.
- Marian Łysiak, *Sprawozdanie z Konferencji w Białymstoku na temat: Postępy w Neurologii Rozwojowej* 12.10.1977 r.
- Lucyna Indan, *Drgawki gorączkowe u dzieci*.
- Marian Łysiak, *Napady drgawkowe a uszkodzenia mózgu u dzieci, relacje z posiedzenia szkoleniowego w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie* – 21.06.1978 r.
- Marian Łysiak, *Aspekty praktyczne wczesnej diagnostyki neurologicznej* – 15.12.1978 r.

23.
BIOGRAFIE PIONIERÓW NEUROLOGII DZIECIĘCEJ W TORUNIU

Marian Łysiak

23.1. DR MED. GEORG SEGER (1629–1678) PROFESOR

Do najbardziej znanych źródeł dotyczących kliniki i leczenia padaczki dziecięcej w Polsce zalicza się *Zielnik* autorstwa Stefana Falimirza z Ciechanowca pt. *O ziołach i o mocy ich*, opublikowany w języku polskim w Krakowie 1534 r. Nieco później Jan Hieronim Chróściejowski z Poznania wydał w roku 1583 w Wenecji podręcznik pediatrii *De morbus puerorum* według wykładów swego mistrza Mercurialiego. W średniowieczu padaczkę wiązano z czynnikami nadnaturalnymi. W Polsce padaczką nazywano: wielką chorobą, wielkim napadem, chorobą św. Walentego czy chorobą z upadkami lub drgawkami[1]. Opisy padaczki w okresie od XVI do XVIII w. publikowane były w języku łacińskim lub polskim. Ostatecznie przyjęła się nazwa: epilepsja z greckiego „epilambanei", co oznacza schwytać. Wśród lekarzy publikujących swe obserwacje znalazł się dr med. Georg Seger (1629–1678)[2].

Urodził się w Norymberdze w 1629 r. w rodzinie Albrechta Segera, z zawodu wagowego miejskiego i Anny Marii z domu Kuhfuss, córki rajcy miejskiego. Z małżeństwa tego pochodzili dwaj bracia: Georg (Jerzy) ur. 8 lipca 1629 r. i Albrecht. Wkrótce w 1634 r. rodzina przeniosła się do Torunia, gdzie ojciec Georga Segera przyjął ponownie posadę urzędnika (wagowego) na Starym Mieście. Kolejne rodzeństwo Georga urodzone w To-

[1] B. Seyda, *Dzieje medycyny w zarysie*, Warszawa 1979, s. 440–444.

[2] L. Mokrzecki, *Georg Seger (1629–1678)*, [w:] *Polski Słownik Biograficzny*, t. XXXVI/1, z. 148, Warszawa–Kraków 1995, s. 155.

runiu to dwie siostry: Anna Maria, ochrzczona 1 stycznia 1634 r.[3] i Krystyna, ochrzczona 1 kwietnia 1635 r., oraz trzeci brat: Jan Seger, ochrzczony 23 stycznia 1639 r.[4] Narastające więzy z miastem sprawiły, że w wieku dojrzałym nawet w pismach oficjalnych do nazwiska dodawał „Thoruniensis" (Toruński). Kiedy pobierał nauki w gimnazjum toruńskim miało ono w tym czasie już ugruntowaną pozycję, bowiem w 1594 r. podniesione zostało do rangi gimnazjum akademickiego. O chwili jego powstania w 1568 r. zaliczane było obok gdańskiego i elbląskiego do najznakomitszych szkół protestanckich w tej części Rzeczypospolitej. Zainteresowania Segera medycyną miały swój początek już w ostatnich dwu latach supremy, w latach 1646/1647 i 1647/1648. Koniec nauki w gimnazjum przypadł niestety na czas malejącej atrakcyjności toruńskiego gimnazjum akademickiego.

Ryc. 86. Dr med. Georg Seger

Swoje zainteresowania medycyną określił na zakończenie nauki w gimnazjum tematem wystąpienia *De natura et generatione ossium*, czyli o właściwościach fizycznych i powstawaniu kości".

Po ukończeniu toruńskiego gimnazjum podjął studia na uczelniach zachodnich, jednak stypendium z gminy toruńskiej okazało się niewystarczającym wsparciem dla zagranicznej edukacji. Dlatego też, dzięki talentom pedagogicznym, w latach 1650–1652 wspomagał się finansowo pracą na stanowisku guwernera synów Teodora Potockiego[2]. Studiował na uniwersytetach w Lipsku, Wittenberdze i Kopenhadze, gdzie przebywał najdłużej. Pociągnęła go tam asystentura i przyjaźń wybitnego anatoma duńskiego Tomasza Bartholinusa (1616–1680), któremu zawdzięczał później swoje zainteresowania

[3] Księga chrztów – Liber baptistorum z kościoła NMP w Toruniu, Archiwum Akt Dawnych Diecezji Toruńskiej, sygn. A.A.001, 1616–1676, s. 114.

[4] Ibidem, s. 154.

i sukcesy w tym przedmiocie. Wkrótce został jego asystentem. W roku 1656 pod jego kierunkiem przygotował dysertację pt. *Dissertatio de usu communium corporis humani intogumentorum* (*O roli powłok skórnych ciała ludzkiego*). A już w 1658 r. ogłosił dysertację pt. *De quidditate materia Lymphae bartholinianae* (*O istocie materii limfy Bartholiniusa*). Kolejnym krajem jego naukowych peregrynacji była Anglia. Odwiedził: Londyn, Oxford, gdzie zapoznał się ze zbiorami Biblioteki Bodlejańskiej. Przez krótki czas (dziewięć dni) przebywał również w Lizbonie. W duńskiej Akadem Rycerskiej w Soró podjął między innymi wykłady z fizyki. Odwiedził także Helmstedt Halle i Jenę. Dnia 18 maja 1658 r. podjął dalsze studia na uniwersytecie w Altdorfie. Po odwiedzeniu jeszcze kilku znaczących ośrodków w Monachium, Augsburgu, Ulm, Dillingen i Ingelstadt w 1659 r. udał się również do Austrii, Węgier i Czech.

Dnia 10 sierpnia 1959 r. matrykulował się na uniwersytecie w Bazylei. Studiował tam głównie pod kierunkiem prof. Jana Bauhina. 14 marca 1660 r. zdał u prof. Emanuela Stupena należne egzaminy z filozofii i medycyny, a 28 marca 1660 r. obronił rozprawę doktorską pt. *De Hippokratis orthodoxarie in doctrina de nutritione faetus humani in vitro* (*O naukowych tezach Hipokratesa dotyczących odżywiania płodu w łonie matki)*. 7 kwietnia 1660 r., po objęciu stanowiska adiunkta, uzyskał prawo prowadzenia dysput. W czasie prawie 3-letniego pobytu w Bazylei ogłosił kilka znaczących prac z zakresu fizjologii, ginekologii i kardiologii. Zamierzał również wydać dzieła Hipokratesa. W 1662 r. odwiedził Lyon i Dijon oraz miasta niemieckie, takie jak: Tübingen, Stuttgart, Heidelberg, Frankfurt n. M., Hanau i Kassel. Zmęczony dorabianiem zrezygnował ostatecznie z guwernerstwa. Zimę 1662 r. spędził w Lüneburgu, gdzie badał zasoby biblioteki w Wolfenbüttel.

W 1663 r. powrócił do rodzinnego Torunia, gdzie objął stanowisko profesora honorowego w tamtejszym Gimnazjum Akademickim. 18 kwietnia zaofiarowano mu stanowisko trzeciego fizyka miejskiego. 22 kwietnia 1664 r., osiągnąwszy stabilizację finansową, zawarł związek małżeński z Katarzyną Rechenberg, wdową po kupcu Mateuszu Kipperze. Małżeństwo okazało się bezpotomne. Nadal przejawiał zainteresowania anatomią patologiczną. Pierwszą sekcję przeprowadził w 1666 r., 70 lat wcześniej niż dr med. Henryk Leelhőffel w Warszawie.

Dr Seger był autorem przeszło trzydziestu publikacji, wśród nich pięć dotyczy padaczki dzieci lub płodu:

Epilepsja ex incauto usu olei Iuniperini (*Padaczka spowodowana nieuważnym użyciem olejku jałowca pospolitego*), „Miscellanea Curiosa", Annus Secundus, obs. VIII, pg. 27 Lipsk 1671.

De caecitate post epilepsiam in parturiente (*O ślepocie u położnicy spowodowanej padaczą*), „Miscellanea Curiosa", obs. CLXI, pg. 293 Lipsk 1672.

De epilepsia gravidam eiusgue embryonem per XXV hebdomadas infestante (*O padaczce dręczącej ciężarną i jej płód przez 25 tygodni*), „Miscellanea Curiosa", obs. CLX, pg. 291 Lipsk 1672.

Epilepsja igne Curtea (*Padaczka leczona ogniem*), „Miscelllanea Curiosa" obs. IX, pg. 293 Lipsk 1671.

De strabismo ex epilepsia (*O zezie spowodowanym padaczką*), „Miscellanea Curiosa", obs. CLXII, pg. 194 Lipsk 1672.

A oto ostatnie trzy dotyczące płodu i dzieci w tłumaczeniu z oryginału łacińskiego mgr Hanny Nowakowskiej[5].

Obserwacja CIIX

O epilepsji dręczącej ciężarną i jej płód przez 25 tygodni

Żona introligatora Fryderyka Waltera, naszego krajana, o sangwinicznym temperamencie, mająca około 30 lat, gdy w dniu 9 marca 1665 roku była już w czwartym miesiącu ciąży, zaczęła skarżyć się rano na ból w lewej łopatce, podejrzewała jednak, że przed kilkoma dniami nadwerężyła ją w wypadku w piwnicy. Od południa nie spodziewając się niczego niepomyślnego, bardzo cierpiała z powodu konwulsji epileptycznych, które rozpoczęły dwudniową afonię, wielką słabość i inne paroksyzmy epileptyczne.

Przepisywałem wtedy różne lekarstwa przeciwpadaczkowe, ale im więcej ich używała, tym liczniejsze były ataki. To także spotkało ją po zjedzeniu polewek i innego pożywienia. Potem odmawiała jedzenia przez całe osiem dni, ledwie zjadła jedną lub dwie łyżki jakiejś polewki, jednak bardzo niechętnie, ciągle nadchodził bowiem jakiś paroksyzm. One jednak, chociaż niczego nie przyjmowała, były dla niej dość przykre. Dnia 16 marca wypłynął z jej narządów rodnych białawy i lepki płyn, któremu

[5] Prace lekarzy związanych z kulturą polską, publikowane w czasopiśmie „Miscellanea" z XVII i XVIII w. *Jerzy Seger*, opr. i tłum. M. Kamińska-Axer, „Arch. Hist. Med." 1976, vol. XXXIX, z. 1, s. 93–96.

towarzyszył wstrętny zapach, ogarnął ją strach i bardzo ciężkie bóle w pachwinach, całkowite opadnięcie z sił, tak że ledwie była zdolna do ruchu nadgarstkami. Poleciłem użycie kordiałów wzmacniających matkę i płód, ale na próżno. Powstało wtedy podejrzenie, że płód jest obumarły, które to podejrzenie stawało się z dnia na dzień poważniejsze, czuła także pochodzący z dolnych części brzucha smród, a także zbliżający się atak epilepsji, powiększył się ruch embrionu, czego matka nie czuła od początku choroby, oziębienie wewnętrznych części brzucha i jakąś ociężałość. I ponieważ nie było żadnych korzyści ze stosowania środków zewnętrznych, które kobiety mają zwyczaj przykładać w celu pobudzenia siły płodu, wszyscy twierdzili, że płód jest obumarły i namawiali mnie do spędzenia płodu, sama chora była temu przeciwna. Ja chociaż do części z tych objawów podszedłem niechętnie, ledwie jednak mogłem po wielu perswazjach uzyskać od chorej, aby zażyła łyżkę wody cynamonowej, ponieważ użycie jej przyspieszało ataki epilepsji. Zdarzyło się dnia 19 marca, że matka chorej pod moją nieobecność domieszała do łyżki wyżej wymienionej wody, trochę destylowanej wody lilii konwalii z winem, nakłoniła córkę, aby to wypiła, po wypiciu chora najpierw doznała wielkich ruchów w brzuchu, po których nadszedł ciężki atak epilepsji. I od tego czasu chora czuła ruchy płodu, który czasami bywał słaby, niekiedy jednak, z pewnością zawsze w tym czasie, kiedy chorej groził atak, był gwałtowniejszy i bardziej niespokojny, że było poza wszelką wątpliwością, że najpierw płód, a potem matka umrą. Poradziłem użycie lekarstw przeciwpadaczkowych i wzmacniających płód, ale ponieważ po ich użyciu konwulsje stawały się częstsze, chora odmówiła w ogóle używania środków wewnętrznych. Wyznaję, że gdy w mojej obecności połknęła trochę proszku albo balsamu z embrionów, wkrótce czuła, że nadchodzi atak i konwulsyjne drgawki płodu. Umiarkowane spożywanie jedzenia i picia nie było już tak szkodliwe. Tak więc sytuacja poprawiała się dzięki moim radom, samej naturze i Bogu Wszechmocnemu, przede wszystkim gdy paroksyzmy nie atakowały chorej tak często, ona czując się silniejsza, zajęła się obowiązkami domowymi: kiedy nie była zmuszona wracać do łóżka wstrząsana ruchami płodu, które najbardziej różniły się od zwykłego jego ruchu. Przeczuwała, kiedy zbliża się atak. I tak nieszczęsna spędzała czas między nadzieją a bolesnym strachem, aż wreszcie 31 sierpnia nadeszła upragniona godzina porodu, podczas której podwójnie była wstrząsana atakiem, nieświadoma tego urodziła wspaniałego chłopca, który natychmiast został ochrzczony, a ja byłem ojcem

chrzestnym. I od tego czasu ani matka, która dotąd przez 25 tygodni cierpiała na epilepsję, ani syn nie odczuwali podobnych wstrząsów. Żyją oboje dotąd dzięki łasce Boga zdrowi i cali.

Obserwacja IX
Epilepsja leczona ogniem

Panarolus Jatrol. Pentec. 2 Obs. 39.p.53.b. referuje, że widział młodzieńca chorego na epilepsję, który wpadłszy w ogień bardzo sobie poparzył stopę, ale nigdy w przyszłości nie był już nękany epilepsją. Podobnej kuracji doświadczył w młodości pewien człowiek, którego spotkałem na początku roku 1657, gdy udawałem się do Chitonium i wizytowałem owo sławne Canobium Bordesbolmense. Był on żebrakiem. Ponieważ od wczesnych lat był bardzo dręczony przez epilepsję, doświadczył kiedyś takiej sytuacji, że uległ atakowi, gdy nikogo przy nim nie było i wpadł do ognia. Upadając na twarz, bez wątpienia zginąłby, gdyby nie nadszedł ktoś z domowników i nie pomógł nieszczęsnemu. Mówił, że od tego czasu rzadziej był dręczony epilepsją i chociaż kuracja była gwałtowna, osiągnął dzięki niej korzyść. Twarz bowiem poza tym była nietknięta, prawy bok był bardzo zdeformowany, skóra na głowie po prawej stronie była łysa, stracił wtedy całkiem prawe oko. Lewe zaś oko ciągle łzawiło, było mniejsze, tak głęboko osadzone w oczodole jakby go prawie nie było. Żebrak mówił jednak, że widzi. Ponadto także mięśnie podtrzymujące szyję i umożliwiające zginanie jej tak zostały zniszczone przez ogień, że nie mogą one wykonywać swoich zadań. Dlatego nieszczęśnik nigdy nie mógł podnieść twarzy, lecz zawsze był zmuszony oglądać ziemię.

Obserwacja CLXII
O zezie spowodowanym epilepsją

W roku 1670 na początku grudnia F.N. sześcioletnia córeczka kupca, zanim pokazały się śmiertelne dla niej objawy ospy, wielokrotnie uległa konwulsjom. Od urodzenia aż do ataku epilepsji miała oczy dobrze umieszczone, potem na wszystko patrzyła wywróconymi oczami. To także pamiętam, ponieważ gdy ostatnio badałem mojego przyjaciela pana G.F. księgarza w roku 1662 w lipcu we Frankfurcie nad Menem, przyszły także do mnie jego dzieci: synek i córeczka oboje zezowaci. Smutni rodzice

oznajmili, że one urodziły się ze zdrowymi i prosto patrzącymi oczami, a przecież w drugim roku po urodzeniu dotknął je atak epilepsji, który spowodował zezowanie.

Przechodząc do podsumowania XVII-wiecznych obserwacji padaczki, niełatwo dziś stwierdzić, mimo tak znaczących w tej dziedzinie osiągnięć, czy bliżsi jesteśmy połowy czy końca drogi odsłaniającej ostatecznie tajemnicę tego dręczącego ludzkość schorzenia, jakim jest padaczka.

Odkrywcza okazała się obserwacja G. Segera z 1673 r. dotycząca torbielowatego zwłóknienia trzustki i węzłów chłonnych krezki pt. *De Scirro Pancreatis et Glandularum Mesenterii Lethali*[6].

Po dziesięciu latach pracy w 1675 r. opuścił Toruń, udając się do Gdańska. Wkrótce powołany został na stanowisko profesora fizyki i medycyny w tamtejszym Gimnazjum Akademickim. Powierzono mu również funkcję fizyka miejskiego.

Popularność dr. Segera musiała być znaczna, skoro przez dwanaście lat (1666–1678) zajmował stanowisko lekarza nadwornego trzech królów polskich: Jana Kazimierza (1648–1669), Michała Korybuta Wiśniowieckiego (1640–1673) i Jana III Sobieskiego (1674–1696). W Gdańsku rozpoczął się najpłodniejszy okres jego pracy naukowej. Opublikował liczne prace z zakresu medycyny, ziołolecznictwa, a także historii Torunia. W 1677 r. opublikował drugie wydanie *Synopsis physicae, antiquonovae* (*Zbiór dawnej i współczesnej wiedzy przyrodniczej*). W 1676 r. w „Miscellenae Curiosum" opublikował sekcję zwłok 50-letniego złodzieja, dając wyraz dużej wiedzy anatomopatologicznej. Podejmował również pionierskie badania w zakresie fizjologii zwierząt. Praktykował wiwisekcje na psach. W 1678 r. uczestniczył w eksperymencie dotyczącym wlewów dożylnych. W 1678 r. wraz z Zachariaszem Zöllnerem odbył dysputację ze studentami na temat dzieła Hipokratesa o sercu. Obejmowało ono trzy rozdziały: I. O kształcie serca, II. O zabarwieniu serc, III. O rozpoznawaniu przegrody serca. Tego samego roku wraz z Jakubem Weberskim przygotował pracę pt. *Disertatio Physiologico-Anatomica de Lacte* (*Rozprawa fizjologiczno-anatomiczna o mleku [pokarmie]*). Interesował się też czerwcem polskim, którego obserwował w okolicach Torunia. Popierał ideę utworzenia w Gdańsku

[6] M. Łysiak, J. Czarnecki, *Dr med. Georg Seger (1629–1678), autor pierwszego w Polsce opisu mukowiscydozy u 3-letniej dziewczynki*, „Pediatria Współczesna, Gastroenterologia, Hepatologia i Żywienie dziecka" 2005, vol. 7, nr 1, s. 61–62.

Collegium Medicum. 22 marca 1677 r. podpisał wraz z trzynastoma lekarzami petycję do władz miasta w sprawie stworzenie samorządu lekarskiego. Władze miasta długo opierały się z aprobatą tej inicjatywy. Zmarł 19 grudnia 1678 r. w Gdańsku. Pogrzeb odbył się 29 grudnia w kościele gimnazjalnym św. Trójcy. W działalności naukowej nawiązywał często do Galileusza i Harveya. Jako lekarz praktyk zwykł łączyć naturę uważnego praktyka i ambitnego naukowca[7].

Marian Łysiak, Kazimierz Przybyszewski

23.2.
DR MED. WŁADYSŁAW TRZASKA (1861–1944) INTERNISTA

Władysław Trzaska urodził się 25 listopada 1861 r. w Bolesławicach (Podbolesławiec) w powiecie kępińskim, w rodzinie katolickiej Józefa i markizy Fridy de la Ponssardieŕe. Do 1883 r. uczęszczał do Realnego Gimnazjum w Poznaniu, następnie w Toruniu, gdzie 13 listopada 1884 r. otrzymał świadectwo dojrzałości. Studiował medycynę na Uniwersytetach w Berlinie i Erlangen, gdzie 6 lipca 1899 r. uzyskał tytuł dr. med., po obronie dysertacji pod tytułem: *Beitrag zur Kenntniss der Myelitis acuta* (*Przyczynek do etiopatogenezy ostrego zapalenia rdzenia*), opisując dwa przypadki 23- i 44-letnich mężczyzn. Egzamin dający prawo praktyki złożył 18 marca 1890 r. w Monachium. Od maja tego roku zamieszkał w Miłosławiu w powiecie wrzesińskim, gdzie rozpoczął samodzielną praktykę lekarską. Po złożeniu w Berlinie dodatkowego egzaminu otrzymał 28 kwietnia 1894 r. nominację na chirurga powiatowego.

Od stycznia 1898 do marca 1901 r. dr Trzaska pracował jako lekarz powiatowy w Labes (obecnie Łobez w województwie zachodniopomorskim). Następnie od kwietnia 1901 r. był lekarzem sądowym w Bochum w Westfalii, a od maja 1903 do końca kwietnia 1920 r. lekarzem powiatowym w Iserlohn w Westfalii i tam otrzymał tytuł radcy medycynalnego.

Po powrocie Pomorza do Polski w styczniu i lutym 1920 r., dr Władysław Trzaska przybył w maju tego roku do Torunia, obejmując tu stanowisko lekarza powiatowego, a 1 stycznia 1922 r. otrzymał nominację na dyrektora

[7] L. Mokrzecki, *Seger Georg (1629–1678) lekarz, przyrodnik, profesor gimnazjum akademickiego w Toruniu i Gdańsku*, [w:] *Polski Słownik Biograficzny*, t. XXXVI/1, z. 148, Warszawa–Kraków 1995, s. 154–156.

Ryc. 87. Dr med. Władysław Trzaska

Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia Publicznego w Toruniu. Po reorganizacji został naczelnikiem Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Pomorskiego. Pełnił tę funkcję, będąc jednocześnie lekarzem ogólnie praktykującym oraz lekarzem zaufania Ubezpieczalni Krajowej Pomorskiego Towarzystwa Opieki nad Dziećmi i lekarzem poradni dla matek i niemowląt. Poza tym był lekarzem polskiej i niemieckiej ochrony miejskiej, Domu św. Józefa i lekarzem szkolnym. Ponadto był także lekarzem zaufania Komendy Policji Państwowej XII Okręgu (Pomorze) oraz wykładał w szkole policyjnej higienę, instrukcję sanitarną i ratunkową. Po przeszło trzydziestu latach pracy administracyjnej przeszedł w styczniu 1926 r. w stan spoczynku, nie zarzucając wolnej praktyki lekarskiej.

Wiele czasu i energii poświęcał dr Trzaska na działalność społeczną, zwłaszcza nad organizacją lecznictwa i opieki nad dziećmi i młodzieżą. Był między innymi: członkiem zarządu Pomorskiego Towarzystwa Opieki nad Dziećmi, pierwszym lekarzem w Żłobku Pomorskim pod wezwaniem św. Antoniego w Toruniu, prezesem Towarzystwa Opieki Moralnej nad Dziewczętami i Kobietami, członkiem zarządu Pomorskiego Towarzystwa Walki z Gruźlicą, członkiem Okręgu Pomorskiego PCK, członkiem zarządu i przewodniczącym Komisji Regulaminowej Wydziału Matematyczno-Przyrodniczego TNT. Sądząc po publikacjach, interesowały go również kryminalne aspekty poronień ze stanowiska medycyny sądowej: *Über Kriminellen Abort vom Standpunkt der gerichtlichen Medicin* oraz problematyka higieny szkolnej: *Die sanitäts polizeiliche Aufsicht über die Schulen vom Standpunkt der őffentlichen Gesundheitspflege* (Dozór sanitarno-policyjny nad szkołami ze stanowiska otwartej opieki zdrowotnej).

Po wybuchu wojny w 1939 r. pracował jako lekarz Ubezpieczalni Społecznej do marca 1944 r. w Toruniu.

W małżeństwie zawartym 26 września 1891 r. w Miłosławiu z Marią Tajdą z domu de la Ponssardieŕe, córką Maksymiliana i Konstancji z Mieczkowskich, urodzoną 26 maja 1874 r. w Gutowie w powiecie pleszewskim w Wielkopolsce, dr Trzaska miał córkę Zofię zamężną Lipowiczową, zmarłą przed 1929 r. oraz syna Gustawa, porucznika, mieszkającego pewien okres w Stanisławowie. Żona Maria Trzaskowa była aktywną działaczką charytatywno-społeczną. W latach 1898–1901 pracowała w zarządzie miejskiego Stowarzyszenia Kobiet w Labes, a w latach 1903–1920 działała w Charytatywnym Towarzystwie św. Elżbiety w Iserlohn. Także po zamieszkaniu w Toruniu nadal pracowała społecznie, będąc m.in. w latach 1920–1926 członkinią zarządu (skarbniczką) Okręgu Pomorskiego PCK, ponadto od 1921 r. do wybuchu drugiej wojny światowej działała w Stowarzyszeniu Pań Miłosierdzia św. Wincentego â Paulo, pełniąc przez kilka lat funkcję prezeski, poza tym od 1930 r. udzielała się w Miejskiej Komisji Opieki Społecznej, oddając się pracy nad polepszeniem bytu biednych i bezrobotnych miasta. Była również zastępcą członka zarządu Pomorskiego Towarzystwa Walki z Gruźlicą[8].

Dr Władysław Trzaska zmarł 20 marca 1944 r. w Toruniu. Odznaczony był niemieckimi medalami: Rote Kreuz Medaille i Verdienstkreuz für Kriegshilfe oraz polskim Złotym Krzyżem Zasługi. W Toruniu Trzaskowie mieszkali przy ul. Zygmuta Krasińskiego 17, następnie ul. Bydgoskiej 24 (33 m. 5) i Jana Matejki 7.

Marian Łysiak, Kazimierz Przybyszewski

23.3.
DR W. N. LEK. MARIAN JÓZEF SKOWROŃSKI (1900–1978) PEDIATRA

Marian Józef Skowroński urodził się 9 marca 1900 r. w Ostrowie Wielkopolskim, w rodzinie nauczycielskiej Władysława i Hortensji z Kamieńskich[9]. W mieście rodzinnym uczęszczał do szkoły powszechnej i Gimnazjum Męskiego (obecnie I Liceum Ogólnokształcące), które ukończył w 1919 r. Podczas

[8] M. Łysiak, K. Przybyszewski, *Władysław Trzaska (1861–1944), Dr med. działacz społeczny, organizator lecznictwa toruńskiego w Drugiej Rzeczypospolitej*, [w:] M. Łysiak, K. Przybyszewski, *Sylwetki lekarzy toruńskich XIX i XX wieku*, Toruń 2009, s. 477–479.

[9] K. Przybyszewski, Marian Józef Skowroński, TSB, [t.] 4, s. 224–226.

Ryc. 88. Dr w. n. lek. Marian Józef Skowroński

nauki w gimnazjum ostrowskim był w 1915 r. współzałożycielem gimnazjalnej drużyny harcerskiej oraz należał do tajnego Towarzystwa Tomasza Zana, a w okresie wydarzeń poprzedzających powstanie wielkopolskie organizował w auli szkolnej lekcje śpiewu polskiego z towarzyszeniem fortepianu, które cieszyły się wielkim powodzeniem.

Po utworzeniu Uniwersytetu Poznańskiego rozpoczął studia przyrodnicze na Wydziale Filozoficznym, lecz wkrótce przeniósł się na Wydział Lekarski tej Uczelni, skąd w 1923 r. wyjechał do Krakowa, gdzie na Uniwersytecie Jagiellońskim studiował dalej medycynę i 4 marca 1927 r. uzyskał tytuł dr. w. n. lek. Jeszcze przed uzyskaniem dyplomu pracował w charakterze wolontariusza, od 1 października 1925 do 1 czerwca 1926 r. w Zakładzie Higieny Uniwersytetu Jagiellońskiego, a następnie do 1 października 1927 r. w charakterze etatowego asystenta, pod kierunkiem prof. Witolda Gądzikiewicza. Zajmował się wówczas zagadnieniami higieny doświadczalnej, przemysłowej i społecznej oraz metodologią tych nauk. Wynikiem tej pracy było dziewięć publikacji zamieszczonych w „Polskiej Gazecie Lekarskiej", „Klinice Ocznej", „Archiwum Higieny", „Przyrodzie i Technice" oraz w czasopismach niemieckich. Poza tym prowadził wykłady i był egzaminatorem z dziedziny higieny ogólnej oraz higieny dziecka i opieki społecznej nad dzieckiem w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarek i Higienistek im. Rockefellera w Krakowie.

Uchwałą z 5 lipca 1927 r. Senat Akademicki Uniwersytetu Jagiellońskiego na wniosek Rady Wydziału Lekarskiego mianował doktora Skowrońskiego starszym asystentem Kliniki Pediatrycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, z ważnością nominacji od 1 października tego roku. Na stanowisku tym Skowroński zorganizował i prowadził ponadto przy klinice laboratorium do badań mleka, prowadził odczyty oraz ogłosił kilka prac naukowych.

W 1929 r. zamieszkał w Toruniu, gdzie 1 lutego tego roku został zatrudniony na stanowisku lekarza powiatowego toruńskiego, prowadząc jednocześnie prywatną praktykę jako specjalista chorób dziecięcych. Pełnił również obowiązki lekarza szkolnego w Państwowym Gimnazjum Męskim im. Mikołaja Kopernika. 1 października 1931 r. magistrat toruński powierzył mu kierownictwo Wydziału Zdrowia oraz czynności lekarza sanitarnego i miejskiego w obrębie administracyjnym miasta Torunia. Zakres jego obowiązków obejmował m.in. opracowanie spraw dotyczących: higieny społecznej, walki z chorobami zakaźnymi i społecznymi, zakładów leczniczych, ambulatoriów, uzdrowisk i cmentarzy. Poza tym dr Skowroński jako lekarz miejski był lekarzem zaufania opieki społecznej miasta i w tym charakterze sprawował nadzór nad lecznictwem gminno-ubogich, wenerycznie chorych oraz wykonywał czynności lekarza sportowego w sprawach związanych z medycyną sportową. Ponadto z chwilą przyjęcia na stanowisko lekarza miejskiego, powierzono Skowrońskiemu jednocześnie stanowisko konsultanta (ordynatora) oddziału dziecięcego Szpitala Miejskiego, a prezydent Antoni Bolt mianował go jeszcze członkiem Deputacji Straży Pożarnej i Czyszczenia Miasta.

Mając tak rozległy zakres obowiązków dr Skowroński nie zaniechał przy tym działalności społecznej i naukowej. Będąc aktywnym członkiem Towarzystwa Lekarskiego w Toruniu pisał artykuły z zakresu swej specjalności lekarskiej do czasopism medycznych (opublikował około dwadzieścia prac naukowych z zakresu higieny doświadczalnej, zdrowia publicznego i chorób dziecięcych, w szczególności schorzeń o.u.n. takich jak nowotwory mózgu u dzieci)[10]. Istotną pozycją była publikacja pt. *Przyczynek kazuistyczny do rentgenodiagnostyki mózgowych porażeń dziecięcych w wieku niemowlęcym i wczesnym dziecięctwie* („Nowiny Lekarskie" 1934, z. 3, s. 5). Wygłaszał odczyty na zebraniach Towarzystwa Lekarskiego i Konfraterni Artystów, której był członkiem, działał aktywnie w Towarzystwie Przyjaźni Polsko-Belgijskiej. Ponadto był zastępcą członka Rady Okręgu Pomorskiego PCK. W 1934 r. na łamach „Słowa Pomorskiego" (nr 68–84) zamieścił obszerny artykuł pod tytułem *Jak w średniowieczu dbano o zdrowie mieszkańców m. Torunia*. Po wybuchu drugiej wojny światowej dr Skowroński został 11 kwietnia 1940 r.

[10] K. Przybyszewski, *Zawsze dla potrzebujących: Marian Józef Skowroński (1900–1979), lekarz powiatowy i miejski w Toruniu, działacz społeczny, więzień obozów koncentracyjnych*, „Nowości", 3 stycznia 2000, nr 1.

aresztowany przez gestapo w Toruniu, w ramach tak zwanej „Intelligenzaktion" i osadzony w jednym z toruńskich fortów, a następnie wywieziony do obozu koncentracyjnego w Sachsenhausen koło Oranienburga[11]. W obozie zagłady, na skutek prymitywnych warunków sanitarnych, morderczej pracy i niedostatecznego odżywiania (do połowy września 1940 r. ubyło mu 35 kg), ciężko zachorował na gruźlicę. Wywieziony został następnie do obozu koncentracyjnego w Dachau, cudem przeżył transport w wagonach bydlęcych. Swoje przeżycia obozowe utrwalił we wspomnieniu pt. *Przetrwałem obozy koncentracyjne*, zamieszczonym w pracy zbiorowej zatytułowanej: *Biografie byłych więźniów politycznych niemieckich obozów koncentracyjnych*, t. 1, Philadelphia 1974.

Dzięki współwięźniowi, Zygmuntowi Sroczyńskiemu, koledze z czasów wspólnych studiów na Uniwersytecie Poznańskim, udało się dr. Skowrońskiemu otrzymać lżejszą pracę i dodatkowe porcje zupy; stan jego zdrowia uległ poprawie. Zatrudniony został wówczas na plantacji ziół, potajemnie leczył chorych. Z narażeniem własnego życia zdobywał dla nich lekarstwa, ratując wielu więźniom życie. Należał do powstałej w bloku 18 w 1940 r., zakonspirowanej organizacji pomocy koleżeńskiej pod nazwą *Samoobrona*[12].

Wiosną 1942 r. otrzymał pracę w obozowym laboratorium biologicznym, gdzie obok pracy badawczej powierzono mu także udzielanie pierwszej pomocy ofiarom wypadków. W tej pracowni biologicznej, dobrze wyposażonej w księgozbiór botaniczny i farmakologiczny, pisał swój *Podręcznik fytoterapii chorób dziecięcych ziołami rosnącymi w stanie dzikim w Polsce wzgl. udającymi się u nas w hodowli*, wydany drukiem w 1948 r. przez Schwäbisch Gmünd/Württemberg, nakład i wydawca ks. Ignacy Rabsztyn[13].

Zaraz po wyzwoleniu obozu, 29 kwietnia 1945 r., przez 7. Armię Stanów Zjednoczonych, powierzono mu leczenie chorych na gruźlicę współwięźniów w byłym szpitalu SS-mańskim, a w lipcu tego roku zaoferowano mu stanowisko dyrektora generalnego służby lekarskiej Misji Watykańskiej

---

[11] M. Łysiak, *Neurologia toruńska. Jubileusz 50-lecia istnienia Oddziału Neurologii Szpitala Miejskiego i Wojewódzkiego w Toruniu (1948–1998)*, Toruń 1998, s. 8–9.

[12] H. Malak, *Klechy w obozach śmierci*, Schwäbisch Gmünd 1948, s. 132.

[13] M. Łysiak, *Dr w. n. lek. Marian Józef Skowroński, autor pierwszego podręcznika ziołolecznictwa dla dzieci (1900–1979)*, „Wiadomości Lekarskie" 1989, vol. XLI, nr 2 s. 141–143.

w Niemczech Zachodnich, w szpitalu powiatowym w Vaihingen-Enz, adaptowanym przez okupacyjne władze francuskie na sanatorium przeciwgruźlicze. W sanatorium tym przeprowadzano wszystkie większe zabiegi chirurgiczne oraz utworzono specjalny oddział dla dzieci z gruźlicą. Po zlikwidowaniu w 1948 r. agend Misji Watykańskiej, pracował jeszcze przez kilka miesięcy w szpitalu w Heilbronnie.

Po raz drugi po rozwodzie z Ireną Jaranowską-Skowrońską ożenił się z Wandą Januszkiewicz (farmaceutką?). Związek małżeński zawarli w 1948 r. Za namową jej siostry, która kilka miesięcy wcześniej wyemigrowała do USA, zdecydował się wraz z żoną Wandą i córką z pierwszego małżeństwa Krystyną Marią dołączyć do rodziny w Stanach Zjednoczonych. W lutym 1949 r. otrzymał posadę lekarza domowego oddziału gruźliczego szpitala powiatowego w Saginaw w stanie Michigan. Po złożeniu w czerwcu 1950 r. egzaminów stanowych otrzymał prawo praktyki lekarskiej w stanie Nowy Jork.

W 1955 r. uzyskał obywatelstwo Stanów Zjednoczonych i złożył kolejny egzamin uprawniający do praktyki lekarskiej w stanie Michigan oraz do objęcia stanowiska asystenta dyrektora Szpitala Powiatowego w Saginaw. W dwa lata później został starszym ordynatorem Michigańskiego Sanatorium Stanowego w Howell, a następnie zaproponowano mu przekształcenie tego sanatorium na szpital dla umysłowo upośledzonych dzieci, co łączyło się z awansem na superintendenta stanowego tej nowej placówki. Na stanowisku tym pracował do 1970 r., to jest do osiągnięcia wieku emerytalnego. Następne lata życia spędzał wraz z rodziną na wschodnim wybrzeżu Florydy, gdzie nabył posiadłość w Deer Field Beach. Od czasów szkoły średniej, posiadając uzdolnienia artystyczne w zakresie malarstwa, rysunku i muzyki, uczył się jednocześnie gry na fortepianie. Po śmierci ojca, mając 14 lat, zmuszony był grywać i malować zarobkowo.

Z drugiego małżeństwa miał dwoje dzieci: syna Mariana Lecha, urodzonego w 1950 r., socjologa i córkę Dagmarę, urodzoną w 1951 r., która studiowała psychologię.

Dr med. Marian Skowroński zmarł śmiercią tragiczną 27 grudnia 1978 r. potrącony przez samochód. Skowrońscy mieszkali w Toruniu przy ul Chełmińskiej 12, następnie przy Rynku Nowomiejskim 25.

Marian Łysiak

23.4.
LEK. MED. IZABELA WASILEWSKA (1916–2000) NEUROLOG, PEDIATRA

Izabela Wasilewska urodziła się 25 czerwca 1916 r. w Taraszczy na ziemi kijowskiej z ojca Pawła Nikkel i matki Elżbiety z domu Malinowskiej. W 1921 r. rodzina osiedliła się w Wilnie. Maturę uzyskała w tamtejszym gimnazjum im. Elizy Orzeszkowej w roku 1935[14]. W tymże roku rozpoczęła studia medyczne na tamtejszym Uniwersytecie Stefana Batorego. Z wybuchem II wojny światowej i likwidacją USB studiów nie zdołała dokończyć. Okres okupacji spędziła w Wilnie. W październiku 1945 r., w ramach tzw. repatriacji, zamieszkała w Toruniu. Kontynuując studia medyczne na Uniwersytecie w Łodzi, w 1946 r. otrzymała absolutorium i rozpoczęła pracę w Filii Państwowego Instytutu Higieny Psychicznej w Toruniu. Egzaminy dyplomowe zdała w Akademii Medycznej w Gdańsku[15].

Po uzyskaniu dyplomu (1950), w dniu 1 lutego 1951 r. podjęła pracę na Oddziale Neurologii Szpitala Miejskiego, kierowanym przez dr Zofię Bojarczyk-Czyżewską z dawnego USB. Kiedy Filia Instytutu uległa likwidacji, w 1949 r. powstała Centralna Wojewódzka Przychodnia Zdrowia Psychicznego, gdzie została kierownikiem zorganizowanej w to miejsce w 1957 r. Poradni Neuro-psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży. I stopień specjalizacji uzyskała z neurologii. Podnosząc ciągle swoje kwalifikacje w 1954 r. uzyskała również I stopień z psychiatrii, a w 1956 r. I stopień z pediatrii.

W 1966 r. po uzyskaniu II stopnia specjalizacji z neurologii, objęła stanowisko zastępcy ordynatora na oddziale kierowanym przez dr Bojarczyk-Czyżewską. Będąc konsultantem w Szpitalu Zakaźnym na Oddziale Neuroinfekcji i Szpitalu Miejskim Dziecięcym, miała możność prześledzenia dwóch dużych epidemii choroby Heinego-Medina, jakie wystąpiły w latach 1956 i 1958. Był to okres występowania licznych powikłań neurologicznych w przebiegu nagminnego zapalenia przyusznicy, błonicy, ospy wietrznej, jak również bardzo licznych przypadków gruźliczego zapalenia opon mózgowych i mózgu.

---

[14] A. Dawidowicz, *Polacy na studiach medycznych w Kownie podczas drugiej wojny światowej*, „Arch. Hist. Med." 1980, t. 43, z. 1, s. 79.

[15] *Spis fachowych pracowników służby zdrowia*, Warszawa 1961, s. 304.

Ryc. 89. Lek. med. Izabela Wasilewska

W 1972 r. po przeniesieniu Oddziału Neurologii do nowego obiektu szpitala na Bielanach i odejściu dr Bojarczyk-Czyżewskiej na emeryturę, objęła stanowisko pełniącej obowiązki ordynatora. W 1973 r. po wygranym konkursie przez dr. n. med. Jerzego Matyjka wróciła do Szpitala Miejskiego, obejmując ordynaturę w Oddziale Rehabilitacji[16]. Na Oddziale Neurologii i Rehabilitacji stażowali specjalizujący się w pediatrii, internie, laryngologii, psychiatrii i chorobach zakaźnych[17]. W 1984 r. przeszła na emeryturę[18].

Obok pracy zawodowej uczestniczyła aktywnie w działalności społecznej. W latach 1938–1939 była prezesem Juventus Christiana oraz seniorem Stowarzyszenia Katolickiej Młodzieży Akademickiej. Interesowała się literaturą, teatrem, a także turystyką. Wraz z mężem Stanisławem Wasilewskim dochowali się czworga dzieci, z których najmłodszy lekarz med. Stanisław Wasilewski jest specjalistą w radiodiagnostyce.

Była członkiem Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Polskiego Towarzystwa Neurologicznego oraz członkiem Kapituły „Pro Gloria Medici". Dr Izabela Wasilewska zmarła po ciężkiej chorobie 27 czerwca 2000 r.[19] Pochowana została na cmentarzu staromiejskim św. Jerzego przy ul. Gałczyńskiego[20]. Wasilewscy mieszkali w Toruniu przy ul. Józefa Ignacego Kraszewskiego 56.

---

[16] M. Łysiak, *Neurologia toruńska. Jubileusz 50-lecia istnienia Oddziału Neurologicznego Szpitala Miejskiego i Wojewódzkiego w Toruniu (1948–1998)*, Toruń 1998, s. 16.

[17] Idem, *Lecznictwo dziecięce w Toruniu po II wojnie światowej 1945–1988*, „Rocznik Toruński" 1990, nr 19, s. 11–40, s. 20.

[18] I. Lubiński, *Wspomnienie pośmiertne*, „Biuletyn Izby" 2000, nr 4, s. 30; własnoręcznie napisany życiorys, kopia w posiadaniu autora.

[19] Akta osobowe Wydziału Zdrowia i Opieki Społecznej w Toruniu nr 82/3.

[20] Parafia Wniebowzięcia NMP w Toruniu, Księga zgonów 2000, poz. 94; Urząd Stanu

Marian Łysiak

23.5.
LEK. MED. ELŻBIETA WEYMANOWA (1923–) PEDIATRA

Elżbieta Weymanowa z domu Szeptycka, córka Leona i Jadwigi z Szembeków, prawnuczka Aleksandra Fredry, ur. 19 maja 1923 r. we Lwowie w rodzinie ziemiańskiej.

Naukę w dwóch pierwszych klasach gimnazjum odbyła w Gimnazjum Sacre-Coeur we Lwowie, klasę III w Gimnazjum Sanatoryjnym św. Teresy (Panien Szczuka) w Rabce. W roku szkolnym 1938/1939 była uczennicą Gimnazjum i Liceum im. Kopernika w Krośnie n. Wisłokiem. W czasie okupacji była członkiem organizacji „Tęcza" podległej Armii Krajowej jako pielęgniarka o pseudonimie „Szpak" w miejscowości Miejsce Piasta k. Krosna. Realizowała pogram szkoły średniej pod kierunkiem prof. Ignacego Rolińskiego wysiedlonego z Łodzi, działającego w tajnym nauczaniu w Krośnie. Maturę uzyskała tamże po wojnie w lipcu 1945 r.

Medycynę studiowała na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego. Wydział został przekształcony w trakcie studiów na Akademię Medyczną. Absolutorium uzyskała w 1951 r.[21] Od absolutorium pracowała w Szpitalu Publicznym Miejskim w Toruniu, przemianowanym wkrótce na Szpital Miejski im. Kopernika.

Od 1 czerwca 1951 do 1 lutego 1952 r. zatrudniona była na Oddziale Położniczym, a od lutego 1952 r. w Oddziale Dziecięcym Szpitala Miejskiego pod kierunkiem dr w. n. lek. Janiny Pietrasiewicz. Pod jej kierunkiem jako pierwsza jej wychowanka Egzamin specjalizacyjny I st. w pediatrii zdała w Bydgoszczy w lutym 1955 r., a II st. w 1960 r. również w Bydgoszczy. Od 1952 do 1962 r. pracowała na ½ etatu jako lekarz Państwowego Domu Matki i Dziecka (następnie Małego Dziecka).

Od 1959 do 1975 r. pracowała początkowo na ¼ etatu od 1962 r. na $^1/_2$ etatu w Wojewódzkiej Przychodni Zdrowia Psychicznego w Poradni dla Dzieci i Młodzieży. Współpracowała blisko z lek. med. Izabelą Wasilewską, która była organizatorem tej Poradni oraz z lek. med. Januszem Świdzińskim.

Cywilnego w Toruniu, akt zgonu 998/2000.

[21] Akta Archiwalne Wydziału Zdrowia i Opieki Społecznej Urzędu Miejskiego w Toruniu nr 56/13.

Lek. med. I. Wasilewska dokooptowała ją do tej pracy, aby mogła sama prowadzić dzieci z podejrzeniem urazów porodowych, wadami wrodzonymi o.u.n. oraz wcześniakami z niską wagą urodzeniową, które to dzieci kierowała poprzednio do niej na badania kontrolne.

Ryc. 90. Lek. med. Elżbieta Weymanowa

W 1957 r. podjęła pracę w Oddziale Noworodków Szpitala Miejskiego przy ul. Przedzamcze 10, gdzie od 1958 r. pozostawała na stanowisku p.o. ordynatora, a od 1960 r. ordynatora. W 1957 r. odbyła jako wolontariusz 3-miesięczny staż w Montreal Childrens Hospital w Montrealu w Kanadzie. W 1958 r. zorganizowała punkt transfuzji wymiennej z dyżurami pod telefonem. W chwili uruchomienia Szpitala Miejskiego nr 2, potem zwanego Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym na Bielanach, w wyniku konkursu w lutym 1972 r. objęła stanowisko ordynatora tamtejszego Oddziału Noworodków. Pracowała tam do czerwca 1977 r., po czym wypowiedziała pracę i przeszła do Polikliniki 2 Wojskowego Szpitala Okręgowego[22]. Była kierownikiem specjalizacji w 1 przypadku na I stopień w pediatrii i 2 na II stopień specjalizacji w pediatrii. Jako członek dwóch kolejnych Komitetów Organizacyjnych przygotowywała: Dni Klinicznych Pediatrów Pomorskich i Poznańskich w Bydgoszczy w 1959 r. i Konferencję Pediatrów Polski Północnej w 1969 r. Na Zjeździe Dni Kliniczne Pediatrów Pomorskich i Poznańskich w Bydgoszczy w dniach 10, 11 i 12 kwitnia 1959 r. lek. med. Elżbieta Weymanowa wygłosiła referat pt. *Uwagi o odrębnościach nerwic wczesnego dziecięctwa* podtytuł: *Z Domu Małych Dzieci w Toruniu*, s. 11–15, sygn. 155.112. oraz z lek. med. Izabelą Wasilewską referat pt. *Ocena liczby erytroblastów i eozynofilów w krwi wcześniaka jako miernika jego dynamizmu biologicznego*[23]. Na VII Zjeździe

[22] Własnoręczny życiorys.

[23] Pamiętnik Zjazdowy, Bydgoszcz, kwiecień 1959 r.

Pediatrów Polski Północnej w Bydgoszczy 19–20 września 1969 r. lek. med. E. Weymanowa wygłosiła referat opracowany wspólnie z mgr Wandą Waczyńską pt. *Katamnestyczne badania EEG u dzieci z podejrzeniem okołoporodowego uszkodzenia mózgu* podtytuł: *Z Oddziału Noworodków Szpitala Miejskiego w Toruniu*[24] oraz wspólnie z dr n. med. Anną Raczyńską *Przepuklina przeponowa u noworodków 7 własnych przypadków*[25]. Na Posiedzeniu Naukowym Oddziału Bydgoskiego PTP w Bydgoszczy w dniu 16 września 1959 r., poświeconym jubileuszom pracy zawodowej kol. kol. Janiny Pietrasiewicz i Jana Karczmarczyka w części naukowej przygotowanej przez pediatrów toruńskich, wygłosiła referat pt. *Dwa przypadki arthrogriposis congenita*. W 1970 r. uczestniczyła w pracy komisji opracowującej zasady deontologii i etyki lekarskiej po przewodnictwem prof. Józefa Bogusza.

Przez dwie kadencje była wiceprzewodniczącą Rady Zakładowej Szpitala Miejskiego im. Mikołaja Kopernika przy ul. Batorego 17 (obejmującego wówczas również szpital na Przedzamczu) oraz przez połowę kadencji przewodniczącą tej rady (w latach 1959–1961). Od 1958 r. przez kilka kadencji była członkiem Zarządu Oddziału Bydgoskiego Tow. Pediatrycznego i członkiem Międzynarodowego Tow. Pediatrycznego. Była także kierownikiem sekcji neurologii dziecięcej przy Oddziale Bydgoskim PTP. Od lat siedemdziesiątych wchodziła w skład Zarządu PTL (pełniąc m.in. funkcję sekretarza i skarbnika).

Lek. med. Elżbieta Weymanowa wyróżniona została przez Kapitułę Kujawsko-Pomorskiej Izby Lekarskiej w Toruniu dyplomem „Pro Gloria Medici", a przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Lekarskiego odznaczeniem „Bene Meritum" oraz przez biskupa diecezji toruńskiej dr. Andrzeja Suskiego wyróżnieniem „Za zasługi dla Diecezji Toruńskiej"[26].

[24] Z Przychodni Chorób Układu Nerwowego w Toruniu, s. 83–87, sygn. 159.512.

[25] Materiały Zjazdowe VII Konferencji Pediatrów Polski Północnej, Bydgoszcz, 19–20 września 1969 r.

[26] Kontakt osobisty.

24.
REPRINTY WYBRANYCH PUBLIKACJI

ODBITKA Z „POLSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO"
1973 R. XXVIII. Nr 32 str. 1239—1241

JÓZEF KOSIŃSKI, MARIAN ŁYSIAK
i JANUSZ CZARNECKI

Trudności rozpoznawcze w przypadkach neuroblastoma u niemowląt

(Z Oddziału Niemowlęcego Szpitala Miejskiego Dziecięcego im. Wł. Szenajcha w Toruniu; ordynator: Dr J. Kosiński)

WARSZAWA 1973

Jednym z najczęstszych nowotworów złośliwych u niemowląt jest *neuroblastoma*, czyli zwojak współczulny zarodkowy. W 67% przypadków wspomniany guz wywodzi się wg Bachnama z rdzenia nadnerczy, rzadziej tkanką macierzystą nowotworu są zwoje współczulne położone w obrębie jamy brzusznej, a jeszcze rzadziej zwoje śródpiersia. Nowotwór rozwija się częściej u chłopców niż u dziewcząt, i to przeważnie między 1 a 3 rokiem życia, rzadko u dzieci, które ukończyły 10 lat.

Według Bożka wyróżnia się trzy postacie kliniczne:

1) typ Peppera — dający przerzuty do wątroby,

2) typ Hutchinsona — dający przerzuty do kośćca, uszkadzający szpik i wywołujący niedokrwistość,

3) typ Smitha — dający głównie przerzuty do skóry, mięśni i węzłów.

Objawy kliniczne nie są charakterystyczne: dziecko gorączkuje, traci łaknienie, chudnie. Niekiedy wzrasta ciśnienie krwi, stwierdza się niedokrwistość oraz można wyczuć lub zauważyć guz.

Z badań biochemicznych zasługuje na uwagę zwiększenie poziomu katecholamin w moczu i wytworów ich rozpadu w postaci kwasu wanilinomigdałowego i kwasu hydroksymigdałowego. Poziom wymienionych związków obniża się w przebiegu skutecznej terapii (4).

Ostateczne jednak rozpoznanie ustala się na podstawie badania histopatologicznego. Ustalenie punktu wyjścia guza bywa trudne, a gdy sadowi się on w wątrobie, nasuwają się znaczne trudności różnicowe.

W Oddziale Niemowlęcym tutejszego Szpitala Miejskiego Dziecięcego obserwowaliśmy dwa następujące przypadki.

Opis przypadków

Przypadek 1. A. K., niemowlę 4-miesięczne, płci męskiej (hist. chor. nr 851/70), skierowane z powodu niężytu spastycznego oskrzeli oraz powiększenia wątroby. Zamieszkałe w mieście; rodzice młodzi, ciąża II, poród prawidłowy, o czasie. Waga 3600 g, dł. 56 cm, żywione stosownie do wieku, szczepione wg kalendarza szczepień.

W dniu przyjęcia stan ogólny dziecka ciężki; było ono blade, eutroficzne. Nad płucami wysłuchiwano liczne furczenia i świsty. Tony serca głuche. Obwód brzucha znacznie powiększony, wątroba sięga do talerza biodrowego, twarda, o powierzchni nieco nierównej, śledziona wyczuwalna.

Badania laboratoryjne. Skład morfologiczny krwi: Hb 49%, 7,8 g%, krw. czerw. 3 000 200, wsk. 0,8; krw. biał. 4500, w tym; kwasochł. 1, pał. 5, podz. 20, limf. 68, mon. 4. Krwinek płytkowych 128 000.

Bilirubina w surowicy 0,6 mg%, próba tymolowa 2 j. Poziom Ca w surowicy 10,8 mg%, P. 3,6 mg%. Fosfataza alkaliczna 10,6 j. AK, AspAT 18 j. Poziom cukru w surowicy 89 mg%. Krzywa cukrowa płaska.

Proteinogram: białko ogólne 4,98 g%, albuminy 56,8%, globuliny alfa$_1$ 5,9%, alfa$_2$ 15,7%, beta$_1$ 14,7%, gamma 6,9%.

Rtg klatki piersiowej: rozedma w obrębie dolnych pól płucnych.

W czasie pobytu w szpitalu dziecko otrzymało antybiotyki, środki rozkurczowe, witaminy i krew. Stan dziecka nie poprawił się; utrzymywało się powiększenie wątroby, powierzchnia jej stawała się nierówna. W 12 dniu pobytu, przed wykonaniem planowanej biopsji wątroby, dziecko zmarło.

Zwłoki skierowano na sekcję z rozpoznaniem: *Hepatosplenomegalia. Glicogenosis susp. Neoplasma hepatis susp. Bronchitis spastica. Insuficientia circulatoria cardiaca.*

Badanie anatomopatologiczne (dr med. A. Raczyńska): pierwotny rak wątroby. Badanie histologiczne: w wątrobie i lewym nadnerczu wydłużone gruszkowate komórki z ogoniastymi wypustkami cytoplazmy i pęcherzykowatym jądrem. Obraz odpowiada *neuroblastoma*.

Przypadek 2. Z. D., niemowlę 4-miesięczne płci żeńskiej (hist. chor. nr 1518/72), przyjęte bez skierowania z powodu niepokoju i trwającego około 2 miesięcy powiększenia się węzłów chłonnych szyi po stronie lewej w okolicy podżuchwowej. Dziecko nie gorączkowało.

Rodzice młodzi, zdrowi. Ciąża druga, poród prawidłowy, o czasie. Urodzone z wagą 2900 g, dł. 51 cm. Żywione stosownie do wieku. Szczepione wg kalendarza szczepień.

W dniu przyjęcia stan ogólny dobry. Na skórze w okolicy potylicy blizny po ropniach. Na szyi po stronie lewej widać guz wielkości orzecha, twardy, ruchomy w stosunku do podłoża. Po pewnym czasie zauważono objawy zespołu Hornera.

Badania laboratoryjne. Skład morfologiczny krwi. Hb 66%, 10,6 g%, krw. czerw. 3 600 000, wsk. 0,9, krw. biał. 6900, w tym; podz. 40, limf. 52, mon. 8, VDRLA (—). Krwinek płytkowych 220 000. Czas krwawienia 1 min., czas krzepnięcia 6 min.

Prątków kwasoopornych w popłuczynach z żołądka nie wykryto. Próba Moro (+++), Mantoux Rt_{23} (—).

Rozwój psychoruchowy prawidłowy. Dziecko przybierało na wadze.

Gdy dotychczasowe leczenie nie zapewniło korzystnych wyników, zdecydowano się na biopsję guza (dr J. Przedpełski). Badaniem histopatologicznym 24.VIII.1972 r. stwierdzono: *neuroblastoma metastaticum* (dr med. A. Raczyńska, konsultacja doc. dr med. M. Dąbska — Zakład Instytutu Onkologii w Warszawie).

W 400 ml moczu dobowego wykryto 13,0 mg kwasu 3-metoksy-4-hydroksymigdałowego (Centralne Laboratorium PSK Gdańsk).

Badanie neurologiczne (lek. T. Jaworska): lewostronny zespół Hornera. Badanie okulistyczne (lek. L. Bieganowski): bez zmian.

Na zdjęciu przeglądowym jamy brzusznej zmian nie zauważono. Ciśnienie krwi tętnicze średnio 100/70.

Wobec trudności związanej z ustaleniem ogniska pierwotnego, po 47 dniach obserwacji skierowano dziecko do oddziału chirurgii dziecięcej w Bydgoszczy (dr med.

I. Dębicka). Zastosowano tam endoksan i radioterapię; od laparotomii odstąpiono. Stan ogólny dziecka w chwili obecnej dobry.

Pierwszy z przedstawionych przypadków należy zaliczyć do postaci Peppera z mnogimi przerzutami do wątroby, na skutek czego wstępne rozpoznanie anatomopatologiczne brzmiało — rak wątroby. Przypadek drugi należy do typu Smitha, gdyż nie udało się ustalić ogniska pierwotnego, a dobry stan ogólny dziecka nasuwał trudności rozpoznawcze.

Przeżycie w przypadkach wcześnie rozpoznanych określa się w granicach od 12 do 37%. Zdarzają się regresje samoistne (1%) lub dojrzewanie w kierunku nerwiako-włókniaka (1, 2).

Rokowanie zależy od usadowienia ogniska pierwotnego, rozległości przerzutów, głównie w układzie kostnym i od wieku pacjenta.

Zupełnie wyjątkową obserwację dotyczącą 17-letniego przeżycia podali I. M. Vogel i wsp. Chorego leczono antymitotykami i energią promienną (6).

Hellström zaobserwował zjawisko wzajemnego reagowania limfocytów z plazmą u osób, u których wyleczono *neuroblastoma* lub też proces nowotworowy nie wygasł (5). Kojarzył to z tworzeniem się przeciwciał skierowanych przeciw tkance nowotworowej, które mogłyby mieć udział w zjawisku samowyleczenia. R. Nitschke i wsp . stwierdzali u 4 spośród 12 dzieci podwyższenie miana tzw. czynnika wzrostu nerwów (*Nerve Growths Factor*; NGF). Zjawisko to znamiennie towarzyszy rozwojowi komórek pasma nerwu współczulnego.

Lokalizację ogniska pierwotnego ułatwiła ostatnio flebografia.

Niezwykle skąpy i nietypowy obraz kliniczny schorzenia, większe niż dotychczas możliwości rozpoznawcze i leczenie skłoniły nas do opisania obserwowanych przypadków.

PIŚMIENNICTWO

1. Barantini de Gutiérrez Moyano M., Bergadá C. i Becu L.: Significance of catecholamine excretion in the follow — up of sympathoblastomas. Cancer, 1971, 27, 228.
2. Bolande R. P. i Towler W. F.: A possible relationship of neuroblastoma to von Recklinghausen's disease. Cancer, 1970, 26, 162.
3. Bożek J. i Jurczyk-Procyk S.: Zasady rozpoznawania i leczenia nowotworów układu współczulnego u dzieci. Ped. Pol., 1972, 9, 1167.
4. Knudson A. G. i Amromin G. D.: Neuroblastoma and ganglioneuroma in a child with multiple neurofibromatosis. Cancer, 1966, 19, 1032.
5. Nitschke R. i Oechlert W.: Beobachtung über die Umwandlung eines Neuroblastoms in ein Ganglioneurom bei einem Kind. Mtschr. Kinderh., 1969, 634.
6. Vogel J. M. i wsp.: Osseous metastases in neuroblastoma. A 17 year survival. Cancer, 1970, 26, 1354.

Otrzymano: 22.XII.1972; adres: Toruń, ul. Szosa Bydgoska 1, Szpital Miejski Dziecięcy.

Косински Ю., Лысяк М. и Чарнэцки Я.

Диагностические затруднения в случаях нейробластомы у грудных детей

Авторы представляют два случая нейробластомы у грудных детей. В первом случае на основании анатомопатологического исследования был поставлен диагноз рака печени. Во втором случае на основании гистопатологического исследования лимфатических узлов шеи, повышенного давления, наличия повышенного уровня 3-метокси-4-гидрооксиминдальной кислоты в моче и левостороннего синдрома Хорнера был поставлен правильный диагноз. Первичного очага не удалось установить и ввиду хорошего общего состояния ребёнка авторы отказались от лапаратомии после лечения эндоксаном и радиотерапии.

Kosiński J., Łysiak M. and Czarnecki J.

Diagnostic difficulties in cases of neuroblastoma in infants

The authors report two cases of neuroblastoma in infants. The first case was diagnosed as hepatic carcino-

ma on the basis of histological examination. In the second case the diagnosis was based on histological examination of cervical lymph nodes, and on the presence of high arterial blood pressure, high urinary level of 3-methoxy-4-hydroxymandelic acid and left-sided Horner's syndrome. The primary focus could not have been found and in view of a good general condition of the child the envisaged laparotomy was abandoned after treatment with cyclophosphamide and radiotherapy.

Zam. 8809/a R-77

Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa
Nakład 30 egz. Format A 5, na papierze VII kl. druk. sat. 61 × 86.

Zakłady Graficzne „Dom Słowa Polskiego", Warszawa

PED. POL. 1976, LI, 8

Marian Łysiak, Zygmunt Zbucki

PRZYPADEK PODOSTREGO STWARDNIAJĄCEGO ZAPALENIA MÓZGU U DZIEWCZYNKI 11-LETNIEJ

Z I Oddziału Wewnętrznego Szpitala Dziecięcego im. Wł. Szenajcha
Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Toruniu
Ordynator: lek. Z. *Zbucki*

Zapalenie mózgu z ciałami wtrętowymi opisane przez *Dawsona* w 1933 r., *panencephalitis nodosa* przez *Pëttë-Döringa* w 1939 r. i *leukoencephalitis subacuta scleroticans* (LESS) przez *van Bogaerta* w 1945 r. stanowią, wg ostatnich badań, tę samą jednostkę chorobową (cyt. wg 3).

W oddziale wewnętrznym szpitala dziecięcego w Toruniu obserwowano przypadek podostrego stwardniającego zapalenia mózgu o typowym przebiegu.

G. W. (nr hist. chor. 2467/73), lat 11, została skierowana z podejrzeniem pląsawicy. Dziewczynka z ciąży prawidłowej, poród o czasie, waga urodzeniowa 2800. Rozwój psychomotoryczny prawidłowy. Rodzice młodzi, ojciec choruje z powodu choroby Bürgera, troje rodzeństwa zdrowych. Z chorób przebytych: odra w drugim roku życia i epidemiczne zapalenie przyusznicy (?). Uczyła się dobrze. Przed 9 miesiącami uległa wypadkowi — potrącona przez samochód, nie straciła przytomności. Na tydzień przed umieszczeniem w szpitalu matka zauważyła zmiany w zachowaniu się dziewczynki. Wystąpiło mimowolne moczenie, płaczliwość, niezborność ruchów. Pojawiły się trudności w nauce, pismo stało się niedbałe. W trakcie obserwacji w oddziale stwierdzono dominujące objawy neurologiczne — wzmożone napięcie mięśniowe i niezborność ruchów. Obserwowano adiadochokinezę oraz dodatnią próbę palec — nos, szczególnie po stronie lewej. Mowa zamazana, kontakt słowny utrudniony. Mimo pewnej poprawy po zastosowaniu enkertonu stan dziecka zaczął budzić wątpliwości rozpoznawcze.

Badania pomocnicze: Hb 11 g%, krwinek czerwonych 4 400 000, krwinek białych 11 500; podzielonych 71%, pałeczkowatych 2%, kwasochłonnych 4%, limfocytów 21%, monocytów 2%. OB 18, ASO 200 j. Proteinogram: białko całkowite 7,7 g%, albuminy 4,4 g%, globuliny alfa$_1$, 0,2 g%, alfa$_2$ 0,5 g%, beta 0,8 g%, gamma 1,8 g%. Mocznik w surowicy 2,7 mmol/l. Kreatynina w surowicy 58,3 µmol/l. Mocz: białko 0,162‰, leukocytów 9—16, erytrocytów świeżych i wyługowanych 1—2 w p.w. Ekg: normogram, pozycja elektryczna serca półpionowa, rytm zatokowy miarowy 91/min. Wnioski: Pogranicze bloku przedsionkowo-komorowego.

Czwartego dnia pobytu badanie neurologiczne (dr *J. Matyjek)* wykazało twarz maskowatą, spowolnienie. Dziewczynka polecenia spełnia dopiero po dwukrotnym lub trzykrotnym powtórzeniu, zborność kończyn lewych mniej pewna. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego: pleocytoza 2/3, Nonne Apelt +, Pandy +, chlorki 150 mmol/l, białko 0,32 g/l, cukier 5,2 mmol/l. Rtg czaszki bez zmian.

Badanie psychologiczne: znaczne zaniżenie sprawności intelektualnej, spowodowane stanem chorobowym (I.I. = 58). Zaniżenie skali Wechslera do poziomu upośledzenia umysłowego stopnia umiarkowanego. Zerowy wynik w teście Beuton wskazuje na zmiany organiczne.

Dziewiątego dnia obserwacji skierowano dziecko do Kliniki Neurologii Rozwojowej AM w Gdańsku (kierownik prof. dr med. *Z. Majewska)* z rozpoznaniem zespołu psychoorganicznego typu *Leukoencephalitis subacuta.*

Obserwacja i wyniki badań potwierdziły rozpoznanie. Stan dziecka początkowo pozostawał bez zmian. Kontrolne badanie proteinogramu wykazało znaczne podwyższenie poziomu globulin (23,1%). Próba Langego z koloidem złota 445 43321 II/III°. Próba benzoesowa paralityczna. Arteriografia prawej tętnicy szyjnej bez odchyleń od stanu prawidłowego.

Kolejne badania eeg wykazały: po 10 miesiącach choroby — cały zapis wypełnia czynność szybka 18—2/sek oraz pojedyncze fale wolne 4—5/sek (z okolic czołowych), po 11 miesiącach — zapis wypełniają wysokonapięciowe fale wolne 3—4/sek. Wnioski: znaczne, rozlane pogorszenie zapisu. Po 14 miesiącach choroby — wszystkie odprowadzenia wypełnione są całkowicie wolną czynnością delta 2—3/sek o zmiennej amplitudzie do 60 mcr. volt. Wnioski: głęboka patologia o charakterze uogólnionym.

W 15 miesiącu choroby określono immunoglobuliny: IgG 4000 mg%, IgA 200 mg%, IgM 60 mg%. Miano przeciwciał przeciwodrowych w surowicy: 1:512, w płynie mózgowo-rdzeniowym 1:16 (Zakład Immunopatologii PZH w Warszawie, kierownik prof. *A. Nowosławski).*

Od tego czasu następuje systematyczne wyniszczenie chorej, coraz częściej powtarzają się drgawki toniczno-kloniczne, napady krzyku oraz degradacja intelektualna. W leczeniu stosowano: hydrokortyzon, deksametazon, enkorton, enerbol, kwas glutaminowy.

LESS występuje głównie u dzieci między 5 a 10 rokiem życia (2). Wg statystyk z USA częstość występowania tej choroby określono na 1 : 1 000 000 (1). Wyróżnia się 4 okresy kliniczne choroby: W okresie pierwszym zwiastunów występują zmiany w zachowaniu, zaburzenia intelektualne, niepewność, bojaźliwość, mutyzm, głuptactwo. W okresie drugim — w pierwszych dwóch miesiącach choroby pojawiają się myoklonie, obejmujące początkowo głowę, a później cały korpus i kończyny. Dominują zmiany o charakterze choreoatetozy, ataksji i stanów spastycznych. W trzecim okresie spastyczność nasila się do fazy opistotonus z zaburzeniami w oddychaniu. Temperatura może wahać się od 36,1° do 41,1°C. Okres ten trwa na ogół 3 do 4 miesięcy, czasami wydłuża się nawet do kilku lat. U większości chorych następuje okres czwarty, w którym narasta hipertonia, częściej występują myoklonie, oczopląs oraz napady śmiechu i krzyku. Ogólne wyniszczenie lub dołączające się zapalenie płuc doprowadzają do zejścia śmiertelnego.

Rozpoznanie u obserwowanej chorej oparliśmy na kryteriach *Jabboura* (1), mianowicie: na obrazie klinicznym trzeciego stadium, obrazie eeg, charakterystycznej krzywej złotowej oraz podwyższonym poziomie globulin w surowicy, obecności przeciwciał przeciwodrowych w surowicy i płynie mózgowo-rdzeniowym.

Obecnie badania tej jednostki chorobowej poszły zasadniczo w dwóch kierunkach (cyt. wg 5): neurochemicznym, tj. poszukiwań nieprawidłowości podłoża mózgowego (zaburzenia w metabolizmie lipidów mielinowych) oraz w kierunku identyfikacji wirusa jako czynnika etiolo-

gicznego. Od 1968 r. kiedy *Horta Barbosa* wyizolował wirus odropodobny, dominuje teoria odrowej eticlogii choroby, tłumaczona często mechanizmem latencji wirusa (4). Wg *Zu Rheine* (7) obserwowano jednak przypadki LESS, które nie były poprzedzone odrą, szczepieniem przeciwodrowym lub kontaktem z odrą. Wg *Sven Garda* (6) obok ciągle jeszcze wątpliwej etiopatogenezy odrowej LESS, należy przyjąć, że odgrywają tu rolę bardzo skomplikowane i uwarunkowane indywidualnie procesy immunopatologiczne. Określenie miana przeciwciał przeciwodrowych we krwi, a szczególnie w płynie mózgowo-rdzeniowym w przypadkach wątpliwych może ułatwić przyżyciowo rozpoznanie choroby bez uciekania się do biopsji mózgu.

M. Лысяк, З. Збуцки

СЛУЧАЙ ПОДОСТРОГО СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ЭНЦЕФАЛИТА У 11-ЛЕТНЕЙ ДЕВОЧКИ

M. Łysiak, Z. Zbucki

A CASE OF SUBACUTE SCLEROSING ENCEPHALITIS IN A 11-YEAR-OLD GIRL

PIŚMIENNICTWO

1. *Jabbour J. T.* i inni: JAMA, 1969, 207, 2248. — 2. *Jabbour J. T.* i inni: JAMA, 1972, 200, 959. — 3. *Michałowicz R.* i inni: Choroby zakaźne układu nerwowego u dzieci. PZWL, Warszawa 1972, 127. — 4. *Pieber R.* i inni: Klin. Pediat., 1974, 186, 58. — 5. *Osetowska E.:* Problemy współczesnej medycyny wewnętrznej, 1975, 2, 117. — 6. *Sven Gard:* Neurology, 1968, 63, 369. — 7. *Zu Rhein G. M., Chon S. M.:* Neurology, 1968, 18, 146.

Otrzymano: 13.XII.1975 r. Adres: Szpital Dziecięcy im. Wł. Szenajcha, ul. Szosa Bydgoska 1, 87-100 Toruń

P R A C E K A Z U I S T Y C Z N E

NEUR. NEUROCHIR. POL., 1983, T. XVII (XXXIII), Nr 4

NEUROLOGIA

Marian Łysiak

PRZYPADEK ZESPOŁU RUBINSTEINA-TAYBI

Z Poradni Neuropsychiatrycznej Wieku Rozwojowego Wojewódzkiej Przychodni Zdrowia Psychicznego w Toruniu
Kierownik: lek. *T. Szmańda*

Już 17 lat minęło od opisania przez *Rubinsteina* i *Taybiego* tzw. „zespołu szerokiego palucha" (1963).

Na obraz choroby składają się następujące nieprawidłowości: niski wzrost, opóźniony rozwój umysłowy, dysmorfia czaszkowo-żuchwowo-twarzowa (szeroki, spłaszczony grzbiet nosa, hyperteloryzm, antymongoidalne ustawienie szpar powiekowych, małe usta, nisko osadzone małżowiny) krótkie łopatkowate kciuki i paluchy, wąska lejkowata klatka piersiowa. W badaniu rentgenowskim opóźnienie rozwoju jąder kostnienia i inne anomalie (6).

Charakterystyczny obraz zespołu sprawił, że w literaturze światowej pojawiło się ponad 100 opisów przypadków (3). Nie ustalono jednak dotąd jasnej etiopatogenezy schorzenia. Opisany poniżej przypadek niech będzie przyczynkiem do dalszych rozważań na ten temat.

OPIS PRZYPADKU

Dziewczynka w wieku 21 miesięcy, z ciąży II, porodu II o czasie, waga i długość urodzeniowa 3.800/55 cm, okręcona pępowiną wokół szyi. Z Oddziału Noworodków w Toruniu skierowana została do Kliniki Pediatrycznej w Gdańsku, gdzie przebywała od 31.V.—23.VI.1979; wypisana z rozpoznaniem: Obserwacja w kierunku wady serca. Zespół Robina? Stopy końsko-szpotawe. Zakażenie układu moczowego. W okresie niemowlęctwa leczona była dwukrotnie z powodu zapalenia płuc. Drgawek nie stwierdzano. Rodzeństwo: 3 letnia dziewczynka — zdrowa. Rodzice: matka lat 27, zdrowa, grupa krwi A_2Rh plus, laborantka chemiczna (badania wody) w zakładzie chemicznym w odległości 2 km od oddziału poliestrów. Ojciec lat 32, zdrowy, grupa krwi 0,Rh plus, brygadzista we wspomnianym oddziale poliestrów, gdzie kontaktował się z lotnym medium grzejnym o nazwie Dauterm. Wywiady rodzinne bez znaczenia. Dziewczynka od 8 m.ż. pozostaje pod opieką Poradni Wieku Rozwojowego w Toruniu. Początkowo z odchyleń stwierdzono: małą czaszkę (39,5 cm — norma 44,7 cm), naczyniak płaski w okolicy czoła po stronie lewej oraz w okolicy lewego kąta żuchwy. Stopy końsko-szpotawe, stosunkowo szerokie kciuki i paluchy oraz zez zbieżny oka lewego. (ryc. 1, 2, 3).

W 9 m.ż. wykonano szereg badań: krew na toksoplazmozę O.W.D. ujemny, O.I.P. ujemny. Badaniem okulistycznym stwierdzono z odchyleń jedynie obwodowe ścieńczenie siatkówki. Rtg czaszki zmian nie wykazywał. W 10 m.ż. obwód głowy 40 cm (norma 45,6 cm), obwód klatki piersiowej 47 cm (norma 47 cm), ciemię nadal na opuszkę palca. Posadzona sama na krótko siedzi, stoi z podparciem. Z powodu podejrzenia zespołu R. T. konsultowano dziewczynkę w Poradni Endokrynologicznej AM w Gdańsku, gdzie dr med. *N. Bittel-Dobrzyńska* potwierdziła

Ryc. 1.

Ryc. 2.

Ryc. 3.

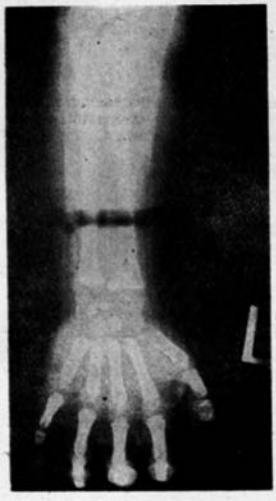
Ryc. 1. Zespół Rubinsteina-Taybi. Dystrofia czaszkowo-żuchwowo-twarzowa: szeroki spłaszczony grzbiet nosa, hypertelioryzm, antymongoloidalne ustawienie szpar powiekowych, małe usta, nisko osadzone małżowiny. Krótkie łopatkowate kciuki i paluchy. Wąska, lejkowata klatka piersiowa.

Rubinstein-Taybi syndrome. Cranio-mandibulo-facial-dysmorphism: broad flat nasal ridge, hypertelorism, antimongoloid position of palpebral fissures, small mouth, low-positioned auricles. Short spatulate thumbs and great toes. Narrow, funnel-shaped chest.

Ryc. 2. Zespół Rubinsteina-Taybi. Krótkie łopatkowate kciuki.
Rubinstein-Taybi syndrome. Short spatulate thumbs.

Ryc. 3. Zespół Rubinsteina-Taybi. Krótkie łopatkowate paluchy.
Rubinstein-Taybi syndrome. Short spatulate great toes.

rozpoznanie. W 13 m.ż. rozwój ruchowy oceniany jest na ok. 8—9 m.ż. W 18 m.ż. chodzi samodzielnie. W 19 m.ż. w badaniu okulistycznym z odchyleń utrzymywało się już poprzednio zauważone ścieńczenie obwodowe siatkówki. W ekg blok I° prawej gałązki pęczka Hisa. Badaniem laryngologicznym stwierdzono stridor przy płaczu, w direktoskopii widoczny przerost w obrębie nalewek i fałdów nalewkowo-nagłośniowych, który balotuje przy oddychaniu. Badaniem ortodontycznym stwierdzono zaburzenia kolejności wyrzynania się zębów — brak II siekacza lewego przy obecnych już pierwszych przedtrzonowcach. Badania radiologiczne wykazały: rtg czaszki — czaszka w wymiarze przednio-tylnym nieco skrócona, stok Blumenbacha ustawiony pionowo, rtg lewej dłoni — wiek kostny na 2 lata, szeroki paliczek kciuka jakby podwójny (6), rtg stóp — poszerzenie paliczków końcowych paluchów k. k. dolnych (5). Badaniem psychologicznym u dziewczynki 2-letniej stwierdzono z odchyleń — opóźnioną koordynację wzrokowo-ruchową na poziomie 12 m.ż. (wg Burneta). Próby rozwojowe E. Franusa na poziomie 15—18 m.ż.



Ryc. 4.

Ryc. 5.

Ryc. 4. Zespół Rubinsteina-Taybi. Zdjęcie kości śródręcza i przedramienia, szeroki paliczek kciuka jakby podwójny.
Rubinstein-Taybi syndrome. Radiogram or metacarpal bones and forearm. Broad thumb digit seemingly double.

Ryc. 5. Zespół Rubinsteina-Taybi. Zdjęcie kości śródstopia obu kończyn dolnych, poszerzenie paliczków końcowych paluchów.
Rubinstein-Taybi syndrome. Radiogram of metatarsal bones of both lower extremities-broad terminal phalanges of great toes.

Badaniem cytogenetycznym aberacji strukturalnych nie stwierdzono. Kariotyp 46, XX. Test C H P 15% ciałek Barra (mgr *A. Marcinkowska* Kierownik Pracowni Cytogenetycznej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Bydgoszczy).

OMÓWIENIE

Etiopatogeneza zespołu R.T. jest nadal kontrowersyjna. W opisywanych przypadkach nie obserwowano regularnie występujących chorób zakaźnych, przyjmowania w ciąży określonych leków, ani charakterystycznych zaburzeń w kariotypie. Ciągłe zagrożenie z powodu zanieczyszczeń środowiska, a szczególnie pochodzenia przemysłowego stawia lekarza przed trudnymi do rozstrzygnięcia problemami poradnictwa genetyczno-ekologicznego. W opisanym przypadku tylko na podstawie doświadczeń na materiale zwierzęcym możnaby podejrzewać szkodliwe działanie lotnego medium grzejnego o nazwie Dauterm działającego z odległości 2 km na ciężarną, a bezpośrednio na ojca dziecka. Mieszanina eteru dwufenylu (73,5%) i dwufenylu (26,5%) o zapachu pelargonii może unosić się na znaczne odległości i wnikać do ustroju drogą układu oddechowego. Działa ona na o.u.n. i może być przyczyną zmian zwyrodnieniowych w nerkach i wątrobie (7). Jednak fakt, że nie obserwowano w znamiennej skali wpływu tego czynnika na innych pracowników i ich potomstwo każe przychylić się do poglądu *T. Czajkowskiej* i wsp., którzy uważają, że Dauterm wywiera niewielkie działanie toksyczne (2). Znaczący jak dotąd wydaje się pogląd *Schönberga*, że 90% zaburzeń we wspomnianym zespole pochodzi z łącznego oddziaływania czynników genetycznych i egzogennych (8), ale szczegóły tej koncepcji nadal pozostają zagadką.

M. Лысяк

СЛУЧАЙ СИНДРОМА РУБИНШТЕЙНА-ТАЙБИ

Резюме

Автор приводит случай синдрома Рубинштейна-Тайби. До настоящего времени такой синдром был опубликован в немного больше сотни описаний. Из-за нарастающего загрязнения внешней среды, особенно промышленной, все больше проблем предлагает генетико-экологическая консультация.

M. Łysiak

A CASE OF RUBINSTEIN-TAYBI SYNDROME

Summary

The author reports a case of the Rubinstein-Taybi syndrome which has been described as yet in slightly more than 100 reports. In view of the ever increasing environmental pollution, particularly of industrial origin, genetic-ecological counselling poses ever new problems.

PIŚMIENNICTWO

1. *Chlebarov S.:* Das Rubinstein-Taybi-syndrom. Pediatr. Prax., 1971, 10, 279. — 2. *Czajkowska T.* i wsp.: Ocena toksyczna działania dautermu. Med. Pracy, 1970, 5, 450. — 3. *Coffin G. S. Eldrige M. D.:* Drachydactylia. Pecular pacies and mental retardation. Amer. J. Dis. Child., 1964, 108, 351. — 4. *Grafinghoff J., Tost M.:* Das Rubinstein-Taybi-syndrom. Ein Beitrag zum problem der Determinationsperiode. Msch. Kinderheilk., 1970, 118, 479. — 5. *Jancar J.:* Rubinstein-Taibis-syndrom. J. ment. defi. Res., 1965, 9, 265. — 6. *Kopyść Z.:* Kompendium zespołów i rzadkich chorób dziecięcych. PZWL Warszawa 1979, 484. — 7. Przepisy i zasady bezpieczeństwa pracy obowiązujące w Z.W.Ch. „Chemitex-Elana" w ramach zakładowego systemu prewencji wypadkowej, opracowane przez Dział Techniki i Bezpieczeństwa Pracy w Toruniu 1975, 19. — 8. *Schönberg H.:* Über Misbildung der Extremitaten. S. Karger. Basel. 1962. — 9. *Taybi H., Linder D.:* Congenital familiar dwartism with cephaloskeletal dysplasia. Radiology, 1967, 89, 275.

Otrzymano: 11 VI 1981 r.

Adres: Poradnia Neuropsychiatryczna Wieku Rozwojowego Wojewódzkiej Przychodni Zdrowia Psychicznego, 87-100 Toruń, ul. Mickiewicza 24/26.

PED. POL., 1983, LVIII, 4

Marian Łysiak

ZESPÓŁ TOLOSA-HUNTA (OPHTALMOPLEGIA DOLOROSA RECURENS) U 14-LETNIEGO CHŁOPCA

Z Poradni Neuropsychiatrycznej Wieku Rozwojowego
Kierownik: lek *J. Świdziński*
Wojewódzkiej Przychodni Zdrowia Psychicznego
w Toruniu
Kierownik: lek. *T. Szmańda*

Od czasu pierwszego doniesienia o zespole zwanym *ophtalmoplegia dolorosa recurens* przez *Eduardę Tolosa* (1954) i *Williama Hunta* (1961) opisano dotąd już ponad 60 przypadków (1, 3, 5, 6).

W oryginalnym opisie tego zespołu za etiopatogenezę przyjęto nieswoiste nacieczenie ścian tętnicy szyjnej wewnętrznej w obrębie zatoki jamistej, mogące zwężać a nawet zamykać światło tej tętnicy (1). W roku 1966 *Smith* i *Taxal* opisali dalszych 5 przypadków podobnych i nadali im nazwę zespołu Tolosa-Hunta (T-H) (5). W omawianym zespole proces chorobowy zajmuje nerwy okoruchowe i I gałązkę n. V, a niekiedy rozszerza się obejmując szczelinę oczodołową górną, powodując zmiany w układzie żylnym (1, 2, 5, 6).

Hunt i wsp. ustalili 5 kryteriów diagnostyczeznych zespołu T-H (1):

1. Stały, tępy ból pozaoczodołowy obejmujący okolicę czołową lub skroniową. Ból może poprzedzać oftalmoplegię, niekiedy występůje nieco później.

2. Najczęściej występuje porażenie n. okołoruchowego, rzadziej II, IV czy VI. Zajęta być może również I gałązka n. V i okołotętnicze włókna sympatyczne.

3. Czas trwania objawów jest różny i trwa od kilku dni do kilku tygodni.

4. W przebiegu choroby występują zarówno samoistne remisje jak i nawroty.

5. Zarówno badania dodatkowe jak i zabiegi neurochirurgiczne wskazują, że proces chorobowy jest ograniczony do zatoki jamistej. W piśmiennictwie dominują opisy dotyczące chorych dorosłych.

Pierwszy opis zespołu w piśmiennictwie polskim zamieścili *Iwinska* i *Kuran* w roku 1980. Dotyczył on 31-letniej kobiety (2). W roku 1981 *Mierzejewska* opisuje 4 przypadki zespołu T-H dotyczące chorych w wieku od 20 do 49 lat (3). Opis przypadków występowania zespołu u dzieci opublikowali *Terrence* i *Samaha* (8).

Celem powyższej publikacji jest przedstawienie zespołu T-H u chłopca, u którego początek choroby wystąpił w 8 roku życia.

OPIS PRZYPADKU

S. D., chłopiec 14-letni (nr hist. chor. 652/79, 147/80, 15/81), z ciąży pierwszej, porodu pierwszego, prawidłowego, c.c. ur. 3800 g, siadał w 6 mies., chodził w 11 mies., mówił zdaniami w 16 mies. życia. Z chorób przebył: zapalenie przyusznicy w 5 r.ż., odrę w 7 r.ż., częste anginy i infekcje górnych dróg oddechowych. Rodzeństwo w wieku 12, 9 i 3 lat zdrowe. Rodzice: matka, lat 40, zdrowa, gr. krwi 0 Rh plus, w 24 roku życia przebyła porażenie n.VII. Ojciec lat 42 zdrowy, gr. krwi A_1 Rh plus. Wywiady rodzinne bez znaczenia. Chłopiec jest uczniem 8 klasy szkoły podstawowej i uczy się b. dobrze.

W 8 r.ż. po raz pierwszy przy okazji infekcji oddechowej wystąpiło porażenie n. okoruchowego lewego. Towarzyszył temu silny ból głowy w okolicy czołowej i skroniowo-potylicznej, nudności i wymioty oraz podwójne widzenie przy patrzeniu do góry i do wewnątrz. Badaniem stwierdzano ptozę powieki górnej, zez rozbieżny oraz poszerzenie źrenicy. Reakcja źrenic na światło bezpośrednia i konsensuálna zachowana, na zbieżność i nastawienie nieco słabsza po stronie lewej. Stwierdzono również obniżenie czucia powierzchniowego w obrębie I gałązki n. V. Szmerów naczyniowych w okolicy kątów żuchwy i nad oczodołami nie wysłuchiwano. Opisany zespół objawów utrzymywał się ok. 2—3 tygodni i powtarzał około 6 miesięcy.

Z powodu nieskuteczności leczenia ambulatoryjnego oraz potrzeby pogłębienia badań w 10 r.ż. obserwowany był w Szpitalu Zakaźnym i Dziecięcym w Toruniu, gdzie ustalono identyczne rozpoznania: *Paresis n. oculomotorii sinistri recidivans.*

Z badań wykonano między innymi: badanie płynu mózgowo-rdzeniowego — obraz prawidłowy, rtg czaszki — kostniak w prawej zatoce szczękowej, eeg w granicach normy, dno oka — obraz prawidłowy.

Od 11 r.ż. pozostawał pod opieką Poradni Wieku Rozwojowego Wojewódzkiej Przychodni Zdrowia Psychicznego w Toruniu. Z powodu podejrzewania malformacji naczyń ok. podstawy czaszki konsultowano chłopca w Oddziałach Neurochirurgicznych we Włocławku, Bydgoszczy i Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie, gdzie z przyczyn technicznych nie wykonano badań naczyniowych. Angiografię wykonano w 13 r.ż. w czasie drugiego pobytu w Szpitalu Dziecięcym w Toruniu (lekarz naczelny: lek. *Z. Zbucki*).

Tętnica wspólna lewa oraz jej rozgałęzienia nie wykazują odchyleń od stanu prawidłowego (Kierownik Zakładu Radiologii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Toruniu: lek. *J. Strusiewicz*).

Z pozostałych badań wykonano: rtg odcinka szyjnego kręgosłupa bez zmian, płuca, przepona i serce bez zmian. Grupa krwi A_1Rh plus. Morfologia: Hb 14,3%, Er. 4480, L. 5400, Eoz. 4, Pał. 4, Seg. 67, Limf. 18, Mon. 7, Mocz cg. 1028, L. 0—1, Mocznik 26,2 mg%, kreatynina 0,85 mg%, mukoproteidy 102 mg%, płytki 206 mg%, czas krwawienia 30″, czas krzepnięcia 3′05″, czas protrombinowy 17″, V.D.R.L. ujemny. Poziom cukru we krwi 54 mg% Proteinogram: białko całkowite 7,6 g%, albuminy 55%, $alfa_1$glob. 6%, $alfa_2$glob. 10%, beta glob. 10%, gamma glob. 19%. OB 5. Ekg normogram. Rytm zatokowy miarowy 71—78. Pionowe położenie osi elektrycznej, sugestia wpływu wzmożonego napięcia układu sympatycznego.

W leczeniu stosowano: polopirynę S, sadaminę, calgam, witaminy B_1, B_6, B_{12}. Czas trwania dolegliwości obejmował okres od 2 do 3 tygodni niezależnie od intensywności leczenia. Objawy cofały się wkrótce po ustąpieniu zakażenia górnych dróg oddechowych.

Wobec utrzymywania się przewlekłego ropnego zapalenia migdałków podniebiennych w 13 r.ż. wykonano tonsillektomię (Ordynator Oddz. Laryngologii Dziecięcej w Toruniu: lek. *H. Butkiewicz*).

Na podstawie wywiadu, charakterystycznego zespołu neurologicznego oraz wyraźnej zależności od czynnika infekcyjnego rozpoznano zespół *ophtalmoplegia dolorosa recurens* zwany zespołem T-H. (Ryc. 1).

OMÓWIENIE

W opisanym przypadku potwierdzono charakterystyczne dolegliwości zespołu T-H pod postacią bólu obejmującego w tym przypadku głównie okolicę czołową i skroniową lewą, a często również ok. gałki ocznej. Objawy te poprzedzały albo występowały równolegle z porażeniem mięśni okoruchowych po opisanej stronie oraz z zajęciem włókien we-

Ryc. 1.

getatywnych z zaburzeniami czucia w zakresie I gałązki n.V. Za każdym razem występowało lewostronne poszerzenie źrenicy. W badaniu angiograficznym nie stwierdzano odchyleń od stanu prawidłowego, ale zmiany te nie są konieczne do rozpoznania tego zespołu (1, 7). Kortykoterapia proponowana przez niektórych autorów daje czasami angiograficzne ustąpienie zmian w syfonie tętnicy szyjnej wewnętrznej (1, 7). W innym przypadku mimo poprawy klinicznej utrzymywało się zamknięcie żyły wzrokowej górnej (6).

Rozpoznanie potwierdza obserwacja 5-krotnych nawrotów, które kończyły się całkowitym ustąpieniem objawów neurologicznych. Po tonsillektomii z powodu przewlekłego, ropnego zapalenia migdałków podniebiennych wystąpiły po 5 miesiącach już tylko 1 × bóle głowy, a przez ostatni rok nawrotów nie obserwowano.

W różnicowaniu wykluczono guza mózgu, tętniaka, naczyniaka, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, cukrzycę, choroby pasożytnicze i ewentualne następstwa urazów. Najtrudniejsze jest różnicowanie zespołu T-H z migreną okoporażenną. Opisano dotąd pojedyncze przypadki migreny okoporażennej u dzieci. *Móbius* opublikował występowanie migreny okoporażennej już u 11-miesięcznej dziewczynki (4).

Do opisów pochodzących z dawnego piśmiennictwa należy jednak odnosić się z ostrożnością, gdyż nie wykonywano wówczas badań umożliwiających wykluczenie procesów organicznych.

Wg *Prusińskiego* w zespole bólów głowy z przemijającym porażeniem gałki ocznej należy rozróżniać zawsze 2 sprawy: migrenę okoporażenną, gdzie nie stwierdza się żadnych innych przyczyn objawów ocznych, oraz przypadki, w których powtarzające się porażenia mięśni gałek ocznych z towarzyszącymi bólami głowy są wynikiem różnorodnych procesów organicznych toczących się na podstawie czaszki (tętniak, guz, przewlekłe procesy zapalne i in. (4). Przypadek opisany zaliczyć można zdecydowanie do tych ostatnich.

Trudny do wyjaśnienia jest patomechanizm zmian, kiedy oceniać go jedynie na podstawie objawów klinicznych i prawidłowej angiografii. Dotychczasowa literatura każe myśleć o nieswoistym procesie zapalnym toczącym się w drobnych naczyniach okolicy zatoki jamistej, który nie daje jeszcze ewidentnych zmian w obrazie angiograficznym (2).

Na aktywność tego procesu mogło mieć wpływ przewlekłe ropne zapalenie migdałków podniebiennych.

M. Лысяк

СИНДРОМ ТОЛОС-ХУНТА (OPHTALMOPLEGIA DOLOROSA RESURENS) У 14-ЛЕТНЕГО МАЛЬЧИКА

M. Łysiak

TOLOSA-HUNT SYNDROME (OPHTALMOPLEGIA DOLOROSA RECURENS) IN A BOY AGED 14 YEARS

PIŚMIENNICTWO

1. *Hunt W. E., Meagher J. N.:* Neurology, 1961, 11, 56. — 2. *Iwinska B., Kuran W.:* Neur. Neurochir. Pol., 1979, 5, 553. — 3. *Mierzejewska E.:* Neur. Neurochir. Pol., 1981, 1, 39. — 4. *Prusinski A.:* Migrena, PZWL, Warszawa 1976. — 5. *Smith J. L., Taxal D. S. R.:* Amer. J. Ophtalmol., 1966, 61, 1466. — 6. *Sondheimer F. K., Knapp J.:* Radiology, 1973, 106, 105. — 7. *Takeoka T.* i wsp.: Arch. Neurol., 1978, 35, 219. — 8. *Terrence C. F., Samaha F. J.:* Dev. Med. Child. Neurol., 1973, 506.

Otrzymano: 8.VII.1981 r. Adres: Poradnia Neuropsychiatryczna Wieku Rozwojowego Wojewódzkiej Przychodni Zdrowia Psychicznego w Toruniu, ul. Mickiewicza 24/26, 87-100 Toruń

NEUR. NEUROCHIR. POL., 1985, T. XIX, (XXXV), Nr 2

Marian Łysiak

RUCHOWO-CZUCIOWA NEUROPATIA DZIEDZICZNA TYPU I Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

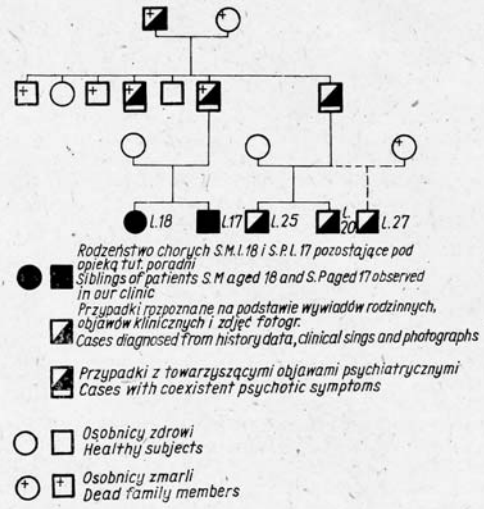
Z Poradni Neuropsychiatrycznej Wieku Rozwojowego w Toruniu
Kierownik: lek. *T. Szmańda*

Autorami pierwszego opisu schorzenia byli *Charcot* i *Marie* (1886 r.) oraz *Tooth* (1886). Schorzenie dotyczy specyficznej postaci strzałkowego zaniku mięśni, często rodzinnego, obejmującego początkowo stopy i kończyny dolne, a później górne. Obserwując zmieniające się poglądy na temat etiologii schorzenia dostrzec można coraz mniej opisów, gdzie zasadnicze zmiany upatruje się w komórkach rogów przednich, albo włóknach mięśniowych, a coraz więcej w śródnerwiu i czasem w słupach tylnych rdzenia. W przeglądzie historycznym znaczącą klasyfikację choroby Ch-M-T zaproponowali *Dyck* i *Lambert* w 1968 r. (2), wyróżnili 3 postacie: przerostową, neuronalną i rdzeniową. W roku 1974 *Thomas* i w 1975 *Dyck* wprowadzili pojęcie ruchowo-czuciowej neuropatii dziedzicznej (RCND) typu I, II i III (2). Typ I występuje najczęściej i odpowiada przerostowej postaci Ch-M-T. Występuje demielinizacja i przerost pni nerwowych oraz zwolnienie szybkości przewodzenia w włóknach nerwowych. Dziedziczy się w sposób dominujący (6). RCND typu II odpowiada neuronalnej postaci choroby Ch-M-T. Cechuje ją zwyrodnienie włókien nerwowych i ich rozpad oraz prawidłowa lub nieznacznie obniżona szybkość przewodzenia. Typ III RCND występuje bardzo rzadko i dotyczy neuropatii przerostowej Dejerine'a Sottasa. Dziedziczy się w sposób recesywny (6). W roku 1980 *Harding i Thomas* zaproponowali podział choroby Ch-M-T na dwie postaci w zależności od szybkości przewodzenia: postać I charakteryzuje się szybkością przewodzenia poniżej 38 m/s, a postać II powyżej 38 m/s (4). Postać I różni się od II większą częstością występowania oraz tym, że zaczyna się już w pierwszej dekadzie życia (4). *Hagberg* i *Lyon* zaobserwowali, że w 50% przypadków RCND stwierdza się podwyższony poziom białka w płynie m.-rdz. (3). Rzadkie są opisy dotyczące współistnienia RCND z zaburzeniami psychicznymi. *Gibson* opisał przypadki opóźnionego rozwoju umysłowego u rodzeństwa (1), a *Manyam* i wsp. schizofrenię z dwojga bliźniąt jednojajowych z RCND pochodzących od matki chorej z tego samego powodu (6).

WŁASNE OBSERWACJE KLINICZNE

Na podstawie wywiadów rodzinnych, objawów klinicznych i zdjęć fotograficznych rozpoznano występowanie RCND typu I w 3 pokoleniach tej samej rodziny o dominującym sposobie dziedziczenia. Opisaną postać RCND wyróżnia współwystępowanie zaburzeń psychicznych w drugim pokoleniu. Pod opieką tutejszej poradni pozostają dwoje chorych z trzeciego pokolenia opisanego rodowodu: dziewczynka S. M., lat 18 i chłopiec S. P., lat 17 (ryc. 1).

Przypadek 1. Dziewczynka S. M., lat 18 z CIPI w, ur. 3.300/51. Rozwój psychoruchowy prawidłowy. Od 9 r. ż. zaczęła utykać na kończynę dolną lewą, końskie ustawienie stopy powodowało częste zwichnięcia w stawie skokowym. Rodzeństwo: 17-letni brat z roz-



Ryc. 1. Rodowód ruchowo-czuciowej neuropatii dziedzicznej typu I z zaburzeniami psychicznymi.
Pedigree of the family with sensorimotor hereditary neuropathy type I.

poznanym RCND typu I oraz 9-letnia siostra z drugiego ojca, zdrowa. Rodzice: matka lat 43, głucha po operacji ucha. Ojciec zmarł w wieku 32 lat zatruty gazem świetlnym z klinicznymi objawami RCND typu I, skutkiem czego amputowano mu kończynę dolną lewą. Rozpoznanie ustalono na podstawie: wywiadów rodzinnych, kart informacyjnych leczenia szpitalnego i zdjęć fotograficznych. Współwystępującymi schorzeniami były: oligofrenia i stany hipomaniakalne. Upośledzenie umysłowe występowało również u drugiego brata ojca, który zmarł w zakładzie psychiatrycznym w 16 r. ż. Trzeci brat ojca opisywanego rodzeństwa leczy się długotrwale z powodu ciężkiej nerwicy. Nie stwierdzono zaburzeń psychicznych u dziadka (w linii ojca) pozostałego rodzeństwa, ojca i ich dzieci. W badaniu neurologicznym chorej stwierdzono symetryczne wyszczuplenie kończyn dolnych w odcinkach dystalnych z charakterystycznym zniekształceniem stóp, szczególnie lewej, nadmiernym ich wydrążeniem. Ustawienie stóp o typie końsko-szpotawym, szczególnie kończyny lewej, chód typu steppage. Jest uczennicą liceum ogólnokształcącego, uczy się b. dobrze. W badaniu psychologicznym bez odchyleń. Z podejrzeniem RCND skierowano dziewczynkę do Kliniki Neurologii AM w Warszawie, gdzie rozpoznanie potwierdzono. W badaniu emg szybkość przewodzenia w włóknach ruchowych n. pośrodkowego lewego 16,1 m/s, wybitnie zwolniona (n. 61 m/s) w włóknach czuciowych n. pośrodkowego lewego 20,0 m/s, zwolniona. W płynie m.-rdz. stwierdzono 39 mg% białka. Badaniem histopatologicznym fragmentu nerwu stwierdzono obecność tkanki łącznej.

Przypadek 2. Chłopiec S. P., lat 17 z C III P II w. ur. 3.309/51. Rozwój psychoruchowy prawidłowy. Według relacji matki od 9 r. ż. utyka na lewą kończynę dolną. Jest uczniem szkoły zawodowej, uczy się dobrze. W badaniu psychologicznym b. z. Rodzeństwo: siostra lat 18 (przypadek 1). Pozostałe dane jak w opisie przypadku 1. W badaniu neurologicznym stwierdzono wyszczuplenie dłoni i stóp z zaznaczonym osłabieniem mięśni, stopy wydrążone w ustawieniu końsko-szpotawym. W badaniu emg szybkość przewodzenia w włóknach ruchowych n. pośrodkowego lewego 28 m/s, zwolniona (n. 61 m/s), w włóknach czuciowych n. pośrodkowego lewego — nie uzyskano odpowiedzi. W płynie m.-rdz. stwierdzono 186 mg% białka. W badaniu histologicznym mięśnia piszczelowego przedniego znaleziono na obwodzie włókna mięśniowe o mniejszej średnicy z pomnożoną liczbą jąder (lek. *U. Wojciechowska*).

OMÓWIENIE

Rodzinną postać RCND I w 3 pokoleniach rozpoznano na podstawie wywiadów rodzinnych, objawów klinicznych i zdjęć fotograficznych. W obserwacji ambulatoryjnej pozostaje rodzeństwo opisane jako przypadki 1 i 2. Do RCND typu I zakwalifikowano chorych na podstawie pojawienia się objawów klinicznych w pierwszej dekadzie życia. U badanego rodzeństwa stwierdzono w emg charakterystyczne zwolnienie szybkości przewodzenia w włóknach nerwowych. Ustalono również podwyższony i graniczny poziom białka w płynie m.-rdz. Opisana rodzina zasługuje na szczególne zainteresowanie z powodu współwystępowania w drugim tylko pokoleniu zaburzeń psychicznych. Nieliczne przypadki tego typu opisali *Manyam* i wsp. (5). Pokolenie trzecie reprezentowane tu przez wspomniane rodzeństwo wydaje się być poza wiekiem ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych. Potwierdza to pogląd o dużej zmienności wewnątrzrodzinnej opisywanego zespołu.

M. Лысяк

ДВИГАТЕЛЬНО-ЧУВСТВИТЕЛЬНАЯ НАСЛЕДСТВЕННАЯ НЕЙРОПАТИЯ ТИПА I С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Содержание

Автор описывает редкое сосуществование психических нарушений при ДЧНА типа I в одном поколении.

M. Łysiak

HEREDITARY SENSORIMOTOR NEUROPATHY TYPE I WITH PSYCHIC DISTURBANCES

Summary

The author describes a rare coexistence of psychic disturbances with sensorimotor hereditary neuropathy type I in a generation.

PIŚMIENNICTWO

1. *Baker R. S., Upton A. R. M.:* Variation of fenotype in Charcot-Marie-Tooth diseases. Neuroped., 1979, 10, 3, 293. — 2. *Dyck P. J., Lampert E. H.:* Lower motor and primary sensory neuron diseases with peroneal muscular atrophy. I neurologic, genetic and electrophysiologic findings in hereditary polyneuropathies. Arch. Neurol. (Chic.), 1968, 18, 603. — 3. *Hagberg B., Lyon B.:* Pooled European series of hereditary peripherial neuropathies in infancy and childhood. Neuropediatr., 1981, 12, 1. — 4. *Harding A. E., Thomas P. K.:* The clinical features of hereditary motor and sensory neuropathy types I and II. Brain, 1980, 103, 259. — 5. *Manayam N. V. B.* i wsp.: Charcot-Marie-Tooth disease and schizophrenia in identical twings. JAMA, 1979, 241, 54. — 6. *Rossi L. N.* i wsp.: Hereditary motor sensory neuropathies in Childhood. Develop. Med. Child. Neurol., 1983, 25, 3.

Otrzymano: 5 V 1983 r.

Adres: Poradnia Neuropsychiatryczna Wieku Rozwojowego, 87-100 Toruń, Mickiewicza 24/26.

WIAD. LEK., 1988, XLI, 2

Z HISTORII MEDYCYNY

MARIAN ŁYSIAK

DOKTOR WSZECHNAUK LEKARSKICH *MARIAN JÓZEF SKOWROŃSKI* AUTOR PIERWSZEGO PODRĘCZNIKA ZIOŁOLECZNICZEGO DLA DZIECI (1900—1978)

Po przeszło stuletniej przynależności do państwa pruskiego wrócił Toruń dnia 18 stycznia 1920 r. ponownie do macierzy. Nowo powstałe urzędy przyciągnęły ludzi z całej Polski. W r. 1929 stanowisko Lekarza Powiatowego w Toruniu objął dr w. lek. *Marian Józef Skowroński* przybyły z Krakowa, gdzie pracował na stanowisku asytenta Kliniki Chorób Dziecięcych Uniwersytetu Jagiellońskiego. Już w r. 1930 na Zjeździe Lekarzy Powiatowych Województwa Pomorskiego w Gdyni wystąpił z referatem dotyczącym zwalczania zachorowań z powodu płonicy i błonicy w województwie pomorskim.

Ryc. 1. Doktor Wszechnauk Lekarskich, *Marian Józef Skowroński.*

Urodził się 9 marca 1900 r. w Ostrowie Wielkopolskim. Ojciec *Władysław* pracował na stanowisku inspektora szkolnego w Ostrowie Wielkopolskim. Rodzice matki, *Hortensji* z *Kamińskich* zajmowali się drobnym przemysłem. Szkołę średnią ukończył w Ostrowie Wielkopolskim w roku. 1919. Studia rozpoczął początkowo na Wydziale Filozoficznym Uniwersytetu Poznańskiego, gdzie studiował nauki przyrodnicze. Z chwilą utworzenia Wydziału Lekarskiego rozpoczął studia medyczne. Po zaliczeniu pierwszego semestru przeniósł się na Uniwersytet Jagielloński do Krakowa, gdzie w roku 1927 uzyskał tytuł doktora wszechnauk lekarskich. Od roku 1925 przez rok pracował w charakterze wolontariusza w Zakładzie Higieny Uniwersytetu Jagiellońskiego, pod kierunkiem prof. dr fil. i med. *Witolda Gądzikiewicza*, a dalej do roku 1927 już jako etatowy asystent tego zakładu. Zajmował się w tym czasie zagadnieniami higieny doświadczalnej, przemysłowej i społecznej. Wykazując jednak szczególne zainteresowanie sprawami higieny dziecka 1 października 1927 r. przeszedł na etat Kliniki Chorób Dziecięcych U.J., której dyrektorem był prof. dr med. *Ksawery Lewkowicz*, były asystent kierownika pierwszej w Polsce Kliniki Uniwersyteckiej dla dzieci, prof. dr med. *Macieja Leona Jakubowskiego* w Krakowie (1864).

Przy klinice zorganizował i przez kilka lat prowadził laboratorium do badań mleka. Spośród opracowań związanych z jego pracą w klinice dziecięcej, na uwagę zasługują również odczyty wygłaszane na posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego w Toruniu, np. „Rezerwa alkaliczna krwi dziecięcej w stanie normalnym i chorobowym".

W roku 1931 przejął kierownictwo zorganizowanego już w r. 1920 12-łóżkowego Oddziału Dziecięcego w Toruniu. Do czasu jego ordynatury był to pododdział wchodzący w skład Oddziału Wewnętrznego Szpitala Miejskiego. Jego ordynator nie rezygnował z pracy naukowej. Wśród kilkunastu publikacji na wyróżnienie zasługują dwie, a mianowicie: dotycząca diagnostyki mózgowego porażenia dziecięcego (1) oraz diagnostyki nowotworów mózgu (2).

W roku 1936 wszedł w skład zarządu Pomorskiego Towarzystwa Opieki nad Dziećmi. Towarzystwo obejmowało swoją działalnością opiekę nad sierotami i dziećmi bezdomnymi, organizowało kolonie letnie dla dzieci w Gdyni, prowadziło „Żłobek Pomorski", kuchnie mleczne oraz dwie Stacje Opieki nad Dzieckiem.

W życiu osobistym doznał niepowodzenia. Rozpadło się jego małżeństwo ze znaną lekarką toruńską *Ireną Jaranowską*. Wybuch II wojny światowej zamknął okres toruński w jego biografii.

Aresztowany w r. 1940, przebył obóz w Sachsenhausen (nr więźnia 22080) i Dachau (nr więźnia 19892); (3). W Dachau angażował się w ruchu oporu (4). W roku 1940 w bloku nr 18 powstała organizacja pomocy koleżeńskiej pod nazwą „Samoobrona", na czele której stanął inż. *Zdzisław Wierzbicki* z Ciechanowa, a w szeregach której znaleźli się również lekarze. „Na pierwszym miejscu trzej polscy lekarze — dr *Skowroński* z Torunia, dr *Czarkowski* z Poznania i dr *Fijałkowski* z Warszawy... Nazwiska ich ryły złotymi literami ich własne ofiarne czyny, w kamieniu historii polskiego męczeństwa w Dachau". (5).

Po zakończeniu wojny w roku 1948 ukazała się najważniejsza z jego publikacji pt. „Podręcznik Fytoterapii Chorób Dziecięcych" opracowany w obozie Dachau (ryc. 2).

Dr Marian J. SKOWROŃSKI

PODRĘCZNIK FYTOTERAPII
CHORÓB DZIECIĘCYCH

ziołami rosnącymi w stanie dzikim w Polsce
wzgl. udającymi się u nas w hodowli.

Dla użytku lekarzy i studentów.

1948
Schwäbisch Gmünd/Württemberg

Nakład i wydawca Ks. Ignacy Rabsztyn

Ryc. 2.

Autor podjął temat w okresie malejącego zainteresowania ziołolecznictwem, wobec narastającej fascynacji chemioterapią, jak pisał prof. *J. Muszyński* „nie obawiając się dyskryminacji" (6). W pracy swej dokonał nie tylko doboru ziół przydatnych w lecznictwie dziecięcym, ale

po raz pierwszy krytycznie ocenił ich dotychczasowe sposoby dawkowania, proponując wzory przez siebie opracowane.

Zmarł tragicznie 24 grudnia 1979 r. w USA, dokąd wyemigrował po wojnie. Należy żałować, że kolejne opracowanie w tej tematyce, wydane 40 lat później, pt. „Rośliny Lecznicze Stosowane u Dzieci" autorstwa *Walerii Olechnowicz-Stępień* i *Elizy Lamer-Zarawskiej* ani słowem nie nawiązują do podręcznika autora z Torunia, tak wielce zasłużonego dla ziołolecznictwa dziecięcego.

PIŚMIENNICTWO

1. Nowiny Lekarskie, 1934, zeszyt 3, s. 13. — 2. Nowiny Lekarskie, 1936, zeszyt 2, s. 5. — 3. Service International de Decherches D-3548 Arolsen, 30.03.1984. — 4. *Teodor Musiał* „Dachau 1913—1945" wyd. Instytut Śląski w Opolu. — 5. *Henryk Malak:* „Klechy w obozach śmierci". Schwäbisch Gmünd 1948 s. 132. — 6. Vademecum Fitoterapii (Zespół redakcyjny pod kier. prof. *J. Muszyńskiego*). Wydanie II. Zarząd Przemysłu Zielarskiego. Warszawa 1956.

Otrzymano: 1987.02.08.
Adres autora: ul. Wita Stwosza 9 m 3. 87-100 Toruń.

WYNIKI KONKURSU

Komisja Pneumonologiczna Komitetu Patofizjologii Klinicznej Polskiej Akademii Nauk ogłasza konkurs na najlepszą pracę z zakresu pneumonologii, ogłoszoną drukiem w 1985 i 1986 roku, dla młodych pracowników nauki:

Powołane Jury konkursowe wyróżniło następujące prace:

I NAGRODA — dr med. *Anna Pawłowicz* za pracę **„Idiopatyczna odma opłucnej"** ogłoszoną w „Pneumonologii Polskiej" 1986, 54, 60 z Kliniki Pneumonologicznej Instytutu Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Warszawie.

II NAGRODA —

Przyznano dwie równorzędne:

1) dr med. *Jerzy Skwarna* za pracę **„Wartość badania elektrokardiograficznego we wczesnym rozpoznaniu przerostu prawej komory serca w pylicy płuc u górników kopalń węgla"** ogłoszoną w „Pneumonologii Polskiej" 1986, 54, 421 z Kliniki Chorób Wewnętrznych i Zawodowych w Zabrzu.

2) zespołowi: dr med. *Janusz Kozielski*, mgr *Janusz Markis*, mgr *Joanna Seweryn* za zespół prac dotyczących badań **antygenu rakowoplodowego w raku oskrzela i diagnostyce płynów opłucnowych** ogłoszonych w „Polskim Tygodniku Lekarskim" 1985, 40, 5 oraz w „Pneumonologii Polskiej" 1986, 54, 63 z Kliniki Ftyzjopneumonologii Śl. Ak. Med. w Katowicach.

P R A C E K A Z U I S T Y C Z N E

NEUR. NEUROCHIR. POL., 1988, T. XXII (XXXVIII), Nr 3

NEUROLOGIA

Marian Łysiak, Anna Grochal

POWIKŁANIA NEUROLOGICZNE W PRZEBIEGU ZATRUĆ INSEKTYCYDAMI FOSFOORGANICZNYMI U DZIECI

Z Poradni Neurologicznej Wieku Rozwojowego w Toruniu
Kierownik: dr n. med. *M. Łysiak*

Mechanizm zatruć związkami fosfoorganiczymi (z.f.) polega na hamowaniu aktywności cholinesterazy w wyniku czego dochodzi do wzrostu stężenia acetylocholiny na płytkach nerwowych cholinergicznych, na stykach nerwowo-mięśniowych oraz na synapsach ośrodkowego układu nerwowego. Związanie esterazy cholinowej daje obraz endogennego zatrucia acetylocholiną, na który składają się objawy muskarynowe, nikotynowe oraz mózgowe (2). Mogą wystąpić one w zatruciach ostrych i przewlekłych (4, 9). Wg *Bodechtela* w 20% przypadków powikłaniem mogą być zespoły spastyczne (1). Z powikłań przewlekłych najczęściej opisywane są polineuropatie toksyczne, w których na skutek fosforylacji białek tworzących strukturę aksonów, dochodzi do procesów zwyrodnieniowych (4, 5, 6, 7, 8). W Szpitalu Dziecięcym w Toruniu konsultowano oraz prowadzono w Poradni Neurologicznej Wieku Rozwojowego w Toruniu 3 przypadki zatruć z.f. z charakterystycznymi powikłaniami neurologicznymi. Poziom cholinesterazy określono metodą *Hestrina* w modyfikacji Sigonzaca w jednostkach HS (norma od 10 do 23 j. HS) oraz testem Biofan C (norma 1,79—3,3 mmol).

P r z y p a d e k 1. Chłopiec 18-letni, rozwój psychoruchowy prawidłowy. Z chorób — w 5 r.ż. przebył zapalenie wyrostka robaczkowego, w 6 r.ż. usunięto kaszak z okolicy prawego dołu kolanowego. W 12 r.ż. wystąpiły nagle wymioty oraz zaburzenia świadomości, zwężenie źrenic i drżenia mięśniowe. Lekarz Pomocy Doraźnej skierował chłopca do szpitala terenowego z podejrzeniem zatrucia. Po wypłukaniu żołądka, wobec braku poprawy, skierowany został do Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej, gdzie go zaintubowano. W dalszej obserwacji z powodu podejrzenia zatrucia związkami fosfoorganicznymi przez kontakt z preparatem Phytosol (I kl. toksyczności) nawiązano kontakt z Instytutem Toksykologii w Łodzi. Włączono 4-dniową kurację Atropiną i Toksogoniną pod kontrolą poziomów cholinesterazy. Przez 4 dni pilotażu stwierdzono znaczne wahania wartości enzymu bez korelacji ze stanem klinicznym od 2 j. HS na początku do 16 j. HS dnia następnego i 2 j. HS w 4 dobie. Wahania dotyczyły również badań dobowych. Trzeciego dnia intensywnego leczenia chory odzyskał przytomność, a wkrótce zaczęły cofać się pozostałe objawy neurologiczne. Po 15 dniach leczenia chłopiec wrócił do domu.

W 3 dni po wypisaniu ze szpitala pojawiły się zaburzenia chodu. Chłopca przyjęto do Szpitala Dziecięcego w Toruniu. Mimo prawidłowego poziomu cholinesterazy podjęto dalszą atropinizację, ale już bez oczekiwanego efektu. Chłopca wypisano z rozpoznaniem polineuropatii toksycznej do dalszego leczenia rehabilitacyjnego. W badaniu eeg — normogram. Po 6-letniej rehabilitacji w Specjalistycznym Zakładzie Rehabilitacyjnym we Wrocławiu oraz Dziecięcym Szpitalu Kompleksowej Rehabilitacji „Górka" w Busku Zdroju, gdzie dokonano elongacji ścięgien Archillesa, pozostał nieodwracalny niedowład kończyn dolnych (ryc. 1).

Ryc. 1. Chłopiec 18-letni z polineuropatią toksyczną pod postacią paraparezy wiotkiej w następstwie zatrucia Phytosolem.
The 18-year-old boy with toxic polyneuropathy manifested as flaccid paraparesis following poisoning with Phytosol.

Przypadek 2. Chłopiec 17-letni z prawidłowym rozwojem psychoruchowym. W wywiadzie — odra oraz częste anginy. Do Szpitala Dziecięcego w Toruniu skierowany został z podejrzeniem napadu padaczkowego o charakterze pierwotnie uogólnionym z drgawkami toniczno-klonicznymi, który wystąpił po raz pierwszy i trwał około 3 minut. Stwierdzono zaczerwienienia skóry oraz ślinotok, nie zmoczył się. W związku z tym, że poprzedniego dnia chory zjadł truskawki spryskiwane preparatem fosfoorganicznym Anthio (III kl. toksyczności) kontrolowano poziom cholinesterazy.

Wyniki kształtowały się w granicach normy (od 1,79 do 3,3 mmol/l). W eeg stwierdzono zmiany zlokalizowane w okolicy skroniowo-ciemieniowo-potylicznej obustronnie. Chłopca wypisano do domu po 4 dniach obserwacji rozpoznając drgawki toniczno-kloniczne w następstwie zatrucia wspomnianym preparatem. Badania kontrolne w Poradni Neurologicznej Wieku Rozwojowego potwierdziły: dobry stan kliniczny, normalizację eeg i prawidłowy poziom cholinesterazy.

Przypadek 3. Dziewczynka 14-letnia o prawidłowym rozwoju psychoruchowym, w przeszłości zdrowa, 10 dni przed przyjęciem do Szpitala Dziecięcego w Toruniu uległa zatruciu truskawkami spryskanymi preparatem fosfoorganicznym Decis (IV kl. toksyczności). Od tego czasu występowały u dziewczynki bolesne stany kurczowe dłoni i ud. Poziom cholinesterazy kształtował się poniżej normy (1,2 mmol/l). Rozpoczęto kurację atropiną. Badania kontrolne w Poradni Neurologicznej Wieku Rozwojowego wykazały ustąpienie objawów.

OMÓWIENIE

Ciężkość zatruć z.f., oceniana na podstawie wysokiej śmiertelności oraz dużej liczby powikłań, wskazuje na niezupełnie zadowalającą skuteczność leczenia (3). Tym większym problemem staje się próba obiektywnej weryfikacji tych stanów. W obserwowanych przypadkach nie stwierdzono korelacji między poziomem cholinesterazy, a stanem klinicznym. Wartości te charakteryzowały się znaczną zmiennością, a ich normalizacja nie oznaczała zdrowienia. Spostrzeżenia nasze zgodne są z poglądami dotyczącymi potrzeby dostatecznie długiej obserwacji klinicznej, która w warunkach szpitalnych nie powinna trwać krócej niż 7 dni, a później ambulatoryjnie jeszcze co najmniej 4 tygodnie.

М. Лысяк, А. Грохаль

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОТРАВЛЕНИЙ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ ИНСЕКТИЦИДАМИ У ДЕТЕЙ

Резюме

Авторы представляют три случая отравления фосфорорганическими инсектицидами у детей; первый представляет собой синдром поздних симптомов в виде токсической полиневропатии, два остальных — острые виды отравления. Из-за значительных колебаний уровня холинэстеразы, которые часто не коррелируют с клиническим состоянием больных, необходим период как минимум 7-дневного обльничного наблюдения и 4-недельный — амбулаторного.

M. Łysiak, A. Grochal

NEUROLOGICAL COMPLICATIONS DURING POISONING WITH ORGANIC PHOSPHATE INSECTICIDES IN CHILDREN

Summary

The authors report three cases of poisoning with organic phosphate compounds in children. The first case presented a complex of late signs in the form of toxic polyneuropathy, and two had an acute course. The observation confirmed the view that an at least 7-day hospital stay and 4-week follow-up are necessary in view of great fluctuations in the level of cholinesterase which is often not correlated with the clinical status.

PIŚMIENNICTWO

1. Differential diagnose neurologischer Krankheitsbilder von G. Bodechtel Georg Thieme Verlag. Stuttgart 1974, s. 47, — 2. *Górniak H.* i wsp.: Niewydolność oddechowa w przebiegu zatruć związkami fosfoorganicznymi. Anest. Reanim. Inten. Terap., 1980, 12, 1, 39. — 3. *Groszek B.* i wsp.: Zastosowanie hemoperfuzji w leczeniu ostrych zatruć związkami fosfoorganicznymi drogą doustną. Pol. Tyg. Lek., 1987, 62, 11, 318. — 4. *Jager K. W.*: Organophosphate exposure from industrial usage electroneuromyography in occupational medicinal supervision of exposed workers in Proceedings of a Conference on Pesticide Induced Neurotoxity. Environ mental Protection Agency. Phoenix, 1976, 152. — 5. *Jeffry R., Fisher M. D.*: Guillain Barré Syndrome Following Organophosphate Poising. Jama, 1977, 238, 18, 13. — 6. *Johnson M. K.*: The delayed neuropathy caused by some organophosphorus esters. Mechanism and Challange C. R. C. Crit. Rev. Toxicol., 1975, 3, 289. — 7. *Musiałowicz E.* i wsp.: Późne powikłania po przebytym ciężkim zatruciu insektycydami fosfoorganicznymi. Studia i Materiały Monograficzne. Inst. Med. Pracy w Łodzi, 1980, 149. — 8. Neurologia Dziecięca pod redakcją Jagny Czochańskiej. PZWL, Warszawa 1985, 547. — 9. *Rusiecki W.*: Toksykologia środków ochrony roślin. PZWL, Warszawa 1976, 100.

Otrzymano: 1987-10-01.
Adres: ul. Wita Stwosza 9 m. 3, 87-100 Toruń.

Marian Łysiak, Janina Strześniewska

PRZYPADEK WEWNĄTRZMACICZNEGO ZAKAŻENIA WIRUSEM CYTOMEGALII PRZEBIEGAJĄCEGO ZE ZMIANAMI PATOLOGICZNYMI W OŚRODKOWYM UKŁADZIE NERWOWYM

Z Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Toruniu
Dyrektor: dr n. med. *J. Jakubiak*

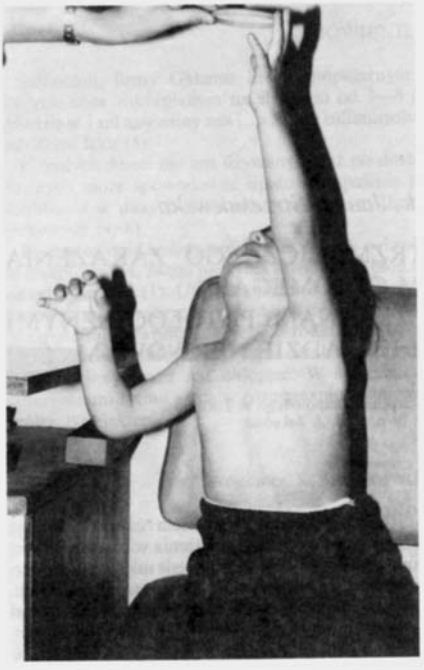
SŁOWA KLUCZOWE: *zakażenia płodu, cytomegalia*

Zainteresowania wirusem cytomegalii (CMV) podobnie jak wirusem różyczki wynikają między innymi z jego właściwości teratogennych. Wrodzone zakażenia wirusem CMV są bezsprzecznie najczęstszymi zakażeniami wirusowymi płodu w okresie międzyepidemicznym dla różyczki. Liczbowo wyraża się to od 1 do kilkunastu procent żywo urodzonych. *Weller* stwierdził, że społeczny alarm dotyczący płodowego zakażenia wirusem CMV jest znacznie poważniejszy niż dotyczący wrodzonej różyczki (13). Zależnie od okresu zakażenia wyróżnia się postacie wrodzone i nabyte. Zakażenie płodu może nastąpić w każdym okresie ciąży (4, 13).

W około 5-15% spośród dzieci, u których stwierdzono cytomegalię wrodzoną już w okresie noworodkowym pojawiały się objawy posocznicy, często z żółtaczką, powiększeniem wątroby i śledziony, małopłytkowością oraz różnego rodzaju uszkodzeniami oun (1, 3, 9). Do najczęściej spotykanych należą: wodogłowie lub małogłowie, zmiany na dnie oka pod postacią zapalenia siatkówki lub naczyniówki oraz zaniku nerwów wzrokowych (11). Obserwowane są również zmiany w uchu wewnętrznym ujawniające się czasem częściową lub całkowitą głuchotą (2, 12).

Rozległe zajęcie oun może ujawnić się pod postacią mózgowego porażenia dziecięcego (6, 9, 13). W krajach anglosaskich uważa się, że cytomegalia wrodzona jest jedną z głównych przyczyn upośledzenia umysłowego (5, 8). Następstwa przebytego subklinicznie zakażenia ujawnić się mogą po 2-4 latach (7). W Polsce jest niewiele doniesień poświęconych roli wirusa CMV w patologii wieku dziecięcego. Z badań prowadzonych przez Zakład Wirusologii PZH w Warszawie wynika, że 5,9% noworodków rodzi się w Polsce z płodowym zakażeniem wirusem CMV i większość tych zakażeń ma przebieg bezobjawowy (10). (Ryc. 1).

Pod opieką tut. Poradni Neurologicznej Wieku Rozwojowego pozostaje dziewczynka 3-letnia z wewnątrzmacicznym zakażeniem wirusem CMV, u której w 2 roku życia wystąpił zespół objawów patologicznych w obrębie oun. Urodzona w stanie ogólnym ciężkim, z 1p w skali Apgar, z masą przy urodzeniu 1900 g. Stwierdzano gęste, zielone wody płodowe. Po 7 dniach pobytu w Oddziale Noworodkowym z objawami hepatosplenomegalii i niedokrwistością skierowano noworodka do Oddziału Niemowlęcego. Na podstawie opisanego powyżej zespołu klinicznego po uzyskaniu wyniku badania sero-



logicznego (OWD CMV 1:64) oraz zmian na dnie oczu pod postacią zblednięcia obwodowego siatkówki rozpoznano zakażenie wewnątrzmaciczne wirusem cytomegalii.

Po leczeniu objawowym (PN, Rowamycyna, Krew) wypisano dziecko do domu w stanie poprawy, z zaleceniem badań kontrolnych. W 13 mies. życia skierowana została do Poradni Neurologicznej Wieku Rozwojowego. Stwierdzano dobry kontakt emocjonalny, siedziała posadzona, nie chodziła, widoczny był lewostronny kręcz szyi z zanikami mięśni twarzy po stronie lewej oraz zgięciowe ustawienie prawego kciuka wraz z przywiedzeniem prawej kończyny dolnej i końskim ustawieniem stopy. Odruch spadochronowy asymetryczny na niekorzyść strony prawej.

Rozpoznano mózgowe porażenie dziecięce pod postacią niedowładu połowiczego prawostronnego, typu spastycznego. W 18 mies. życia stwierdzono u dziewczynki 70% upośledzenie słuchu oraz niewielkiego stopnia niedorozwój umysłowy ze znacznym opóźnieniem mowy.

Badania serologiczne w kierunku zakażenia CMV wykonano w terenowej pracowni wirusologicznej za pomocą testu OWD w surowicy chorej, pobranej w 7 dniu życia, a następnie 5, 11, 14, i 18 mies. życia. W 14 i 18 mies. życia przeprowadzono także z wynikiem ujemnym badania moczu na obecność CMV.

Warunkiem rozpoznania zakażenia wirusem CMV u noworodka jest wykrycie w pierwszych dniach po urodzeniu w jego wydzielinach (z dróg oddechowych, moczu itp.) wirusa CMV oraz stwierdzenie obecności swoistych p-ciał np. klasy IgM w surowicy. W następnych miesiącach życia rozpoznanie zakażenia płodowego możliwe jest jedynie na podstawie utrzymywania się przeciwciał anty—CMV, np. w teście OWD jak u opisanego

dziecka na zbliżonym poziomie do drugiego półrocza. Dzieje się tak w przeciwieństwie do przeciwciał IgM matczynych w przypadku płodu niezakażonego, kiedy to znikają one już w pierwszym półroczu życia. Reasumując należy stwierdzić, że w przypadkach spodziewanej patologii ciąży nie powinno się rezygnować z badań w kierunku zakażenia wirusem CMV.

Dynamikę przeciwciał ilustruje tabela:

Wiek dziecka	Poziom p-ciał anty- CMV w OWD
7 dni	1:64
5 miesięcy	1:32
11 miesięcy	1:32
14 miesięcy	1:16
18 miesięcy	1:16

★
★ ★

Autorzy artykułu składają serdeczne podziękowanie dr med. *Danieli Imbs* z Zakładu Wirusologii PZH w Warszawie za pomoc w diagnostyce serologicznej.

M. Łysiak, J. Strześniewska

A CASE OF INTRAUTERINE CYTOMEGALIC VIRUS INFECTION WITH PATHOLOGICAL CHANGES IN THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM

PIŚMIENNICTWO

1. *Bale J. F. Jr:* Arch. Neurol., 1984, 41/3, 310. — 2. *Dahle A. J., Mc Collister F. P.* i inni: J. Speech Mear Disor., 1979, 59, 669. — 3. *Elliot G. B., Elliot K. A.:* Arch. Dis. Child., 1962, 37, 34. — 4. *Gurevich I., Tufaro P.:* Infect. Control., 1984, 5/10, 482. — 5. *Granstrom M. L.:* Eur. J. Pediatr., 1979, 132, 277. — 6. *Hanshaw I. B.:* Hosp. Prac., 1970, 5, 111. — 7. Intensywna Terapia Noworodka pod redakcją Ireny Norskiej-Borówki. PZWL, Warszawa, 1987, 190. — 8. *Kudlicka A.:* Przeg. Lek., 1986, 43, 472. — 9. Neurologia Dziecięca pod red. *Jagny Czochańskiej*. PZWL, Warszawa, 1985, 310. — 10. PZH Materiały Naukowe II Naukowo-Koordynacyjnej Narady Specjalistów w temacie 7, 4. RWPG 6-8 listop. Praga, 1984.
11. *Richard J. M., Friendly D. S.:* Pediatr. Clin. North. Amer., 1983, 30 (6), 1123. — 12. *Stern H.:* Lancet, 1975, 2, 473. — 13. *Weller T. H.:* N. Engl. J. Med., 1971, 203 i 287.

Otrzymano: 1988-06-28. Adres: Poradnia Neurologiczna Wieku Rozwojowego, ul. Mickiewicza 24/26, 87-100 Toruń

806 NEUR. NEUROCHIR. POL. 1991, T. 25 (XLI), NR 6

Marian Łysiak, Dorota Termanowska

RZADKA POSTAĆ CHOROBY HODGKINA POWIKŁANA ZAJĘCIEM OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO U 13 LETNIEGO CHŁOPCA

Z Oddziału Wewnętrznego
Szpitala Dziecięcego w Toruniu
Ordynator: lek. H. Ordyniec

SUMMARY

A rare form of Hodgkin's disease complicated with central nervous system involvement in a boy aged 13 years –

In a boy aged 13 years treated since 8 years irregularly with chemotherapeutic agents for Hodgkin's disease suddenly signs of increased intracranial pressure developed. In EEG changes were found on the temporo occipital area with prevalence of the right area In the cerebrospinal fluid the cell count was 33/3 0, Pandy+++ Nonne-Apelt++, protein 78 mg %, sugar 84 m %.

Skull radiography in a-p and lateral projections demonstrated normal cranial bones and sella. Despite intrathecal administration of methotrexate and decompressing drugs the condition deteriorated and consciousness disturbances, vomiting and dysarthria appeared. After 19 days of hospital treatment death occurred. Pathological and histological examinations demonstrated metastases to the pons The necessity is stressed of considering possible cerebral metastases in Hodgkin's disease.

STRESZCZENIE

U 13-letniego chłopca poddawanego przez 8 lat nieregularnej chemioterapii z powodu ziarnicy złośliwej wystąpiły nagle objawy wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego W EEG stwierdzono zmiany zlokalizowane w okolicach skroniowo-potylicznych z przewagą po stronie prawej. W płynie mózgowo-rdzeniowym: cytozę 33/3.0. Pandyego (+++), O.Nonne - Apelta (++), białko 78 mg %, cukier 84 mg %

Rtg czaszki a-p i boczne· kości sklepienia czaszki i siodełko tureckie bez zmian. Mimo dokanałowego podawania metotreksatu i leków przeciwobrzękowych stan chłopca ulegał systematycznemu pogorszeniu. Występować zaczęły zaburzenia świadomości, wymioty i dyzartria. Po 19 dniach leczenia szpitalnego nastąpił zgon W badaniu anatomopatologicznym i histopatologicznym stwierdzono obecność przerzutów do mostu Autorzy zwracają uwagę na konieczność różnicowania ziarnicznych przerzutów do mózgu w przebiegu ziarnicy złośliwej

Wśród nowotworów złośliwych u dzieci - choroba Hodgkina zajmuje trzecie miejsce pod względem częstości występowania (po białaczkach i nowotworach mózgu).

Choroba Hodgkina u dzieci i dorosłych nie różni się obrazem klinicznym ani wrażliwością na leczenie.

U 90% chorych pierwszym objawem jest powiększenie obwodowych węzłów chłonnych. W przebiegu choroby może dojść do zajęcia śródpiersia, wątroby, śledziony, szpiku, układu kostnego i u około 0.5 – 1% chorych do zajęcia ośrodkowego układu nerwowego. Najczęściej do zajęcia o.u.n. dochodzi u chorych z typem histologicznym - mieszanokomórkowym (mixed cellularity) choroby Hodgkina [2, 5].

Do izolowanego zajęcia o.u.n. dochodzi jeszcze rzadziej. Objawia się ono występowaniem drgawek, objawów ogniskowego uszkodzenia o.u.n., aseptycznym zapaleniem opon mózgowo rdzeniowych lub rzadziej moczówką prostą. Może też pojawić się wielkomózgowa leukoencefalopatia. Wśród głównych objawów klinicznych obserwuje się postępujące osłabienie, demencję, zaburzenia mowy i wzroku. W fazie końcowej występuje śpiączka i ostatecznie zgon. Zajęcie o.u.n. zdarza się zazwyczaj w okresie nawrotu choroby po kolejnych remisjach [2, 3, 5].

OPIS PRZYPADKU

W Szpitalu Dziecięcym w Toruniu leczony był chłopiec J.D., u którego w 5 roku życia rozpoznano lymphogranulomatosis maligna, nodular sclerosis (w badaniu histopatologicznym węzła chłonnego). W badaniu przedmiotowym stwierdzono w tym czasie powiększenie węzłów chłonnych szyi. Rozpoczęto chemioterapię, w tym też roku wykonano splenektomię.

W ciągu następnych pięciu lat z powodu złych warunków socjalnych chłopiec nieregularnie zgłaszał się na kolejne cykle chemioterapii, nie pobierał systematycznie zaleconych leków.

W 11 roku życia stan chorego znacznie się pogorszył. Do szpitala przyjęty został ze znaczną niedokrwistością, guzowatymi pakietami węzłów chłonnych. Włączono kolejną polichemioterapię wg. schematu Adriamycyna - Bleomycyna - Winblastyna - Dekarbazyna. Po zrealizowaniu 2 cykli rozpoczęto leczenie wg. Schematu Nitrogranulogen - Winblastyna - Prokarbazyna - Prednison. Na kolejno wyznaczoną kurację chłopiec zgłaszał się regularnie, nie podawał żadnych dolegliwości bólowych. Po około rocznym systematycznym leczeniu stwierdzono zmniejszenie się uprzednio powiększonych węzłów chłonnych szyjnych i pachwinowych. Pół roku później wykonano badanie tomograficzne jamy brzusznej i klatki piersiowej - nie stwierdzono pakietów węzłowych w przestrzeni zaotrzewnowej ani w śródpiersiu.

Po powrocie z badania chłopiec zaczął zgłaszać silne bóle głowy występujące w godzinach porannych. Po 4-dniowym pobycie w domu, przyjęty został do szpitala w stanie średnio ciężkim: blady, apatyczny, podsypiający, skarżył się na podwójne widzenie, bóle głowy, okresowe wymioty.

Dno oczu było prawidłowe. W badaniu neurologicznym stwierdzano zaburzenia świadomości, bradylalię, oczopląs poziomy, żywszy odruch kolanowy

po stronie prawej, z tendencją do odruchu Babińskiego po stronie prawej, dodatnie objawy Brudzińskiego i Kerniga. Podejrzewano proces rozrostowy ponadnamiotowy. W badaniach dodatkowych stwierdzono: Hemoglobina 9.5 g/100 ml, Ht 32 %, Erytrocyty 3360000, Leukocyty 7200, OB 145, płytki krwi 100000.

Płyn mózgowo-rdzeniowy: cytoza 33/3.00. Pandy (+++), O. Nonne-Apelt (++), białko 78 mg %, cukier 84 mg %.

Rtg czaszki a-p i boczne: kości sklepienia czaszki i siodełko tureckie bez zmian.

W badaniu EEG: Zapis o zmianach zlokalizowanych w okolicach skroniowo-potylicznych z przewagą po stronie prawej na tle niewielkich nieprawidłowości w czynności podstawowej.

Po konsultacji z Instytutem Hematologii w Warszawie choremu podano Methotrexat dokanałowo co drugi dzień, Furosemid i Dexamethason. Mimo stosowania leczenia, stan chorego ulegał systematycznemu pogorszeniu. Był podsypiający, wymiotujący, nasiliły się prawostronne odruchy ścięgniste, mowa dyzartryczna. Stwierdzono znaczne powiększenie węzłów chłonnych szyjnych, pachowych i pachwinowych, owrzodzenie śluzówek jamy ustnej, wykwity na skórze i biegunkę. Po 19 dniach leczenia szpitalnego, wśród narastających objawów neurologicznych nastąpił zgon.

Klinicznie rozpoznano ziarnicę złośliwą z zajęciem mózgowia. W rozpoznaniu anatomopatologicznym (lek. J. Głowacki protokół nr. 206/88) stwierdzono: Diagnosis clinica: Lymphogranulomatosis maligna. Status post splenectomiam. Tumor trunci cerebri probabiliter metastaticus. Oedema cerebri cum invaginatio amygdalarum cerebelli ad foramen occipitale magnum.

Rozpoznanie histopatologiczne: Lymphogranulomatosis maligna. Infiltratio neoplasmatica pontis. Oedema cerebri.

OMÓWIENIE

Zajęcie o.u.n. w chorobie Hodgkina stanowi dużą rzadkość. W piśmiennictwie światowym opisano ok. 30–40 przypadków, w większości rozpoznanych w badaniu anatomopatologicznym [1, 4, 6].

Do zajęcia o.u.n. dochodzi najczęściej w procesach typu mixed cellularity w okresie nawrotów choroby.

Izolowane zajęcie opon miękkich mózgu jest jeszcze rzadsze. Punkcja lędźwiowa jest metodą diagnostyczną tylko przy zajęciu opon miękkich mózgu, gdyż wtedy stwierdzamy w płynie mózgowo-rdzeniowym komórki nowotworowe, przy procesie chorobowym obejmującym parenchymę mózgu w/w zmiany mogą nie występować. Cuttner i wsp. [1] opisali 6 przypadków zajęcia tkanki mózgowej w przebiegu ch. Hodgkina a tylko w jednym z nich wystąpiły zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym [1].

Orłowski i wsp. przedstawili przypadek izolowanego zajęcia opon miękkich mózgu [6].

Maitreyan i wsp. opisali przypadek zajęcia o.u.n. w ch. Hodgkina u 21 letniego mężczyzny o całkowitej regresji zmian chorobowych w wyniku systematycznej chemioterapii, napromieniania o.u.n. i leczenia dokanałowego (Methotrexat) [4].

Celem niniejszego doniesienia jest zwrócenie uwagi na możliwość wystąpienia powikłań w o.u.n. w przebiegu choroby Hodgkina po kolejnej remisji oraz na trudności diagnostyczne i terapeutyczne.

Piśmiennictwo

[1] Cuttner J. i wsp.: Intracerebral involvement in Hodgkin's disease, a report of 6 cases and review of literature. Cancer 1979, 43, 1497

[2] Ford F.: Choroby układu nerwowego niemowląt, dzieci i młodzieży. PZWL 1963, 1104.

[3] Koszrowski T.: Onkologia kliniczna PZWL Warszawa, 1985, 283.

[4] Maitreyan V. i wsp.: Central nervous system involvement in Hodgkin's disease. Journal of the Assoc. Physicans India. 1987, 35/12, 963

[5] Ochocka M.: Hematologia kliniczna wieku dziecięcego PZWL, Warszawa 1982, 344.

[6] Orlowski E.P. i wsp. Hodgkin's disease with leptomeningeal involvement Report of a case with long survival Cancer 1984, 50, 1833

Otrzymano: 28.12.1990

Adres: Szpital Dziecięcy, ul. Konstytucji 3 Maja 42, 87-100 Toruń

SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE

Trudności rozpoznawcze i lecznicze w przebiegu mózgowego porażenia dziecięcego współistniejącego z wrodzoną niedoczynnością tarczycy u trojga niemowląt

Difficulties in diagnosis and treatment of cerebral palsy associated with congenital hypothyreosis in three infants

Marian Łysiak, Anna Golińska-Zbucka, Jadwiga Witkowska

Poradnia Neurologiczna Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Toruniu
Kierownik: dr n. med. Marian Łysiak

Omówiono trzy przypadki mózgowego porażenia dziecięcego (m.p.d.) z towarzyszącą wrodzoną niedoczynnością tarczycy (w.n.t.) u dziewczynek w wieku 2, 4 $^{3}/_{12}$ i 4 $^{11}/_{12}$ lat. Rozpoznanie w.n.t. ustalono na podstawie poziomów T_4, T_3 i TSH. Mimo poprawy w rozwoju psychicznym po leczeniu substytucyjnym (Euthyrox lub Novothyral) wątpliwości nasunęły nie ustępujące objawy zaburzeń w rozwoju ruchowym, które cofają się zwykle nawet przy późnym wprowadzeniu leczenia hormonalnego. M.p.d. pod postaciami zespołów pozapiramidowych i piramidowych rozpoznane w wieku 10 mies., 7 mies. i 3 $^{5}/_{12}$ lat. Podjęcie odpowiedniej rehabilitacji z równoczesnym leczeniem substytucyjnym pozwoliło na uzyskanie zadowalającej poprawy. Autorzy wnioskują, że pomyślnie rokują przypadki m.p.d. ze współistniejącą w.n.t., gdy rozpoznanie i leczenie rozpoczęte bywa przed 3. m.ż.

Słowa kluczowe: *mózgowe porażenie dziecięce z wrodzoną niedoczynnością tarczycy, leczenie, rokowanie*

Difficulties in diagnosis and treatment of cerebral palsy associated with congenital hypothyreosis in three infants

The authors present three girls aged 2, 4 $^{3}/_{12}$ and 4 $^{11}/_{12}$ years, suffering from cerebral palsy (CP) associated with congenital hypothyreosis (CH). CH was diagnosed on the basis of serum T_4, T_3 and TSH levels. The patients received Euthyrox or Novothyral. The mental health of the patients improved after treatment while no effect on motoric dysfunction was observed. This led to suspicion of cerebral palsy, which was diagnosed at the ages of 10 months, 3 $^{5}/_{12}$ year and 7 months. Institution of physical therapy in conjunction with hormonal substitution resulted in satisfactory improvement. The authors suggest that treatment of CP associated with CH is most effective when begun before the third month of life.

Key words: *cerebral palsy with congenital hypothyreosis, therapy, prognosis*

Podobieństwo kliniczne mózgowego porażenia dziecięcego (m.p.d.) i wrodzonej niedoczynności tarczycy (w.n.t.) może niekiedy stwarzać trudności diagnostyczne. Mózgowe porażenie dziecięce definiowane jest jako zespół niepostępujących zaburzeń czynności znajdującego się w okresie rozwoju ośrodkowego układu nerwowego (o.u.n.). Przyczynowo łączy się go z niedotlenieniem, procesami zapalnymi, krwawieniami śródczaszkowymi oraz wcześniactwem. Rozpoznanie ustala się zwykle po 3 m.ż.

Niedoczynność tarczycy jest jednym z najczęstszych zaburzeń hormonalnych u dzieci. Do charakterystycznych przyczyn w.n.t. należą: niewykształcenie zawiązków tarczycy lub ich przemieszczenie, zaburzenia biosyntezy hormonalnej lub niedoczynności przysadki w zakresie wydzielania TSH. MACHALLA i wsp. [1] oceniali częstość występowania w.n.t. na 1 : 7000. Obecnie jest ona co najmniej dwukrotnie wyższa. BOŻKOWA i LENARTOWSKA [2] podają, że zdaniem wszystkich autorów dziewczynki chorują na w.n.t. 2,3–3 razy częściej niż chłopcy.

Według IVORA [3] hormon tarczycy jest ważnym stymulatorem syntezy białkowej w niedojrzałym mózgu noworodka, który wywiera wpływ na rozwój kory, dendrytów i procesy mielinizacji. Zdaniem INGOLDA [4] hormony tarczycy wywierają znaczący wpływ na funkcjonowanie odruchów ścięgnistych oraz napięcie mięśniowe, co według DENYSA i wsp. [5] ma związek z oddziaływaniem na ATP-azę. Obserwowano ich wpływ na pompę sodowo-potasową oraz na nerwowy czynnik wzrostu (NGT), a według OPPENHEIMERA [6] również na utylizację tlenu w rozwoju o.u.n. W warunkach jego niedoboru liczba neuronów w mózgu ulec może trwałemu zmniejszeniu. SOKOLOFF [7] uważa zaś, że również wbudowywanie aminokwasów w swoiste białko tkanki nerwowej oraz biosynteza lipidów są upośledzone.

Według WIEBELA oraz KLEINA i wsp. u dzieci, u których w.n.t. występuje przed 3. m.ż., wyraźnie częstsze są ubytki w o.u.n., objawiające się różnymi postaciami opóźnionego rozwoju umysłowego i ruchowego [8]. U połowy chorych występują ataksja móżdżkowa, drżenia zamiarowe, zaburzenia koordynacji oraz oczopląs [9]. W jednej trzeciej z nich obserwowano porażenia spastyczne [10].

Ryc. 1. Dziewczynka N.P. w wieku 14 miesięcy
Fig. 1. Girl N.P. when she was 14 month

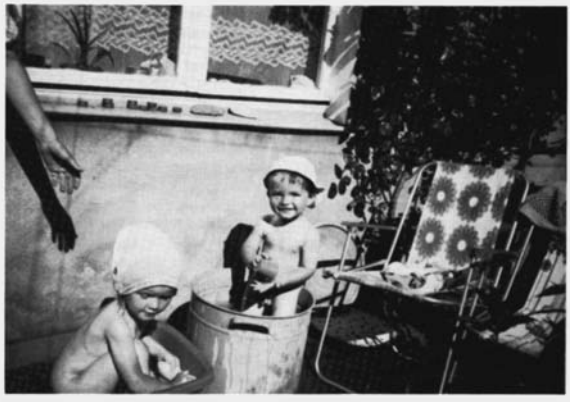
Ryc. 2. Dziewczynka M.P. w wieku 4 1/12 lat
Fig. 2. Girl M.P. when she was 4 1/12 years old

Tabela 1. Ważniejsze elementy diagnostyczne i rozwojowe
Table 1. More important elements of diagnosis and development

	N.P. lat/age 2	M.P. lat/age 4 $^{1}/_{12}$	D. Sz. lat/age 4 $^{11}/_{12}$
Płeć/Sex	ż/f	z/f	ż/f
Ciąża/Pregnancy	2	2	1
Poród/Delivery	2	1	1
Powikłania Complications	zamartwica asphyxy s. cesarea	zamartwica asphyxy s. cesarea	poród prowokowany provoked labor
Skala Apgar Apgar score	1'–2 5'–6	1'–8 10'–10	1'–8 10'–10
Usg	obr. praw. normal	obr. praw. normal	
CT			zaniki korowe cortex atrophy
Wiek diag. m.p.d. Age diag. CP	10 mies. months	3 $^{1}/_{12}$ lat years	7 mies. months
Postać m.p.d. Type of CP	z. pozapiramidowy extrapyramidal s.	paraparеza paraparesis	z. pozapiramidowy extrapyramidal s.
Początek rehabilitacji Rehabilitation startedat	10 mies months	3 $^{1}/_{12}$ lat year	20 mies. months
Wiek diag. m.p.d. Age diag. CP	3 mies. months	4 mies. months	8 mies. months
Poziomy Levels T_4, T_3, TSH	T_4 < 26 nmol/l (n. 60–170 T_3 0,7 nmol/l (n. 1,2–3,0) TSH > 50 ml/l (n. 0,3–5,0)	T_4 < 26 T_3 0,5 TSH > 50	T_4 < 26 T_3 < 1,3 TSH > 50
Początek substytucji Beginning of substitution treatment	3 mies. months	4 mies. months	8 mies. months
Siadanie Sitting	18 mies. months	9 mies. months	20 mies. months
Chodzenie Walking	nie chodzi doesn't walk	19 mies. months	2 $^{1}/_{12}$ lat years
Ocena psychologiczna Psychological evaluation	wiek 24 mies.: rozwój globalny na 10 mies. lokomocja na 9 mies. age 24 months: general development 10 months locomotion 9 months	wiek 3 $^{1}/_{12}$ lat: rozw. glob. 3 lata lokomocja 3 lata age 3 $^{1}/_{12}$ year general dev. 3 year locomotion 3 year	wiek 3 i 4 lata: ocena: przeciętna age 3 and 4 year index: average development

W poradniach: neurologicznej i endokrynologicznej Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Toruniu obserwowano trzy przypadki m.p.d. ze współistniejącą w.n.t.

W przedstawionej analizie (tab. 1) wzięto pod uwagę płeć, obciążenia okołoporodowe, wyniki badań usg i CT, poziomy wartości T_4, T_3 i TSH oraz wiek, w którym rozpoczęto leczenie substytucyjne i rehabilitację. Zestawiono także wyniki badań psychologicznych wykonanych w różnych przedziałach wieku.



Ryc. 3. Dziewczynka D.Sz. w wieku 3 $^{9}/_{12}$ lat (z lewej)
Fig. 3. Girl D.Sz. when she was 3 $^{9}/_{12}$ years old (on left)

Dyskusja i wnioski

Na podstawie negatywnych dotąd informacji o niedoborach jodu w regionie Polski Północnej oraz braku występowania związanych z nimi objawów klinicznych u matek opisywanych przypadków wyłączono zaburzenia tarczycy z niedoboru jodu. Podobieństwo objawów w m.p.d. i w.n.t. sprawia, że jedynie wczesne określenie wartości T_4, T_3 i TSH umożliwia zróżnicowanie tych schorzeń. Na uwagę zasługuje fakt, że nawet późno rozpoczęte leczenie substytucyjne może spowodować ustępowanie zaburzeń ruchowych.

Różnicowanie m.p.d. z współistniejącą w.n.t. w wieku do 3. m.ż. stanowi duży problem diagnostyczny.

Najpomyślniej rokują przypadki m.p.d. z współistniejącą w.n.t., gdy rozpoznanie i leczenie ustalić można przed 3. m.ż.

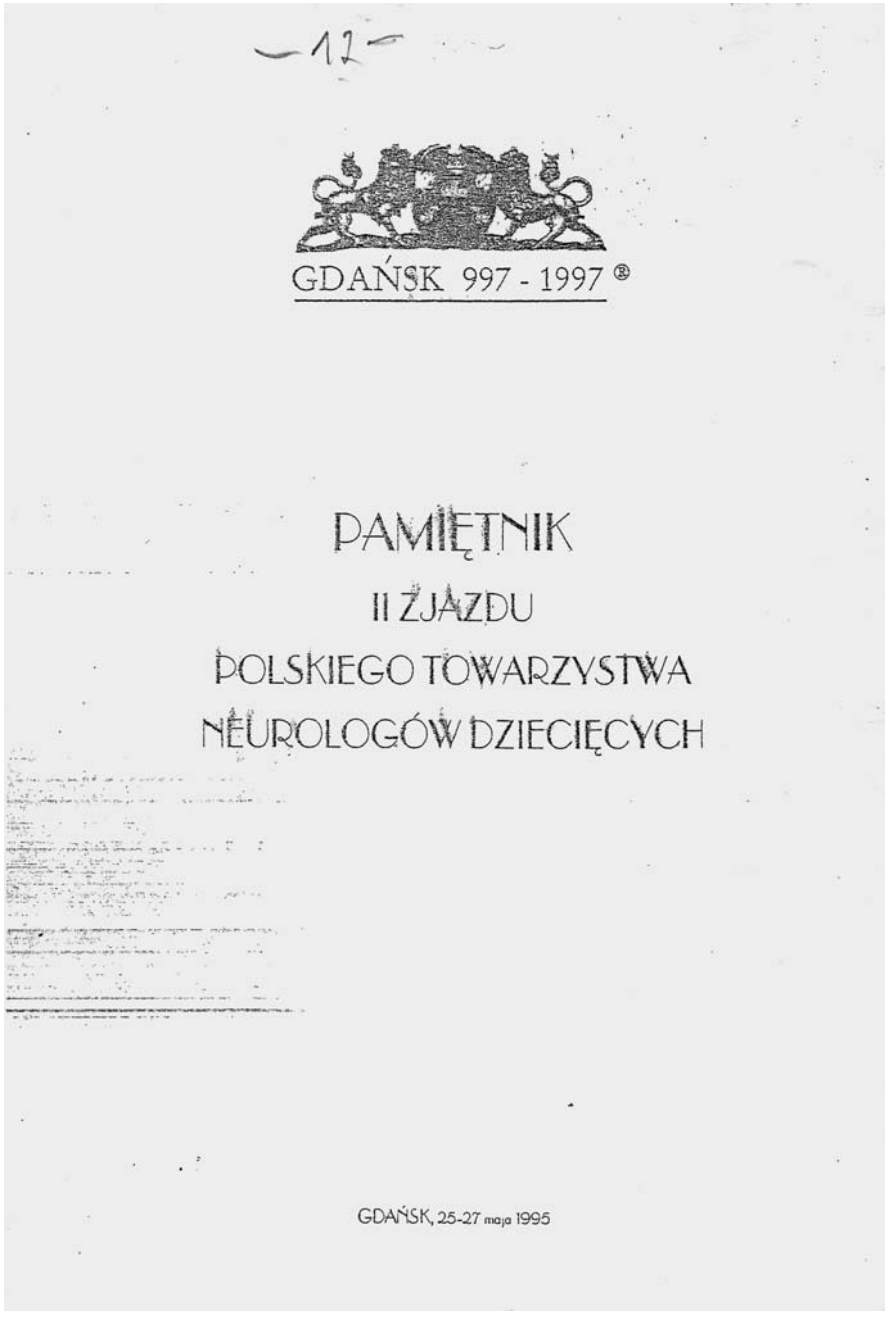
Nawet późno rozpoczęte leczenie substytucyjne dać może ustąpienie zaburzeń ruchowych, co bywa przydatne w diagnostyce różnicowej z m.p.d.

PIŚMIENNICTWO

1. Machalla J.F., Leśniewska A., Romer E.: Wczesne rozpoznawanie wrodzonej niedoczynności tarczycy. Ped. Pol. 1982, 57, 193.
2. Bożkowa K., Lenartowska I.: Choroby tarczycy. [w:] B. Górnicki, T. Pawlikowski (red.), Endokrynologia kliniczna wieku rozwojowego, PZWL, Warszawa 1974, 69–131.
3. Kohler P.O.: Clinical Endocrinology, 1986.
4. Ingold A.H.: Tension output in hyperthyroid and hypothyroid muscules stimulated directly and indirectly. Thesis, Chicago 1956, University of Illinois.
5. Denys E.H., Hoffman W.W.: An *in vitro* study of biochemical changes produced by hypermetabol changes and hypometablism in sceletal muscles, Neurology 1972, 22, 22.
6. Oppenheimer I.H.: Thyroid hormone action at cellular level, Science 1979, 203, 971.
7. Sokoloff L.: Action of thyroid hormone and cerebral development, Am. J. Dis. Child. 1967, 114, 498.
8. Wiebel J.: Cerebrallar-ataxic syndrome in children and adolescents with hypothyroidism treated before three months, J. Pediatr. 1972, 81, 912.
9. Klein A., Meltzer S., Kenny F.M.: Improved prognosis in congenital hypothyroidism treated before three months. Behavior concerns of parents of treated cretins. Pediatr. Res. 1971, 5, 399.
10. Wilkins L.: The effects of thyroid deficiency upon the development of the brain, Assoc. Res. Nerv. Ment. Dis. Proc. 1962, 39, 150.

Adres autora: dr n. med. Marian Łysiak
Poradnia Neurologiczna
Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego
ul. Konstytucji 3 Maja 40
87-100 Toruń

Pracę nadesłano 05. 03. 1993 r.


-12-
GDAŃSK 997 - 1997 ®
PAMIĘTNIK
II ZJAZDU
POLSKIEGO TOWARZYSTWA
NEUROLOGÓW DZIECIĘCYCH
GDAŃSK, 25-27 maja 1995

GUZY RDZENIA KRĘGOWEGO U DZIECI NA PODSTAWIE OBSERWOWANYCH PRZYPADKÓW

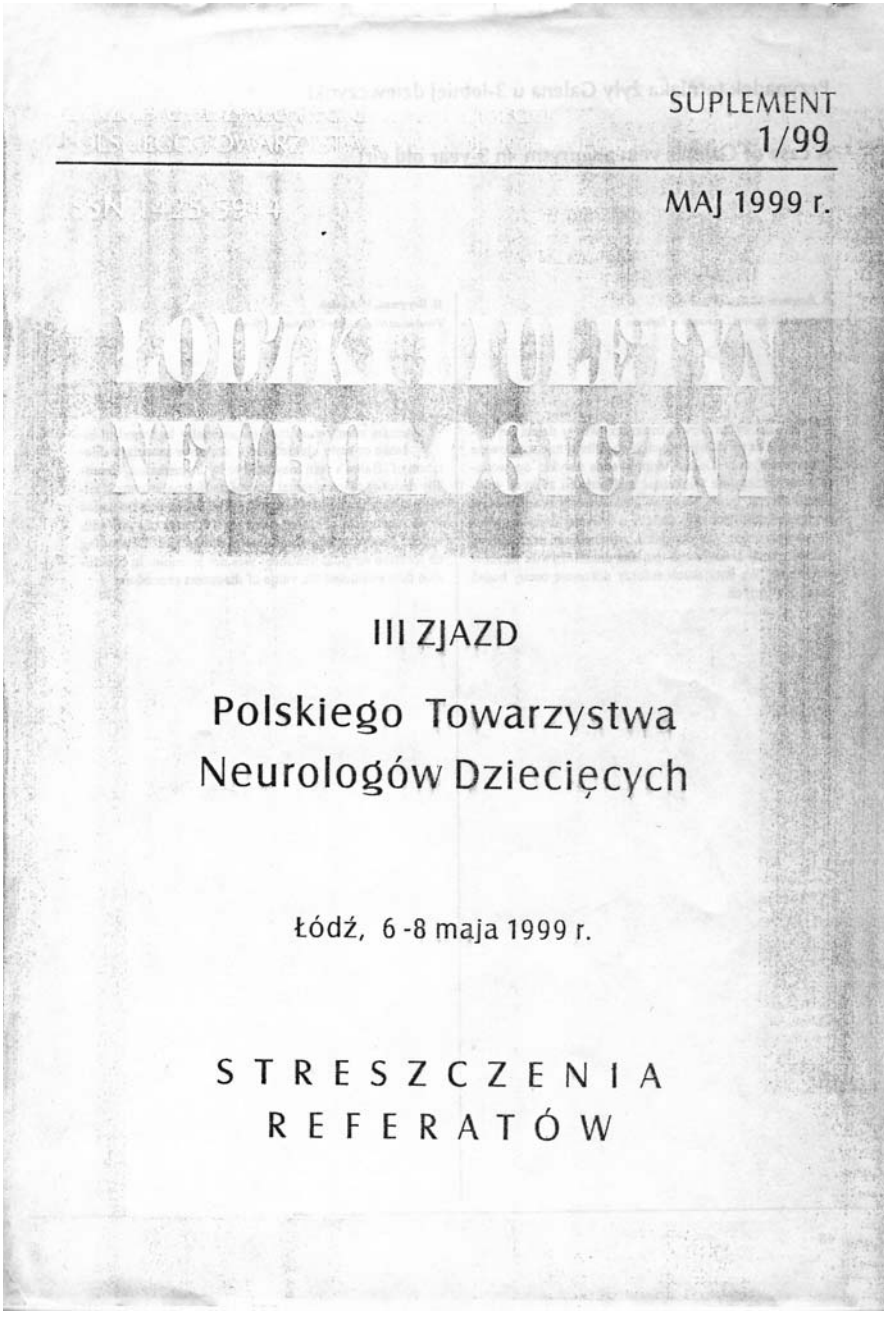
M. Łysiak, D. Brygman
Wojewódzki Szpital Dziecięcy w Toruniu

Autorzy opisują 4 przypadki guzów nowotworowych rdzenia kręgowego (GRK) które u dzieci występują bardzo rzadko Stanowią one 10% guzów śródczaszkowych i w jednakowym stopniu obciążają dziewczynki i chłopców
U chłopca DK lat 5 stwierdzono gwiaździaka wewnątrzrdzeniowego w odc C_3-Th_{10}, czas przeżycia po leczeniu chirurgicznym - 3 lata, u chłopca MK lat 5 stwierdzono osłoniaka nerwowego zewnątrzrdzeniowego w odc Th_8-Th_9, czas przeżycia po leczeniu chirurgicznym 12 lat U dziewczynki AD lat 9 stwierdzono nerwiaka zarodkowego zewnątrzrdzeniowego w odc. L_1-S_1, zmarła po roku U dziewczynki 13 letniej stwierdzono również nerwiaka zarodkowego wewnątrzrdzeniowego w odc C_1-Th_2 ze współistnieniem wewnątrzczaszkowego przerzutu w ok ciemieniowo-potylicznej w bliskości kości czaszki. Zrezygnowano z leczenia chirurgicznego Zgon nastąpił po miesiącu Obok przypadków nowotworowych GRK autorzy przytoczyli 4 opisy nienowotworowych GRK. (anomalie naczyniowe, kostne i pozapalne) zwracając uwagę na podobieństwo objawów klinicznych oraz zróżnicowane rokowanie W podsumowaniu oceniają wartość badań diagnostycznych płynu m-rdz , rtg, KT i MRI w diagnostyce GRK

NEOPLASTIC TUMORS OF SPINAL CORD IN CHILDREN BASING ON EXAMINED CASES

M. Łysiak, D Brygman
Provincial Hospital for Children in Toruń

The authors describe 4 cases of neoplastic tumors of spinal cord which occur very rarely in children. They make 10% of intracranial tumors and they occur with the same freguency in girls and boys In a boy aged 5 an instraspinal astrocytoma was found out in the level C_3-Th_{10}, time of survival after surgical treatment - 3 years. In a boy aged 5 an extramedullary neurinoma was found out in the level Th_8-Th_9, time of survival after surgical treatment - 12 years In a girl aged 9 an extramedullary neurinoma was found out in the level L_1-S_1, she died 1 year after s. treatment. In a 13 years old girl an intraspinal neurinoma was found out on the level of C_3-Th_{12} with intracranial metastatic focus in the parieto-occipital area near the skull bone. The s. treatment was given up The girl died one month later Besides the cases of neoplastic tumors the authors described 4 cases of non-neoplastic tumors (vessel, bone and post-inflammatory anomalies), drawing attention to similarities of clinic symptoms and very varied prognosis In conclusion they evaluated the value of diagn procedure of c-sp fluid, X-ray, CT, MRI.



SUPLEMENT
1/99

MAJ 1999 r.

III ZJAZD

Polskiego Towarzystwa
Neurologów Dziecięcych

Łódź, 6 -8 maja 1999 r.

STRESZCZENIA
REFERATÓW

Przypadek tętniaka żyły Galena u 3-letniej dziewczynki

A case of Galen's vein aneurysm in 3-year old girl

D. Brygman M. Łysiak
Wojewódzki Szpital Dziecięcy w Toruniu

Tętniaki żylne wewnątrzczaszkowe u dzieci wykrywane są zwykle przypadkowo. Olbrzymie workowate poszerzenie żyły Galena doprowadza zwykle do wodogłowia. Generalnie większość malformacji żylnych śródczaszkowych bywa bezobjawowa Autorzy przedstawiają przypadek tętniaka żyły Galena u 3-letniej dziewczynki z objawami o nagłym początku, osłabieniem oraz ataksją jednostronną Lokalizacja tętniaka uniemożliwiła leczenie radykalne We wnioskach autorzy dokonują oceny badań diagnostycznych.

D. Brygman, M. Łysiak
Provincial Hospital for Children in Toruń.

Venous aneurysmas may occasionally be found in infance or early childchood. Enormous sacculary dilatation of Galen's vein may lead to hydrocephalus. Generally majority of intracranial venous malformations are clinically silent for a numbers of years. The autors present a case of an aneurysm of Galen vein in a 3 years old girl with sudden loss of strenght and lateral ataxia gait. Depending on location surgical treatment was not possible. In conclusion they evalueted the value of diagnosis procedure.

Neur. Dziec. 1996, T. 5, Nr 10

Marian Łysiak, Ludwika Mikulska–Haniec, Dorota Brygman

Przewlekła zapalna demielinizacyjna poliradikuloneuropatia u 12 letniej dziewczynki

Z Poradni Neurologii Rozwojowej Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Toruniu
Kierownik: dr n. med. *M. Łysiak*

Summary

Chronic Inflammatory Demyelinating Polyradiculoneuropathy in 12 a Years Old Gril

A case of chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy was observed in a girl aged 12. The chronic form, similarly to the acute one, is characterised by a symmetrically ascending tetraparesis with areflexia associated with sensory deficits, involvement of cranial nerves and impairment of the autonomous nervous system. She was twelve times taken to the intensive care unit because of imminent insufficiency of the respiratory and circulatory system. The girl was cured. Photographic documentation is enclosed.

Przewlekła zapalna demielinizacyjna poliradikuloneuropatia (PZDP) rozpoznawana była wcześniej jako nawrotowe, przewlekłe zapalenie nerwów Guillaina–Barrego, nawrotowe kortykozależne zapalenie nerwów, czy sterydozależna nawrotowa polineuropatia (3, 9). Nowe nazewnictwo schorzenia wprowadził Dyck i wsp. (1975) — (3). Wyróżnił on postacie o przebiegu przewlekłym, powoli postępującym z zaostrzeniami oraz o przebiegu intermitującym z zaostrzeniami i kilkumiesięcznymi lub kilkuletnimi remisjami (3, 4, 7). W 60% przypadków w etiopatogenezie podaje się czynnik infekcyjny. Wśród pozostałych przyczyn wymienione są czynniki toksyczne, interwencje chirurgiczne, pokąsanie przez psa. W literaturze podnoszony jest dwojaki charakter zespołu, jako samoistny lub jako współistniejący z schorzeniami takimi jak toczeń układowy, poporodowa amyloidoza, szpiczak, HIV, cukrzyca, mocznica, choroba reumatyczna lub nowotwory (3, 8, 10). Uważa się, że mechanizm autoimmunizacyjny powoduje, że mielina obwodowego układu nerwowego pod wpływem infekcji nabiera cech antygenowych, wywołując odpowiedź immunologiczną typu nadwrażliwości późnej (1, 6). Częstość występowania choroby ocenia się na 0,5–2 na 100.000 wśród ogółu populacji. Przeważa płeć męska w stosunku 4 do 1, według innych proporcje są równe. Rzadko, bo w granicach kilku procent, wystąpić mogą postacie przewlekłe (9). PZDP jest zapaleniem wielonerwowym,

charakteryzującym się symetrycznie występującymi porażeniami o charakterze wstępującym, ubytkami czucia, uszkodzeniami nerwów czaszkowych i układu autonomicznego (7).

Po dziewięciu latach obserwacji zakwalifikowaliśmy opisany przypadek jako zespół poinfekcyjny.

Opis przypadku

Dwunastoletnia dziewczynka (W.W. hist. choroby 1001/85) z ciąży pierwszej, bez powikłań, rozwijająca się prawidłowo do chwili zachorowania. Choroba rozpoczęła się osłabieniem kończyn dolnych (zwłaszcza w odcinkach odsiebnych) nasilającym się przy wchodzeniu po schodach i wsiadaniu do autobusu. W czasie trzytygodniowego pobytu w Szpitalu Dziecięcym w Toruniu na podstawie obrazu klinicznego rozpoznano zespół Guillain–Barre–Strohla. Wynik badania płynu mózgowo–rdzeniowego: pleocytoza -3, Pandy + +,białko 454 mg%, cukier 125 mg%, kwas mlekowy 12,5 mg%, krzywa złotowa: I-III (4-7), I (8–10), poziom immunoglobulin: IgG 1350 mg/100 (norma 786–1204 mg%), IgM 105 mg/100 (norma 51–89 mg%). W leczeniu stosowano: *Isoprinosinę*, witaminę B1, B12, oraz usprawniania lecznicze. Kiedy pojawiły się zaburzenia oddychania, przeniesiono chorą do Oddziału Anestezji i Intensywnej Terapii. W leczeniu zastosowano tracheotomię i oddech wspomagany (ryc. 1). W 10 dni po uzyskaniu oddechu własnego przeniesiona została do Oddziału Neurologii gdzie przebywała przez 5 miesięcy, powracając jeszcze pięć razy do oddziału intensywnej terapii. Z powodu pogarszającego się stanu wydolności krążeniowo–oddechowej była następnie skierowana do Kliniki Intensywnej Terapii. Poza oddechem wspomaganym stosowano: *Fenicort*, *Encorton*, *Synacthen depot*, *Cocarboxylazę*, *Nivalinę*, *witaminy B6* i *B12* oraz antybiotyki. Rozważono zastosowanie plazmaforezy, ale po konsultacji w Instytucie Transplantologii zrezygnowano z takiego leczenia. W badaniu EMG wykonanym w 13 roku życia stwierdzono ciężkie, rozsiane uszkodzenia czuciowe i ruchowe neuronu obwodowego o charakterze demielinizacyjnym. Tomografia komputerowa ujawniła niewielkie, rozsiane zaniki korowe w obu półkulach mózgu. Badaniem urograficznym stwierdzono odlewową kamicę układu kielichowo–miedniczkowego. W ciągu kolejnych dwóch lat nawroty choroby wystąpiły jeszcze pięciokrotnie. Kiedy podczas piątego rzutu choroby stan chorej przybrał postać dramatyczną skierowano ją ponownie do kolejnego już ośrodka klinicznego. W leczeniu zastosowano *Solumedrol* 4x1000 mg wraz z lekami wspomagającymi i oddechem wspomaganym oraz przyłóżkowe usprawnianie lecznicze.

Po kolejnych pięciu rzutach dziewczynka wróciła do domu. W czasie wizyt kontrolnych w Poradni Neurologicznej Wieku Rozwojowego w Toruniu skarży-

Ryc. 1. Chora w wieku lat 14 w stanie ciężkim podczas leczenia w Oddziale Anestezji i Intensywnej Terapii Medycznej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Toruniu.
Fig. 1. A girl aged 14 in serious state in Anaesthesiology and Intensive Care Unit Compoud Provincial Hospital in Toruń.

ła się na okresowe bóle brzucha i obrzęki kończyn dolnych. Badanie psychologiczne wykonane w 17 r.ż. wykazało rozwój umysłowy w granicach normy, jakkolwiek nieharmonijny. Podczas badania w 21 roku życia stwierdzono pełny powrót do zdrowia (ryc. 2).

Wnioski

Przedstawiony przypadek zasługuje według nas na uwagę, ze względu na rzadko opisywane przypadki przewlekłej zapalnej demienilizacyjnej poliradikuloneuropatii, wielokrotne występowanie ciężkich rzutów choroby u opisywanej pacjentki oraz ich całkowite ustąpienie w okresie młodzieńczym.

Ryc. 2. Chora w wieku lat 17 w czasie rekonwalescencji po przebytej przewlekłej zapalnej demienilizacyjnej poliradikuloneuropatii.
Fig. 2. A girl aged 17 in recovery period from chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy.

Piśmiennictwo

[1] Badurska B.: Polineuropatie. Neurologia Dziecięca. Czochańska J. (red.), s. 547, PZWL, Warszawa, 1985.
[2] Choudhary P.P., Hughes R.A.: Long-term treatment of chronic inflammatory demyeling poliradiculoneuropathy with plasma exchange or intravenous immunoglobulin. Q J M 1995, Jul.: 88 (7): 493–502.
[3] Drozdowski W., Czerwińska–Ciechan K., Jankowicz E.: Przewlekła zapalna demielinizacyjna poliradiculopatia. Neur. Neurochir. Pol. 1994, T. 28 (XLIV), 6.
[4] Pollard J.D.: Chronic inflammatory demyelinating poliradiculoneuropathy. Bailliers. Clin. Neurol. 1994, Apr.: 3 (1): 107–127.
[5] Prineas J.W.: Pathology of inflammatory demyelinating neuropathies. Bailliers Clin. Neurol. 1994, Apr.: 3 (1): 1–24.
[6] Schmidt B., Toyka K.V., Kiefer R., Full J., Hartung H.P., Pollard J.: Inflammatory infiltrates in sural nerve biopsies in Guillain-Barre syndrome and chronic inflammatory demyelinating neuropathy. Muscle. Nerve. 1996, Apr. 19 (4): 474–487.
[7] Steller U.: Zur Klinik, Athiopathogeneses und Diagnostik des Guillain–Barre–Syndroms. Nervenheilkunde. 1987, 4, s. 138.
[8] Thomas P.K., Willison H.J.: Paraproteinaemic neuropathy. Bailliers. Clin. Neurol. 1994, Apr. 3 (1): 129–147.

Marian Łysiak

Poradnia Neurologiczna
Wojewódzki Szpital Dziecięcy
w Toruniu

Wiesław Buchwald

Zakład Antropologii
Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika
w Toruniu

ZESPÓŁ SOTOSA JAKO PRZYKŁAD ZABURZEŃ W ROZWOJU SOMATYCZNYM

SOTOS SYNDROME AS EXAMPLE OF DISORDERS IN SOMATIC DEVELOPMENT

Zespół opisany przez Sotosa (Sotos i in., 1964) charakteryzuje: duża głowa, wysokie podniebienie, hyperteloryzm, nadmierny wzrost, duże dłonie i stopy. Uwydatnione czoło obserwowano w 96%, długogłowie w 84%, nadmierny wzrost w 74%, natomiast olbrzymie dłonie i stopy w 83% (Krauze i in., 1980). Poza tym stwierdza się zaburzenia neurologiczne: drgawki, niezborność ruchów, opóźnienie rozwoju statycznego oraz mowy, upośledzenie rozwoju umysłowego (*Kompendium zespołów i rzadkich chorób dziecięcych*, 1984). Waga urodzeniowa kształtuje się średnio ok. 90 percentyla. Wzmożony wzrost obserwuje się w ciągu pierwszych 4–5 lat, w niektórych przypadkach łącznie z przyspieszonym rozwojem cech płciowych. Hormon wzrostu wydzielany jest w granicach prawidłowych. Rozwój umysłowy (IQ) waha się ok. 60 (*Textbook of Child Neurology*, 1975/80).

Etiopatogeneza zespołu według Sotosa miała pozostawać w związku z okołoporodowym uszkodzeniem mózgu, a w szczególności podwzgórza, co powodować ma zaburzenia kontroli produkcji hormonu wzrostu i kortykotropiny. Dane z wywiadów wskazują także na teratogenne działanie organicznych związków chemicznych. W ostatnim czasie przeważać zaczyna pogląd sugerujący aberracje chromosomalne (Tsukahara, Kajii, 1992). Takich badań w opisywanym przez nas przypadku nie przeprowadzono.

Fot. 2. Dziecko z zespołem Sotosa

Fot. 1. Dziecko z zespołem Sotosa

Liczba opisanych dotąd przypadków gigantyzmu mózgowego nie przekroczyła 200. W literaturze polskiej opisano zaledwie dwa takie przypadki. Dotyczą one chłopców w wieku 16 (Lewicka-Urbańska, Uszyńska, 1970) i 26 miesięcy (Krauze i in., 1980). Mała wiedza na temat tego zespołu klinicznego uzasadnia potrzebę – w miarę możliwości wszechstronnego – opisu każdego nowego przypadku.

1. OPIS CHOROBY

Chłopiec 8-letni pozostawał od 6 miesiąca życia pod opieką Poradni Neurologicznej Wieku Rozwojowego (nr hist. chor. 1978/961–1985/470), oraz Szpitala Dziecięcego w Toruniu (nr ks. gł. 3756/84, 2593/85). Poród miednicowy, zakończony cięciem cesarskim, cc 3500/58, stan po urodzeniu dobry. Matka przez okres ciąży leczona z powodu padaczki. Do 6 miesiąca życia realizowano szczepienia bez powikłań. W drugim tygodniu po trzecim szczepieniu Di-Per-Te + H-M wystąpił pierwszy napad o charakterze skłonów. Rozpoznano poszczepienne zapalenie mózgu. W badaniu EEG stwierdzono rozsiany polimorfizm, czynność delta o wysokiej amplitudzie z falami ostrymi i iglicami. W leczeniu stosowano kolejno: Encorton, Dexamethason, Rivotril, Phenytoine. Stwierdzono znaczne opóźnienie w rozwoju psychoruchowym. W 2 roku życia – nie mówił, nie siedział, nie chodził. W 4 roku rozwój psychoruchowy na poziomie pierwszego roku życia, nieharmonijny. W 6 roku życia, z uwagi na nadmiernie przyspieszony wzrost z otyłością (waga ciała 40 kg) i cechy dysmorfii, skierowano chłopca na badania kliniczne, gdzie potwierdzono diagnozę – zespół Sotosa ze współistniejącą padaczką. W badaniach dodatkowych wykazano m. in. charakterystyczne zwiększenie poziomu 17-KS w moczu do 5,2 mg/24 h (norma 0–2,5 mg/24 h), 17-OHCS z powodu interferencji leków przeciwpadaczkowych powstała niemożność odczytu kolometrycznego. Cytomegalia: OED miano 1:8, toksoplazmoza IF – ujemny, IH 1:8, IgM – ujemny. Mocz na test metaboliczny prawidłowy. Wiek kostny odpowiedni dla chłopca 6-letniego, niewielkie poszerzenie I i V kości śródręcza, niewielkiego stopnia osteoporoza. Chłopiec zmarł w wieku ośmiu lat z powodu ostrej niewydolności krążeniowo-oddechowej w przebiegu ropnego zapalenia oskrzeli. Odstąpiono od wykonania sekcji.

2. ANALIZA STANU ROZWOJU FIZYCZNEGO W 6,5 ROKU ŻYCIA

Pomiarów dokonano przy użyciu standaryzowanych przyrządów pomiarowych, zgodnie z przyjętą w antropometrii techniką (Malinowski, Wolański, 1988).

a) pomiary kefalometryczne (mm):		b) pomiary somatyczne (mm):	
obwód głowy	526	wysokość całkowita (*B-v*)	1228
długość głowy (*q-op*)	174	wysokość uszna (*B-t*)	1108
szerokość głowy (*eu-eu*)	144	wysokość barkowa (*B-a*)	1021
wysokość głowy (*t-v*)	120	wysokość palcowa (*b-da*)	478
szerokość czoła (*ft-ft*)	107	dł. kończyny górnej (*a-da*)	543
szerokość twarzy (*zy-zy*)	146	wysokość mostkowa (*B-sst*)	1002
szerokość żuchwy (*go-go*)	112	dł. kończyny dolnej (*B-sy*)	595
wys. morfol. twarzy (*n-gn*)	106	długość tułowia	407
wysokość nosa (*n-sn*)	41	szerokość barkowa (*a-a*)	294
szerokość nosa (*al-al*)	37	szer. klatki piersiowej (*thl-thl*)	246
dł. małżowiny usznej (*spa-sba*)	62	szer. miedniczna (*ic-ic*)	224
szer. małżowiny usznej (*pra-pa*)	42	głębokość klatki piersiowej (*xi-ths*)	176
przyrośnięcie ucha	50	obwód klatki piersiowej	755
dł. płatka usznego	16	grubość tkanki tłuszczowej (łopatka)	12,5
przyrośnięcie płatka	12	masa ciała	47,0

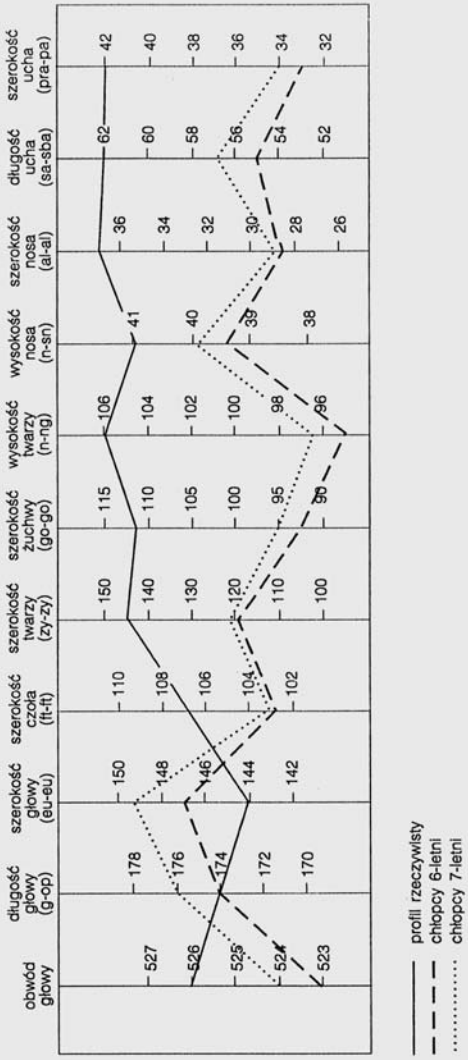
Wskaźniki

szer.-dług. głowy	82,7	tułow. – wzrost.	33,1
morfologii twarzy	72,6	bark.-tułow.	72,2
nosa	90,2	miedniczno-barkowy	76,2
czołowo-ciemieniowy	74,3	klatki piersiowej	71,5
czołowo-jarzmowy	73,3	głow. piers.	69,7
żuchwowo-jarzmowy	78,0	piers.-wzrost.	61,5
morfologiczny ucha	59,7	Rohrera	2,54

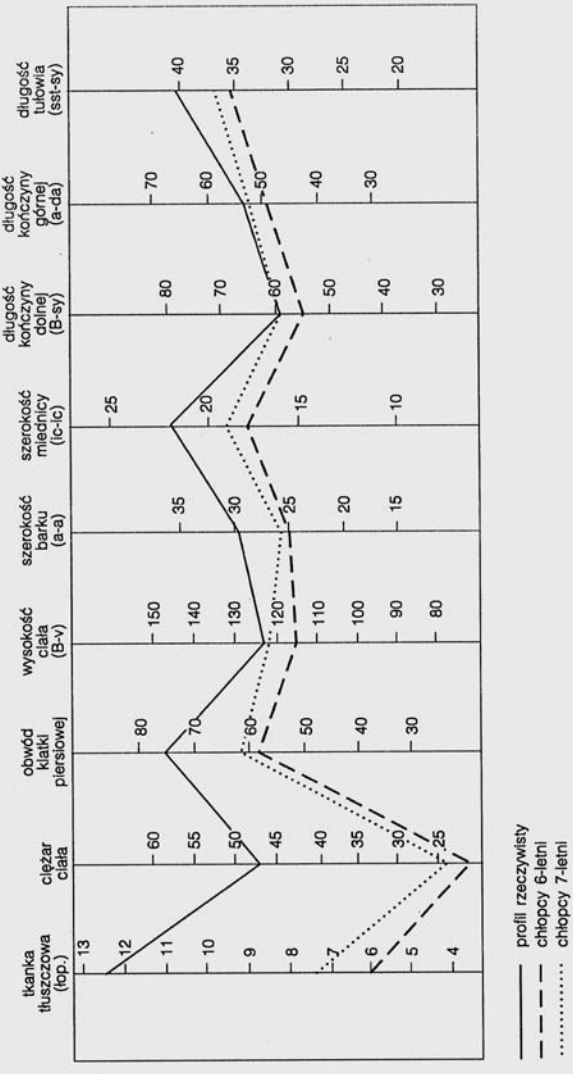
Wybrane pomiary kefalometryczne oraz somatyczne naniesione zostały na morfogramy. Profile rzeczywiste badanego dziecka, ze względu na jego wiek (6 lat, 5 miesięcy), przedstawiono na tle profili rozwojowych chłopców 6- i 7-letnich.

a. Pomiary kefalometryczne.

Do konstrukcji morfogramu cech kefalometrycznych (rys. 1) wykorzystano wartości średnich arytmetycznych pomiarów głowy 6- i 7-letnich chłopców poznańskich (Malinowski i in., 1976), natomiast dane dotyczące diametrów i wskaźnika małżowiny usznej – z opracowania Szczotkowej (1985). Z morfogramu wynika, że badany chłopiec w większości uwzględnionych cech przewyższa, niekiedy dość znacznie, swoich rówieśników. Dotyczy to zwłaszcza pomiarów części twarzowej oraz małżowiny usznej. Niedobory obserwuje się w pomiarze szerokości głowy oraz jej długości, co wskazuje na dysharmonię w rozwoju mózgowej i twarzowej części głowy. Obwód głowy jest nieznacznie większy w stosunku do wartości tej cechy u obu porównywanych grup wiekowych. W świetle wskaźników głowa badanego dziecka jest krótka, twarz i nos – bardzo szerokie. Odmienne proporcje w jej budowie ilustrują ponadto wartości wskaźników czołowo-ciemieniowego i czołowo-jarzmowego, przy czym różnice wynoszą odpowiednio – 5 i 12 jednostek. Dużą wartością (różnica 8–9 jednostek) odznacza się także wskaźnik szerokościowo-długościowy małżowiny usznej.



Rys. 1. Morfogram cech kefalometrycznych



Rys. 2. Morfogram cech somatycznych

b. Pomiary somatyczne.

Wybrane pomiary somatyczne oceniono wstępnie za pomocą siatek kontroli rozwoju fizycznego, dla dzieci 3–18 lat, opracowanych przez Wolańskiego. Wysokość ciała nieznacznie, natomiast pozostałe cechy: grubość tkanki tłuszczowej pod łopatką, obwód klatki piersiowej i ciężar ciała zdecydowanie przekroczyły poziom 95 centyla, granicę skrajnie dużych kategorii tych cech. Takie same wyniki dla wysokości i ciężaru ciała uzyskano stosując siatki centylowe dla chłopców poznańskich (Malinowski i in., 1976). Na podstawie wysokości i ciężaru ciała określono wiek morfologiczny chorego dziecka, przy zastosowaniu graficznej metody oceny tempa i harmonii rozwoju oraz proporcji wagowo-wzrostowych. Współrzędne obu parametrów sytuują badanego chłopca w przedziale wieku 10–11 lat (ściśle 10 lat 9 miesięcy), oraz poza kanałem –2 s, co oznacza znaczną dysharmonię rozwoju w kierunku chłopców tęgich. Ustaloną wartość wieku morfologicznego porównano z wiekiem metrykalnym przy zastosowaniu wskaźnika stanu dojrzałości – WSDB (Cieślik, 1974). Jego wartość wynosi 67,5, co zgodnie z klasyfikacją należy uznać za patologiczne przyspieszenie rozwoju.

Zaburzenia w rozwoju fizycznym ilustruje także morfogram cech somatycznych (rys. 2). Ciężar ciała, grubość tkanki tłuszczowej, a także obwód klatki piersiowej, szerokość miedniczna i barkowa, obrazujące tęgą sylwetkę dziecka, znacznie przewyższają wartości tych cech u obu porównywanych grup wiekowych. Badany chłopiec jest również wyższy, przy czym wynika to bardziej z większej długości tułowia (wskaźnik tułowiowo-wzrostowy wynosi 33,1), aniżeli z długości kończyn dolnych, która jako jedyna cecha somatyczna osiąga wartość w przybliżeniu zgodną z wiekiem metrykalnym. Ogólnie można stwierdzić, że badany chłopiec wykazuje w budowie ciała tendencję do endomorfii, z wyraźną dominacją ciężaru ciała i cech z nim skorelowanych nad pomiarami długościowymi. Ilustracją mogą być znacznie większe, w porównaniu z rówieśnikami, wartości wskaźników głowowo-piersiowego (19–16 jednostek) i piersiowo-wzrostowego (11 jednostek), a także blisko dwukrotnie większe wartości wskaźników Rohrera i wagowo-wzrostowego.

3. CECHY DERMATOGLIFICZNE

Obraz dermatoglifów rąk i stóp typowy. Bruzdy zgięciowe dłoni rozbieżne o prawidłowym przebiegu, symetryczne. W części środkowej dłoni mozaika linii białych, na stopach linie białe asymetryczne, intensywniejsze na stopie prawej. Linie brodawkowe wyraźne, o stosunkowo dużej gęstości, bez widocznych zniekształceń.

Szczegółowy opis cech dermatoglificznych, przy zastosowaniu przyjętych systemów klasyfikacyjnych, zawiera oddzielne zestawienie. Zarówno stopień

morfologicznej komplikacji wzorów na palcach rąk jak i całkowita liczba listewek (TRC) przewyższają nieznacznie wartości przeciętne. Przebieg listewek skórnych na dłoniach asymetryczny, bardziej pionowy na dłoni lewej (formuła linii głównych DCBA – 9, 7, 5, 2), nieco bardziej poprzeczny – na dłoni prawej (DCBA – 11, 9, 7, 4). Na dłoni lewej linia C wykazuje tendencję do formy zredukowanej. Całkowita liczba listewek w strefie podpalcowej dłoni (264) jest znacznie wyższa od przeciętnej. Na obu dłoniach trójpromień osiowy (t) w okolicy nadgarstka, położony symetrycznie, wartość kąta atd – 47°.

Na palcach stóp wzory typowe, o orientacji fibularnej, z wyjątkiem palucha lewej stopy, na którym znajduje się pętla tibialna. W strefie podpalcowej stóp pospolite typy wzorów, jednakowe w homologicznych polach lewej i prawej stopy, z wyjątkiem pola I. Asymetria w tym polu dotyczy zarówno kształtu, jak liczby listewek (O-b) tworzących wzór.

Przeprowadzona analiza dermatogramów chorego dziecka wykazała małą specyfikę, a zatem i małą wartość diagnostyczną układu listewek skórnych w badanym zespole klinicznym. Niektóre cechy indywidualizujące mieszczą się w zakresach ich zmienności spotykanych w porównawczych materiałach dzieci zdrowych, wobec czego ich ewentualny związek z czynnikiem patogennym wydaje się być wątpliwy.

Opis cech dermatoglificznych

1. Dermatogramy rąk

	Lewa (typ wzoru, orientacja, liczba listewek)		Prawa (typ wzoru, orientacja, liczba listewek)	
Palce rąk	V – pętla ulnarna	16	V – pętla ulnarna	17
	IV – pętla muszlowa ulnarna	20	IV – wir jednoc. ulnarny	20–12
	III – pętla ulnarna	16	III – pętla ulnarna	10
	II – pętla ulnarna	13	II – wir jednoc. radialny	12–18
	I – wir jednoc. ulnarny	17–27	I – wir jednoc. ulnarny	29–21
	liczba listewek	92	liczba listewek	84

Pola międzypalcowe dłoni	wzór	IV	–	III	II	liczba listewek	II	III	–	IV
		pętla ulnarna		brak wzoru	brak wzoru		brak wzoru	pętla radialna		brak wzoru
		51		32	50		47	36		48
Przebieg linii głównych		D	C	B	A		A	B	C	D
		9	7	5	2		4	7	9	11
Kąt atd		47°					47°			
Kłąb		brak wzoru					brak wzoru			
Kłębik		łuk ulnarny					łuk ulnarny			

2. Dermatogramy stóp

	Lewa (typ wzoru, orientacja)	Prawa (typ wzoru, orientacja)
Palce stóp	V – łuk fibularny IV – pętla fibularna III – pętla podwójna fibularna II – łuk fibularny I – pętla tibialna	V – łuk fibularny IV – pętla fibularna III – pętla podwójna fibularna II – łuk fibularny I – pętla fibularna
Strefa podpalcowa stóp	V – łuk proksymalny IV – brak wzoru III – pętla dystalna II – brak wzoru I – śladowa pętla dystalna	V – łuk proksymalny IV – brak wzoru III – pętla dystalna II – brak wzoru I – pętla dystalna
Liczba listewek w I polu	15	49

4. PODSUMOWANIE WYNIKÓW

W nawiązaniu do sugestii Sotosa, w opisanym przypadku stwierdzono obciążenia okresu ciąży i porodu: wystąpiło nieprawidłowe – pośladkowe – położenie płodu. Poród zakończono cesarskim cięciem. W okresie ciąży matka kontynuowała leczenie przeciwpadaczkowe, co niewątpliwie narażało płód w jego intensywnym rozwoju. W 6 miesiącu życia w dwa tygodnie po trzeciej dawce Di-Per-Te + H-M wystąpiło poszczepienne zapalenie mózgu. Od tego czasu stwierdzono zaburzenia napadowe zweryfikowane jako padaczka pod postacią napadów skłonów. W badaniach dodatkowych stwierdzono z odchyleń charakterystycznych dla zespołu – podwyższony poziom 17 KS. Nie wykonano badań kariotypu, co mogłoby potwierdzić coraz częściej wyrażany pogląd o aberracjach chromosomalnych jako prawdopodobnej etiopatogenezie zespołu Sotosa.

W opisanym przypadku badania antropometryczne wykazały ewidentne nieprawidłowości w rozwoju somatycznym. Uwidoczniono silny rozwój twarzoczaszki w stosunku do mózgoczaszki. Duża dynamika w rozwoju fizycznym przejawiała się ponadprzeciętnymi wartościami większości pomiarów somatycznych oraz znaczną różnicą pomiędzy wiekiem morfologicznym i metrykalnym. Wskaźnik stanu dojrzałości biologicznej (67,5) oznaczał patologiczne przyspieszenie rozwoju. W budowie ciała widoczna była tendencja do endomorfii z dominacją ciężaru ciała i cech z nim skorelowanych nad pomiarami długościowymi. W opisywanym przypadku zespołu Sotosa małą specyfiką, a zarazem brakiem wartości diagnostycznej, odznaczał się układ listewek skórnych.

PIŚMIENNICTWO

Cieślik J., 1974, *Wpływ niektórych zaburzeń hormonalnych na rozwój somatyczny i dojrzałość biologiczną dziewcząt i chłopców*, Mat. Pr. Antr., 88, 43–84.
Kopyść Z. (red.), 1984, *Kompendium zespołów i rzadkich chorób dziecięcych*, Warszawa, 551–552.
Krauze M., Marszał E., Kapusta K., Marek J., 1980, *Zespół Sotosa*, Wiad. Lek., 33, 23, 1927–1930.
Lewicka-Urbańska B., Uszyńska H., 1970, *Gigantismus cerebralis*, Ped. Pol., 45, 12, 1513–1518.
Malinowski A., Kaliszewska-Drozdowska M. D., Cieślik J., 1976, *Rozwój fizyczny dzieci i młodzieży w wieku od 3 do 18 lat*, [w:] *Dziecko poznańskie*, UAM, Ser. Antr., 3, 53–118.
Malinowski A., Wolański N., 1988, *Metody badań w biologii człowieka*, Warszawa.
Sotos J. P., Dodge P. R., Muirhead D., Crawford J. D., Talbot N., 1964, *Cerebral gigantism in childhood. A syndrome of excessively rapid growth and acromegalic features and a non-progressive neurological disorder*, New Engl. J. Med., 271, 109–116.
Szczotkowa Z., 1985, *Antropologia w dochodzeniu ojcostwa*, Warszawa.
Textbook of Child Neurology, 1975/80, Lea and Febiger, Philadelphia, J. H. Menkes, MD, 480.
Tsukahara M., Kajii T., 1992, *Chromosomal aberrations in Sotos syndrome, (Letter comment.)*, Clin.-Genet., Jun., 41, (6), 335.

Neuroborelioza u dzieci – opis przypadków

Neuroboreliosis in children – case reports

Marian Łysiak, Barbara Iwaniszewska, Helena Jankowska, Dorota Brygman, Maria Szóstakowska, Jolanta Kowalska

Oddział Dzieci Starszych Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Toruniu
Ordynator: lek. med. Helena Jankowska
Poradnia Neurologiczna Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Toruniu
Kierownik: dr n. med. Marian Łysiak

Przedstawiono trzy przypadki neuroboreliozy obserwowane w latach 1995 i 1996. Każdy z nich prezentował inny zespół neurologiczny: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, paraparezа spastyczna, bóle i zawroty głowy z zapaleniem naczyniówki.

Słowa kluczowe: *neuroborelioza, objawy neurologiczne, rokowanie*

Neuroboreliosis in children – case reports

The authors present three cases of neuroboreliosis observed in the Provincial Children Hospital in Toruń between 1995–1996. Each case represented a different neurological syndrome: meningitis, spastic palsy of lower limbs, and headache with vertigo and uveitis.

Key words: *neuroboreliosis, neurological syndrome, therapy, prognosis*

Borelioza z Lyme (krętkowica kleszczowa, Lyme disease) jest przewlekłą, wielonarządową, przenoszoną przez kleszcze chorobą o fazowym przebiegu, wywoływaną przez krętka *Borrelia burgdorferi* i gatunki pokrewne [1].

Zanim borelioza została wyodrębniona jako oddzielna jednostka chorobowa, jej poszczególne manifestacje kliniczne były opisywane jako samodzielne schorzenia neurologiczne, reumatologiczne czy też dermatologiczne. W 1982 r. Burgdorfer jednoznacznie określił czynnik etiologiczny. Izolowane najpierw od kleszczy krętki z rodzaju *Borrelia* nazwano *Borrelia burgdorferi*. Rezerwuarem zarazka są gryzonie (myszy, nornice), zwierzyna płowa (sarny, jelenie), a także zwierzęta domowe, stanowiące źródło zakażenia dla kleszczy. Przeniesienie *Borrelia burgdorferi* na człowieka następuje najczęściej przez ślinę kleszcza w czasie jego penetracji ludzkiej skóry. Zakażenie krętkiem wymaga co najmniej 24-godzinnego kontaktu z kleszczem. Prawdopodobieństwo zakażenia rośnie wraz z czasem trwania kontaktu, osiągając blisko 100% w trzeciej dobie. Szybkie usuwanie kleszczy jest więc najskuteczniejszą formą profilaktyki.

W miarę rozpowszechniania testów diagnostycznych borelioza jest coraz częściej rozpoznawana. Zwykle posługujemy się testem immunoenzymatycznym ELISA, testem Western-blott lub badaniem reakcji polimerazy łańcuchowej PCR (obecnie najczulsza metoda potwierdzania boreliozy, pozwala rozstrzygać w przypadkach wątpliwych) [3, 7].

Borelioza klasycznie przebiega w trzech następujących po sobie okresach:

I stadium, rozwijające się w kilka dni lub tygodni po ukąszeniu, stanowi rumień wędrujący wielopostaciowy, mogą mu towarzyszyć objawy grypopodobne, powiększenie węzłów chłonnych lub zapalenie spojówek.

II stadium objawia się najczęściej tzw. zespołem Bannwartha polegającym na limfocytarnym zapaleniu opon i korzeni rdzeniowych. Postać ta w 60% występuje u dorosłych, rzadziej u dzieci [2]. Ocenia się, że zespół Bannwartha występuje u dzieci w 55%, a zespół korzeniowy tylko w 3–4%. W tym okresie obserwuje się również porażenie nerwów czaszkowych, głównie VII. Dodatkowo mogą wystąpić zaburzenia przewodzenia i zapalenie mięśnia sercowego.

III stadium, rozwijające się w ciągu kilku miesięcy lub lat, może przybierać postać stawową, skórną lub objawia się różnorodnymi zespołami neurologicznymi, najczęściej pod postacią polineuropatii czuciowej, przewlekłego zapalenia opon i mózgu, rdzenia kręgowego czy naczyń mózgowych. Bogata symptomatologia tych zespołów może obejmować zmiany psychotyczne i otępienne, niedowłady i porażenia spastyczne kończyn, nadciśnienie śródczaszkowe, udar mózgu, padaczkę, porażenie nerwów czaszkowych (VI, VII) i zapalenie nerwu wzrokowego [4].

Ze względu na różnorodność objawów klinicznych występujących w boreliozie rozpoznanie jest zwykle trudne, zwłaszcza gdy weźmie się pod uwagę, że ukąszenie przez kleszcza podaje tylko 30–50% pacjentów [4, 8]. Ta statystyczna prawidłowość znalazła potwierdzenie również w opisanych przez nas poniżej trzech przypadkach neuroboreliozy.

Przypadek 1. Dziewczynka 15-letnia, z ciąży I, porodu I, bez obciążeń ciążowo-porodowych, od okresu niemowlęcego pozostająca pod opieką poradni dermatologicznej z powodu występującej rodzinnie rybiej łuski. W marcu 1996 r. została przyjęta do Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Toruniu z powodu narastających od września 1995 r. trudności w chodzeniu.

W badaniu neurologicznym stwierdzono chód paretyczny (chodziła z pomocą osoby drugiej) i paraparezę spastyczną ze wzrostem napięcia mięśniowego, obustronnie wygórowanymi odruchami ścięgnistymi w kończynach dolnych i dodatnim objawem Babińskiego. Ponadto obserwowano pogłębioną lordozę lędźwiową i brak cech dojrzewania płciowego. Dziewczynka skarżyła się na okresowo występujące bóle w okolicy krzyżowo-lędźwiowej i sporadyczne bóle głowy trwające od 2 lat. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono wysokie OB (50/1 h), niewielką niedokrwistość niedobarwliwą, obniżone stężenie albumin w surowicy przy wzroście α2-, β- i γ-globulin. W badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego: cytoza 113/3, limfocytów 72%, segm. 22%, monocyt. 3%, makrofag. 2%, odczyn Pandy'ego +++, odczyn Nonnego-Apelta +++, białko 2,0 g/l, cukier i chlorki w normie. W pogłębionym wywiadzie uzyskano informację o ukąszeniu przez

Ryc. 1. Neuroborelioza w III stadium u dziewczynki 15-letniej, dodatni odruch podeszwowy

Fig. 1. Neuroboreliosis fasis III in girl 15-years of age, positive sole reflex

kleszcza 2 lata przed wystąpieniem objawów. Pobrano płyn m.-rdz. na badanie miana przeciwciał przeciwko boreliozie i listeriozie; rozpoczęto rehabilitację i leczenie dużymi dawkami penicyliny krystalicznej oraz Encortonem. Po potwierdzeniu przez PZH testem ELISA z antygenem *B. burgdorferi* (OD) wysokiego miana przeciwciał w surowicy w klasie IgM (0,293) i IgG (1,359) (wartość graniczna 0,250) i w płynie m.-rdz.: IgM – 0,0 i IgG – 1,460 (wartość graniczna 0,250) kontynuowano leczenie ceftriaksonem. Wobec wystąpienia reakcji Hexhaimera-Jarischa w 4 tygodniu kuracji odstąpiono od dalszej antybiotykoterapii. W kontrolnych badaniach stwierdzono w surowicy: IgM – 0,349, IgG – 1,495, a w płynie m.-rdz.: IgM – 0,0, IgG – 0,709. Stan dziewczynki poprawił się, nie zgłaszała dolegliwości bólowych, chodziła samodzielnie, chociaż na nogach ugiętych w stawach kolanowych. Napięcie mięśniowe w kończynach dolnych obniżyło się, utrzymywały się wygórowane odruchy ścięgniste i obustronnie dodatni objaw Babińskiego. Z zaleceniem dalszej rehabilitacji ruchowej i kontroli w Poradni Neurologicznej pacjentka została wypisana do domu. Pozostaje pod dalszą opieką neurologiczną (ryc. 1).

Przypadek 2. Chłopiec 14-letni, z nieobciążonym wywiadem ciążowo-porodowym, rozwijający się dotąd prawidłowo, został przyjęty do szpitala z powodu wysokiej gorączki, wymiotów i bólów głowy. We wstępnym badaniu stwierdzono objawy infekcji kataralnej i zaznaczoną sztywność karku (*meningismus*). Wykonano badanie płynu m.-rdz.: płyn bezbarwny, przejrzysty, cytoza 41,3, limfocyt. 97%, segm. 3%, białko 0,135 g/l, cukier 103 mg/%, odczyn Pandy'ego+, odczyn Nonnego-Apelta +. Morfologia krwi: leukocytoza 11 000, segmenty 50%, limfocyty 46%. Rozpoznano zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i rozpoczęto leczenie penicyliną. W kolejnym badaniu płynu m.-rdz., wykonanym po tygodniu, stwierdzono narastanie cytozy (309/3), limfocytoza 100%, białko 0,870 g/l, cukier 51,0 mg%, chlorki 122,5 mmol/l, odczyn Pandy'ego +, odczyn Nonnego-Apelta +. W badaniu neurologicz-

nym oprócz zaznaczonej sztywności karku obserwowano dyskretne cechy zespołu móżdżkowego. W badaniu TK głowy stwierdzono: niewielkie, symetryczne poszerzenie układu komorowego mózgu, w EEG stwierdzono zmiany o charakterze uogólnionym. Pobrano krew na badania wirusologiczne i w kierunku toksoplazmozy, toksokarozy, pneumocystozy i boreliozy. Uzyskano wysokie miano przeciwciał przeciw *B. burgdorferi* w surowicy IgM – 0,343, IgG – 1,056 (wartości prawidłowe do 0,250). Rozpoczęto leczenie ceftriaksonem, uzyskując poprawę stanu ogólnego chłopca i stopniowe obniżenie cytozy i stężenia białka w płynie m.-rdz. W wykonanym 3 miesiące później badaniu kontrolnym płyn m.-rdz. był prawidłowy, a stężenie przeciwciał przeciw boreliozie w surowicy mieściło się w granicach normy (IgM – 0,021, IgG – 0,029 przy normie j.w.). Chłopca w dobrym stanie wypisano do domu, zalecając dalszą kontrolę w Poradni Neurologicznej.

Przypadek 3. Chłopiec 12-letni, z nieobciążonym wywiadem ciążowo-porodowym został przyjęty do szpitala z powodu trwających od kilku tygodni zaburzeń widzenia, okresowych bólów i zawrotów głowy oraz złego samopoczucia. W badaniu neurologicznym nie stwierdzono odchyleń od stanu prawidłowego, badaniem okulistycznym wykryto obecność wysięku w przedniej gałce ocznej (dno oka prawidłowe, zapalenie naczyniówki oka prawego). W badaniach dodatkowych z odchyleń od normy stwierdzono hiperbetaglobulinemię (14,86%). Odczyny serologiczne w kierunku toksokarozy, listeriozy, odry i odczyn lateksowy RF były ujemne. Komórek LE nie stwierdzono. Po konsultacji neurologicznej wykonano nakłucie lędźwiowe: płyn m.-rdz. bezbarwny, przejrzysty, cytoza 1/3, białko 0,2 g/l, cukier 56 mg%, chlorki 120 mmol/l, odczyn Pandyego (–), odczyn Nonnego-Apelta (–), posiew (–). Pobrano krew i płyn m.-rdz. na badanie w kierunku boreliozy. Potwierdzeniem rozpoznania było wysokie miano przeciwciał w teście ELISA przeciw *B. burgdorferi* w surowicy IgM – 0,210, IgG – 1,160, w płynie m.-rdz. IgM – 0,0, IgG – 0,120 (przy normie j.w.). Przeprowadzono 3-tygodniowe leczenie ceftriaksonem, wraz z kortykosteroterapią. Uzyskano poprawę stanu klinicznego, zaburzenia widzenia i zawroty głowy ustąpiły. Po 3 miesiącach od zakończenia leczenia wykonano badanie kontrolne surowicy w kierunku boreliozy. Miana przeciwciał w surowicy obniżyły się: IgM – 0,080, IgG – 0,653, a w kolejnych badaniach znormalizowały.

Omówienie

Przedstawione przypadki są przykładem boreliozy układu nerwowego. Przypadek 3 pochodził z Torunia, pozostałe z województwa toruńskiego. W przypadku 1 stwierdzono neuroboreliozę III okresu, zaliczaną do późnego stadium choroby. Objawy pojawiły się po wielu miesiącach od zakażenia. W takich przypadkach bardzo często dochodzi do nieodwracalnych zmian z uszkodzeniem układu nerwowego. Skuteczność leczenia w tym stadium choroby jest znacznie mniejsza, pełne wyleczenie uzyskuje się w 50–60% przypadków, a u pozostałych chorych obserwuje się tylko zmniejszenie dolegliwości. Przykładem może być opisywana dziewczynka, u której mimo intensywnego leczenia uzyskano niewielką poprawę stanu neurologicznego: poprawa chodu – chodzi samodzielnie, utrzymują się wygórowane odruchy ścięgniste z obustronnym dodatnim objawem Babińskiego. W surowicy stężenie przeciwciał przeciw *B. burgdorferi*: IgM – 0,349, w IgG – 1,495, w płynie m.-rdz. uzyskano stężenie przeciwciał w klasie IgM – 0,0, przy utrzymującym się wysokim mianie w IgG – 0,709. Dwa pozostałe przypadki dotyczyły neuroboreliozy II okresu, zaliczanej do wczesnego stadium choroby. Opisane objawy kliniczne ustąpiły po leczeniu, którego skuteczność w tym stadium choroby sięga 90%.

Tylko w jednym z trzech opisanych przypadków udało się ustalić fakt ukąszenia przez kleszcza.

Chociaż nie ma dokładnych danych na temat częstości występowania boreliozy w Polsce, należy w podejrzanych przypadkach wykonywać badania w kierunku stężenia przeciwciał skierowanych przeciwko *B. burgdorferi*. Wobec braku odpowiedniej szczepionki ważna staje się profilaktyka. Jedyną metodą zapobiegania w boreliozie jest doraźne usuwanie kleszczy oraz stosowanie odpowiedniego ubioru w miejscach endemicznych. Nie powinno się jednak stosować leczenia u podejrzanych, u których stwierdzono występowanie przeciwciał *B. burgdorferi*, jeśli nie stwierdza się objawów klinicznych choroby [9].

PIŚMIENNICTWO

1. Łukasik S., Wójtowicz A., Będkowski A. Krętkowica kleszczowa. Wiad. Lek. 1993, 13–14, 506–510.
2. Skorochodzki J. i in.: Zespół Bannwartha u 6-letniej dziewczynki jako wczesna postać neuroboreliozy. Neurol. Dz. 1997, 6, 12, 115–119.
3. Jenek J. Diagnostyczne metody laboratoryjne w boreliozie z Lyme. Nowiny Lek. 1995, 64, 249–258.
4. Dziubek Z. Zakażenia przenoszone przez kleszcze. Ped. Pol. 1995, 70, 2, 383–388.
5. Basiak W., Kajfasz P. Układ nerwowy w krętkowicy kleszczowej. Nowa Med. 1995, 2, 14–15.
6. Dekonenko E.P. i in.: The basic syndrome of neurological disorders in Lyme borreliosis. Ter. Arkh. 1995, 67, 11, 52–53.
7. Coyle P.K. i in. Detection of *Borrelia burgdorferi*-specific antigen in antibody-negative cerebrospinal fluid in neurologic Lyme disease. Neurology 1995, 45, 11, 2010–2015.
8. Alcalay M., Debiais F. Lyme disease. Rev. Prat. 1994, 44, 12, 1611–1619.
9. Prokopowicz D. Choroby przenoszone przez kleszcze. Wydawnictwo Fundacja P.B. Buchnera, Warszawa 1998, s. 141.

Adres autora: dr n. med. Marian Łysiak
Poradnia Neurologiczna
Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego
ul. Konstytucji 3 Maja 40
87-100 Toruń

Pracę nadesłano 01.12.1997 r.

Przebicie drenu układu zastawkowego komorowo-otrzewnowego do jelita – spostrzeżenia kliniczne

Intrabowel migration of a ventriculo-peritoneal shunt catheter – clinical observations

Marian Łysiak, Maria Dąbrowska, Jarosław Rożnowski, Joanna Pawłowska

Oddział Izolacyjny Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Toruniu
Ordynator: lek. med. Maria Dąbrowska
Poradnia Neurologiczna Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Toruniu
Kierownik: dr n. med. Marian Łysiak

Przedstawiono dwa przypadki powikłań pod postacią przemieszczenia drenu układu zastawkowego komorowo-otrzewnowego (u.z.k.-o.) do jelita. W przebiegu obserwacji brano pod uwagę wiele czynników: biegunkę, glistnicę, zapalenia wyrostka robaczkowego, ciało obce i refluks pęcherzowo-moczowodowy. O rozpoznaniu przesądziło pojawienie się drenu u.z.k.-o.

Słowa kluczowe: *układ zastawkowy komorowo-otrzewnowy, perforacja jelita, wodogłowie*

Intrabowel migration of a ventriculo-peritoneal shunt catheter – clinical observations

The authors report bowel perforation as a complication caused by ventriculoperitoneal shunt drainage (V-P) in two cases of hydrocephalus. Many factors such as: enterocolitis, ascariasis, appendicitis, foreign body and vesicoureateral reflux have been considered. The diagnosis became clean when it V-P, shunt catheter appeared in the anus.

Key words: *ventriculoperitoneal shunt, intrabowel migration, hydrocephalus*

Pierwszy przypadek wystąpienia powikłań w leczeniu u.z.k.-o. opisał Kausch w 1908 r. [1]. Od tego czasu pojawiły się nieliczne opisy przypadków przemieszczenia się drenu u.z.k.-o. głównie do klatki piersiowej i przewodu pokarmowego [2–4]. Są to powikłania powodujące mniejsze zagrożenie życia niż układy zastawkowe komorowo-przedsionkowe.

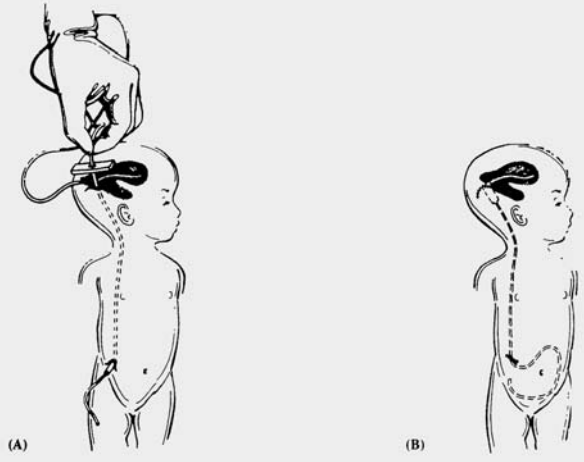
Przypadek 1. Chłopiec 5-letni, z ciąży IV, porodu IV, z urodzeniową masą ciała 2700 g. Ocenione w skali Apgar w 1' – 8 p., 5' – 8 p., 10' – 9 p. z objawami krwawienia śródczaszkowego w USG, stopy płasko-koślawe. Z powodu narastającego wodogłowia (obw. gł. 53,4 cm, kl. piers. 53 cm) w 6 mies.ż. założono u.z.k.-p. Pudenza po stronie prawej. Stwierdzono zez zbieżny oka prawego, opóźnienie w rozwoju ruchowym (zaczął chodzić w 3 r.ż.), leworęczność, rozwój umysłowy odpowiedni dla wieku. Z powodu wystąpienia drgawek i podejrzenia padaczki w 3 r.ż. rozpoczęto stosowanie klonazepanu (2 × 1 mg). W 5 r.ż. wystąpiły drgawki oraz objawy dysfunkcji u.z.k.-p., co spowodowało konieczność ponownego wszczepienia (tym razem u.z.k.-o.) po stronie lewej. Obwód głowy 53,4 cm, klatki piersiowej 55 cm, stwierdzano astenię, kontakt z dzieckiem był prawidłowy, chłopiec wykazywał zaburzenia koncentracji, niezgrabność ruchową oraz zaburzenia chodu (chód na szerokiej podstawie). Napady padaczkopodobne ustąpiły, zaczęto

Ryc. 1. Dren zastawki komorowo-otrzewnowej przemieszczony do odbytnicy u 5-letniego chłopca
Fig. 1. Ventriculoperitoneal catheter dislocated to the anus in a boy 5 years old

redukować dawki klonazepanu. W wieku 5,5 lat wystąpiły objawy „ostrego brzucha", rozpoznano odczynowe zapalenie wyrostka robaczkowego z zapaleniem otrzewnej oraz węzłów chłonnych (badanie histopat. z 25.05.97 nr 7560-1). Kiedy matka chłopca relacjonowała o wysuwaniu się „białej rurki" z odbytnicy, podejrzewano glistnicę lub fragment plastikowej zabawki. Z powodu drgawek i wystąpienia luźnych stolców skierowano pacjenta do szpitala, podejrzewając ciało obce w przewodzie pokarmowym. Podjęto tam decyzję o konieczności wykonania badania rektoskopowego w oddziale chirurgii dziecięcej.

Badania tego nie wykonano wobec pogorszenia się stanu ogólnego i wystąpienia drgawek. Pacjenta skierowano na oddział izolacyjny, gdzie przez 3 dni oddawał luźne stolce ze śluzem. W 8 dniu pobytu na oddziale zauważono dren u.z.k.-o. wystający na 3 cm z odbytu. Po konsultacji neurologicznej skierowano chłopca ponownie na oddział chirurgii dziecięcej z rozpoznaniem drenu u.z.k.-o. w odbytnicy. Leczenie operacyjne polegało na wysunięciu drenu z jelita czczego i zaopatrzeniu szwami miejsca uszkodzenia jelita. Dren pozostawiono w przestrzeni otrzewnowej.

Przypadek 2. Chłopiec 2-letni, urodzony o czasie z ciąży I, porodu I, o urodzeniowej masie ciała 2460 g (poród w domu). W pierwszej dobie życia operowany z powodu przepukliny oponowo-rdzeniowej odcinka Th_{11}-S_2 metodą Lumberga. Gojenie rany było powikłane martwicą bez przecieku płynu mózgowo-rdzeniowego (p.m.-rdz.). W badaniu przedmiotowym obserwowano narastanie obwodu głowy oraz podwyższone ciśnienie p.m.-rdz. (50 cm H_2O). W 4 tyg.ż. wszczepiono u.z.k.-o. w postaci średniociśnieniowej zastawki Pudenza po stronie lewej. W 3 mies.ż. ze względu na powikłanie infekcyjne oraz utrzymywanie się wysokiego ciśnienia p.m.-rdz. wykonano reoperację zastawki na niskociśnieniową. W tym czasie w



Ryc. 2. Umieszczenie u.z.k.-o. ze śladem nacięć i przebiegiem podskórnym (A).
Ułożenie drenu u.z.k.-o. w jego przebiegu początkowym do końcowego. Rzut ciemieniowo-potyliczny [7] (B)
Fig. 2. Placement of the ventriculo-peritoneal shunt. Note the incisions and the placement of subcutaneous tunneling device (A).
Ventriculoperitoneal shunt. Ventricular subcutaneous and peritoneal catheters in final position.
This figure illustrates the parietal occipital approach [7] (B)

badaniu CUM stwierdzono refluks pęcherzowo-moczowodowy po stronie lewej. Utrzymujące się zaleganie moczu w pęcherzu wymagało cewnikowania pęcherza moczowego

W 11 mies.ż nastąpił wyciek p.m.-rdz wokół zastawki, co wymagało jej usunięcia oraz wszczepienia nowej, tym razem po stronie prawej

W wieku 19 miesięcy zauważono wypadnięcie drenu u.z.k.-o. przez odbyt. Leczenie chirurgiczne polegało jak w poprzednim przypadku na wysunięciu drenu z jelita czczego i zaopatrzeniu szwem miejsca uszkodzenia jelita

Omówienie

Do wodogłowia dochodzi najczęściej z powodu zaburzeń równowagi między tworzeniem i wchłanianiem płynu mózgowo-rdzeniowego, a głównie w przebiegu zaburzeń przepływu. Mogą one być następstwem wrodzonego zwężenia lub zamknięcia wodociągu mózgu, otworów między komorami bocznymi i komorą III (Luschki) i pośrodkowego komory IV (Magendii). Przyczyną powstawania zaburzeń przepływu mogą być również krwawienia w następstwie niedotlenienia okołoporodowego, jak to było w przypadku 1 lub współistnienia wad wrodzonych o.u.n., np. przepukliny oponowo-rdzeniowej, jak w przypadku II. Wyróżnia się 3 główne powikłania leczenia wodogłowia układem zastawkowym. Pierwsze stanowi mechaniczna niedrożność zastawki (29%). Drugie to zakażenia układu zastawkowego (35%), a trzecie zespoły przedrenowania (10%) [5]. Zakażenia układów zastawkowych wywołują najczęściej *Staphylococcus epidermidis* i *Staphylococcus aureus*, a u wcześniaków *Escherichia coli* [6]. Z powodu licznych powikłań w leczeniu u.z.k.-p. reoperacji dokonuje się z częstością 2, 6 na jednego pacjenta [6].

Preferowane ostatnio leczenie u.z.k.-o. powoduje znacznie rzadsze powikłania niż leczenie u.z.k.-p. Do wyjątkowych powikłań należą zapalenie oraz ropnie, ziarniaki i torbiele otrzewnej.

Opisane przypadki przedstawiamy, wskazując na rzadkie powikłanie w preferowanym leczeniu wodogłowia u.z.k.-o. W przypadku 1 objawy powikłania sugerowały ostry odczyn zapalny wyrostka robaczkowego z zajęciem otrzewnej i węzłów chłonnych. W przypadku 2 perforacja drenu u.z.k.-o. do jelita czczego przebiegała bezobjawowo. Wypadnięcie drenu otrzewnowego przez odbyt przesądziło o rozpoznaniu.

PIŚMIENNICTWO

1. Pudenz R.N. Surgical treatment of hydrocephalus. An historical review. Surg. Neurol. 1981, 15, 15–26.
2. Taub E., Lavyne, M.H.: Thoracic complications of ventriculoperitoneal shunts: case report and review of the literature. Neurosurgery 1994, 34, 1, 181–184.
3. Doh J.W. i in. Hydrothorax from intrathoracic migration of a ventriculoperitoneal shunt catheter. Surg. Neurol. 1995, 43, 4, 340–343
4. Alonso-Vanegas M. i in.. Case report. Gastric perforation due to ventriculo-peritoneal shunt. Pediatr. Neurosurg. 1994, 21, 192–194.
5. Przasnek S.T. i in. Powikłanie leczenia zastawkowego wodogłowia w materiale Oddziału Neurochirurgicznego i Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie w latach 1980–1991. Neur. Neurochirur. Pol. 1993, Supl. 3, 93
6. Stehling L.: Common problems in pediatric anesthesia, 2nd ed., Mosby Year Book, St. Louis 1992, s. 263–266.
7. Allen M.B. Jr., Miller R.H.: Essentials of neurosurgery. A guide to clinical practice, McGraw-Hill, Inc. Health Professions Division, Nowy Jork 1995, s. 133.

Adres autora: dr n. med. Marian Łysiak
Poradnia Neurologiczna
Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego
ul. Konstytucji 3 Maja 40
87-100 Toruń

Pracę nadesłano 01. 12. 1997 r.

NEUROLOGIA DZIECIĘCA
CHILD NEUROLOGY
Vol. 14/2005 Nr 28
PRACA POGLĄDOWA/REVIEW PAPER

Dr med. Georg Seger (1629–1678), pionier w dziedzinie epileptologii dziecięcej w Toruniu

Dr med. Georg Seger (1629–1678), pioneerin the field of child epileptology in Toruń

Marian Łysiak

Komisja Historyczna Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu
Przewodniczący: dr n. med. Marian Łysiak

Streszczenie
Słowa kluczowe: historia padaczki w XVII w.

Przedstawiono krótką notę biograficzną dotyczącą dr med. Georga Segera (1629–1688). Jako lekarz nadworny królów polskich oraz fizyk miejski w Toruniu interesował się padaczką. Wśród opisanych przez niego przypadków znalazły się: obserwacja dotycząca wpływu padaczki u ciężarnej na płód, lecznicze działanie oparzenia oraz zez jako następstwo napadów padaczkowych.

Abstract
Key words: history of epilepsy in 17th century

A brief biography of Georg Seger (1629–1688) was presented. This doctor of polish kings and city physician of Torun was interested in epilepsy. Among cases he reported were: observation of influence of pregnant epilepsy on fetus, therapeutic effects of bum and squint as an sequel of epileptic seizures.

Do najbardziej znanych źródeł dotyczących kliniki i leczenia padaczki dziecięcej w Polsce zalicza się *Zielnik*, czyli *Herbarz*, autorstwa Stefana Falimirza z Ciechanowca, opublikowany w języku polskim w roku 1534. Nieco później Jan Hieronim Chróściejowski z Poznania wydał w roku 1583 w Wenecji, podręcznik pediatrii *De morbus puerorum* według wykładów swego mistrza Mercurialiego. W średniowieczu padaczkę wiązano z czynnikami nadnaturalnymi. Nazywano ją Polsce: wie1ką chorobą, wie1kim napadem, chorobą św. Wa1entego, chorobą z upadkami, czy drgawkami [1]. Opisy padaczki w okresie od XVI do XVIII w. publikowane były w języku łacińskim lub polskim. Ostatecznie przyjęła się nazwa: epilepsja z greckiego „epilambanei", co oznacza schwytać. Wśród lekarzy pub1ikujących swe obserwacje zna1azł się dr med. Georg Seger.

Georg Seger urodził się w Norynberdze w roku 1629. We wczesnej młodości przybył z rodzicami do Torunia i dlatego w wieku dojrzałym uważał siebie za toruńczyka. Po ukończeniu toruńskiego gimnazjum podjął studia medyczne. Studiował na uniwersytetach w Lipsku, Wittenberdze, Altdorfie, Bazylei i Kopenhadze, gdzie przebywał najdłużej. Pociągnęła go tam asystentura i przyjaźń wybitnego anatoma duńskiego Tomasza Bartholinusa (1616–1680), któremu zawdzięczał później swoje zainteresowania i sukcesy w tym przedmiocie. Promocję na doktora medycyny i filozofii uzyskał w roku 1660 w Bazylei. Jego talent pedagogiczny sprawił, że w latach 1650–1652 zaangażowany został na stanowisko guwernera synów Teodora Potockiego [2]. Ostatecznie wrócił do Torunia, obejmując w roku 1663 stanowisko fizyka miejskiego. Pierwszą sekcję przeprowadził w roku 1666, 70 lat wcześniej niż dr med. Henryk Leelhöffe1 w Warszawie. Popularność dr. Segera musiała być znaczna, skoro przez 12 lat zajmował stanowisko lekarza nadwornego trzech królów polskich: Jana Kazimierza, Michała Korybuta Wiśniowieckiego i Jana III Sobieskiego [3]. W roku 1675 opuścił Toruń przenosząc się do Gdańska, gdzie zmarł 19 grudnia 1678 r. [4].

Dr Seger był autorem przeszło 30 publikacji, a wśród nich pięciu dotyczących padaczki: *Epilepsja ex incauto usu olei Iuniperini* [5], *De caecitate post epilepsiam in parturiente* [6], *De epilepsia gravidam eiusgue embryonem per XXV hebdomadas infestante* [7], *Epilepsja igne curata* [8], *De strabismo ex epilepsia* [9]. A oto ostatnie trzy, dotyczące płodu i dzieci w tłumaczeniu z oryginału łacińskiego mgr Hanny Nowakowskiej.

Ryc. 1. Dr med. Georg Seger (1629–1678)

Obserwacja CIIX

O epilepsji dręczącej ciężarną i jej płód przez 25 tygodni

Żona introligatora Fryderyka Waltera, naszego krajana, o sangwinicznym temperamencie, mająca około 30 lat, gdy w dniu 9 marca 1665 roku była już w czwartym miesiącu ciąży, zaczęła skarżyć się rano na ból w lewej łopatce, podejrzewała jednak, że przed kilkoma dniami nadwerężyła ją w wypadku w piwnicy. Od południa nie spodziewając się niczego niepomyślnego bardzo cierpiała z powodu konwulsji epileptycznych, które rozpoczęły dwudniową afonię, wielką słabość i inne paroksyzmy epileptyczne. Przepisywałem wtedy różne lekarstwa przeciwpadaczkowe, ale im więcej ich używała, tym liczniejsze były ataki. To także spotkało ją po zjedzeniu polewek i innego pożywienia. Potem odmawiała jedzenia przez całe osiem dni, ledwie zjadła jedną lub dwie łyżki jakiejś polewki, jednak bardzo niechętnie, ciągle nadchodził bowiem jakiś paroksyzm. One jednak chociaż niczego nie przyjmowała, były dla niej dość przykre. Dnia 16 marca wypłynął z jej narządów rodnych białawy i lepki płyn, któremu towarzyszył wstrętny zapach, ogarnął ją strach i bardzo ciężkie bóle w pachwinach, całkowite opadnięcie z sił, tak że ledwie była zdolna do ruchu nadgarstkami. Poleciłem użycie kordiałów wzmacniających matkę i płód, ale na próżno. Powstało wtedy podejrzenie, że płód jest obumarły, które to podejrzenie stawało się z dnia na dzień poważniejsze, czuła także pochodzący z dolnych części brzucha smród, a także zbliżający się atak epilepsji, powiększył się ruch embrionu, czego matka nie czuła od początku choroby, oziębienie wewnętrznych części brzucha i jakąś ociężałość. I ponieważ nie było żadnych korzyści ze stosowania środków zewnętrznych, które kobiety mają zwyczaj przykładać w celu pobudzenia siły płodu, wszyscy twierdzili, że płód jest obumarły i namawiali mnie do spędzenia płodu, sama chora była temu przeciwna. Ja chociaż do części z tych objawów podszedłem niechętnie, ledwie jednak mogłem po wielu perswazjach uzyskać od chorej, aby zażyła łyżkę wody cynamonowej, ponieważ użycie jej przyspieszało ataki epilepsji. Zdarzyło się dnia 19 marca, że matka chorej pod moją nieobecność domieszała do łyżki wyżej wymienionej wody, trochę destylowanej wody lilii konwalii z winem, nakłoniła córkę, aby to wypiła, po wypiciu chora najpierw doznała wielkich ruchów w brzuchu, po których nadszedł ciężki atak epilepsji. I od tego czasu chora czuła ruchy płodu, który czasami bywał słaby, niekiedy jednak, z pewnością zawsze w tym czasie, kiedy chorej groził atak, był gwałtowniejszy i bardziej niespokojny, że było poza wszelką wątpliwością, że najpierw płód, a potem matka umrą. Poradziłem użycie lekarstw przeciwpadaczkowych i wzmacniających płód, ale ponieważ po ich użyciu konwulsje stawały się częstsze, chora odmówiła w ogóle używania środków wewnętrznych. Wyznaję, że gdy w mojej obecności połknęła trochę proszku albo balsamu z embrionów, wkrótce czuła, że nadchodzi atak i konwulsyjne drgawki płodu. Umiarkowane spożywanie jedzenia i picia nie było już tak szkodliwe. Tak więc sytuacja poprawiała się dzięki moim radom, samej naturze i Bogu Wszechmocnemu, przede wszystkim gdy paroksyzmy nie atakowały chorej tak często, ona, czując się silniejsza, zajęła się obowiązkami domowymi: kiedy nie była zmuszona wracać do łóżka wstrząsana ruchami płodu, które najbardziej różniły się od zwykłego jego ruchu. Przeczuwała, kiedy zbliża się atak. I tak nieszczęsna spędzała czas między nadzieją a bolesnym strachem, aż wreszcie 31 sierpnia nadeszła upragniona godzina porodu, podczas której podwójnie była wstrząsana atakiem, nieświadoma tego urodziła wspaniałego chłopca, który natychmiast został ochrzczony, a ja byłem ojcem chrzestnym. I od tego czasu ani matka, która dotąd przez 25 tygodni cierpiała na epilepsję, ani syn nie odczuwali podobnych wstrząsów. Żyją oboje dotąd dzięki łasce Boga zdrowi i cali.

Obserwacja IX

Epilepsja leczona ogniem

Panarolus Jatrol. Pentec. 2 Obs. 39.p.53.b. referuje, że widział młodzieńca chorego na epilepsję, który wpadłszy w ogień bardzo sobie poparzył stopę, ale nigdy w przyszłości nie był już nękany epilepsją. Podobnej kuracji doświadczył w młodości pewien człowiek, którego spotkałem na początku roku 1657, gdy udawałem się do Chitonium i wizytowałem owo sławne Canobium Bordesbolmense. Był on żebrakiem. Ponieważ od wczesnych lat był bardzo dręczony przez epilepsję, doświadczył kiedyś takiej sytuacji, że uległ atakowi, gdy nikogo przy nim nie było i wpadł do ognia. Upadając na twarz bez wątpienia zginąłby, gdyby nie nadszedł ktoś z domowników i nie pomógł nieszczęsnemu. Mówił, że od tego czasu rzadziej był dręczony epilepsją i że chociaż kuracja była gwałtowna, osiągnął dzięki niej korzyść. Twarz bowiem poza tym była nietknięta, prawy bok był bardzo zdeformowany, skóra na głowie po prawej stronie była łysa, stracił wtedy całkiem prawe oko. Lewe zaś oko ciągle łzawiło, było mniejsze, tak głęboko osadzone w oczodole jakby go prawie nie było. Żebrak mówił jednak, że widzi. Ponadto także mięśnie podtrzymujące szyję i umożliwiające zginanie jej, tak zostały zniszczone przez ogień, że nie mogą one wykonywać swoich zadań. Dlatego nieszczęśnik nigdy nie mógł podnieść twarzy, lecz zawsze był zmuszony oglądać ziemię.

Obserwacja CLXII

O zezie spowodowanym epilepsją

W roku 1670 na początku grudnia F. N., sześcioletnia córeczka kupca, zanim pokazały się śmiertelne dla niej objawy ospy, wielokrotnie uległa konwulsjom. Od urodzenia aż do ataku epilepsji miała oczy dobrze umieszczone, potem na wszystko patrzyła wywróconymi oczami. To także pamiętam, ponieważ gdy ostatnio badałem mojego przyjaciela pana G. F., księgarza, w roku 1662 w lipcu we Frankfurcie nad Menem, przyszły także do mnie jego dzieci: synek i córeczka, oboje zezowaci. Smutni rodzice oznajmili, że one urodziły się ze zdrowymi i prosto patrzącymi oczami, a przecież w drugim roku po urodzeniu dotknął je atak epilepsji, który spowodował zezowanie.

Przechodząc do podsumowania 17-wiecznych obserwacji padaczki, niełatwo dziś stwierdzić, mimo tak znaczących w tej dziedzinie osiągnięć czy bliżsi jesteśmy połowy czy końca drogi odsłaniającej ostatecznie tajemnicę tego dręczącego ludzkość schorzenia.

Piśmiennictwo

[1] Seyda B.: Dzieje medycyny w zarysie. Wyd. 2, PZWL, Warszawa 1979, 440–444.
[2] APT Akta Rodziny Steinbornów. Materiały źródłowe i notatki do opracowania „Lekarze w Toruniu w ubiegłym 700--leciu" syg. 6.
[3] Zernecke J.M.: Kern der Thornischen Chronica. Thorn 1711, 306–308. Prace lekarzy związanych z kulturą polską, publikowane w czasopiśmie „Miscellanea" z XVII i XVIII w. Jerzy Seger. Opr. i tłum. M. Kamińska-Axer. Arch. Hist. Med., 1976:39, 1, 93–96.
[4] Both E.: „Gdańska szkoła anatomii 1584–1812. Arch. Hist. Med. oraz Hist. Nauk Przyrodniczych 1928:8, (1, 2). Loth E., Czy ongi w gimnazjum toruńskim była wykładana medycyna? Arch. Hist. i Fil. Med., 1927:6 (2).
[5] Miscellanea Curiosa, Annus Secundus 1671, obs. VIII, pg. 27 Lipsk.
[6] Miscellanea Curiosa, 1672, obs. CLXI, pg. 293 Lipsk.
[7] Miscellanea Curiosa, 1672, obs. CLX, pg. 291 Lipsk.
[8] Miscellanea Curiosa, 1671, obs. IX, pg. 293 Lipsk.
[9] Miscellanea Curiosa, obs. CLXII, pg. 194 Lipsk.

Adres autora:
Zespół Przychodni Lekarskich OLK
Poradnia Neurologii Dziecięcej
Plac 18 Stycznia 4, 87–100 Toruń
MarianŁysiak@neostrada.pl

FAKTY I MITY O UZDRAWIAJĄCEJ MOCY RELIKWII ŚWIĘTEGO WALENTEGO

Małgorzata Łysiak-Seichter, Marian Łysiak

Komisja Historyczna Kujawsko – Pomorskiej
Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu,
mk_lysiak@poczta.onet.pl

Medycyna starożytna zazwyczaj nie oddzielała religii od uzdrawiania. Wyznawcy Asklepiosa, boga uzdrowiciela, wierzyli, że leczenie to proces również psychiczny, który może zajść dzięki modłom w jego świątyni. Chińczycy natomiast, przypisywali większą rolę uzdrawiania swoim bogom, ponieważ w kulturze tej już dzieci uczono o pozytywnym wpływie wiary na funkcjonowanie organizmu. Przez wieki czczono różne obiekty kultu z nadzieją na przychylną pomoc w walce z przeciwnościami losu, takimi jak choroba czy kalectwo. Ponieważ Jezus Chrystus i jego Apostołowie uzdrawiali, to samo mogli czynić w następnych wiekach święci. Po uznaniu chrześcijaństwa za religię państwową w cesarstwie rzymskim (391 rok) rozpowszechnił się kult męczenników-cudotwórców (12). Wydobywaniu z grobów ciał pierwszych świętych towarzyszyły często cuda, takie jak przywracanie wzroku ślepym, uzdrawianie chorych oraz wypędzanie demonów. Szczególną moc leczniczą przypisywano szczątkom świętych, którzy jeszcze za życia dokonali cudownych ak-

tów uzdrawiania. Z czasem zaczęto przypisywać świętym szczególne moce w określonych przypadkach dolegliwości (8). Zyskiwali oni miano patronów. Tworzono nawet tak zwane „apteki świętych" (11), czyli spisy patronów chorób, z których można było dowiedzieć się, jaki święty przyporządkowany jest do danej choroby lub danego organu ciała ludzkiego. Święci uzdrowiciele popularni byli przez następne stulecia (10). Im poważniejsze schorzenie, tym więcej świętych patronów wzywano na pomoc. Padaczka postrzegana jako ciężka przypadłość miała ich około 40-tu (1).

Najważniejszym z tej licznej grupy patronów padaczki był św. Walenty, znany obecnie szeroko jako patron zakochanych. Starożytne imię Valentine pochodzi od przymiotnika *valens*, czyli *silny, zdrowy* (4). Miejsce w historii, św. Walentego jako patrona chorych cierpiących na padaczkę Marcin Luter przypisywał podobieństwu brzmienia jego imienia św. Walentego do niemieckiego słowa upadać (9). Z powodu istnienia kilku świętych o tym imieniu nie łatwo zidentyfikować historyczną postać świętego Walentego. W martyrologium rzymskim pod dniem 14 lutego widnieją dwie postacie świętych Walentych męczenników, jednego z Rzymu drugiego z Terni (Umbra). Bollandyści, jezuici belgijscy zajmujący się spisywaniem serii żywotów świętych pańskich, twierdzą, iż była to jedna i ta sama postać. Tłumaczą to faktem, iż kult świętego przewędrował do Terni, a potem w związku z brakiem dokładniejszych wiadomości poczytany został za kult lokalny, oddawany pierwszemu biskupowi tego miasta (5). Inni historycy opowiadają się natomiast za hipoteza, którą

można by nazwać odwrotnością twierdzenia poprzedniego: to kult biskupa z Terni dostał się do Rzymu i zlokalizował przy *Via Flaminia*. Jakkolwiek by było, jego wczesne świadectwa są dostateczne i pewne.

Nie sposób określić datę narodzin wczesnochrześcijańskiego kultu relikwii. W I wieku n.e. wielu chrześcijan było Żydami, którzy odmawiali oddawania czci obrazom i pamiątkom po świętych. Kiedy chrześcijaństwo dotarło do Azji Mniejszej, prawdziwego tygla kultur i religii, nie wszyscy popierali ten zakaz. Postaciami, które odegrały ważną rolę w propagowaniu kultu relikwii były święta Helena (ok.248-329), matka cesarza rzymskiego Konstantyna Wielkiego (324-337), organizując wyprawę do Ziemi Świętej po relikwie, oraz święty Ambroży (ok.340-397), doktor kościoła, odkrywając relikwie dwóch męczenników Gerwazego i Protazego. Chociaż zbieranie relikwii zawsze było częścią starszej tradycji, szał ich gromadzenia sięgnął zenitu w IV wieku (14). Na początku IV stulecia czczono już grób Walentego męczennika, nad którym papież Juliusz I wybudował bazylikę, natomiast odnowił ją papież Teodor I. O tym grobie świadczą także pielgrzymi i itineraria (czyli drożnie - opisy podróży) z VII wieku (5). Późne *Acta* nie zasługują jednak na wiarę, toteż nic bliższego o świętym nie wiemy. Jak w wielu innych wypadkach, nie było to przeszkodą do rozwoju kultu, który chętnie sycił się legendą i powędrował w kraje całej niemal Europy, docierając także do nas. W Polsce imię Walenty musiało być znane od schyłku średniowiecza, ponieważ już w XVI wieku było dość popularne (5). Walenty –

kapłan, męczennik opisany został także przez Piotra Skargę w „Żywotach Świętych Starego i Nowego Zakonu" wydanych w 1860 roku (13). Wszedł również w zwyczaje ludowe i folklor, ale rzecz znów osobliwa: pod wpływem niemieckim skojarzył się wówczas z ciężkimi cierpieniami (epilepsją), podczas gdy na Zachodzie, zwłaszcza w Anglii i Stanach Zjednoczonych święty jest raczej patronem zakochanych, a jego dzień okazją do tego, by obdarowywać się drobnymi upominkami.

Od początków chrześcijaństwa Kościół nie zwalczał praktyki oddawania czci i gromadzenia relikwii, głosił jednak, że relikwia nie powinna być przedmiotem kultu sama w sobie, lecz obiektem reprezentujący wstawiennictwo u Boga danego świętego lub męczennika (14). Istnieje specjalne błogosławieństwo dla relikwiarzy w „Rytuale rzymskim" (5). Prawo kościelne wprowadziło zasadę, że we wszystkich ołtarzach muszą się znajdować co najmniej dwie relikwie (14). Ta zdumiewająca interpretacja sprawia, że handel relikwiami znacznie się nasilił. Relikwie były cenne, ponieważ promieniowały mocą, dawały ochronę i mogły uzdrawiać. Teraz zaś stały się niezbędne do odprawiania mszy. Relikwie stały się też przejawem bogactwa, ponieważ nabrały wartości handlowej. Można było je podarować w celu zdobycia czyjejś przychylności czy do ufundowania nowych kościołów, albo po prostu sprzedać w razie potrzeby. Powracający z wypraw krzyżowych zadłużeni królowie sprzedawali relikwie monarchom, którzy pozostali w Europie (14). Oficjalny zakaz handlu relikwiami wprowadzony już przez cesarza Teodozjusza I (379-395)

(14) sprowokował do rozwoju sztuki tworzenia cennych relikwiarzy, które to mogły zostać przedmiotem zakupu natomiast zawarte w nich relikwie były niejako ofiarowane dobrowolnie. Właściwie od VIII wieku kwitł ożywiony handel relikwiami (12).

Kościół dokonał szczegółowego zdefiniowania i sklasyfikowania relikwii. Podział ten obejmował trzy kategorie. Do relikwii pierwszej kategorii należały fragmenty kości, ciała, trzewi, które można przypisywać Jezusowi Chrystusowi, lub świętym. Relikwią drugiej kategorii była odzież, przedmioty osobiste, proch z grobu, mieszanka relikwii świętych. Do relikwii trzeciej kategorii zaliczano: obrazy, kwiaty, tkaniny mające kontakt z ciałem lub grobem (2). Ażeby relikwia została przedstawiona do publicznego kultu, relikwiarz musiał być opatrzony pieczęcią biskupa, arcybiskupa, kardynała lub postulatowa procesu kanonizacyjnego, stanowiącą dowód autentyczności. Niekiedy dokumenty takie nie zachowały się, gdyż z upływem czasu, w pożarach, ucieczkach, rewolucjach itp. zostały zgubione. Ważna była wówczas pieczęć położona na relikwiarzu, pod warunkiem, że zachowała się w nienaruszonym stanie (2). Środki ostrożności podjęte przez Kościół miały podwójne zadanie, potwierdzenie autentyczności: dla ochrony przed fałszerstwami dla celów handlowych oraz atakami przeciwników kultu relikwii. Dekret Soboru Trydenckiego z 25 sesji mającej miejsce 3 grudnia 1563 roku głosił: „*Ci, którzy twierdzą że nie należy oddawać honorów i czci relikwiom świętych lub, że jest bezcelowe, aby wierni okazywali im szacunek, podobnie jak innym świętym pamiątkom; że na próżno zwiedza się miejsca ich*

męczeństwa aby uzyskać ich pomoc, wszyscy oni musza zostać potępieni, jak to już kościół czynili poprzednio i jak czyni do dziś jeszcze" (2).

Dla milionów ludzi relikwie wiele znaczą. Przypisuje się im cudowną moc leczenia zarówno ciała, jak i duszy. Tysiące wiernych odbywają pielgrzymki do miejsc objawień, aby zbliżyć się do relikwii świętych w nadziei na cud (14). Ponieważ relikwie były nieodzowne w kościołach, wkrótce stały się powodem do ich budowy. Im ważniejsza relikwia, tym większe znaczenie miał kościół. Sanktuaria, w których znajdowały się ważne relikwie, przyciągały pielgrzymów. Relikwie bywały też często największą atrakcja na jarmarkach, które w wielu miastach odbywały się kilka razy do roku (14). Najpopularniejszymi miejscami kultu relikwii świętego Walentego są w Polsce Chełmno - Kościół Farny (6), Jasna Góra - Kaplica Świętych Relikwii, Lublin - Kościół nawrócenia św. Pawła Apostoła.

Po dokonaniu kwerendy zasobów sieciowych na temat obecności relikwii świętego Walentego w innych polskich kościołach znaleźć można jeszcze kolejnych blisko piętnaście miejsc kultu świętego. Należą do nich (w porządku alfabetycznym): Bieruń - Kościół św. Walentego, Cieszęcin – Sanktuarium, Futoma - Kościół Parafialny p.w. św. Walentego, Gniezno – Kaplica św. Walentego w Katedrze, Kórnik – Kościół Parafialny p.w. św. Wojciecha, Kraków – Kościół św. Floriana, Krobia – Sanktuarium św. Walentego, Kruszwica – Kościół p.w. śś. Piotra i Pawła, Limanowa – Kościół Parafialny, Lubcza – Parafia p.w. Najświętszego Serca Pana Jezusa, Matarnia – Kościół

św. Walentego, Przemyśl – Klasztor i Kościół Franciszkanów p.w. św. Marii Magdaleny, Poznań – Kościół św. Stanisława biskupa, Rudy Wielkie – Kościół Parafialny p.w. Wniebowzięcia Najświętszej Marii Panny, Tarnów Opolski – Kościół św. Marcina. Wszystkie wymienione kościoły gromadzą tak zwane relikwie pierwszej kategorii oraz często także relikwie trzeciej kategorii - czyli cudowne obrazy św. Walentego. O obfitości łask spływających na modlących się do niego wiernych świadczą liczne wota dziękczynne (cenne małe, pozłacane serduszka i sznury prawdziwych korali itp.) ofiarowane przez uzdrowionych. Także przetrwałe przez wieki kroniki parafialne zawierają podziękowania od osób, które otrzymały łaskę zdrowia za pośrednictwem św. Walentego.

Świat nauki próbuje wkraczać do świata sacrum i wydaje się, że niektórzy „naukowcy" pragną zemsty za sąd inkwizycji nad Galileuszem. Dla innych jest to tylko rodzaj krucjaty mającej zweryfikować odwieczne wierzenia, że Biblia opiera się na faktach historycznych, a nie tylko na tradycji i mitach (14). Nauka zgromadziła arsenał danych podważających autentyczność różnego rodzaju przedmiotów kultu. Można użyć szerokiej gamy najnowocześniejszych technik naukowych do określenia wieku i autentyczności przedmiotów, które od stuleci były uważane za święte. Wyniki ekspertyz mogą posłużyć do podważenia lub potwierdzenia przekazów religijnych. Chociaż sceptycy przypisują cuda i łaski spływające na wiernych sile sugestii lub podejrzewają, że wielu chorych wyzdrowiało w sposób naturalny, uzdrowieni ignorują tę argumentacje. W pewnych przypadkach, które

miały miejsce w średniowieczu, nawet stopniowy powrót do zdrowia uznawano za cud. Również współcześnie spontaniczne remisje i błędne zdiagnozowane choroby mogą prowadzić do przekonania, że zdarzył się cud. Autorzy prowadzący interdyscyplinarne badania na temat efektu placebo postrzegają to zjawisko jako wytłumaczenie cudownych uzdrowień (3). Reakcje ludzkiego organizmu uwarunkowane są nie tylko przez mechanizmy biologiczne, ale także kulturę (7). Kult relikwii od wieków jest nie tylko elementem życia religijnego, ale także tradycji i kultury europejskiej, nie obdzierajmy go zatem z mistycznej tajemnicy i cudownej mocy wszak wielu czerpało i będzie czerpać z niego siłę do walki z przeciwnościami losu.

Streszczenie

Przez wieki przypisywano szczególną moc leczniczą relikwii świętych, którzy jeszcze za życia dokonali cudownych aktów uzdrawiania. Jednym z świętych męczenników-cudotwórców był św. Walenty, znany obecnie szeroko jako patron zakochanych. Miejsce w historii, św. Walentemu jako patron chorych cierpiących na padaczkę, Marcin Luter przypisywał podobieństwu brzmienia jego imienia św. Walentego do niemieckiego słowa upadać. Z powodu istnienia kilku świętych o tym imieniu nie łatwo zidentyfikować historyczną postać Walentego. W martyrologium rzymskim pod dniem 14 lutego\d widnieją dwie postacie świętych Walentych męczenników, jednego z Rzymu drugiego z Terni (Umbra). Już na początku IV stulecia czczono grób Walentego męczennika, nad którym papież Ju-

liusz I wybudował bazylikę, natomiast odnowił ją natomiast papież Teodor I. Świadczą o tym itineraria z VII wieku. Kult, który chętnie sycił się legendą i powędrował w kraje całej niemal Europy, dotarł także do nas. Najpopularniejszymi miejscami czci relikwii świętego Walentego są w Polsce Chełmno, Jasna Góra i Lublin. Autorzy po dokonaniu kwerendy zasobów sieciowych na temat obecności relikwii świętego Walentego w kościołach innych polskich miast znaleźli jeszcze kolejnych blisko piętnaście miejsc kultu świętego. O obfitości cudów dokonanych na ich mocy świadczą liczne wota dziękczynne ofiarowane przez uzdrowionych, oraz podziękowania zawarte w kronikach parafialnych. Nauka dysponuje niewielkimi możliwościami udowodnienia, iż cudu nie było, a religia ma tylko wiarę na jego potwierdzenie. Kult relikwii od wieków jest nie tylko elementem życia religijnego, ale także tradycji i kultury europejskiej, nie obdzierajmy go zatem z mistycznej tajemnicy i cudownej mocy wszak wielu czerpało i będzie czerpać z niego siłę do walki z przeciwnościami losu.

Piśmiennictwo

1. *Ablewicz J.*: Pielgrzymka jako znak święty. Tarnowskie Studia Teologiczne 1983, IX, 13.
2. *Bouchard F.*: Wielkie cuda pobożności, czyli skarby kościoła wsparciem dla Ludu Bożego. Exter 2002,30-35.
3. *Chaput de Saintonge DM, Herxheimer A.*: Harnessing placebo effects in healthcare. Lancet 1994, 8, 344, 995-8.
4. *Fatovic-Ferencic S, Durrigl MA.*: The Sacred Disease and Its Patron Saint. Epilepsy Behav 2001, 2(4), 370-373.
5. *Fros H. SI, Sowa F.*: Twoje Imię przewodnik onomastyczno-hagiograficzny. Wydawnictwo Apostoła Modlitwy, Kraków 1992, 518-519.
6. *Grzeszna-Kozikowska A.*: Chełmno przewodnik. PWR, Toruń 2006.

7. *Harrington A.*: The placebo effect: an interdisciplinary exploration. Harvard University Press, 1997.
8. *Jagla J.:* Boska Medycyna i Niebiescy Uzdrowiciele wobec kalectwa i chorób człowieka. Neriton Warszawa 2004, 64-68.
9. *Jankovic SM, Sokic DV, Levic ZM, Susic V, Stojsavljevic N, Drulovic J.*: Epilepsy, eponyms and patron saints (history of Western civilization). Srpski Arhiv za Celokupno Lekarstvo 1996, 124(5-6), 162-5.
10. *Lebrun F.*: Jak dawniej leczono : lekarze, święci i czarodzieje w XVII i XVIII wieku. Bellona, Warszawa 1997.
11. *Ostrowski K.*: O czarach, znachorach i lecznictwie. Warszawa 1955.
12. *Schott H.*: Kronika Medycyny. Horyzont, Warszawa 2002.
13. *Skarga P.*: Żywoty Świętych Starego i Nowego Zakonu. Każdy dzień przez cały rok, wybranych z poważnych pisarzów i doktorów kościelnych, których imiona wyżej położone. Cz. I ,144-146.
14. *Sora S.*: Skarby niebios. Dzieje legendarnych, prawdziwych fałszywych relikwii chrześcijaństwa. Amber, Warszawa 2005.

Advances in Medical Sciences Vol 52 2007 Suppl 1

Past and present of the children's electroencephalography in Toruń

*Łysiak M**

OLK-MED Clinic in Toruń, Pediatric Neurology Department, Poland

Abstract

The beginnings of children's electroencephalography in Toruń can be seen in the period after the Second World War. On 15th May 1945 scientific researchers from the Faculty of Medicine of Stefan Batory University in Vilnius came to Toruń in hope of recreating the faculty at NCU (Nicolaus Copernicus University). The assistant professor Janina Hurynowicz started the organisation of the Neurophysiology and Comparative Physiology Institute at the Faculty of Mathematics and Natural Sciences of the newly created NCU. In 1949, along with the liquidation of the Institute's Branch, the Central Regional Psychic Health Centre was created, where the management was taken over by Prof. Hurynowicz. Thanks to the efforts of Hurynowicz, one of the first EEGs in Poland came to Toruń. It was an American Rham 6. The students of Hurynowicz in the field of EEG were the professors Leszek Janiszewski, Władysław Traczyk and also Juliusz Narębski, who after the death of Hurynowicz was managing the laboratory for children and teenagers. The students of Prof. Narębski were Genowefa Olearczuk and Wanda Waczyńska. In 1987 the first EEG laboratory for children was organised in the Specialist Clinic in the Children's Hospital in Toruń by the chief of the Developmental Neurology Clinic Marian Łysiak, PhD, M.D. The lab was managed by Jolanta Kujawska. She underwent trainings in the first EEG Laboratory for Children and Teenagers in Poland organised in the Mother and Child Institute in Warsaw in 1950 under the supervision of Prof. Anna Koślacz-Folga and Michaela Pakszys, M.D. In 1988, after having been moved to the newly built children's hospital complex of the Children's Hospital and the obtaining of a modern Pegasus, the children's EEG made another leap in its development. Kukawska qualified for the licence (1994).

Key words: EEG diagnostics in Toruń, EEG Laboratory for children.

* CORRESPONDING AUTHOR
OLK-MED Clinic in Toruń, Pediatric Neurology Department
87-100 Toruń, ul. Piękna 1, Poland
Tel: +48 56 6529067
e-mail: marianlysiak@wp.pl (Marian Łysiak)

Received 09 03.2007 Accepted 30 03.2007

Within a hundred-year history of electroencephalography the discipline itself became commonly acceptable [1]. Many years later its younger sister, children's electroencephalography, started to evolve. Its development took place after the WWII [2].The war paradoxes of human and institutional fates caused that the beginnings of the specialisation should be seen behind the medical universities. On 15th May, 1945, along with the transport of emigrants from Vilnius, numerous scientific researchers from the Faculty of Medicine of Stefan Batory University came in hope of recreating the faculty in Toruń.

The assistant professor Janina Hurynowicz, M.D. (1894--1967), 51 then, was particularly passionate about the idea [3]. Soon she started the organisation of the Neurophysiology and Comparative Physiology Institute at the Faculty of Mathematics and Natural Sciences of the newly created Nicolaus Copernicus University in Toruń. In 1946 the Branch of the National Institute of Psychic Hygiene in Warsaw was created by the Ministry of Health. Among the others the care of children and teenagers belonged to the tasks of the Institute. In 1949 along with the liquidation of the Institute's Branch, the Central Regional Psychic Health Centre (Centralna Wojewódzka Przychodnia Zdrowia Psychicznego) at 24/26 Mickiewicza Street was created, where the management was taken over by Prof. Hurynowicz.

In 1949 one of the first EEGs in Poland was introduced, Rham 6, one of those that were brought from the USA by Kazimierz Dąbrowski, a friend of Prof. Hurynowicz. The most distinguished students of the professor in the field of EEG were the professors Leszek Janiszewski, Władysław Traczyk and also Juliusz Narębski (1927-1995), who after the death of Huryno-

wicz was managing the laboratory for children and teenagers. He was born on 5th January, 1927 in Włocławek. Next year his parents with three kids moved to Vilnius, where his father was working as a city's main architect till 1937 and later as a professor of interior design at the Faculty of Arts of Stefan Batory University. After the war he came to Toruń with his family and other researchers from Stefan Batory University. The father, Stefan Narębski, took the position at the Faculty of Arts of the newly created Nicolaus Copernicus University. Juliusz Narębski, the son, studied at Medical University in Gdańsk (1947-1952). His first 9-month training he took in the Instituto Superiore di Sanita in Rome in the laboratory of neuropharmacology and biochemistry led by Prof. Ernest. B. Chain (Nobel Prize Laureate) and Prof. V. G. Longo. He wrote PhD thesis in 1960 in the Institute of Animal Physiology at the Faculty of Biology and Earth Sciences, NCU, by the title of *The Bioelectrical Functions (EEG) of Rabbits in Latent Repetitive Anaphylactic Shocks during Chronic Allergic States* („Czynność bioelektryczna mózgu (EEG) królików w poronnych powtarzanych wstrząsach anafilaktycznych w toku przewlekłych stanów uczuleniowych"). The supervisor of the thesis was Prof. Hurynowicz. In 1965 Narębski received a postdoctoral degree on the basis of the thesis *The Analysis of Electroencephalographic Brain Reversible Mechanisms of Anaphylactic States* („Analiza elektroencefalograficzna mózgowych mechanizmów odwracalnych wstrząsu anafilaktycznego"). He became an associate professor in 1975 and he became a full professor at the Institute of Animal Physiology, NCU, in 1989. The professor was an active member of various societies and scientific committees. Since 1968 he was a member of the Physiological Sciences Committee of the Polish Academy of Sciences and in the frames of this project he was a member of the Clinical Neurophysiology and Epilepsy Committee; since 1972 he was a member and founder of European Sleep Research Society; since 1984 he was a member of the Board of Polish Society of EEGraphy and Clinical Neurophysiology of the 1st term. In the period of 1984-1992 he was the chairman of the Sleep Research Section and since 1992 he was the organiser and the first chairman of the Polish Society of the Sleep Research.

In his scientific research he much appreciated the co-operation with X. Kopystecki, PhD, M.D., the chief of the Department of the Central Medical Technology Centre (Oddział Centralnego Ośrodka Techniki Medycznej) in Białystok. The result of their work was a doctoral thesis supervised by Prof. Narębski (06.05.1976). He was an author or co-author of numerous works [4-8,10-12]. In 1993 he was distinguished with the Diploma and the Medal of Honour of Napoleon Cybulski [11,12].

The students of Prof. Narębski were the graduates of the Faculty of Biology and Earth Sciences, NCU. Genowefa Olearczuk, M.A. was doing researches on the 8 channeled Galileo system, Italian, and Wanda Waczyńska, M.A. was working on a more modern 16 channeled Medicor, Hungarian. The interpretations of the EEG investigations of children were taken care of by Prof. Narębski.

From 1998 the management of laboratory was taken over by Stanisław Izdebski, M.D., a specialist in psychiatry. He had a very modern for the times Schwarzer PM 32 Digital system with a computer enabling a traditional paper and electronic data recording. The laboratory was doing three thousand EEG investigations annually, children from Toruń and the region accounting for 40%.

Meanwhile, in 1987 thanks to the initiative of the chief physician of the Children's Hospital in Toruń and the chief of the Developmental Neurology Clinic Marian Łysiak, PhD, M.D., an EEG laboratory for children was organised in the hospital. The lab had a 16 channelled Medicor. The chief position of the lab was given to Jolanta Kujawska, M.A., a graduate of the Faculty of Biology and Earth Sciences, NCU, Toruń. Her first contacts with EEG had taken place during the studies, while attending lectures of Prof. Narębski and later in the lab managed by him where she had started her first job in children's electroencephalography. Her further education had been provided by Prof. Anna Koślacz-Folga, M.D. and Michaela Pakszys, PhD, M.D. [13-18].

Prof. Koślacz-Folga was the organiser and the chief of the first Polish Electroencephalographic Laboratory for Children and Teenagers in the Mother and Child Institute in Warsaw, created in 1950, as well as the first chairman of the Developmental Electroencephalography Section.

Till 1988 the hospital provided the investigations only for children under 3-years-old. This year, after having been moved to the newly built children's hospital complex on the Skarpa housing estate, the lab underwent a consequent development. On 14th June, 1993, the lab received a modern EEG system, Pegasus EMS, made in Austria. In 1994 Kukawska was given the licence. The average number of the investigations in the years 1987-2006 oscillated around 1 400 annually. In 2004 the dream of Prof. Janina Hurynowicz, the creator of Torunian electroencephalography, came true. As a result of the fusion of Ludwig Rydygier Medical University in Bydgoszcz and Nicolaus Copernicus University in Toruń, Ludwig Rydygier Collegium Medicum of Nicolaus Copernicus University came to existence [19].

References

1. Jus K, Jus A. Elektroencefalografia Kliniczna. Warszawa: PZWL; 1967: 11-7.

2. Kułak W, Sobaniec W. Historia odkrycia EEG. Neurol Dziec, 2006; 29: 53-6.

3. Janina Hurynowicz (1894-1985), fizjolog i neurolog, profesor UMK. Toruńscy twórcy nauki i kultury (1945-1985). Warszawa – Poznań – Toruń: PWN, 1989, p. 103-9.

4. Chmielewska Z, Narębski J, Hurynowicz J. Wpływ Schizandra chinesis na EEG u nerwicowców i wyczerpanych z rysami depresyjnymi. Neurol Neurochir Psych Pol, 1957; 7: 41-51.

5. Gorzym M, Janiszewski L, Narębski J, Olearczuk G. Zmiany EEG oraz chronaksji układu westibularnego królików pod wpływem alkoholu etylowego. Studia Soc SSCI, Toruń Sec E IV/4 1958; p. 1-15.

6. Narębski J, Kądziela W, Waczyńska W. Procesy termoregulacyjne królika. Acta Physiol Polon, 1969; 20: 907-13.

7 Bagińska H, Olbrychowska E, Marczyńska-Rybowska M, Narębski J, Nowak L, Wojtowicz M. Choroba reumatyczna ośrodkowego układu nerwowego u dzieci Reumatologia, 1972; 10: 229-43.

8. Narębski J. Human brain homeothermy during sleep and wakefulness, an experimental and comparative approach. Acta Neuro-Biol Exp, 1985; 45: 63-75.

9 Narębski J, Tęgowska E. New aspects of temperature regulation during sleep Proc. 8-th European Congress of Sleep Resarch, Stuttgart, N. York Ed: J Fischer; 1988, p. 62-4

10. Kopystecki E, Narębski J, Żukowski J. Automatyczna analiza zapisów poligraficznych snu u ludzi. I Probl Techn Med, 1973; 4: 19-32.

11. Caputa M. Mały wielki człowiek, wspomnienie pośmiertne o profesorze J. N. Głos Uczelni, 1993; 9: 15.

12. Kalembka S. Pracownicy nauki i dydaktyki Uniwersytetu Mikołaja Kopernika 1945-1994, Toruń: UMK; 1995, p. 495.

13. Koślacz-Folga A. Elektroencefalografia Wieku Rozwojowego. Warszawa: PZWL; 1980, p. 9.

14. Koślacz-Folga A, Wyszyńska T. Wpływ leczenia ACTH na czynność bioelektryczną mózgu u dzieci. Ped Pol, 1957; 5: 577.

15. Koślacz-Folga A. Wyniki badań elektroencefalograficznych u dzieci z napadowymi, okresowymi bólami brzucha. Ped Pol, 1959; 8: 1067.

16. Koślacz-Folga A. Zagadnienia napadowych dysrytmii w zapisie eeg u dzieci z napadowymi zaburzeniami wegetatywnymi. Ped Pol, 1963; 9: 791.

17. Koślacz-Folga A, Lenartowicz, Tomaszewska H. Wpływ leczenia hormonalnego na obraz czynności bioelektrycznej mózgu u dwóch chłopców z karłowatością przysadkową. Prace i Materiały Nauk. IMiD. 1966; 8: 291.

18. Koślacz-Folga A, Lenartowska I. Wybrane zagadnienia z problemu otyłości dziecięcej. Doniesienie IV – Obraz czynności bioelektrycznej mózgu u dzieci otyłych. Prace i Mat Nauk IMiD. 1964; 3: 129.

19. Przybyszewski K. Koło historii zatoczyło krąg. Z dziejów zabiegów o utworzenie uczelni lekarskiej w regionie bydgosko-toruńskim. Meritum, 2004; 1: 4-7.

25.
INDEKS OSÓB (ROZDZIAŁY: 1–23)[1]

A
Accordi-Kilian Diana 93, 98
Aipru H. *110*
Alwin Katarzyna 89
Andracka Jadwiga 67
Antonowicz Wanda 120
Antoszewska Anna 21
Anzelm Adolf 74
Arystoteles 61
Asperger Hans 108

B
Balcerzyk Mirosława *130*
Balewska-Jurczak Halina 72
Baniewicz Napoleon 13
Barański Rajmund 10
Barcikowska-Stępień Aleksandra 11
Bartholinus Tomasz 135
Bata Barbara 73
Bauhin Jan 136
Beck Adolf 32
Bejnar-Sławow Bożena 115, 119
Berger Hans 32
Bieganowski Lech *130*
Bielawska-Żuchowska Zofia 58
Bień Jerzy 69
Bilikiewicz B. 77
Bilikiewicz Tadeusz 13
Bilska-Wódecka Małgorzata 89, 92, 93, 98
Binder Marek 104
Binnebesel Józefa 29
Binnebesel, rodzina 99
Bisiacka Danuta 98
Bleurer Eugeniusz 108
Błeszyński Jacek 110, 118, 121
Bojarczyk-Czyżewska Zofia 148, 149
Bolt Antoni 145
Boss Norbert *108*
Bożemska Ołena 100, 101
Bożemski Zbigniew 101
Brendel-Kwiatkowska Barbara 74
Brus Barbara *110*
Brygman Dorota 19, 22, 25, 26, 27, 30, 44, 47, 98, *131*, *132*, *133*
Brzeska Zofia 115, 116
Buchwald Wiesław 26, *131*
Budzińska Anna 112, 113, 115, 116
Budzyń Grażyna 58
Bulińska Hanna 98

C
Caputa Michał *37*
Castillo-Morales Randolfo 105
Cerkaski Witold 85, 87, 89, 116
Chain Ernest B. 36
Chalyakul T. *110*
Chmielewska Elżbieta 67
Chróst Monika 116
Chróściejowski Jan Hieronim 134

[1] Kursywą podano numery stron, gdzie nazwiska występują w przypisach.

Chylewska-Barakat Lidia 78
Ciborska Aleksandra 38
Cichoccy 99
Cichoń Jan 100
Cichoń, rodzina 99
Cieślak Marek 15, 16
Ciszewski F. *40*
Coghen Piotr van der 69
Cwynar Stanisław 77
Cybulski Napoleon 32, 33, 37
Czarnecki Janusz 20, 24, 74, 75, 76, *130*, *132*, 133, *140*
Czerniawska Marzena 19, 31
Czochańska Jagna 10, 11, 18, 19, 20, 21
Czubak Ewa 30
Czubernat Stanisław 68
Czyżewska Zofia 13, 15
Czyżewski Andrzej 104

D
Dawidowicz Aleksander *148*
Dąbkowski Mirosław 118
Dąbrowska Magdalena 114, 116
Dąbrowska Maria 77
Dąbrowski Kazimierz 13, 34
Dilling-Ostrowska Ewa 10, 18, 20, 22
Dmochowska Iwona 66
Domagalska Sylwia 19, 28, 30
Doman Glenn 55, 99, 100
Doman J. *56*
Domańska Lidia 116, 119
Drożdżal, rodzina 99
Duszyńska-Gawińska Joanna 72, 73
Duszyński Stanisław 68, 69, 71, 72
Dykcik Władysław 118
Dziewulski Wojciech 24

E
Eiger Marian 33

F
Faleńczyk Jolanta 98
Falimirz Stefan z Ciechanowca 134
Felsmann Mariusz Z. *132, 133*
Felsmann Mirosława *132, 133*
Fiderewicz Zbigniew 118
Fredro Aleksander 150
Freeman Denise 115

G
Galas-Zgorzalewicz Bożena 25
Gądzikiewicz Witold 144
Gert Agnieszka 47, 48, 256
Giersz Anita 121, 125
Golińska-Zbucka Anna 25, *131*
Gołąbek Stanisław 45
Górski K. 77
Grabałowska Krystyna 52
Grabowska Jadwiga *131*
Grobelska Ewa 100
Grochal Anna 20, 30, 44, 47, 66, 99, 100, *131*
Groër Franciszek 10
Grządkowska Maria 52
Grzegorczyk-Dłuciak Nela 114, 115
Grzybowska Aldona 77
Guzowska-Marek Radzisława 114, 120, 121, 122, 123
Guzowska Sława 116

H
Hapyn Ewa 74
Haraszczak Katarzyna 115, 116
Haremska Agnieszka 114, 118, 119
Hausman-Petrusewicz Irena 11
Herman E. *32*
Hermanowska Jolanta 26, *131*
Hipokrates 136, 140
Hurynowicz Janina 12, 33, 34, 35, 36, 40

I
Indan-Cimochowska Lucyna 15, 133
Ingaczewska Beata 115, 116
Iwaniszewska Barbara 27, 47, 48, *131*, *133*
Izdebski Stanisław 37, 38

J
Jäckle Renate *108*
Janas Monika 53
Janiszewski Leszek *33*, 35
Jan Kazimierz, król 140
Jankowska Helena 27, *131*
Januszkiewicz Wanda 147
Jaranowska-Skowrońska Irena 147
Jasińska, psycholog 57
Jastrząb Jadwiga 52
Jastrzębska Bogumiła 66
Jaworska Jolanta 78
Jaźwiecka Małgorzata 65, 66
Joseph Robert M. *110*
Jóźwiak Sergiusz 10, 26
Jus A. *32*
Jus K. *32*

K
Kalembka Sławomir *34*, *35*, *37*
Kamińska-Axer Małgorzata *137*
Kaniowski Zygmunt 33, *37*
Kanner Leo 108
Karasiński Jerzy 74
Karczmarczyk Jan 152
Karoonyawanich S. *110*
Kasprzak-Czerwińska Ewa 98
Kawalec Wanda 41
Ketzner Krystyna 19
Kielar Zofia 74
Kijewski Stanisław 73
Kilanowska Zofia 117
Kipigroch Hanna 24
Kipper Mateusz 136
Klatzo Igor 34
Kłobukowska Anna 117, 120
Kłosińska-Pituła Małgorzata 74
Knill M. i Ch. 86, 128
Kojtka Andrzej 23
Kołodziejczak Anna 41
Komenda Maria 85, 87, 89
Kondziela Mirosława 74
Konieczna S. *10*
Kopańska Elżbieta 89, 98
Kopystecki Edward 37
Korczak Janusz 11
Korniluk Jolanta – patrz Kukawska Jolanta
Korzeniowski L. *108*
Kosiba Krystyna 58
Kosiński Józef *130*
Kosmowska-Rosochowicz Anna 49
Kośląc-Folga Anna 20, 37
Kowalewski Witold 14, 28, 30
Kowalewski Zygmunt 13, 14, 33, 35
Kowalska Grażyna 116
Kowalska Jolanta *131*
Kozankiewicz Monika 98
Kozłowski Jacek 112, 114, 115
Krauze Bogdan 69
Król Wiesław 74
Kruk-Lasocka Joanna 116
Krupkowski Stanisław 13, 35
Kruzel Tadeusz *10*
Krygier Katarzyna 88
Kuberski Zdzisław 11
Kudera Janina 58
Kukawska Jolanta 18, 19, 37, 38, 39
Kuklińska Joanna 30
Kułak W. *32*
Kuroczkin Izabella 51
Kuźma Inga 118, 120, 121, 129
Kuźma Marian 117
Kwiatkowska Renata 66
Kwieciński Hubert *108*

L
Leelhöffel Henryk 136
Lenz Tomasz 120
Lerner Alan J. *108*
Lewandowska Celina 66
Libicki Tomasz 98
Liczbik Marzena 88, 98
Lipińska Emilia 98
Lipowiczowa Zofia z domu Trzaska 143
Liszcz Krzysztof 99, 100
Longo V.G. 36
Lovaas Ivar 113
Lubiński I. *149*

Ł
Łaukajtys Tadeusz 69
Łazarewicz Irena 14
Łosiowski Zbigniew 18, 20, 21
Łuczak Bogdan *131*
Łukaszewicz-Dańcowa Danuta 10
Łuszczyńska Helena 87
Łysiak Marian *12*, 15, 17, 18, 19, 22, 25, 26, 27, *32*, *33*, *34*, 37, *40*, 44, 49, 57, 75, 76, *130*, *131*, *132*, *133*, *140*, *143*, *146*, *149*
Łyskanowski Marcin *10*

M
Majewska Zofia 9, 10
Malak H. *146*
Malinowski Andrzej *131*
Marecka Anna 66
Margalska Renata 78, 81
Martynowska Grażyna 45
Mastalerz-Wilkans Hanna 13
Mathiak Izabela 67
Matyjek Jerzy 18, 20, 46
Maurice Catherine 111
Mazur Elżbieta 111, 112
Mazurczak Tadeusz 41
Mądraszewska Ilona 87, 89
Mc'Kenzi 90
McLean Rebecca L. *110*
Mercuriali 134
Michałowicz Roman 10, 17, 20, 22
Mickiewicz Janina 53
Miecznikowska Małgorzata 115
Mielcarek Barbara 114
Mierzejewska Maria 66
Mieszkowska Elżbieta – patrz Mieszkowska-Żurawska Elżbieta
Mieszkowska-Żurawska Elżbieta 16, 17, 50
Mikos Małgorzata 117
Mikulska-Haniec Ludwika *131*
Miller Hanna 118
Mleczko-Dąbrowska Bożena 92
Młotkowski Krzysztof 72
Moczyńska Elżbieta 122
Moczyńscy 116
Modrzewski Marek 73
Mokrzecki L. *134*, *141*
Moniuszko-Codrow Alina 15
Morrow Eric M. *110*
Murawska Angelika 99
Murawska Barbara 67
Myszkowska Elżbieta 15

N
Nadolski B. 77
Narębski Juliusz 14, *33*, 35, 36, 37, 38
Narębski Stefan 36
Nikkel Elżbieta z domu Malinowska 148
Nikkel Paweł 148
Nowakowscy Bożena i Wojciech 111
Nowakowska Hanna 137

O
Obuchowska Irena 118
Olearczuk Genowefa 14, 37

Olsen J. 25
Olszewska Małgorzata 115
Olszewski Jerzy 34
Orkiszewski Marek 76
Orłowska-Sawionek Irena 73

P
Pakszys Michaela 37
Palicka Iwona 115, 119
Panarolus 139
Parczyk Alina 51, 52
Parzęcki Ryszard 52
Pawlak Dorota 66
Pawłowska Joanna *132*
Pełka Julian 73, 98
Pennock Keith 99
Perdzyńska Anna 23
Peron Henri 106
Pescosolido Matthew F. *110*
Pędrasik Lidia 118
Piasecka-Johnson Barbara 112, 114
Piechnik Ludwik *34*
Pierzchot Zofia 15, 16
Pietrasiewicz Janina 150, 152
Pietrowiak Bożena 13
Piędzia A. *110*
Pikulska Beata 66
Pilarska Ewa 10, *20*, 30
Piotrowska Halina 22
Pokojska Gertruda 58
Polakiewicz Marek 74, 76
Ponssardieŕe de la Frida 141
Ponssardieŕe Konstancja de la z Mieczkowskich 143
Ponssardieŕe Maksymilian de la 143
Ponssardieŕe Maria Tajda de la – patrz Trzaskowa Maria
Postek Grzegorz 19
Potocki Teodor 135
Przybyszewski Kazimierz *143*, *145*
Przygocka-Haraszczak Katarzyna 30
Puchowski Kazimierz *34*

R
Rabsztyn Ignacy 146
Raczyńska Anna 152
Radziszewska Anna 27, 47, 48
Rajewski Andrzej 116, 118
Rechenberg Katarzyna 136
Redziński Ryszard 29
Rogowski Józef 66
Roliński Ignacy 150
Rose Maksymilian 33
Rouba Tadeusz 74
Rozentalowa Aurelia 77
Rożnowski Jarosław *132*
Rybicka Małgorzata 112, 115, 121
Rylich Jerzy 72
Rzoska Paweł 119

S
Sadakierska-Chudy Anna 19, 26, 30
Sadowska Aleksandra 115
Sadowska Elżbieta 66
Sala Katarzyna 78
Sampanthavivat M. *110*
Sarnowska Natalia 123
Sawczuk Alicja 66
Sawicka Patrycja 65, 66
Sawicki Tomasz 87
Seger Anna Maria z domu Kuhfuss 134
Seger Anna, córka 135
Seger Albrecht, syn 134
Seger Albrecht, ojciec 134
Seger Georg 9, 12, *132*, 134, 136, *137*, 140, *141*
Seger Jan 135
Seger Krystyna 135
Seger Maria, córka 135
Seyda B. *134*
Sherborne Weronika 86, 111, 128
Sieńkowski Eugeniusz *130*
Sieradzan Ewa 66
Sinqkhwa W. *110*

Siuda-Rudnicka Izabela 89, 98
Skinner Burrhus Frederic 113
Skowrońska Dagmara 147
Skowrońska Hortensja z Kamieńskich 143
Skowrońska Krystyna Maria 147
Skowroński Marian Józef 12, *130*, *131*, 143, 144, 145, 146, 147
Skowroński Marian Lech 147
Skowroński Władysław 143
Skrzypek Maria 117
Sławińska I. *34*
Służewski Wojciech 20
Sobaniec W. *32*
Sobieski Jan III król 140
Sobieszak Grażyna 74
Sobocińska Róża 77, 78
Sokołowska Dorota 47
Sopek M. *37*
Spence Sarah J. *110*
Sroczyński Zygmunt 146
Staff Leopold 77
Stankiewicz Roman 24
Stawikowska Halina 53, 77, 78
Steinborn Barbara 20
Stefańska Renata – patrz Stefańska-Klar Renata
Stefańska-Klar Renata 111, 115, 119
Streich Hanna 23, *130*
Strock M. *109*
Strzałkowska Violetta 89, 98
Strześniewska Janina 45, *130*, *131*
Stupen Emanuel 136
Suski Andrzej 152
Swinarski A. 77
Szabelski Jan 63
Szampan Janina 51, *130*
Szarek Józef *132*, *133*
Szczekocka Elżbieta 98
Szczepanik Elżbieta 11, 45
Szczerbiak Maria 53
Szeptycka Jadwiga z Szembeków 150
Szeptycki Leon 150
Szmak Andrzej 74
Szmańda Tadeusz 15
Szot Maks 78
Szóstakowska Maria *131*
Szóstek Maria 72
Szpilkowska-Lorenc Renata 115
Szyntar Maria 52
Szyryński Wiktor 34

Ś
Ściesińska Halina 53, 118
Śródka A. *33*
Świdziński Janusz 14, 15, *17*, 57, 150
Świtling-Hirata Anna 98

T
Termanowska Dorota *131*
Traczyk Władysław Zygmunt 35, 36
Trędowicz Alicja 58, 67
Triche Elizabeth W. *110*
Trzaska Gustaw 143
Trzaska Józef 141
Trzaska Władysław 12, 141, 142, 143
Trzaskowa Maria 143
Tyborska Anna 98

U
Urbaniak Beata 116

V
Vail Tracy 115
Viscidi Emma W. *110*

W
Waczyńska Wanda 14, 37, 152
Walczyńska Maria 85, 89
Walentowicz Zygmunt 74
Walkowski Rafał 89

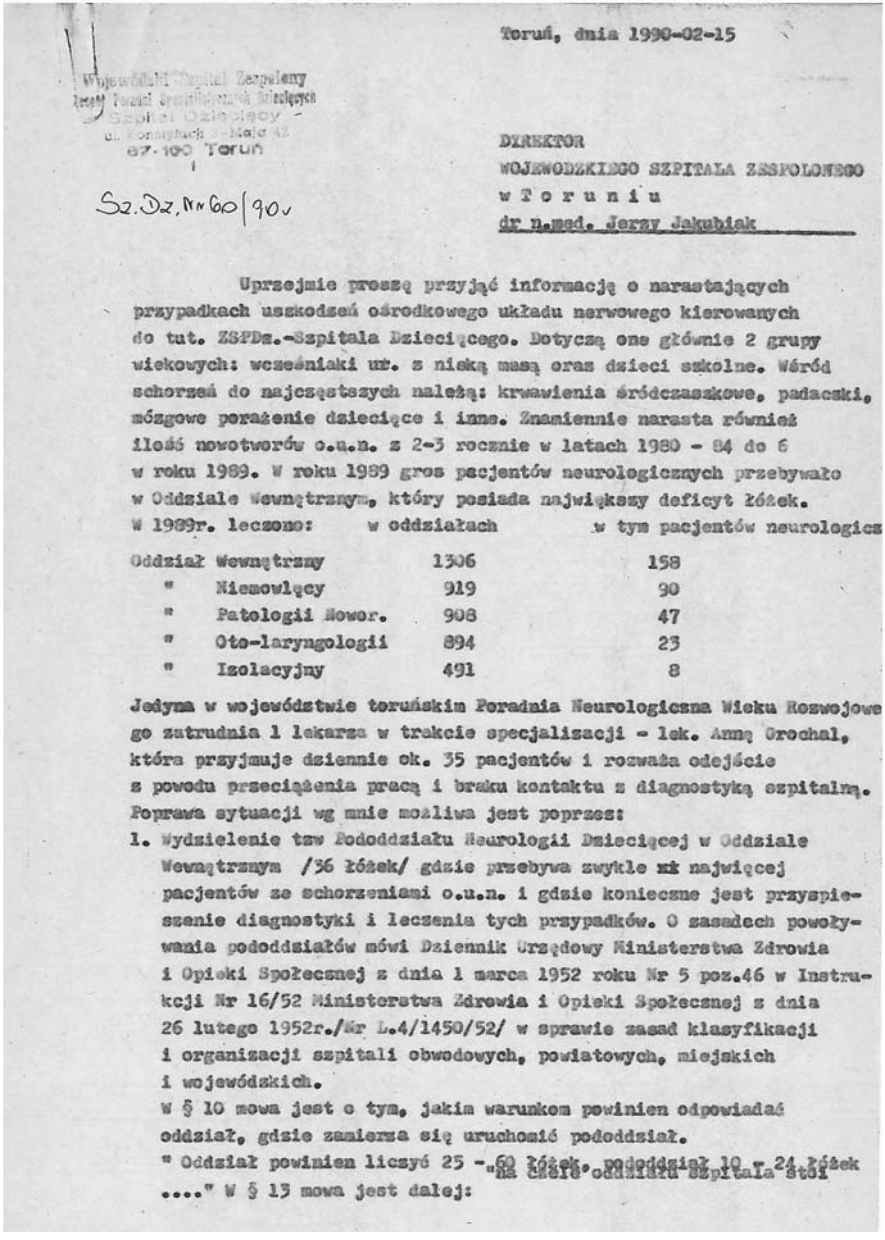
Walter Fryderyk 137
Warda Anna 115
Wasilewska Izabela 13, 14, 15, 147, 148, 149, 150, 151
Wasilewska Zofia 53, 66
Wasilewski Stanisław, syn 149
Wasilewski Stanisław, ojciec 149
Weberski Jakub 140
Weiss Kinga 118, 120, 121
Wendorf Janusz 11, 20
Wesołowska Marzena 47
Weymanowa Elżbieta z domu Szeptycka 150
Wilińska Maria 66
Wiskowatowa Tatiana 116
Wiśniowiecki Michał Korybut król 140
Witkowska Iwona – patrz Witkowska-Gęsicka Iwona
Witkowska-Gęsicka Iwona 25, 26, 30, 44, 47, 73, 98, *131*
Witkowska Jadwiga *131*
Wojak Maria 52, 58
Wojciechowska Anna 116
Wojciechowski Jarosław 116
Władecka Ewelina 47, 48
Władyczko Stanisław Karol 33
Wybudowska Anna 28

Z
Zaborowska Irena 11
Zabrodzcy 116
Zadrozińska Grażyna 24
Zaidat Osama O. *108*
Zarębski J. 18
Zbucki Zygmunt 20, 22, *130*
Zöllner Zachariasz 140

Ż
Żenkiewicz Renata 73
Żydołowicz Maria Jolanta 72, 73

26.
ANEKSY

ANEKS 1. Pismo kierownika ZPSD Szpitala Dziecięcego dr. n. med. Mariana Łysiaka do dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Toruniu dr. n. med. Jerzego Jakubiaka



Toruń, dnia 1990-02-15

Wojewódzki Szpital Zespolony
Zespół Poradni Specjalistycznych Dziecięcych
Szpital Dziecięcy
ul. Konstytucji 3 - Maja 42
87-100 Toruń

Sz.Dz.Nr 60/90

DYREKTOR
WOJEWODZKIEGO SZPITALA ZESPOLONEGO
w Toruniu
dr n.med. Jerzy Jakubiak

Uprzejmie proszę przyjąć informację o narastających przypadkach uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego kierowanych do tut. ZSPDz.-Szpitala Dziecięcego. Dotyczą one głównie 2 grupy wiekowych: wcześniaki ur. z niską masą oraz dzieci szkolne. Wśród schorzeń do najczęstszych należą: krwawienia śródczaszkowe, padaczki, mózgowe porażenie dziecięce i inne. Znamiennie narasta również ilość nowotworów o.u.n. z 2-3 rocznie w latach 1980 - 84 do 6 w roku 1989. W roku 1989 gros pacjentów neurologicznych przebywało w Oddziale Wewnętrznym, który posiada największy deficyt łóżek.

W 1989r. leczono:	w oddziałach	w tym pacjentów neurologicz
Oddział Wewnętrzny	1306	158
" Niemowlęcy	919	90
" Patologii Nowor.	908	47
" Oto-laryngologii	894	23
" Izolacyjny	491	8

Jedyna w województwie toruńskim Poradnia Neurologiczna Wieku Rozwojowego zatrudnia 1 lekarza w trakcie specjalizacji - lek. Annę Grochal, która przyjmuje dziennie ok. 35 pacjentów i rozważa odejście z powodu przeciążenia pracą i braku kontaktu z diagnostyką szpitalną. Poprawa sytuacji wg mnie możliwa jest poprzez:

1. Wydzielenie tzw Pododdziału Neurologii Dziecięcej w Oddziale Wewnętrznym /36 łóżek/ gdzie przebywa zwykle ~~xx~~ najwięcej pacjentów ze schorzeniami o.u.n. i gdzie konieczne jest przyspieszenie diagnostyki i leczenia tych przypadków. O zasadach powoływania pododdziałów mówi Dziennik Urzędowy Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 1 marca 1952 roku Nr 5 poz.46 w Instrukcji Nr 16/52 Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 26 lutego 1952r./Nr L.4/1450/52/ w sprawie zasad klasyfikacji i organizacji szpitali obwodowych, powiatowych, miejskich i wojewódzkich.
   W § 10 mowa jest o tym, jakim warunkom powinien odpowiadać oddział, gdzie zamierza się uruchomić pododdział.
   " Oddział powinien liczyć 25 - 60 łóżek, pododdział 10 - 24 łóżek ...." W § 13 mowa jest dalej: "na czele oddziału szpitala stoi

- 2-

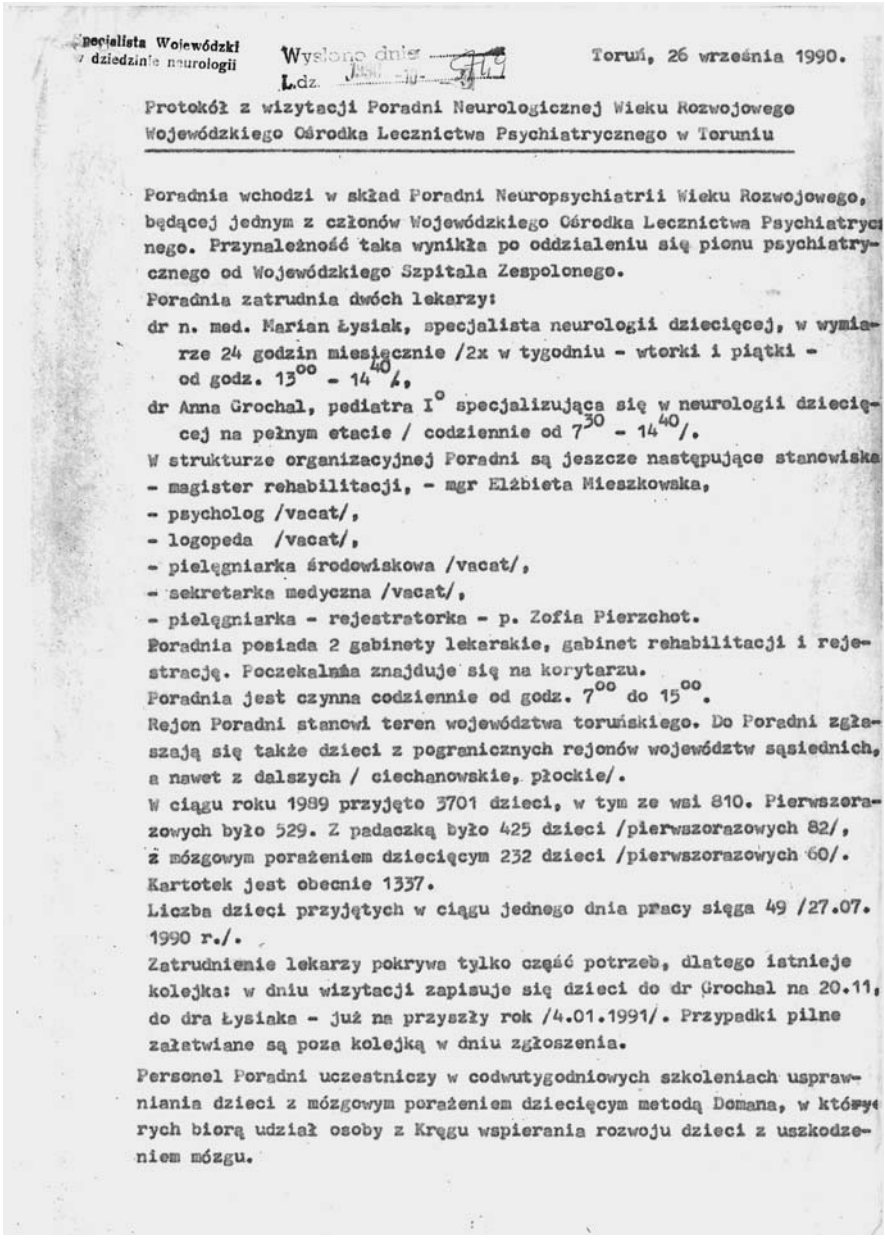
lekarz ordynator, na czele pododdziału starszy asystent."

2. Proponuję aleby pododdział neurologiczny liczył 10 łóżek a ich liczba stanowiła pojęcie umowne, co wykluczy blokadę łóżek dla wybranej grupy pacjentów przy globalnym ich niedoborze.
Personel Oddziału Wewnętrznego wymaga uzupełniającego przeszkolenia w zakresie opieki nad chorymi "neurologicznymi" a pacjenci zabezpieczenia rehabilitacyjnego i fizjoterapeutycznego innego niż pozostali chorzy.
3. Status powołanego Pododdziału Neurologii Dziecięcej umożliwi wyszkolenie brakującej kadry neurologów dziecięcych oraz rozwój dalszej współpracy z ośrodkami klinicznymi i Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie. Pododdział taki funkcjonuje już od kilku lat w Szpitalu WOZ w Inowrocławiu a z miast wojewódzkich - Olsztynie, Gorzowie itp.

Wnioski
Proszę o ustosunkowanie się do pilnej potrzeby powołania wspomnianego pododdziału, który gotów jestem poprowadzić realizując powyżej wymienione cele. Na podobieństwo Oddziału Patologii Noworodka z Intensywną Terapią Noworodkową proponuję zmianę nazwy Oddziału Wewnętrznego na Oddział Wewnętrzny z Pododdziałem Neurologii Dziecięcej.

KIEROWNIK
Instytut Pomnik Specjalistycznych Ośrodków
Szpital Dziecięcy w Toruniu
dr n. med. Marian Zyciński

ANEKS 2. Protokół specjalisty wojewódzkiego w dziedzinie neurologii dr. n. med. Jerzego Matyjka z wizytacji Poradni Neurologicznej Wieku Rozwojowego



Specjalista Wojewódzki
w dziedzinie neurologii

Wysłano dnia
L.dz. 1990 -10- 5749

Toruń, 26 września 1990.

Protokół z wizytacji Poradni Neurologicznej Wieku Rozwojowego Wojewódzkiego Ośrodka Lecznictwa Psychiatrycznego w Toruniu

Poradnia wchodzi w skład Poradni Neuropsychiatrii Wieku Rozwojowego, będącej jednym z członów Wojewódzkiego Ośrodka Lecznictwa Psychiatrycznego. Przynależność taka wynikła po oddzieleniu się pionu psychiatrycznego od Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego.

Poradnia zatrudnia dwóch lekarzy:

dr n. med. Marian Łysiak, specjalista neurologii dziecięcej, w wymiarze 24 godzin miesięcznie /2x w tygodniu - wtorki i piątki - od godz. 13^{00} - 14^{40}/,

dr Anna Grochal, pediatra I^{o} specjalizująca się w neurologii dziecięcej na pełnym etacie / codziennie od 7^{30} - 14^{40}/.

W strukturze organizacyjnej Poradni są jeszcze następujące stanowiska
- magister rehabilitacji, - mgr Elżbieta Mieszkowska,
- psycholog /vacat/,
- logopeda /vacat/,
- pielęgniarka środowiskowa /vacat/,
- sekretarka medyczna /vacat/,
- pielęgniarka - rejestratorka - p. Zofia Pierzchot.

Poradnia posiada 2 gabinety lekarskie, gabinet rehabilitacji i rejestrację. Poczekalnia znajduje się na korytarzu.

Poradnia jest czynna codziennie od godz. 7^{00} do 15^{00}.

Rejon Poradni stanowi teren województwa toruńskiego. Do Poradni zgłaszają się także dzieci z pogranicznych rejonów województw sąsiednich, a nawet z dalszych / ciechanowskie, płockie/.

W ciągu roku 1989 przyjęto 3701 dzieci, w tym ze wsi 810. Pierwszorazowych było 529. Z padaczką było 425 dzieci /pierwszorazowych 82/, z mózgowym porażeniem dziecięcym 232 dzieci /pierwszorazowych 60/.

Kartotek jest obecnie 1337.

Liczba dzieci przyjętych w ciągu jednego dnia pracy sięga 49 /27.07. 1990 r./.

Zatrudnienie lekarzy pokrywa tylko część potrzeb, dlatego istnieje kolejka: w dniu wizytacji zapisuje się dzieci do dr Grochal na 20.11, do dra Łysiaka - już na przyszły rok /4.01.1991/. Przypadki pilne załatwiane są poza kolejką w dniu zgłoszenia.

Personel Poradni uczestniczy w codwutygodniowych szkoleniach usprawniania dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym metodą Domana, w których biorą udział osoby z Kręgu wspierania rozwoju dzieci z uszkodzeniem mózgu.

Lekarze Poradni opiekują się dziećmi w Żłobku dla dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym przy ul. Rakowicza 9. Żłobek obejmuje opieką 19 dzieci. Lekarz odwiedza Żłobek 1x w tygodniu. Dzieci pozostają pod opieką 2 rehabilitantek, psychologa i pedagoga specjalnego.
Lekarze Poradni prowadzą co roku w miesiącach wakacyjnych dwa turnusy rehabilitacyjne dla dzieci z zaburzeniami ruchowymi. Na obozach tych przebywa 35-40 dzieci wraz z rodzicami. Rodzice uczą się systematycznego prowadzenia ćwiczeń usprawniających u swych dzieci.
Kilkoro dzieci było skierowanych do Ośrodka Rehabilitacji Dzieci o niepełnej sprawności ruchowej na bazie hipoterapii "Zalesie" koło Złotowa w województwie pilskim.
Kilkoro dzieci przebywało w Instytucie Osiągania Ludzkich Możliwości w Filadelfii /USA/.

Gabinet rehabilitacji Poradni jest jedyną placówką usprawniania leczniczego w otwartym lecznictwie neurologicznym dziecięcym województwa. Gabinet prowadzi jednoosobowo mgr Elżbieta Mieczkowska, ma pod opieką 450 dzieci. Gabinet jest bardzo szczupły, zajmuje pomieszczenie około 10 m^2. W tych warunkach prowadzi się jedynie kinezyterpię. Z powodu ciasnoty Gabinet jest w stanie objąć opieką tylko część dzieci potrzebujących usprawniania.

Dzieci wymagające hospitalizacji, chore neurologicznie, kierowane są do Szpitala Dziecięcego. Przebywają głównie w oddziale wewnętrznym /dzieci w wieku 3-18 lat/. W oddziale niemowlęcym przebywają dzieci w wieku od 1-24 miesięcy. W oddziele intensywnej terapii noworodkowej dzieci liczące do 14 dni życia.
Rocznie leczy się w tych oddziałach około 700 dzieci neurologicznych.
Szpital dysponuje następującą diagnostyką neurologiczną: Rtg, USG, EEG, transluminacja.
Szpital posiada zespół rehabilitacyjny w składzie: mgr rehabilitacji i fizykoterapeutka, który prowadzi usprawnianie przyłóżkowe i w dwóch gabinetach rehabilitacyjnych.

W n i o s k i

1. Konieczne jest pilne przeorganizowanie neurologii dziecięcej. Poradnia neurologiczna wieku rozwojowego winna być organizacyjnie w pionie dziecięcym, a nie psychiatrycznym.
2. Wobec konieczności opuszczenia obecnych pomieszczeń należących do Wojewódzkiego Ośrodka Lecznictwa Psychiatrycznego konieczne będzie przeniesienie Poradni do budynku w sąsiedztwie Szpitala Dzie-

- 3 -

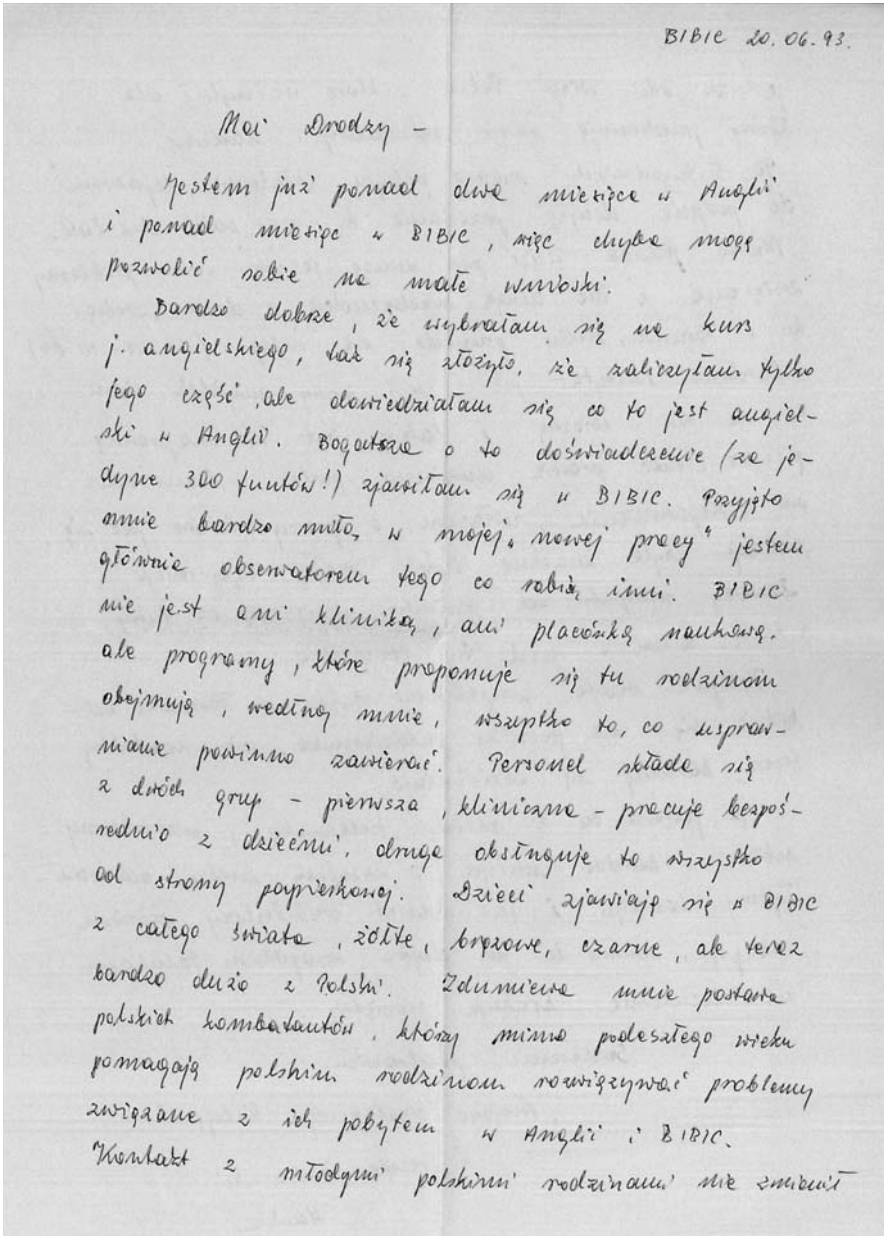
cięcego - po zakończeniu jego budowy - przeznaczonego dla Zespołu Specjalistycznych Poradni Dziecięcych.

3. Dla zapewnienia pełniejszej opieki nad dziećmi chorymi neurologicznie należy zwiększyć obsadę Poradni o 1 etat lekarski.
4. Wobec dużej liczby hospitalizowanych dzieci chorych neurologicznie należałoby wydzielić w oddziale ~~xxx~~ wewnętrznym i niemowlęcym Szpitala Dziecięcego - łóżka neurologiczne / zgodnie z Instrukcją Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej nr 16/52 z dnia 26 lutego 1952, Dz. U. MZiOS nr 5, poz. 46, § 10/.
5. W perspektywie należy przewidzieć możliwości uruchomienia:
   - oddziału dziennego neurologii dziecięcej,
   - pełnokompleksowego ośrodka rehabilitacyjnego dla dzieci.

Specjalista Wojewódzki
w dziedzinie Neurologii
dr n. med. Jerzy Matyjek
specjalista [illegible]

Otrzymują:
1 i 2. Wydział Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Toruniu.
3. Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Psychiatrycznego w Toruniu,
4. Wojewódzki Szpital Zespolony w Toruniu,
5. Szpital Dziecięcy w Toruniu,
5. Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Toruniu, ul. Mostowa 32.

ANEKS 3. List lek. med. Anny Grochal ze stażu w BIBIC (Wielka Brytania) z 20.06.1993 r.

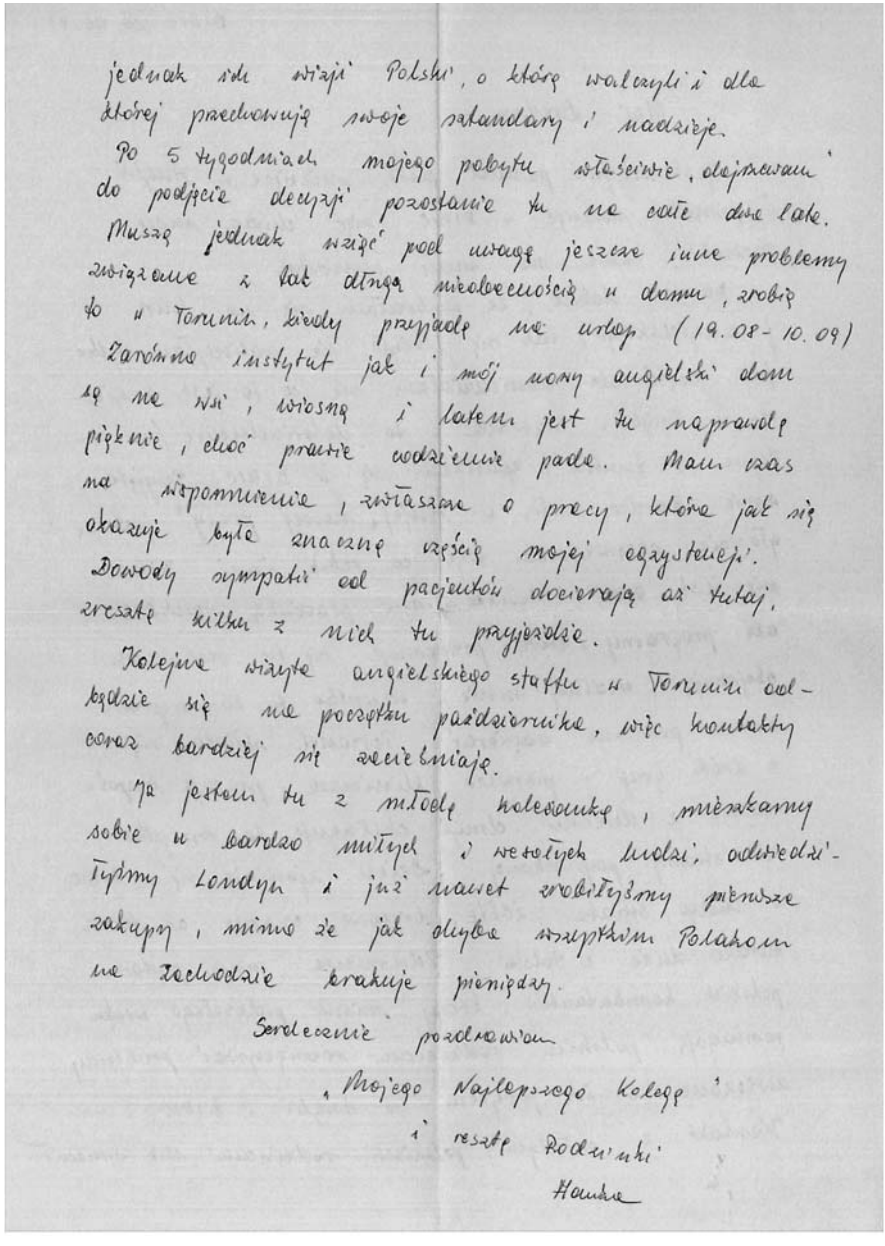


BIBIC 20.06.93.

Moi Drodzy –

Jestem już ponad dwa miesiące w Anglii i ponad miesiąc w BIBIC, więc chyba mogę pozwolić sobie na małe wnioski.

Bardzo dobrze, że wybrałam się na kurs j. angielskiego, bo się złożyło, że zaliczyłam tylko jego część, ale dowiedziałam się co to jest angielski w Anglii. Bogatsze o to doświadczenie (ze jedyne 300 funtów!) zjawiłam się w BIBIC. Przyjęto mnie bardzo miło, w mojej, nowej pracy jestem głównie obserwatorem tego co robią inni. BIBIC nie jest ani klinika, ani placówką naukową. ale programy, które proponuje się tu rodzinom obejmują, według mnie, wszystko to, co usprawnianie powinno zawierać. Personel składa się z dwóch grup – pierwsza, kliniczna – pracuje bezpośrednio z dzieckiem, druga obserwuje to wszystko od strony psychologicznej. Dzieci zjawiają się w BIBIC z całego świata, żółte, brązowe, czarne, ale teraz bardzo dużo z Polski. Zdumienie mnie postawa polskich bombardierów, którzy mimo podeszłego wieku pomagają polskim rodzinom rozwiązywać problemy związane z ich pobytem w Anglii i BIBIC. Kontakt z młodymi polskimi rodzinami nie zmienił



jednak idei wizji Polski, o którą walczyli i dla
której przelewają swoje sztandary i nadzieje.
Po 5 tygodniach mojego pobytu właściwie, dojrzewam
do podjęcia decyzji pozostanie tu na całe dwa lata.
Muszę jednak wziąć pod uwagę jeszcze inne problemy
związane z tak długą nieobecnością w domu, zrobię
to w Toruniu, kiedy przyjadę na urlop (19.08 - 10.09)
Zarówno instytut jak i mój nowy angielski dom
są na wsi, wiosną i latem jest tu naprawdę
pięknie, choć prawie codziennie pada. Mam czas
na wspominanie, zwłaszcza o pracy, które jak się
okazuje było znaczną częścią mojej egzystencji.
Dowody sympatii od pacjentów docierają aż tutaj,
zresztą kilku z nich tu przyjeżdża.
Kolejne wizyty angielskiego stuffu w Toruniu odbędzie się na początku października, więc kontakty
coraz bardziej się zacieśniają.
Ja jestem tu z miłością koleżanką, mieszkamy
sobie w bardzo miłych i wesołych ludzi, odwiedzi-
liśmy Londyn i już nawet zrobiliśmy pierwsze
zakupy, mimo że jak obydwa wszystkim Polakom
na Zachodzie brakuje pieniędzy.
Serdecznie pozdrawiam
„Mojego Najlepszego Kolegę"
i resztę Rodziny
Hanka

Aneks 4. Posiedzenia naukowe z zakresu neurologii dziecięcej

Towarzystwo Lekarskie Oddział w Toruniu

Uprzejmie zawiadamiamy, że w dniu 28 września 1989 roku (czwartek) o godz. 11.00 w sali nr 1 im. Karola Darwina Instytutu Biologii Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, ul. Gagarina 9 odbędzie się

POSIEDZENIE NAUKOWO-SZKOLENIOWE
z następującym programem:

1) „Obraz kliniczny padaczki rozpoczynającej się w pierwszych 10 latach życia" *Prof. dr hab. med. Jagna Czochańska* (kierownik Kliniki Neurologii Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie)
2) „Napady padaczkowe w przebiegu mukopolisacharydozy w obserwowanym przypadku" *dr n. med. Marian Łysiak* (Poradnia Neurologiczna Wieku Rozwojowego w Toruniu)

Do uczestnictwa w posiedzeniu serdecznie zapraszamy.

Za Zarząd
dr n. med. Adam Raczyński
lek. med. Dorota Jackowska

Uprzejmie zawiadamiamy, że w dniu 11 maja 1992 r. (poniedziałek) o godz. 12.00 w sali Biblioteki Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Toruniu przy ul. Konstytucji 3 Maja 42 odbędzie się

POSIEDZENIE NAUKOWO-SZKOLENIOWE
z następującym programem:

„Bóle głowy u dzieci" Prof. dr hab. med. Ewa Dillng-Ostrowska
Kierownik Kliniki Neurologii Rozwojowej
Akademii Medycznej w Gdańsku

Sekretarz oddziału
Toruńskiego PTP
lek. Małgorzata Kłosińska-Pituła
Polskie Towarzystwo Pediatryczne

Przewodnicząca Oddziału
Toruńskiego PTP
dr n. med. Anna Golińska-Zbucka

Ewopharma AG

Zaproszenie

Polskie Towarzystwo Neurologów Dziecięcych

Regionalny Oddział Gdański

wspólnie z Firmą Ewopharma AG

mają zaszczyt zaprosić Sz.P. lek. med. M. Łysiak
na zebranie w dniu **07.04.1999 roku o godzinie 12.30** w Hotelu „Zajazd Staropolski" ul.Żeglarska 10/14 w Toruniu .

Program naukowy :
dr Dorota Brygman „Przypadek kwasicy izowalerianowej u 5-letniego chłopca, diagnostyka i leczenie"
dr hab.med. Marek Orkiszewski , dr med. Marian Łysiak „Nesidioblastosis wieku niemowlęcego , na przykładzie obserwowanych przypadków , diagnostyka i leczenie" mgr. Tomasz Domagalski
mgr farm. Arkadiusz Malewicz „Zastosowanie preparatu Diazepam Rec Tubes w postaci wlewek doodbytniczych w zwalczaniu drgawek i napadów padaczkowych u dzieci"

Program towarzyski :
godz.14.00 Obiad w Restauracji Hotelu „Zajazd Staropolski" ul.Żeglarska 10/14
godz.15.00 Zwiedzanie Domu Kopernika przy ul.Kopernika 15/17
godz.15.00 Seans w Planetarium ul.Franciszkańska 15/21
Parking hotelowy albo przy Katedrze Św.Św.Janów .Parking rezerwowy przy ulicy Bulwar Filadelfijski (pod mostem drogowym)
Dojazd :
Pociąg ekspresowy z Gdańska godz.9.25, Bydgoszcz 11.02, Toruń 11.55.
Powrót:
Pociąg pośpieszny do Gdańska. Odjazd Toruń Gł. 18.41, Bydgoszcz 19.23, Gdańsk 21.35.

Sekretarz Oddziału
dr med. Ewa Pilarska

Przewodnicząca Oddziału
dr med. Barbara Mańkowska

Polskie Towarzystwo Lekarskie
Oddział Toruński
Polskie Towarzystwo Pediatryczne
Oddział Toruński

Serdecznie zapraszamy na zebranie szkoleniowo-naukowe,
które odbędzie się dnia 14 kwietnia (czwartek) 2011 o godzinie 18.00
w Hotelu Zajazd Staropolski w Toruniu ul. Żeglarska 10.

Uczestnicy zebrania szkoleniowo-naukowego otrzymują certyfikaty z 4 punktami edukacyjnymi
Obecność lekarzy specjalizujących się obowiązkowa.

Sekretarz OT PTL
dr n. med. Elżbieta Szymańska

Sekretarz OT PTP
dr n. med. Ewa Hapyn

Przewodniczący OT PTL i PTP
dr n. med. Janusz Czarnecki

Program:

18.00 Powitanie i komunikaty

18.05 -18.35 **„NOWOŚCI W NEUROLOGII DZIECIĘCEJ. POSTĘPY W DIAGNOSTYCE NEUROLOGICZNEJ"**
- dr Iwona Witkowska, dr Anna Grochal

18.35-19.05 **„PORAŻENIE NERWU TWARZOWEGO"**
- dr Dorota Brygman

19.05-19.35 **„WYBRANE ZAGADNIENIA Z PNEUMONOLOGII DZIECIĘCEJ"**
- dr n.med. Sabina Langer Wójcik, dr Marek Polakiewicz

19.35 -19.45 **Dyskusja**

19.45 **Poczęstunek**

Aneks 5. Publikacje prasowe

Oświata prozdrowotna.

W lepszych warunkach – większe szanse dla wielu dziewcząt i chłopców w Toruniu

LECZENIE USPRAWNIAJĄCE

Luka w leczeniu usprawniającym dzieci i młodzieży Torunia została wreszcie wypełniona. W Miejskim Ośrodku Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży przy ul. Łyskowskiego 15 w Toruniu zakończono remont i w środę, 30 czerwca nastąpiło uroczyste otwarcie placówki.

Ośrodek powstał w miejsce specjalistycznego żłobka nr 4, zajmującego się rehabilitacją dzieci z uszkodzeniem centralnego układu nerwowego. Jest samodzielną jednostką budżetową, powołaną uchwałą Rady Miejskiej z dnia 1 października ubiegłego roku.

Przeprowadzono adaptację budynku, zlikwidowano progi, niepotrzebne ściany, potworzono ciągi komunikacyjne, by umożliwić sprawne przemieszczanie się osób niepełnosprawnych, dla nich wybudowano podest. Niezależnie od remontu – cały czas prowadzono leczenie rehabilitacyjne dla mózgowych porażeń dziecięcych. Codziennie przychodzi do ośrodka około 15 dzieci z tym schorzeniem.

Od marca ośrodek przejął pacjentów Miejskiej Poradni wad i Postawy (zarejestrowanych jest 17 000 dzieci). Po remoncie rusza ogólna poradnia rehabilitacyjna – po wypadkach, po operacjach, uszkodzeniach nerwowych. Pacjenci są badani i kwalifikowani na usprawnienia lecznicze przez lekarzy, magistrów rehabilitacji. Do ich dyspozycji są sale rehabilitacyjne, siłownia, basenik itd.

Ośrodek jest funkcjonalny i kolorowy, choć poza sprzętem rehabilitacyjnym zakupów zrobiono niewiele, włożono dużo własnej pracy i pomysłowości. Wszystko, co było tylko możliwe, wymalowano i odnowiono, sporo dostali z darów. Niezwykła, jak na polskie warunki, jest np. rejestracja w hallu – duża i otwarta, zamiast tradycyjnego małego pomieszczenia z szybką. Zatrudnione są 24 osoby, wiele z nich łączy po kilka funkcji.

Mam wszechstronny personel – mówi dyrektor ośrodka, Witold Cerkaski, specjalista rehabilitacji leczniczej. Jestem zadowolony z efektów. Myślę, że wreszcie zarówno problem leczenia wad postawy, jak i rehabilitacja ogólna będą w Toruniu traktowane tak, jak powinny – poważnie. Są ku temu warunki.

Chcąc przyjść z pomocą dzieciom i młodzieży z wadami postawy i skrzywieniami kręgosłupa w lipcu i sierpniu ośrodek organizuje 2-tygodniowe turnusy gimnastyki korekcyjnej dla dzieci w wieku szkolnym. Zajęcia będą się odbywały przed południem, zakres turnusów uzależniony jest od liczby chętnych (bliższe informacje w ośrodku w godz. 8–12, tel. 48–16–26).

Dzieci z wadami postawy, szczególnie w wieku szkolnym, przybywa. Zdaniem Witolda Cerkaskiego przyczyny są bardzo złożone – zarówno nieprawidłowe odżywianie, brak kultury spędzania wolnego czasu, jak i długie siedzenie – przed telewizorem i w ławkach szkolnych. Przede wszystkim więc brak ruchu. Wady postawy można korygować, dlatego warto skorzystać z oferty ośrodka, tym bardziej że turnusy są bezpłatne[1].

Oświata prozdrowotna

MOŻE DOTYCZYĆ NOWORODKA
Głowa. Dlaczego dzieci i młodzież uskarżają się na bóle głowy?

Bóle głowy są właściwie objawem i nie stanowią odrębnego zespołu chorobowego. Dlatego bardzo istotne jest ustalenie przyczyny bólu głowy. Dopiero dziecko 4–5-letnie może powiedzieć o bólach głowy i dokładniej je sprecyzować.

Co nie znaczy, że problem bólów głowy nie może dotyczyć noworodka, ale wtedy po zachowaniu dziecka możemy tylko podejrzewać, że boli go głowa.

Objawami może być płacz, krzyk o różnym natężeniu i czasie trwania. Z tego powodu dane statystyczne o częstości występowania bólów głowy dotyczą dzieci w wieku szkolnym. U dzieci w wieku 7–15 lat częstość występowania bólów głowy wynosi ok. 60%. W siódmym roku życia częstość bólów głowy notowano u 40% i zwiększa się do 75% u dzieci 15-letnich. W wieku niemowlęcym i przedszkolnym głównie spotyka się bóle głowy w przebiegu chorób infekcyjnych, gorączkowych.

U niemowlęcia i małego dziecka bóle głowy rozpoznajemy po niepokoju, zaburzeniach snu, łaknienia, czasami wymiotach. U dzieci starszych, u których można zebrać dokładny wywiad, rozpoznanie przyczyny opieramy na ustaleniu umiejscowienia bólu, czasu trwania (minuty, godziny, dni), charakteru (do czego można ból porównać).

[1] Artykuł „Nowości", 1 lipca 1993, nr 126 (7110), s. 4.

Istotny jest sposób występowania bólu (nagły czy narastający, stały czy okresowy), pora występowania (np. po powrocie ze szkoły po ciężkim dniu, rano, nocą), jakie są czynniki prowokujące ból (wysiłek fizyczny, stres, zmęczenie), czy są czynniki przepowiadające bądź towarzyszące (zawroty głowy, nudności, wymioty). Jeżeli dziecko ma bóle głowy, dobrze przed wizytą u neurologa dziecięcego wspólnie z dzieckiem odpowiedzieć sobie na te pytania.

Razem z chorobami

Często bóle głowy mogą występować jednocześnie z chorobami w obrębie głowy, nosa, gardła, zatok przynosowych, uszu, zębów. Mogą występować zarówno w ostrych, jak i przewlekłych procesach zapalnych układu nerwowego (zapalenie opon rdzeniowych, mózgu i procesy zapalne), urazach głowy i szyi, guzach mózgu.

Ogromną grupą przyczyn bólów głowy są choroby ogólnoustrojowe, jak niedokrwistość, choroby nerek, nadciśnienie, choroby pasożytnicze. Wady wzroku mogą być tylko i aż przyczyną bólów głowy. Wśród wielu przyczyn bierze się pod uwagę między innymi czynniki alergiczne, naczynioruchowe. Bóle głowy często występują u dziewcząt z nadmierną pobudliwością nerwową, u dzieci stresujących się sytuacją w szkole, w domu. Częste nasilenie bólów głowy może mieć związek z dojrzewaniem.

Wśród bólów głowy jako jednostkę chorobową wyszczególnia się migrenę, której przyczyna nie jest wyjaśniona. Opisuje się rodzinne występowanie migreny. Typowe objawy to ostre, napadowe bóle głowy, często poprzedzone aurą (dziecko przeczuwa, że będzie miało napad migreny), połączone z zaburzeniami widzenia, wymiotami. Dlatego w rozpoznaniu i ustaleniu przyczyny bólów głowy istotna jest opinia okulisty, laryngologa, alergologa, stomatologa, psychologa, często psychiatry, neurologa dziecięcego[2].

Iwona Witkowska-Gęsicka,
lek. med. neurolog dziecięcy

[2] „Nowości", 10 lutego 2006, s. XI.

Aneks 6. Program stażu z zakresu neurologii dziecięcej dla innych specjalności

Zespół Poradni Specjalistycznych Dziecięcych
PORADNIA NEUROLOGICZNA
ul. Konstytucji 3 Maja 40
87-100 TORUŃ

2-TYGODNIOWY STAŻ Z NEUROLOGII DZIECIĘCEJ DLA SPECJALIZUJĄCYCH SIĘ W NEUROLOGII DOROSŁYCH, PEDIATRII I INNYCH

LP.	Miejsce stażu	Potwierdzenie
1.	Udział w konsultacjach w oddziałach Szpitala Dziecięcego (pon. wt.) – 1 dzień	
2.	Pracownia EEG w ZSPD – Szpitalu Dziecięcym – 1 dzień	
3.	Pracownia USG Woj. Szpitala Dziecięcego 1 dzień godz. 12	
4.	Pracownia dopplerowska w Oddz. Neurologii W. Sz. Z. ul. Św. Józefa 53/59 1 dzień	
5.	Zakład Radiodiagnostyki W. Sz. Z. Pracownia Naczyniowa W. Sz. Z. 1 dzień + TK	
6.	Pracownia dla leczenia zeza ul. Św. Józefa 35/59 – 1 dzień	
7.	Poradnia Neurologiczna Wieku Rozwojowego ul. Szosa Bydgoska 1 ul. Konstytucji 3 Maja 42 – do uzgodnienia 6 dni	
8.	Poradnia Logopedyczna ul. Szosa Bydgoska 1 – 1 dzień	
9.	Pracownia Cytogenetyczna ul. Konstytucji 3 Maja 40 – 1 dzień	
10.	Miejski Ośrodek Rehabilitacji ul. Łyskowskiego 15 –1 dzień. Kolokwium (badanie niemowlęcia, dziecka starszego, mózgowe porażenie dziecięce, padaczka)	

Opracowanie:
Dr n. med. Marian Łysiak

27.
PODSUMOWANIE

Publikacja nawiązuje na wstępie do pionierskich poczynań w kształtowaniu się podstaw nowej specjalności, jaką stała się neurologia dziecięca. Autor dokonuje przeglądu wkładu pionierów tej specjalności, począwszy od dr med. Georga Segera (1629–1678), autora pierwszych w Toruniu publikacji dotyczących padaczki, skończywszy na autorce pierwszej pracy habilitacyjnej z Gdańska pt. *O rozwoju układu nerwowego dziecka między 1 a 10 dniem życia* autorstwa dr hab. med. Zofii Majewskiej (1907–1997), która w 1950 r. jako pierwsza w Polsce uzyskała tytuł specjalisty w neurologii dziecięcej.

Pierwszym w Toruniu specjalistą w tej dziedzinie był lek. med. Marian Łysiak, wychowanek prof. dr. hab. med. Romana Michałowicza z Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie-Miedzylesiu. Po zdaniu egzaminu specjalizacyjnego 8 maja 1979, lek. med. Marian Łysiak opuścił stanowisko z-cy ordynatora Oddziału Obserwacyjnego Szpitala Dziecięcego, podejmując kierownictwo Poradni Neurologii Rozwojowej przy ul. Mickiewicza 24/26. Z jego inicjatywy 1 kwietnia 1987 r. uruchomiony został w Szpitalu Dziecięcym przy ul. Szosa Bydgoska 1 pierwszy w Toruniu gabinet EEG dla dzieci. Jego kierownikiem została mgr Jolanta Korniluk-Kukawska. 1 czerwca 1985 r. zorganizowany został na potrzeby poradni gabinet rehabilitacji dziecięcej prowadzony przez mgr Elżbietę Mieszkowską. 1 kwietnia 1988 r. Poradnia Neurologii Rozwojowej przeniesiona została ostatecznie wraz z gabinetem rehabilitacji i pracownią EEG do nowo powstałego Zespołu Poradni Specjalistycznych Szpital Dziecięcy na osiedlu „Na Skarpie" przy ul. Konstytucji 3 Maja 42. Poradnia zyskała bezpośredni dostęp do bazy diagnostycznej szpitala (USG, TK, RM, Stacja dializ, laboratorium analityczne itp.). Wobec zagrożeń okołoporodowych noworodków znaczną rolę odgrywać zaczął Oddział Intensywnej Terapii Noworodka.

W gabinecie rehabilitacji poprzedniczkę zastąpiła mgr Sylwia Domagalska. W poradni zatrudniona została lek. med. Anna Grochal pediatra, która wkrótce podjęła specjalizację z neurologii dziecięcej pod kierunkiem dr. hab. med. Zbigniewa Łosiowskiego z Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. Specjalizację uzyskała 2 grudnia 1992 r.

Dnia 12 listopada 1993 r., po wyjeździe lek. med. Anny Grochal na staż do Wielkiej Brytanii, zatrudniona została w Poradni lek. med. Dorota Brygman. Specjalizację podjęła pod kierunkiem dr n. med. Barbary Mańkowskiej z Kliniki Neurologii Rozwojowej AM w Gdańsku. Tytuł specjalisty uzyskała 14 grudnia 1999 r. Kolejnym lekarzem, który podjął specjalizację w neurologii dziecięcej, związanym wcześniej etatowo z Oddziałem Noworodków WSZ, była lek. med. Iwona Witkowska pediatra, neonatolog. Specjalizację uzyskała 14 kwietnia 1999 r. pod kierunkiem dr hab. med. Ewy Pilarskiej, kierownika Kliniki Neurologii Dziecięcej AMG w Gdańsku. Wieloletnie wcześniejsze starania o utworzenie pododdziału neurologii dziecięcej okazały się bezowocne[1]. Złożoność sytuacji spowodowała konieczność pozyskania nowej siedziby dla zespołu neurologów dziecięcych. Dnia 28 września 2005 r. lek. med. Anna Grochal, lek. med. Dorota Brygman i lek. med. Iwona Witkowska-Gęsicka przy akceptacji władz powołały do życia spółkę cywilną ze statutem jako NZOZ-Specjalistyczne Centrum Neurologii Wieku Rozwojowego „Neuron".

Dopiero po 17 latach 2 lipca 2007 r., w wyniku reorganizacji Szpitala Dziecięcego, decyzją Sejmiku Wojewódzkiego na wniosek Rady Szpitala Dziecięcego utworzono 29-łóżkowy Oddział Pediatrii, Endokrynologii i Neurologii Dziecięcej pod kierunkiem koordynatora lek. med. Barbary Iwaniszewskiej endokrynologa. Lekarze z „Neuronu" jako konsultanci zyskali bazę dla pacjentów w warunkach szpitalnych. Pracownię fizjoterapii po odejściu mgr Sylwii Domagalskiej przejęła mgr Elżbieta Mieszkowska-Żurawska.

Specjalizację w Pododdziale podjęły przedstawicielki trzeciego pokolenia przyszłych neurologów dziecięcych, st. asystentka lek. med. Agnieszka Gert pod kierunkiem dr n. med. Marzeny Wesołowskiej z Oddziału Neurologii Dziecięcej Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy i lek. med. mł. asystentka Ewelina Władecka pod kierunkiem dr med. Doroty Sokołowskiej z Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi.

[1] Patrz pisma dr. n. med. Mariana Łysiaka Kierownika ZPSD Szpitala Dziecięcego i dr. n. med. Jerzego Matyjka konsultanta wojewódzkiego w neurologii.

W drugiej części opracowania autorzy przestawiają niezwykle ważną rolę, jaką odgrywały i nadal odgrywają dziedziny pokrewne w terapii dzieci z uszkodzeniami o.u.n. Ilustruje to przegląd autorski dotyczący działalności dziedzin pokrewnych począwszy od Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej, a kończąc na chronologicznym przeglądzie fundacji działających na terenie Torunia.

Widoczny jest dynamiczny postęp w diagnostyce i leczeniu dzieci z zespołami niedotlenieniowo-niedokrwiennymi, wcześniactwem, opóźnieniami w rozwoju ruchowym (kinezyterapia, hipoterapia itp.), w przypadkach autyzmu wczesnodziecięcego (terapia behawioralna) czy głuchoty i wielu innych. W aneksach załączone zostały materiały znaczących publikacji w postaci reprintów.

Spis rycin

Ryc. 1. Od lewej: dr med. Zofia Czyżewska, lek. med. Bożena Pietrowiak (1943–2014) stażystka i lek. med. Izabela Wasilewska | 13

Ryc. 2. Od lewej: dr n. med. Zygmunt Kowalewski neurolog, lek. med. Elżbieta Weymanowa pediatra, lek. med. Irena Łazarewicz internista oraz profilem – dr n. med. Witold Kowalewski neurochirurg | 14

Ryc. 3. Od prawej: dr n. med. Marian Łysiak neurolog dziecięcy, lek. med. Janusz Świdziński kierownik Poradni Neuropsychiatrii Dziecięcej, mgr Elżbieta Myszkowska rehabilitantka, piel. Zofia Pierzchot i lek. med. Marek Cieślak (stażysta) | 15

Ryc. 4. Mgr Elżbieta Mieszkowska w trakcie ćwiczeń rehabilitacyjnych | 16

Ryc. 5. Kontynuacja ćwiczeń rehabilitacyjnych u pacjentki z mózgowym porażeniem dziecięcym | 16

Ryc. 6. Lek. med. Marek Cieślak (stażysta) testuje echoencefaloskop, produkcji polskiej. Probantem była pielęgniarka z Poradni, Pani Zofia Pierzchot. | 16

Ryc. 7. Lek. med. Grzegorz Postek w trakcie wykonywania badania śródciemieniowego aparatem USG, obok piel. Krystyna Ketzner, wrzesień 1993 r. | 19

Ryc. 8. Personel Poradni Neurologii Dziecięcej, grudzień 1994. Od lewej: lek. med. Dorota Brygman, mgr Anna Sadakierska-Chudy, genetyk, mgr Sylwia Domagalska, rehabilitantka, dr n. med. Marian Łysiak, kierownik Poradni Neurologicznej, mgr Jolanta Kukawska, elektroencefalografistka, mgr Marzena Czerniawska, pedagog | 19

Ryc. 9. Wykład prof. dr hab. med. Jagny Czochańskiej, kierownika Kliniki Neurologii Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie dotyczący padaczki w bibliotece Szpitala Dziecięcego | 19

Ryc. 10. W zebraniu szkoleniowym uczestniczy również doc. dr hab. med. Zbigniew Łosiowski (szósty od prawej) | 21

Ryc. 11. Wizyta prof. dr hab. med. Jagny Czochańskiej w nowym Szpitalu Dziecięcym na Skarpie (1989 r.) | 21

Ryc. 12. Prof. dr hab. med. Jagna Czochańska w rozmowie z mgr Anną Antoszewską kierownikiem Działu Diagnostyki Laboratoryjnej o szerokim zakresie badań z użyciem nowoczesnego aparatu Express Plus, w zakupie którego partycypowała „Fundacja o Uśmiech Dziecka". Dzięki aparatowi możliwe stało się uzyskiwanie około 150 parametrów biochemicznych z 4–5 kropli krwi noworodka czy niemowlęcia | 21

Ryc. 13. Prof. dr hab. med. Roman Michałowicz (1926–2014) z adeptami neurologii dziecięcej: Dorotą Brygman i Marianem Łysiakiem | 22

Ryc. 14. Wykład prof. dr hab. med. Ewy Dilling-Ostrowskiej (1934–2013) w bibliotece Szpitala Dziecięcego w Toruniu pt. *Bóle głowy u dzieci* 11.05.1992 r. | 22

Ryc. 15. Dr n. med. Zygmunt Zbucki, twórca Oddziału Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka (OPiITN), z piel. oddziałową Halina Piotrowską. Na zdjęciu dwa inkubatory przekazane w 27.04.1996 r. szpitalowi przez „Fundację o Uśmiech Dziecka". Był to dar rotarian niemieckich z Ratzeburga wartości 25 000 DM (ponad 50 000 PLN) | 22

Ryc. 16. Karetka N „Mercedes 300" w 1998 r. skierowana do dyspozycji OPiITN była darem Klubu Rotariańskiego z Ratzeburga i toruńskiego Klubu Rotarian przekazanym w siódmym roku działalności „Fundacji o Uśmiech Dziecka" na rzecz Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Toruniu | 23

Ryc. 17. Dr n. med. Hanna Streich, koordynator OPiITN i z-ca dr n. med. Anna Perdzyńska z zespołem | 23

Ryc. 18. Kierownik Działu Rentgenodiagnostyki lek. med. Andrzej Kojtka z zespołem | 23

Ryc. 19. Dr n. med. Janusz Czarnecki, koordynator Kardiologii Dziecięcej i z-ca lek. med. Grażyna Zadrozińska z zespołem | 24

Ryc. 20. Dr n. med. Roman Stankiewicz, koordynator Oddziału Pediatrii i Nefrologii ze Stacją Dializ oraz z-ca lek. med. Hanna Kipigroch (piąta od prawej) z zespołem | 24

Ryc. 21. Dr n. med. Wojciech Dziewulski, twórca Poradni Preluksacyjnej | 24

Ryc. 22. Udział w sesji plakatowej XXXIII Ogólnopolskiego Zjazdu Pediatrów w Lublinie 10–12.09.1992 r. Tytuł: Trudności rozpoznawcze i leczenie

w przebiegu mózgowego porażenia dziecięcego współistniejącego z wrodzoną niedoczynnością tarczycy u trojga niemowląt. Autorzy: M. Łysiak, A. Golińska-Zbucka, I. Witkowska | 25

Ryc. 23. Meeting of the European Federeation of Neurological Societies, Poznań, Poland, 24 to 26.11.1994. Pierwszy od prawej wiceprezydent J. Olsen (Dania) | 25

Ryc. 24. Prof. dr hab. med. Bożena Galas-Zgorzalewicz, Mitting of the European Federation of neurological Societies Poznań, Poland 24 to 26.11.1994. M. Łysiak i D. Brygman prezentują plakat pt. „The recurrent form of the Guillain-Barre, Strohl syndrome in 12 year old girl" | 25

Ryc. 25. Doc. dr hab. med. Sergiusz Jóźwiak z Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie, przewodniczy sesji plakatowej, przed plakatem pt. „Emergence of optic nerve glioza in 8-year old girl as a complication of neurofibromatosis occuring in family" autorstwa Mariana Łysiaka i Doroty Brygman. International Conference on neurocutaneous syndroms (Phacomatosis) Child's Health Centre, Warsaw 12–13.05.1995 | 26

Ryc. 26. Prezentacja w sesji plakatowej pt. „Padaczka w zespołach zaburzeń oddychania u noworodków leczonych mechaniczną wentylacją", M. Łysiak, I. Witkowska, J. Hermanowska. II Ogólnopolskie Dni Neurologii Dziecięcej. Kraków 17–18.05.1996 r. Na rycinie od lewej uczestniczki sesji: lek. med. Dorota Brygman i lek. med. Iwona Witkowska, współautorka plakatu. | 26

Ryc. 27. Sesja plakatowa XVI Zjazdu Polskiego Towarzystwa Neurologicznego w Katowicach 26–29.09.1996. M. Łysiak, W. Buchwald, A. Sadakierska-Chudy, „Przypadek zespołu Sotosa u chłopca 8-letniego, aspekty diagnostyczne" | 26

Ryc. 28. Lek. med. Dorota Brygman i dr n. med. Marian Łysiak, prezentacja w sesji plakatowej: „Przypadek tętniaka żyły Galena u 3-letniej dziewczynki". 6–8.05.1999. III Zjazd Polskiego Towarzystwa Neurologii Dziecięcej w Łodzi | 27

Ryc. 29. Sesja plakatowa na XXVI Ogólnopolskim Kongresie Pediatrów, Białystok–Mikołajki, 6–9 czerwca 1999: „Późne rozpoznanie kwasicy izowalerianowej u piętnastoletniego chłopca", autorzy B. Iwaniszewska, H. Jankowska (na zdjęciu), M. Łysiak (na zdjęciu) i A. Radziszewska | 27

Ryc. 30. Gabinet Poradni Neurologii Dziecięcej w ZSPD, 11.05.1999. Kierownik Poradni dr n. med. M. Łysiak i lek. med. A. Radziszewska (stażystka), matka i dziadkowie małej pacjentki | 27

Ryc. 31. Mgr Sylwia Domagalska rehabilitantka gratuluje pacjentce po wykonaniu programu ćwiczeń | 28

Ryc. 32. Dr n. med. Wojciech Kowalewski neurochirurg, drugi od lewej | 28

Ryc. 33. Lek. med. Anna Wybudowska, specjalista w okulistyce w trakcie badania | 28

Ryc. 34. Lek. med. Ryszard Redziński, ordynator Oddziału Laryngologii, w trakcie konsultacji | 29

Ryc. 35. Lek. stom. Józefa Binnebesel w gabinecie stomatologicznym, inicjatorka zabiegów w znieczuleniu ogólnym z anestezjologiem, głównie w leczeniu dzieci z uszkodzeniami o.u.n. | 29

Ryc. 36. Prof. dr hab. med. Janina Hurynowicz (1894–1967) z asystentem lek. med. Zygmuntem Kowalewskim w trakcie interpretacji eegramu wykonywanego aparatem Rham 6 produkcji USA, uruchomionym w Wojewódzkiej Przychodni Zdrowia Psychicznego w Toruniu przy ul. Mickiewicza 24/26 w Pracowni EEG dla dorosłych i dla dzieci | 33

Ryc. 37. Doc. dr hab. med. J. Narębski (1927–1995) w trakcie opisu eegramu wykonywanego 8-kanałowym aparatem „Galileo" prod. włoskiej w latach sześćdziesiątych w Pracowni EEG dla dorosłych i dzieci przy ul. Mickiewicza 24/26 | 38

Ryc. 38. Kierownik Pracowni lek. med. Stanisław Izdebski z lek. med. Aleksandrą Ciborską w czasie pracy przy aparacie Schwarzera PM 32 Digital z przystawką komputerową umożliwiającą archiwizację tradycyjną i elektroniczną zainstalowanym w 1999 r. w Pracowni EEG dla dorosłych i dzieci przy ul. Mickiewicza 24/26 (2007 r.) | 38

Ryc. 39. Mgr Jolanta Kukawska od 1987 r. kierownik Pracowni EEG dla dzieci przy aparacie Pegasus f-my EMS prod. austriackiej, zakupiony w 1993 r., ZPSD w Toruniu przy ul. Konstytucji 3 Maja 40 (2006 r.) | 38

Ryc. 40. Dziewczynka A.S. lat 2 6/12: Zapis z prawidłową czynnością podstawową | 39

Ryc. 41. Chłopiec B.S. lat 6 6/12: Zapis z prawidłową czynnością podstawową | 39

Ryc. 42. Doc. dr hab. med. Tadeusz Mazurczak z Zakładu Genetyki Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie w czasie wykładu z zakresu schorzeń genetycznych u dzieci. Z prawej prof. dr hab. med. Wanda Kawalec, kierownik Kliniki Kardiologii CZD w Warszawie. Pałac Dąbskich w Toruniu 1996 r. | 41

Ryc. 43. Lek. med. Barbara Iwaniszewska koordynator Oddziału Pediatrii, Endokrynologii i Neurologii Dziecięcej z asystentką lek. med. Eweliną Władecką | 48

Ryc. 44. Zespół Oddziału Pediatrii, Endokrynologii i Neurologii Dziecięcej WSD | 48

Ryc. 45. Zespół Oddziału z koordynatorem lek. med. Barbarą Iwaniszewską (wśród siedzących pośrodku), pierwsza z prawej z-ca koordynatora lek. med. Anna Radziszewska, druga lek. med. Agnieszka Gert | 48

Ryc. 46. Dr n. med. Marian Łysiak wśród neurologów dziecięcych NZOZ „Neuron" | 49

Ryc. 47. Lek. med. Janusz Świdziński, psychiatra dziecięcy w rozmowie z matką uczestnika wczasów rehabilitacyjnych | 57

Ryc. 48. Lek. med. Marian Łysiak neurolog dziecięcy w trakcie badania neurologicznego | 57

Ryc. 49. Spotkanie z psychologiem mgr Jasińską | 57

Ryc. 50. Ćwiczenia z rehabilitantką mgr Zofią Bielawską-Żuchowską | 58

Ryc. 51. Ćwiczenia grupowe | 58

Ryc. 52. Bal z udziałem kadry kończy zajęcia na turnusie. Od lewej siedzą: mgr Gertruda Pokojska logopeda, mgr Maria Wojak kierownik turnusu, mgr Krystyna Kosiba terapeutka, od lewej stoją: Grażyna Budzyń stażystka, mgr Janina Kudera psycholog, Małgorzata NN stażystka, Józefa NN i mgr Alicja Trędowicz | 58

Ryc. 53. Siedziba Specjalistycznej Poradni Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży z Uszkodzonym Słuchem w Toruniu ul. Krasińskiego 70 | 65

Ryc. 54. Mgr Patrycja Sawicka, audioprotetyk w trakcie badania słuchu u pacjentki | 65

Ryc. 55. Mgr Małgorzata Jaźwiecka, logopeda w trakcie badania pacjentki | 65

Ryc. 56. Spotkanie na śluzie | 70

Ryc. 57. Pokaz hipoterapii na parkurze w czasie zawodów jeździeckich | 70

Ryc. 58. Temperatura ciała konia jest wyższa niż człowieka. W ruchu kroczącym konia (stępie) następuje dobroczynne rozluźnienie spastyki mięśni | 70

Ryc. 59. Pediatrzy toruńscy: od prawej dr n. med. Janusz Czarnecki i dr n. med. Marian Łysiak na XXVI Ogólnopolskim Kongresie Pediatrów, Białystok–Mikołajki 6–9 czerwca 1999 r. | 75

Ryc. 60. Renata Margalska | 81

Ryc. 61. Mgr Witold Cerkaski dyrektor MORDiM z intendentką Ośrodka Heleną Łuszczyńską | 87

Ryc. 62. Wizyta w MORDiM. Od lewej: mgr Witold Cerkaski, dyrektor Ośrodka, czteroosobowa grupa gości, piąta od lewej mgr Ilona Mądraszewska, siódmy z kolei lek. med. Tomasz Sawicki, a poniżej kierownik administracyjny Ośrodka Maria Komenda | 87

Ryc. 63. Gimnastyka korekcyjna prowadzona przez mgr Katarzynę Krygier | 88

Ryc. 64. Mgr Marzena Liczbik w takcie ćwiczeń z pacjentem z porażeniami czterokończynowymi (m.p.d.) | 88

Ryc. 65. Na fotelu do ćwiczeń stawów: biodrowego i kolanowego | 89

Ryc. 66. Od prawej stoją: mgr Witold Cerkaski dyrektor MORDiM oraz rehabilitanci: mgr Rafał Walkowski, mgr Katarzyna Alwin, mgr Izabela Siuda-Rudnicka, mgr Ilona Mądraszewska, mgr Elżbieta Kopańska, mgr Małgorzata Bilska-Wódecka, aktualny kierownik Ośrodka Rehabilitacji Dziennej. Od prawej siedzą: mgr Violetta Strzałkowska, mgr Maria Walczyńska oraz kierownik administracyjny MORDiM Maria Komenda | 89

Ryc. 67. Ośrodek Rehabilitacji Dziennej | 93

Ryc. 68. Mgr Małgorzata Bilska-Wódecka z lek med. Dianą Accordi-Kilian | 93

Ryc. 69. Rotor do ćwiczeń wspomaganych lub z obciążeniem kończyn górnych i dolnych | 93

Ryc. 70. Sala do kinezyterapii dla dzieci starszych | 94

Ryc. 71. Kriopal – terapia ciekłym azotem (–195,8°C) | 94

Ryc. 72. Laser ze skanerem i głowicami punktowymi | 95

Ryc.73. Firing – aparat do elektroterapii (diadynamik, jontoforeza, galwanizacja, interdyn, prądy Kotza, Traberta, elektrostymulacja) | 95

Ryc. 74. Wanny do masażu wirowego kończyn górnych i dolnych | 95

Ryc. 75. Gabinet do kinezyterapii dla niemowląt | 96

Ryc.76. Sala do kinezyterapii dla dzieci młodszych | 96

Ryc. 77. Stepper i orbitrek do kinezoterapii | 97

Ryc. 78. Pionizator statyczny dla dzieci młodszych | 97

Ryc. 79. Podopieczni z Hospicium domowego na Starówce | 102

Ryc. 80. Biblioterapia na Oddziale Stacjonarnym. | 102

Ryc. 81. Agnieszka Haremska prezes ProFuturo, organizator konferencji w Poznaniu w grudniu 2004 r. | 119

Ryc. 82. Uczestnicy Konferencji w Poznaniu grudzień 2004 r. Od lewej mgr Renata Stefańska, mgr Iwona Palicka, mgr Bożena Bejnar-Slawow i mgr Paweł Rzoska | 119

Ryc. 83. Pierwsza z prawej mgr Lidia Domańska kierownik Oddziału dla dzieci z autyzmem w kontakcie z pacjentką i jej matką | 119

Ryc. 84. Fragment artykułu z „Gazety Wyborczej" dotyczący problemów dzieci autystycznych inspirowany przez Elżbietę Moczyńską i Radzisławę Guzowską z czerwca 2007 r. | 122

Ryc. 85. Tablica informacyjna. | 122

Ryc. 86. Dr med. Georg Seger | 135

Ryc. 87. Dr med. Władysław Trzaska | 142

Ryc. 88. Dr w. n. lek. Marian Józef Skowroński | 144

Ryc. 89. Lek. med. Izabela Wasilewska | 148

Ryc. 90. Lek. med. Elżbieta Weymanowa | 151

Kinderneurologie in Thorn sowie verwandte Disziplinen und unterstützende Stiftungen

Marian Łysiak (Hrsg.)

Zusammenfassung

Die vorliegende Veröffentlichung stellt im ersten Teil einen Vorreiter der neuen Spezialisierung, nämlich der Kinderneurologie, vor, Dr. med. Georg Seger (1629–1678), Autor der ersten Publikationen über Epilepsie in Toruń, bis hin zur Autorin der ersten Habilitation („Über die Entwicklung des Kindernervensystems zwischen dem 1. und dem 10. Lebenstag), Dr. habil. med. Zofia Majewska (1907–1997). Dr. Majewska war der polenweit erste Medicus, der den Facharzt-Titel für Kinderneurologie erworben hat.

Der erste Facharzt in diesem Gebiet in Toruń Marian Łysiak war Schüler von Prof. Roman Michałowicz vom Institut Der Gesundheit für Kind in Warschau. Nach dem Facharztexamen 8.05.1979 hat er das Amt des Stellvertreiter Chefarztes an der Beobachtungsabteilung des Kinderkrankenhauses niedergelegt und die Leitung der Fürsorgestelle für Entwicklungsneurologie in der Mickiewicz-Str. 24/26 übernommen. Auf seine Initiative wurde am 1.04.1987 am Toruner Kinderkrankenhaus (in der Szosa Bydgoska 1. das erste EEG-Labor für Kinder eröffnet. Es wurde von Mag. Jolanta Korniluk-Kukawska geleitet. Zwei Jahre vorher, am 1.06.1985, wurde für die Bedürfnisse der Fürsorgestelle ein Reha-Zimmer für Kinder organisiert, geleitet durch Mag. Elżbieta Mieszkowska. Zum 01.04.1988 wurde die gesamte Fürsorgestelle mit dem Labor und Reha-Zimmer in den neuentstandenen Komplex der Fachfürsorgestellen des Kinderkrankenhauses im Stadtviertel „Na Skarpie“ in der Konstytucji 3 Maja – Str. Nr. 42 verlagert. Die Fürsorgestelle gewann dadurch einen direkten Zugang zu den diagnostischen Möglichkeiten des Krankenhauses (USG, TK, RM, Dialysestation, Laboratorium für analytische Chemie usw.). Angesichts perinataler Gefahren gewann auch die Neugeborenen-Intensivstation zunehmend an Bedeutung.

In der Reha-Station erfolgte inzwischen ein Wachwechsel. Zur neuen Leiterin wurde Mag. Sylwia Domagalska ernannt. In der Fürsorgestation hat die Kinderärztin Anna Grochal eine Anstellung gefunden, welche gleich die Spezialisierung im Fachgebiet Kinderneurologie am Institut für Mutter und Kind in Warszawa, unter Betreuung von Doz. Zbigniew Łosiowski, aufnahm. Ihren Facharzt-Titel erwarb sie am 2.12.1992.

Ein Jahr später, am 12.11.1993 ging Anna Grochal für ein Praktikum nach Großbritannien, in der Fürsorgestation wurde die Ärztin Dorota Brygman angestellt. Spezialisiert hat sie sich unter Dr med. Barbara Mańkowska vom Kinderneurologie an der Medizinakademie in Gdańsk. Ihre Facharztprüfung legte sie im 14.12.1999 ab. Iwona Witkowska war die nächste Kinderärztin, welche sich in Neurologie spezialisieren wollte. Ihr Fachdiplom erlangte sie am 14.04.1999, unter Betreuung von Dr. habil. Ewa Pilarska, Leiterin auch in der Klinik für Kinderneurologie an der Medizinakademie in Gdańsk.

Im Jahre 2000, nachdem der Leiter der Fürsorgestelle, Dr. med. Marian Łysiak, pensioniert worden war, wurde die Fürsorgestelle aufgelöst. Langjährige, schon vorher getätigte Bemühungen, eine Unterabteilung für Kinderneurologie zu gründen, erwiesen sich als erfolglos (siehe mehrere Schreiben von Dr. med. Marian Łysiak, Hauptarzt des Krankenhauses und Dr. med. Jerzy Matyjek, Wojewodschaftskonsultant für Neurologie). Es wurde nötig, für das Team der Kinderneurologen einen neuen Sitz zu finden. Am 28.09.2005 haben die Ärztinnen Anna Grochal, Dorota Brygman und Iwona Witkowska-Gęsicka, mit Akzeptanz der Behörden, eine Personengesellschaft mit Satzung ins Leben gerufen. Sie agiert als Fachzentrum für Kinderneurologie „Neuron".

Erst nach 17 Jahren, in Folge der Umstrukturierung des Krankenhauses, wurde am 2.07.2007 auf Antrag des Rates des Kinderkrankenhauses mittels des Beschlusses des Wojewodschaftsparlaments eine 29-bettige Abteilung für Pädiatrie, Kinderendokrinologie und -neurologie gebildet, welche von der Koordinatorin und Endokrinologin Barbara Iwaniszewska geleitet wurde. Die Fachärzte von „Neuron" haben dadurch als Berater für ihre Patienten eine Krankenhausbasis gewonnen. Schon die dritte Generation der Toruner Ärzte konnte sich in Kinderneurologie spezialisieren, diese Mühe hat die Oberassistentin Agnieszka Gert auf sich genommen. Betreut hat sie Dr. med. Marzena Wesołowska von der Abteilung für Kinderneurologie am Wojewodschaftskrankenhaus in Bydgoszcz. Die zweite war assistentin Ewelina Władecka. Betreut hat sie Dr. med. Dorota Sokołowska von Institut Der Gesundheit Polnischen Mutter in Łódź. Im zweiten Teil der Veröffentlichung wird die nicht zu unterschätzende Rolle angesprochen, welche bei der Therapie von Kindern mit ZNS-Störungen die mit der Neurologie verwandten Disziplinen spielten und immer noch spielen. Diese Rolle wird mittels Darstellung mehrerer Einrichtungen veranschaulicht, von der Psychologisch-Pädagogischen Beratungsstelle bis hin zu verschiedenartigen, in Toruń agierenden Stiftungen. Zu verzeichnen ist der dynamische Fortschritt in der Diagnostik und Behandlung von Kindern mit motorischen Entwicklungsstörungen (Bewegungstherapie, Hippotherapie), frühkindlichem Autismus (behaviorale Therapie), Schwerhörigkeit und vielen anderen Störungen. Die Role der Stiftung ist auch sehr wertvoll. In den Anexen sind die Materialien der wichtigen Publikationen in Form von Reprinten beigelegt.

Übersetzung: mgr *Dorota Olpeter-Maksymienko*

Children's neurology in Toruń with other related areas supporting it and various foundations

Marian Łysiak (ed.)

Summary

The book discusses pioneering actions in formatting attitudes of a new specialisation as the child neurology became. The author attempts at reviewing the accomplishments of the pioneers of the specialisation starting with Georg Seger MD (1629–1678), the author of first publications on epilepsy, and finishing with Zofia Majewska, MD PhD (1907–1997), the author of the first postdoctoral degree thesis from Gdansk "The Development of Neurological System of a Baby between 1 and 10th Day of Life". In 1950 she was the first one to be awarded with the title of a specialist in the child neurology.

The first pediatric neurologist in Torun was Marian Łysiak, a student of Prof. Roman Michałowicz from the Institute Heralth Centrum of Child in Warsaw. After the specialisation exam in 1970 he left the post of the vice-head of the ward in the Observation Ward of the Children's Hospital undertaking the post of the Head of the Developmental Neurology Clinic at 24/26 Mickiewicza Street. He initiated the launch of the first EEG for children in the Children's Hospital at 1 Szosa Bydgoska on 1 April 1987. Jolanta Korniluk-Kukawska bacame its head. On 1 June 1985 the rehabilitation room was prepared by Elżbieta Mieszkowska. On 1 April 1988 the Developmental Neurology Clinic was finally moved along with the rehabilitation room and EEG to the newly built the Specialistic Clinics Group at the Children's Hospital at the Na Skarpie housing estate at 42 Konstytucji 3-ego Maja Street. The clinic gained access to the diagnostic basis of the hospital (USG, CT, MR, Dialysis Station, analytical laboratory, etc.). The Newly-Born Intensive Care gained momentum with the life hazards in the perion of labour.

Sylwia Domagalska replaced her predecessor in the Rehabilitation Room. The Clinic employed Anna Grochal, MD, a pediatrist, who undertook child neurology under the supervision of Zbigniew Łosiowski reader, MD PhD from the Institute of Mother and Child in Warsaw, and acquired her degree on 2 December 1992.

12 November saw another change in the Clinic, where Anna Grochal was replaced after having left for the internship to the UK by Dorota Brygman MD. She undertook the specialisation with the guidance from MD PhD. Barbara Mańkowska from Child Neurology Clinic at Medical Academy in Gdańsk and graduated in 14 December 1999. Another practitioner who decided to take on the specialisation in child neurology was Iwona Witkowska, a pediatrist, who obtained her degree on 14 April 1999 under the supervision by Ewa Pilarska MD PhD, the head of the Child Neurology Clinic at Medical Academy in Gdańsk.

In 1990, after the head of the Clinic, Marian Łysiak MD PhD got retired, the Clinic inself seized to exist. For many years a group of people had tried to create a sub-ward for child neurology, wchich turned out be useless (check the letters of Marian Łysiak, the head of the hospital and Jerzy Matyjek, MD PhD, Voyevodship'c sonsultant on neurology). The complex situation mad the group of child neurologists move their site. On 28 September 2005 Anna Grochal, Dorota Brygman and Iwona Witkowska-Gęsicka launched a company called Specjalistyczne Centrum Neurologii Wieku Dziecięcego "Neuron" (Spcialistic Centre of Child Neurology "Neuron Group").

On 2 July 2007, after 17 years, due to the hospital's reoganisation by the Sejmik Wojewódzki suggested by the Children's Hospital Council a 29-bed Pediatric, Endocrinologycal, and Child Neurology Ward was formed by the coordinator, Barbara Iwaniszewska, MD, an endocrinologist. The Neuron Group doctors gaind a hospital base for their patients.

A third generation of future child neurologists took their stance in the sub-ward, Agnieszka Gert, MD, under the supervision by Marzena Wesołowska, MD PhD, from the Child Neurology Ward of the Voyevodship's Children's Hospital in Bydgoszcz.

The next was Ewelina Władecka MD. under the supervision by Dorota Sokołowska MD PhD. from the Institiut Health Centrum Polish Mother in Łódź. The second part of the book attempts at displaying a tremendous role that similar therapies play in treating children with brain damages of different genesis. It discusses different parts that are played by Psychological-Pedagogical Counselling and many more such as Foundations that are active at the area of Toruń. A dynamic development in diagnosis and treatment of children with motor handicaps is observed such as kinesytherapy, hippotherapy etc., as well as treating children with early-age autism with behavioural therapy or many many more. The role of the Foundation cannot be overestimed. In the annexes there are materials of significant publications In the form of reprints.

Translation: mgr *Dagmara Mathes-Sobocińska*