

Bogusława ZELWIAŃSKA<sup>1,3</sup>  
 Grażyna GUCWA-PIOTROWSKA<sup>1,2</sup>  
 Anna LIS-HILLE<sup>2</sup>  
 Sławomir KROCZKA<sup>1,4</sup>

## Typy rozpoznań u dzieci objętych opieką Neurologicznych Poradni Przykliniknych w latach 2006-2007

Types of diagnosis in the outpatient practice during the years 2006-2007

<sup>1</sup>Klinika Neurologii Dziecięcej, Katedry Neurologii Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

<sup>2</sup>Poradnia Neurologiczna

<sup>3</sup>Poradnia Bólów Głowy

<sup>4</sup>Poradnia Chorób Nerwowo-Mięśniowych, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie  
 Kierownik Kliniki:  
 Prof. dr hab. n. med. Marek Kaciński

### Dodatkowe słowa kluczowe:

konsultacje neurologiczne  
 poradnie  
 dzieci

### Additional key words:

neurological consultation  
 outpatient clinic  
 children

**Wprowadzenie:** W ostatnich latach obserwuje się znaczący wzrost liczby dzieci kierowanych do konsultacji neurologicznej. Zasadniczo zmienia się również struktura rozpoznań. Cel pracy: Celem tej pracy jest ukazanie zróżnicowanej struktury rozpoznań u dzieci konsultowanych w specjalistycznych poradniach neurologicznych stawianych w czasie 2 lat ich pracy. **Materiał i metody:** Analizą objęto dokumentację lekarską 18127 dzieci w wieku od 1 miesiąca do 18 roku życia, pacjentów Poradni Neurologicznej, Poradni Bólów Głowy oraz Poradni Chorób Nerwowo-Mięśniowych w latach 2006-2007. Pracownie te są nadzorowane przez Klinikę Neurologii Dziecięcej Katedry Neurologii Dzieci i Młodzieży Uniwersytetu Jagiellońskiego. **Wyniki:** Najliczniejszą grupę stanowiły dzieci kierowane ze stanami napadowymi (11192, 61,74%). Diagnostyka przeprowadzona w trybie ambulatoryjnym lub szpitalnym pozwoliła u 52,42% rozpoznać padaczkę a u pozostałych 9,31% inne zaburzenia napadowe: omdlenia, tiki, drgawki gorączkowe, napady afektywnego bezdechu, zaburzenia snu, lęki nocne, onanizm wczesnodziecięcy i napady rzekomopadaczkowe. Drugą pod względem liczebności grupą były dzieci z bólami głowy (2379, 13,12%). W większości zgłaszały się one już po wykluczeniu przyczyny laryngologicznej i okulistycznej tej dolegliwości. Badania specjalistyczne (neuroobrazowanie, zapis EEG oraz konsultacja psychologiczna) pozwoliły u większości z nich rozpoznać podłoże napięciowe bólów głowy, rzadziej migrenę a w sporadycznych przypadkach guzy mózgu. Kolejną grupę stanowiły dzieci z uszkodzeniami OUN: fetopatiami, wadami wrodzonymi, mózgowym porażeniem dziecięcym, chorobami metabolicznymi i genetycznymi. Liczną grupę stanowiły dzieci wymagające dłuższej obserwacji rozwoju dla ostatecznego ustalenia rozpoznania (z opóźnieniem rozwoju psychoruchowego, zaburzeniami emocjonalnymi, moczeniem nocnym, podej-

**Introduction:** In recent years significant increase of children referred to neurological consultations has been observed. Also structure of diagnosis has changed fundamentally. **Aim:** The aim of the study was to reveal differentiated structure of diagnosis in children referred to neurology outpatient clinics during 2 years of their work. **Material and methods:** Analysis included medical documentation of 18127 children aged 1-18 years, patients of Neurology Outpatient Clinic, Headache Outpatient Clinic and Neuromuscular Diseases Outpatient Clinic. These outpatient clinics are under supervision of Pediatric Neurology Clinic of Chair of Pediatric and Adolescent Neurology, Jagiellonian University. **Results:** The most numerous group consisted of children with paroxysmal events (11192, 61.74%). Diagnostics performed in outpatient clinics or during hospitalisation enabled to diagnose epilepsy in 52.42% and in remaining 9.31% other paroxysmal events: syncopes, tics, febrile convulsions, breath-holding spells, sleep disorders, night terrors, infantile masturbation and pseudoepileptic seizures. Second, in respect to number, group included children with headaches. Majority of them were referred after exclusion of laryngological and ophthalmological causes of headaches. Specialist neuroimaging examinations, EEG examination and psychological consultations enabled to diagnose tension-type headaches in most cases, less often migraine and sporadically brain tumors were diagnosed. Another group enclosed children with CNS lesions: fetopathies, congenital defects, cerebral palsy, metabolic and genetic disorders. Numerous group consisted of children with psychomotor retardation, emotional disorders, nocturnal enuresis, suspect of ADHD and scholar difficulties who needed longer development observation in order to establish final diagnosis. Group of children with neuromuscular diseases (375, 2.16%) was also dif-

Adres do korespondencji:  
 Dr n. med. Bogusława Zelwiana  
 30-663 Kraków, ul. Wielicka 265  
 Tel.: +48 12 6582011, wewn. 1150  
 e-mail: neupedkr@cm-uj.krakow.pl

rzeniem ADHD i trudnościami szkolnymi). Grupa dzieci z chorobami nerwowo-mięśniowymi (375, 2,16%), była również zróżnicowana. Obejmowała ona dzieci z dystrofiami mięśniowymi i miopatiami (50%), nabytymi mononeuropatiami obwodowymi (pourazowymi, pozapalnymi i zespołami cieśni) oraz genetycznie uwarunkowanymi i nabytymi polineuropatiami (45%) a także miastenią i zespołami miastenicznymi (5%). **Wnioski:** Analiza wyników 2 lat pracy trzech Poradni referencyjnych ukazała zróżnicowane przyczyny konsultacji u dzieci leczonych w tych poradniach. Dominującym problemem w pracy ambulatoryjnej były zaburzenia napadowe i konieczność przeprowadzenia wstępnej diagnostyki różnicowej. Obserwuje się szybki wzrost liczby dzieci z bólami głowy, trudnościami szkolnymi i podejrzeniem ADHD.

### Wstęp

Poradnia Neurologiczna dla Dzieci Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie jest czynna od 1965 roku, a w roku 1999 zostały utworzone Poradnia Bólów Głowy i Poradnia Chorób Nerwowo-Mięśniowych. Pracuje w nich 4 specjalistów neurologii dziecięcej.

W ostatnich latach obserwuje się znaczący wzrost liczby dzieci kierowanych do konsultacji neurologicznych, których liczba wzrosła do około 9000 rocznie. Zmienia się również zasadniczo struktura rozpoznania, z którymi zgłaszają się pacjenci. Nie ma wśród nich już poważnych chorób, jak podostre stwardniające zapalenie mózgu, fenylketonuria klasyczna, czy wrodzona różyczka. Zmienił się również przebieg wielu chorób a w niektórych z nich (jak w padaczkach), poprzez poszerzenie możliwości diagnostycznych i leczniczych poprawiło się rokowanie. Obserwuje się również szybki wzrost liczby pacjentów z napięciowymi bólami głowy, trudnościami szkolnymi oraz z zespołami bólowymi kręgosłupa i szyi [28].

Specyfiką pracy ambulatoryjnej jest wstępna ocena pacjenta, na podstawie zebranego wywiadu i badania neurologicznego oraz podjęcie decyzji o dalszym postępowaniu ambulatoryjnym lub skierowaniu dziecka na pobyt stacjonarny. Umiejętność szybkiego podejmowania trafnych decyzji stanowi duże wyzwanie i wiąże się w wielu przypadkach z wątpliwościami co do słuszności postępowania. Na szczęście łatwiejszy jest dostęp do pełnoprofilowego laboratorium, pracowni EEG, EMG i Potencjałów Wywołanych i możliwość szybkiego przeprowadzenia badań neuroobrazowych. Korzystać można również ze współpracy z psychologiem, antropologiem, psychiatrą, kardiologiem, genetykiem i neurochirurgiem.

### Cel pracy

Celem tej pracy było ukazanie jak zróżnicowane są rozpoznania, stawiane u dzieci konsultowanych w specjalistycznych poradniach neurologicznych w czasie dwóch lat ich pracy a także odpowiedź na pytanie jak zmieniają się one w ostatnich latach.

### Materiał i metody

Analizą objęto dokumentację lekarską 18127 dzieci w wieku od 1 miesiąca do 18 roku życia, pacjentów Poradni Neurologicznej, Poradni Bólów Głowy oraz Poradni Chorób Nerwowo-Mięśniowych w latach 2006-

ferentiated. It consisted of children with muscular dystrophies and myopathies (50%), acquired peripheral mononeuropathies (post-traumatic, post-inflammatory and tunnel syndromes) and genetically determined and acquired polyneuropathies (45%) and also myasthenia and myasthenic syndromes (5%). **Conclusions:** Analysis of two years work of three specialist outpatient clinics revealed differentiated causes of consultations of treated children. Paroxysmal events and necessity of initial differential diagnosis performance were main problems of their work. Fast increase in number of children with headaches, scholar difficulties and suspect of ADHD has been observed.

2007. Dzieci kierowane były przez rejonowych lekarzy pediatrów i lekarzy rodzinnych a także rejonowe poradnie neurologiczne dla dzieci i specjalistyczne gabinety lekarskie. W diagnostyce posługiwano się pogłębionym wywiadem i fizykalnym badaniem neurologicznym. Wykonywano badania elektrofizjologiczne: EEG w czuwaniu i we śnie a niekiedy także po deprywacji snu oraz w wybranych przypadkach dodatkowo z oceną wideoEEG. W mniejszej grupie pacjentów przeprowadzono badania EMG i ENG oraz niekiedy potencjałów wywołanych somatosensorycznych, wzrokowych i słuchowych. Najczęściej wśród badań neuroobrazowych wykonywano tomografię komputerową, ale coraz częściej również strukturalny rezonans magnetyczny. W uzasadnionych przypadkach wykonywano ponadto badania biochemiczne, TORCH, genetyczne (po konsultacji genetycznej), metaboliczne i immunologiczne.

### Wyniki

Najliczniejszą grupę wśród kierowanych do konsultacji neurologicznej stanowiły dzieci z podejrzeniem zaburzeń napadowych 11192 (61,74%). W tej grupie było 9502 (84,90%) dzieci z padaczką oraz 1690 (15,10%) dzieci z innymi zaburzeniami napadowymi (rycina 1). Najczęstszą przyczyną niepadaczkowych zaburzeń napadowych były omdlenia 506 (4,52%), zwykle wazowagalne a rzadziej neurokardiogenne. Dość liczną grupę stanowiły dzieci z tikami 445 (3,97%) o zróżnicowanej morfologii. U wielu z nich obserwacja i badanie neurologiczne oraz ocena dynamiki zmian były wystarczające do ustalenia rozpoznania, niekiedy konieczne było jednak wykonanie EEG. Wszystkie te dzieci konsultowane były przez psychologa i część z nich pozostaje w leczeniu neurologicznym, ale jeśli tiki stanowiły składową ADHD to były one przekazywane do dalszego leczenia w poradni psychiatrii dziecięcej.

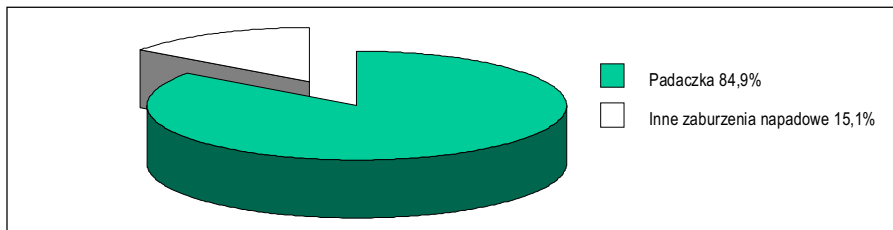
Dzieci z drgawkami gorączkowymi w liczbie 275 (2,46%) konsultowane były z reguły po hospitalizacji. Była to grupa dzieci od 1 do 5 roku życia, z wywiadem typowym dla drgawek gorączkowych prostych według jednoznacznej informacji od rodziców. We wszystkich przypadkach napadów częściowych złożonych konieczne było wykonanie badań specjalistycznych.

Następną grupę wśród dzieci z zaburzeniami napadowymi nie padaczkowymi stanowiły dzieci z napadami afektywnego bezdechu (187, 1,67%). Dokładnie zebrany wywiad (częstotliwość, czas trwania, czynniki prowokujące) z reguły pozwalał na szybkie rozpoznanie napadów snych lub bładnych. W przypadkach wątpliwych wykony-

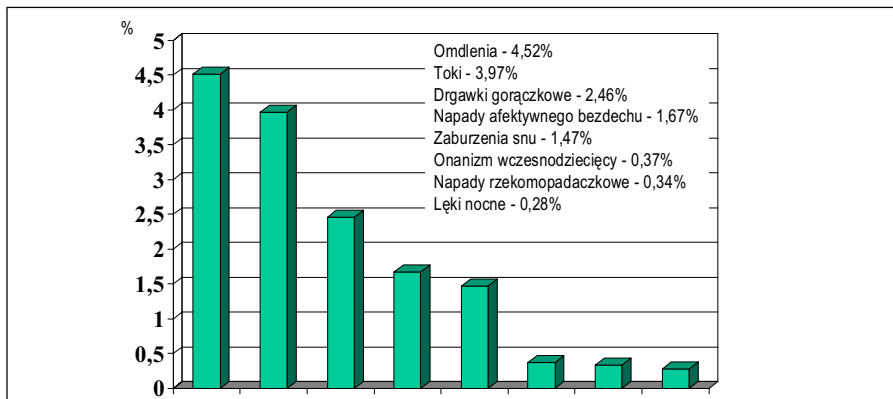
wano EEG, w celu wykluczenia napadów padaczkowych o podobnej morfologii. Kolejnymi nie padaczkowymi zaburzeniami napadowymi, które wymagały różnicowania z padaczką były zaburzenia snu, które stwierdzono u 165 (1,47%) i lęki nocne u 31 (0,28%) dzieci. Tu zwykle wystarczające dla postawienia rozpoznania było przeprowadzenie dokładnego wywiadu z określeniem czasu jaki upłynął od zaśnięcia do wystąpienia napadów. U małych dzieci, kierowanych z podejrzeniem zaburzeń napadowych, niekiedy rozpoznawano onanizm wczesnodziecięcy (41, 0,37%). Rozpoznanie to także można postawić na podstawie dokładnie zebranego wywiadu a niekiedy również wykluczenia napadowości w zapisie EEG.

Narastającym ilościowo i jakościowo problemem w diagnostyce stanów napadowych były napady rzekomopadaczkowe (u 38, 0,34%), niekiedy współwystępujące z napadami padaczkowymi (rycina 2). Tu konieczne było wykonanie rejestracji wideoEEG i obserwacja w warunkach szpitalnych oraz ocena psychologiczna [13].

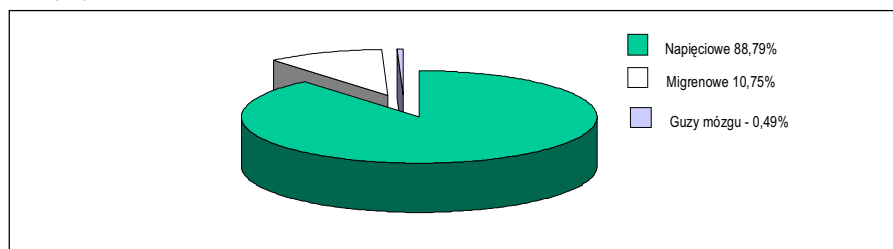
Drugą pod względem liczebności grupą byli pacjenci z bólami głowy (2379, 13,12%). W większości zgłaszali się oni do konsultacji po wykluczeniu okulistycznych i laryngologicznych przyczyn bólów. Wywiad stanowił w tych przypadkach bardzo ważne ogniwo w diagnostyce i był zbierany od pacjenta, rodziców a w przypadkach koniecznych również od nauczycieli. Do diagnostyki bólów głowy i postępowania często wykorzystywany był Kalendarz bólu głowy, po poinstruowaniu prowadzony był przez pacjenta lub jego rodzinę. Zawiera on dane dotyczące częstotliwości, umiejscowienia, objawów towarzyszących, czynników prowokujących ból głowy, pory występowania i pozycji ciała w której pojawia się lub nasila ból głowy [4]. Ważne było uzyskanie informacji o postępowaniu w razie bólu głowy i efekcie zastosowania leków przeciwbólowych. Różnicowanie przeprowadzano w oparciu o specyficzne kryteria diagnostyczne Międzynarodowego Towarzystwa Bólów Głowy (IHS), wyróżniając wśród bólów napięciowych: epizodyczny częsty, epizodyczny rzadki oraz przewlekły ból głowy a wśród migrenowych bóle z aurą i bez aury [5,13,14]. Badania specjalistyczne: neuroobrazowanie, EEG oraz konsultacja psychologiczna, pozwoliły u większości dzieci rozpoznać napięciowe bóle głowy 2113 (88,82%), a rzadziej migre-



**Rycina 1**  
Zaburzenia napadowe u 11192 dzieci.  
Paroxysmal events in 11192 children.



**Rycina 2**  
Nie padaczkowe zaburzenia napadowe u 1690 dzieci.  
Non epileptic events in 1690 children.



**Rycina 3**  
Rodzaje bólów głowy u 2379 dzieci.  
Headache types in 2379 children.

nę 255 (10,72%). Dzieci, u których rozpoznano współistnienie zarówno napięciowych jak i migrenowych bólów głowy, kwalifikowane były w zależności od dominującego charakteru dolegliwości. Niekiedy przyczyną bólów głowy był guz mózgu (u 11 dzieci, 0,46%), co stało się zagazą czujność diagnostyczną lekarzy (rycina 3).

Kolejną grupę stanowiły dzieci z uszkodzeniami OUN (fetopatiami, wadami wrodzonymi, mózgowym porażeniem dziecięcym), a także zaburzeniami metabolicznymi i genetycznymi oraz upośledzeniem umysłowym. W omawianej grupie dzieci wyróżniono dużą liczbę z mózgowym porażeniem dziecięcym (922, 5,08%). Natomiast diagnostyka zaburzeń uwarunkowanych metabolicznie była prowadzona głównie w czasie hospitalizacji, ze względu na sposób finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Diagnostyka chorób genetycznych, z wyjątkiem typowych zespołów, była długotrwała i obciążona brakiem jednoznacznych rozpoznań nawet po 2-letniej obserwacji. Dzieci z patologią OUN kierowane były do Poradni z różnorodnymi rozpoznaniami, jak oczopląs (77, 0,42%), anizokoria (54, 0,30%), małogłowcie (191, 1,05%), czy wodogłowcie (121, 0,67%).

Czwarta grupa obejmowała dzieci, które wymagały dłuższej obserwacji dla postawienia ostatecznego rozpoznania. Były to dzieci z opóźnieniem rozwoju psychoruchowego (1987, 10,96%), zaburzeniami emocjonalnymi lub z cechami autystycznymi (100, 0,55%), podejrzeniem ADHD (605, 3,34%), trudnościami szkolnymi (44, 0,24%) czy moczeniem nocnym. W tych przypadkach bardzo pomocna była ścisła współpraca z psychologiem i logopedą.

Grupa dzieci z chorobami nerwowo-mięśniowymi (375, 2,16%), była również zróżnicowana. Obejmowała ona dzieci z dystrofiami mięśniowymi i miopatiami (50%), nabytymi mononeuropatiami obwodowymi (porazowymi, pozapalnymi i zespołami cieśni) oraz genetycznie uwarunkowanymi i nabytymi polineuropatiami (45%) a także miastenią i zespołami miastenicznymi (5%).

#### Omówienie

Zaburzenia napadowe są jednym z wiodących problemów, jakimi zajmują się neurologi dziecięcy w pracy poradni specjalistycznych. Częstość występowania padaczki u dzieci jest większa niż u dorosłych i wynosi 1%, a duże różnice między oboma grupami wiekowymi dotyczą także występo-

wania zespołów padaczkowych u dzieci [2,11]. Dlatego też umiejętność ich rozpoznawania i różnicowania ma fundamentalne znaczenie, zwłaszcza w pracy ambulatoryjnej. Na przestrzeni ostatnich lat obserwuje się bardziej rygorystyczne podejście do ostatecznego rozpoznania padaczki w oparciu o kryteria rozpoznania Międzynarodowej Ligi Przeciwpadaczkowej, a leki w większości są wprowadzane po drugim napadzie i wnikliwie przeprowadzonej diagnostyce różnicowej [10,20,21]. Już sam doładnie zebrany wywiad pozwala w niemałej części przypadków skierować uwagę w stronę zaburzeń napadowych innych niż padaczkowe, co w sposób zasadniczy zmienia rokowanie, postępowanie i dalsze losy dziecka [7]. 10-20-krotnie częściej niż padaczka występują w wieku rozwojowym nie padaczkowe zaburzenia napadowe [17]. O ile częstość występowania nie padaczkowych zaburzeń ruchowych u małych dzieci jest w kolejnych latach zbliżona, o tyle w grupie dzieci starszych obserwuje się narastającą częstość występowania napadów rzekomopadaczkowych [13].

Narastającym problemem w obecnej dobie są bóle głowy, a wśród nich najczęstsze pierwotne (samoistne) bóle napięciowe i migrenowe, których częstość zwiększa się z wiekiem [11,14,24]. Przeprowadzone w populacji gdańskiej badania wykazały, że odsetek występowania tych dolegliwości w wieku przedszkolnym u 20% dzieci, wzrasta do 35% w wieku szkolnym i powyżej 50% u młodzieży. Napięciowe bóle głowy stanowiły 94% a migrenowe 4% [4]. Odsetek dzieci z napięciowymi bólami głowy wśród naszych pacjentów był niższy a liczniejszą w porównaniu do gdańskiej grupę stanowiły dzieci z migreną. Powodu tej różnicy prawdopodobnie można upatrywać w fakcie, że do poradni specjalistycznej zajmującej się bólami głowy trafia wyselekcjonowana przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej grupa pacjentów a w Gdańsku badania były prowadzone w populacji dzieci szkolnych.

Wg *Prajsner* i wsp. istnieje szereg cech charakteryzujących dzieci z samoistnymi bólami głowy, jak dysharmonie rozwojowe częściej występujące u dzieci z napięciowymi bólami głowy, poczucie niepewności, częstsze przeżywanie do wewnątrz i tłumienie negatywnych emocji niż u dzieci z migrenowymi bólami głowy [23]. Bardzo interesujące wytłumaczenie patomechanizmu napięciowych bólów głowy zaprezentowali *Fumel* i *Schoenen*. Mogą wynikać z interakcji zstępującej kontroli drugorzędowych trójdzielnych nocyceptorów pnia mózgu a powiązanych ze sobą zmianami obwodowymi takimi jak wrażliwość na ból mięśniowo-powięziowy oraz napięcie w mięśniach obwodowych. Początkowo mogą występować epizody napięciowego bólu głowy spowodowane przez stres fizyczny, zwykle w połączeniu ze stresem psychicznym lub przez нефизиologiczną postawę przy pracy. W takich przypadkach zwiększona nocycepcja z napiętych mięśni może być pierwotną przyczyną bólu głowy, prawdopodobnie wzmacnianą przez ośrodkową okresową zmianę kontroli bólu, spowodowaną stresem. Mechanizmy emocjonalne zwiększa-

ją napięcie mięśniowe poprzez układ limbiczny i w tym samym czasie zmniejszają napięcie w endogennym układzie antynocycetywnym. Kiedy bóle głowy są częstsze, wzrasta znaczenie zmian ośrodkowych [5].

Istnieją modele patogenetyczne, które proponują widzenie napięciowych bólów głowy i migreny na biegunach genotypowego spektrum tej samej choroby. Może to mieć szczególne znaczenie w przypadku pacjentów ze współistnieniem napięciowych i migrenowych bólów głowy. Pomocne w ich rozpoznawaniu jest dokładne określenie charakteru bólu, silnego pulsującego o nagłym początku w migrenie i łagodniejszego, tępego, wolno narastającego i dłużej trwającego bólu napięciowego [8,13,14,24]. Bardzo ważne jest wnikliwe rozpoznanie migreny z aurą, ze względu na wagę występowania ogniskowych objawów neurologicznych [8,25,29].

Wyraźnie zmniejszyła się w ostatnich latach liczba fetopatii zapalnych, co wiąże się z poprawą opieki medycznej i prewencją prenatalną [1,6,12]. Nie było wśród konsultowanych w Poradniach w okresie 2 lat dzieci z zespołem wrodzonej różyczki, czy postacią nerwowo-wzrokową wrodzonej toksoplazmozy. Wrodzone zakażenie cytomegalią występowało obecnie głównie w postaci deficytów słuchowych, które są systematycznie identyfikowane w przesiewowych badaniach słuchu noworodków i niemowląt [1]. Częściej natomiast neurolog dziecięcy musiał myśleć o zaburzeniach wrodzonych wynikających z działania toksyn w okresie ciąży (alkohol, narkotyki, leki). Częstość mózgowego porażenia dziecięcego utrzymywała się na stałym poziomie (1-2%), zmienił się jednak procentowy udział poszczególnych jego postaci. Ryzyko wystąpienia mózgowego porażenia dziecięcego było ściśle związane z wiekiem ciążowym i u dzieci z 24-32 Hbd wynosiło 8% czyli było 40 razy większe [16,26]. Obecnie wraz ze wzrostem przeżywalności dzieci z ciążą >22 Hbd i masą ciała 450-500 gramów, wzrasta odsetek dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym w formie diplegii spastycznej. Można również przypuszczać, że stworzenie systemu transportu do Oddziału Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka w naszym Szpitalu, objęcie dzieci od najwcześniejszego okresu życia wielospecjalistyczną opieką i stosowanie systemu wczesnej interwencji spowodowało, że obecnie postacie mózgowego porażenia dziecięcego mają nasilenie umiarkowane lub łagodne [15,16]. Na jakość funkcjonowania dzieci z tym zespołem miały ogromny wpływ obok niepełnosprawności ruchowej także współwystępowanie deficytów neurosensorycznych i poznawczych oraz zespołów hiperkinetycznych [3,9,19,22,27]. Dodatkowym bardzo niekorzystnym czynnikiem są błędy wycho-

wawcze popełniane przez rodziców i opiekunów dziecka a wynikające z nadopiekuńczości (generowanej przez lęk), zagubienia i w końcu z bezradności wobec narastających problemów [18]. Według naszych obserwacji jest to narastający problem, który w codziennej pracy trudno było skorygować wobec niedostatków wielospecjalistycznej opieki środowiskowej.

Nadal u znacznej liczby dzieci, mimo wykorzystania dostępnych metod diagnostycznych, przyczyna opóźnienia rozwoju i zaburzeń neurologicznych pozostaje nieznana. W analizowanym okresie pracy Poradni szybko narastała liczba dzieci zgłaszających się z powodu zaburzeń emocjonalnych, trudności szkolnych, z podejrzeniem ADHD i moczeniem nocnym. Po zakończeniu diagnostyki dzieci te pozostawały w obserwacji, z równoczesną terapią w placówkach wczesnego wspomaganie rozwoju, poradniach psychologiczno-pedagogicznych lub psychiatrycznych.

W grupie dzieci z chorobami nerwowo-mięśniowymi dzięki większej dostępności do badań molekularnych, zmniejszył się odsetek dzieci diagnozowanych w ramach pobytu stacjonarnego i konieczność wykonywania biopsji nerwu i mięśnia. Również łatwiejsza dostępność do badań enzymatycznych i neurofizjologicznych (EMG, ENG, potencjałów wywołanych), umożliwiła wczesne rozpoznanie tych chorób w warunkach Poradni Chorób Nerwowo-Mięśniowych. Istotnym elementem działalności tej Poradni była współpraca z Pracownią Neurorehabilitacji.

#### Wnioski

1. Dominującym problemem w pracy neurologa dziecięcego w poradni specjalistycznej są zaburzenia napadowe i konieczność przeprowadzenia wstępnej diagnostyki różnicowej.

2. Obserwuje się jednak szybki wzrost liczby konsultowanych dzieci z bólami głowy, trudnościami szkolnymi i podejrzeniem ADHD.

#### Piśmiennictwo

1. Amiel-Tison C.: Neurologia Perinatalna. Elsevier Urban i Partner, Wrocław 2008.
2. Appleton R., Gibbs J.: Padaczka u dzieci i młodzieży. Wyd. I polskie. Wyd. Medyczne Urban i Partner, Wrocław 2000.
3. Baar A.L., Wassenaar A.G., Briet J.M., Dekker F.W.: Very preterm birth is associated with disabilities in multiple developmental domains. *J. Pediatr. Psychol.* 2005, 30, 247.
4. Dilling-Ostrowska E.: Bóle głowy u dzieci i młodzieży. Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 5. kwietnia 1997.
5. Fumal A., Schoenen J.: Bóle głowy typu napięciowego: aktualne badania naukowe i prowadzenie kliniczne. *Neurologia Praktyczna* 2008, 8, 43.
6. Gruskin A., Williams R.G., McCabe E.R.B. et al.: Final report of the FOPE II pediatric subspecialist of the future workgroup. *Pediatrics* 2000, 106, 1224.

7. Hindley D., Ali A., Robsson C.: Diagnoses made in a secondary care "fits, faints, and finny turns" clinic. *Arch. Dis. Child.* 2006, 91, 214.
8. Lance J.W., Goadsby P.J.: Bóle głowy-patofizjologia i leczenie. Wyd. VI. D.W. Publishing Co-Poland, Szczecin 1999.
9. Jayaseelan D., Callaghan M.O., Neulinger K. et al.: The association between early minor motor difficulties in extreme low birth weight infants and schoolage attentional difficulties. *Early Human Develop.* 2006, 82, 249.
10. Jędrzejczak J.: Padaczka. Wyd. I. Biblioteka Neurologii Praktycznej, Lublin 2006.
11. Kaciński M. (red.): Neuropediatria. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
12. Kaciński M. (red.): Choroby zapalne układu nerwowego u dzieci. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2005.
13. Kaciński M., Kubik A., Jaworek M.: Czynność bioelektryczna mózgu u dzieci i młodzieży z napadami rzekomopadaczkowymi. *Przegl. Lek.* 2004, 61, 1253.
14. Kubik A.: Samoistne bóle głowy u dzieci i młodzieży. *Przegl. Lek.* 2000, 57, 151.
15. Kubik A., Wnęk E., Zelwiana B. i wsp.: Charakterystyka mózgowego porażenia dziecięcego u dzieci hospitalizowanych. *Postępy Neonatologii*, 1999, 10, 267.
16. Kwinta P., Klimek M., Nitecka M., Pietrzyk J.J.: Ocena rozwoju psychoruchowego w wieku 5-7 lat dzieci urodzonych z bardzo małą masą ciała. *Przegl. Lek.* 2005, 62, 1258.
17. Losiowski Z.: Niepadaczkowe stany napadowe u dzieci i ich różnicowanie z padaczką na podstawie objawów klinicznych. *Neur. Dziec.* 1992, 1, 47.
18. Matera K.: Problemy opieki nad dziećmi z mózgowym porażeniem dziecięcym. *Postępy w diagnostyce i leczeniu chorób układu nerwowego u dzieci*. Tom 5. BiFolium, Lublin 2003.
19. Markiewicz K., Pąchalska M.: Diagnosis of severe developmental disorders in children under three years of age. *Med. Sci. Monit.* 2007, 13, 89.
20. Michałowicz R., Józwiak S. (red.): Neurologia dziecięca. Wyd. Medyczne Urban Partner, Wrocław 2000.
21. Michałowicz R., Józwiak S. (red.): Padaczka i inne stany napadowe u dzieci. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1992.
22. Peterson J., Taylor H.G., Minich N. et al.: Subnormal head circumference in very low birth weight children: Neonatal correlates and school-age consequences. *Early Human Develop.* 2006, 82, 325.
23. Praisner B., Gergont A., Kaciński M.: Psychologiczna charakterystyka dzieci i młodzieży z samodzielnymi bólami głowy. *Przegl. Lek.* 2004, 61, 1228.
24. Prusiński A.: Bóle głowy. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1999.
25. Prusiński A.: Aktualne trendy badawcze i kliniczne w dziedzinie bólów głowy. *Migrena* 2008, 1, 3.
26. Rutkowska M.: Ocena rozwoju dzieci urodzonych przedwcześnie. Dwuletnie prospektywne badanie kohortowe. Ośrodek Wydawnictw Naukowych, Poznań 2003.
27. Salt A., Redshaw M.: Neurodevelopmental follow-up after preterm birth: follow up after two years. *Early Human Develop.* 2006, 82, 185.
28. Van Cleave J., Woodruff B., Freed G.L.: Differences in characteristics among new pediatric neurology patients: the effect of newly established private pediatric neurology practice ambulatory. *Pediatrics* 2008, 8, 104.
29. Zajac A., Herman-Sucharska I., Kubik A. i wsp.: Wyniki badań MR i MRA u dzieci z migreną z aurą. *Przegl. Lek.* 2007, 64, 934.