



WEBINARY

13.05.2020

Pacjent z zaawansowaną chorobą Parkinsona w czasach epidemii,
pod patronatem firmy Abbvie

20.05.2020

Aktualne wyzwania neurologii — postęp w diagnostyce, monitorowaniu i leczeniu.
Nowe wyzwanie: COVID-19. Sesja IV, pod patronatem firmy Novartis

23–26.05.2020

EAN Raport,
pod patronatem firmy Roche

27.05.2020

Światowy Dzień Stwardnienia Rozsianego

2 lub 4.06.2020

Głęboka stymulacja mózgu dla początkujących,
pod patronatem firmy Medtronic

03.06.2020

Webinarium pod patronatem firmy Roche

10.06.2020

Nowości w diagnostyce i terapii chorób neuroimmunologicznych "Post EAN"

17.06.2020

Zastosowanie konopi w neurologii, pod patronatem firmy Canopy Growth

24.06.2020

Rekomendacje i zalecenia grupy ekspertów dotyczące leczenia toksyną botulinową dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy, pod patronatem firmy Allergan

Cykl webinarów EAN Raport

Szanowni Państwo,
już wkrótce rozpocznie się (po raz pierwszy w formule *on-line*) **VI Kongres Europejskiej Akademii Neurologii (EAN)**, który miał się odbyć w Paryżu w dniach 23–26.05.2020 r. W imieniu Komitetu Naukowego: prof. dr hab. n. med. Agnieszki Słowik – Konsultanta Krajowego, prof. dr hab. n. med. Konrada Rejdaka – Prezesa-Elekta PTN oraz własnym, zapraszam na **cykl webinarów** zatytułowany **EAN Raport**, który będzie się odbywał w czasie trwania kongresu: **23–26 maja w godzinach 19.00–21.00**. W czasie tych webinarów polscy eksperci będą dla Państwa komentować najważniejsze doniesienia z kongresu. Jak zawsze, w czasie trwania webinarów organizowanych przez PTN będzie można zadawać ekspertom pytania.

Nie wszyscy będziemy mogli śledzić wykłady EAN, które trwają przez cały dzień, a dodatkowo przebiegają w formule sesji równoległych. Podsumowanie "w pigułce" wszystkich najważniejszych poruszanych w sesjach naukowych tematów dnia umożliwi Państwu zapoznanie się z najnowszymi doniesieniami z różnych obszarów tematycznych.

Dziękujemy sponsorowi, firmie ROCHE, za udzielenia grantu edukacyjnego na przeprowadzenie tego cyklu. Od strony wykonawczej spotkania będzie organizowała firma Via Medica, nasz partner wydawniczy i multimedialny.

Wszystkie webinaria będą po zakończeniu kongresu EAN dostępne w serwisie edukacyjnym PTN: www.neuroedu.pl

Zapraszamy do aktywnego udziału!

Z pozdrowieniami,
prof. dr hab. n. med. Jarosław Sławek,
Prezes PTN,
Redaktor serwisów internetowych PTN

PLAN WEBINARIÓW:

Sobota, 23 maja 2020 r.

Prowadzący: prof. dr hab. n. med. Jarosław Sławek

Mov Disorders – prof. dr hab. n. med. Jarosław Sławek
Stroke – prof. dr hab. n. med. Agnieszka Słowik
Dementia – dr hab. n. med. Joanna Siuda
Acute Neurology – prof. dr hab. n. med. Konrad Rejda

Niedziela, 24 maja 2020 r.

Prowadzący: prof. dr hab. n. med. Konrad Rejdak

Epilepsy – prof. dr hab. n. med. Konrad Rejdak
Neurodegenerative Dis. – dr hab. n. med. Joanna Siuda
Migraine – prof. dr hab. n. med. Jacek Roźniecki
COVID session – prof. dr hab. n. med. Agnieszka Słowik
Parkinson – prof. dr hab. n. med. Jarosław Sławek

Poniedziałek, 25 maja 2020 r.

Prowadząca: prof. dr hab. n. med. Agnieszka Słowik

MS – dr hab. n. med. Alicja Kalinowska
Epilepsy – prof. dr hab. n. med. Konrad Rejdak
Autonomic – dr hab. n. med. Dariusz Koziorowski
Gene therapy in neurology – dr hab. n. med. Daniel Zielonka

Wtorek, 26 maja 2020 r.

Prowadzący: prof. dr hab. n. med. Konrad Rejdak i prof. dr hab. n. med. Jarosław Sławek

CNS tumors i neurooncology – prof. dr hab. n. med. Sławomir Michalak
Epilepsy – prof. dr hab. n. med. Maria Mazurkiewicz-Beldzińska
NON-Alzheimer pathology – prof. dr hab. n. med. Maria Barcikowska

AKTUALNOŚCI

PODWYŻSZONE STĘŻENIA CHIT1 W PŁYNIE MÓZGOWO-RDZENIOWYM PACJENTÓW Z GORSZYM ROKOWANIEM STWARDNIENIA ROZSIANEGO

W retrospektywnym badaniu autorzy tej pracy próbowali odpowiedzieć na pytanie, czy pewne biomarkery stwierdzone w badaniu płynu mózgowo rdzeniowego mogą pozwolić na przewidywanie przebiegu aktywności stwardnienia rozlanego (SM). Badaniem objęto 143 pacjentów z SM, u których wykonano nakłucie lędźwiowe na początku choroby. Dokonano pomiaru aktywności 3 białek makrofagowych i mikrogleju: chitotriozydaza (CHIT1), białko podobne do chitynazy 3 (chitinase-3-like protein 1, CHI3L1), rozpuszczalny receptor spustowy obecny na komórkach mieloidowych 2 (soluble triggering receptor expressed on myeloid cells 2, sTREM2); dokonano również pomiaru łańcuchów lekkich neurofilamentów (NfL) w celu określenia uszkodzeń neuronalnych.

Badanie wykazało, że stężenie CHIT1 wiązało się z wskaźnikiem rzutów choroby ocenianym w okresie obserwacji wynoszącej 6 lat (mediana), niepełnosprawności określonej w skali Age-Related MS Severity Score (mediana obserwacji 5 lat) i objętością plak w badaniu MRI i pogorszeniem wartości MTR w obrębie zmian (mediana obserwacji 3 lata). Natomiast podwyższone stężenie NfL w PMR nie wykazywało związku z tymi parametrami pogorszenia w przyszłości. CHIT1 w chwili postawienia rozpoznania SM było wskaźnikiem tak wolnej, jak i szybkiej progresji choroby, wykazując wartość 76% pola pod krzywą ROC.

Biomarkery są przydatne w określeniu ciężkości choroby w tym przypadku stwardnienia rozsianego, jak i w ocenie odpowiedzi na leczenie. Najbardziej odpowiednie byłyby biomarkery uzyskiwane w badaniach surowicy krwi, jednak w przypadku SM biomarkery z płynu mózgowo-rdzeniowego prawdopodobnie dostarczają bardziej spójnych informacji.

Źródło: Oldoni, E., Smets, I., Mallants, K., Vandeborgh, M., Van Horebeek, L., Poesen, K., ... Goris, A. (2020). CHIT1 at Diagnosis Reflects Long-Term Multiple Sclerosis Disease Activity. *Annals of Neurology*, 87(4), 633–645. <https://doi.org/10.1002/ana.25691>.

www.onlinelibrary.wiley.com

ZESPÓŁ GUILLAINA-BARRÉGO JAKO NIETYPOWA PREZENTACJĄ ZAKAŻENIA SARS-COV-2

Badacze z Chin opublikowali opis przypadku, który – jak sądzą – jest pierwszym przypadkiem zespołu Guillaina-Barrégo, będącego nietypową prezentacją zakażenia SARS-CoV-2.

Pacjentka w wieku 61 lat zgłosiła się do szpitala w dniu 23 stycznia 2020 r. z objawami nagłego niedowładu kończyn dolnych i uczuciem ciężkiego zmęczenia, które rozwinęły się w ciągu 1 dnia. Z Wuhan wróciła w dniu 19 stycznia, przeczyła gorączce, kaszlowi, bólowi w klatce piersiowej lub bieguncce. Temperatura ciała wynosiła 36,5°C, saturacja krwi tlenem 99% przy oddychaniu tlenem atmosferycznym, częstość oddechów 16/min. Osłuchiwanie płuc nie wykazywało odchyłań. W badaniu neurologicznym stwierdzono wiotki niedowład kończyn dolnych (4 stopnie w skali Lovette'a) ze zniesieniem odruchów głębokich w obu kończynach dolnych. W ciągu kolejnych 3 od przyjęcia objawy nasiliły się, pojawił się niedowład kończyn górnych i nasilił się niedowład kończyn dolnych. Stwierdzano dystalną niedoczulicę czucia lekkiego dotyku i ułtucia o dystrybucji dystalnej. W badaniach przy przyjęciu stwierdzono znaczną limfocytopenię, niewielką trombocytopenię oraz rozszczepienie białkowo-komórkowe w badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego. Badanie przewodnictwa nerwowego (5 dnia) wykazało cechy demielinizacyjnego uszkodzenia włókien ruchowych.

8 dnia u pacjentki wystąpił suchy kaszel i gorączka 38,2°C, zaś w badaniu KT klatki piersiowej stwierdzano zmiany o typie matowej szyby, wymazy w badaniu RT-PCR były dodatnie w kierunku SARS-CoV-2.

Autorzy podkreślają, że doniesienie ma charakter kazuistyczny i spekulują, że ze względu na związek czasowy zakażenie SARS-CoV-2 mogło być przyczyną rozwinięcia się zespołu Guillaina-Barrégo. Wskazują, że wystąpieniu objawów neurologicznych towarzyszyła limfocytopenia i trombocytopenia typowa dla infekcji koronawirusowej. Nie wykluczają jednak zwykłej koincydencji.

Badanie opublikowano na stronach *Lancet Neurology*: Zhao, H., Shen, D., Zhou, H., Liu, J., Chen, S. (2020). Correspondence. *The Lancet Global Health*, 4422(20), 2–3. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(20\)30109-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(20)30109-5).

www.thelancet.com

OPTYMALNE WARTOŚCI CIŚNIENIA TĘTNICZEGO U PACJENTÓW PO TROMBEKTOMII MECHANICZNEJ W UDARZE MÓZGU

Trombektomia mechaniczna jest standardem leczenia wybranych pacjentów z udarem mózgu w ciągu 24 h od początku wystąpienia jego objawów. Dotychczas nie dysponowano danymi o docelowych optymalnych wartościach skurczowego ciśnienia tętniczego w okresie 24 h od przeprowadzenia trombektomii.

W omawianym badaniu w celu oceny wyników leczenia w zależności od różnych docelowych wartości ciśnienia tętniczego, badacze przeprowadzili retrospektywną analizę danych, pochodzących od 1019 pacjentów z zamknięciem dużego naczynia (średnia wieku – 68 lat), którzy przeszli procedurę rekanalizacji.

U 56% pacjentów zastosowano początkowo dożylną trombolizę, u 55% osiągnięto ostatecznie całkowitą rekanalizację. Pacjentów zakwalifikowano do jednej z trzech grup różniących się docelowymi wartościami ciśnienia tętniczego: 53% było leczonych intensywnie (< 40 mm Hg), 14% umiarkowanie intensywnie (RR < 160 mm Hg) a 33% pacjentów leczonych było zgodnie z celem zalecanym przez American Heart Association/American Stroke Association (< 180 mm Hg). W grupach leczonych intensywnie, umiarkowanie i zgodnie z rekomendacjami średnie wartości ciśnienia tętniczego skurczowego wyniosły odpowiednio: 126, 135 i 133 mm Hg. Pacjenci leczeni intensywnie uzyskali znamienne wyższe wskaźniki niezależności funkcjonalnej, aniżeli osoby z grupy leczonej zgodnie z wytycznymi (52% vs 44%) i rzadziej wymagali hemikraniektomii.

Źródło: Anadani, M., Arthur, A. S., Tsvigoulis, G., Simpson, K. N., Alawieh, A., Orabi, Y., ... Spiotta, A. M. (2020). Blood Pressure Goals and Clinical Outcomes after Successful Endovascular Therapy: A Multicenter Study. *Annals of Neurology*. <https://doi.org/10.1002/ana.25716>.

www.onelibrary.wiley.com

WYTYCZNE

WYTYCZNE DOTYCZĄCE PRAKTYKI KLINICZNEJ W CHOROBIE MÉNIÈRE'A

Wytyczne dotyczące praktyki klinicznej w chorobie Ménière'a opublikowano dnia 8 kwietnia w *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*. Wytyczne skierowane są do wszystkich świadczeniodawców praktykujących w różnych warunkach, którzy mogą spotkać się, diagnozować, leczyć lub monitorować pacjentów z chorobą Ménière'a. Celem wytycznych jest poprawa jakości badań diagnostycznych wykonywanych u pacjentów z chorobą Ménière'a i poprawa wyników jej leczenia. W czasie opracowywania wytycznych wykorzystano najlepsze dostępne publikacje lub dane kliniczne w celu poprawy dokładności diagnostycznej i stosowania właściwych interwencji terapeutycznych (zarówno zachowawczych, jak i chirurgicznych), przy jednoczesnym zmniejszeniu liczby wykonywanych niewskazanych badań pracownianych, w tym badań obrazowych.

Zachęcamy do zapoznania się ze stroną internetową, gdyż nie tylko zawiera dostępny nieodpłatnie artykuł, ale również jego wersję skróconą dla bardziej zapracowanych, a także odnośniki do przedstawionych w wygodnej formie najbardziej potrzebnych informacji (Quick Reference i Flipbook). Znajdują się one na dole strony, dostępne po kliknięciu „For physicians”.

Wytyczne zawierają 16 kluczowych instrukcji działań, wymienionych poniżej:

1. Chorobę Ménière'a należy podejrzewać lub rozpoznać ostatecznie u pacjentów, u których wystąpią 2 lub więcej epizodów zawrotów głowy, trwających od 20 minut do 12 godzin (pewne rozpoznanie) lub do 24 godzin (prawdopodobne) i fluktuujący lub stały niedosłuch czuciowo-nerwowy, szum uszny lub ucisk w chorym uchu, jeśli objawów tych nie można wyjaśnić innymi schorzeniem.
2. Oceniając pacjenta pod kątem choroby Ménière'a należy przeprowadzić diagnostykę różnicową w celu stwierdzenia, czy pacjent spełnia kryteria rozpoznania migreny przedsionkowej.
3. Oceniając pacjenta pod kątem choroby Ménière'a należy wykonać audiogram.
4. Lekarz może zaproponować badanie obrazowaniem rezonansu magnetycznego struktur przewodu słuchowego lub struktur tylnej jamy czaszki w przypadku występowania audiometrycznie potwierdzonego asymetrycznego niedosłuchu czuciowo-nerwowego.
5. Nie należy rutynowo zlecać testów funkcji przedsionków lub elektrokochleografii w celu ustalenia rozpoznania choroby Ménière'a.
6. Pacjenta z rozpoznaną chorobą Ménière'a należy zaznajomić z naturalnym jej przebiegiem, sposobami kontroli objawów, możliwościami leczenia i rokowaniem.
7. Leki działające hamująco na aktywność układu równowagi należy stosować przez ograniczony czas tylko podczas ataku choroby Ménière'a, w celu leczenia zawrotów głowy.
8. Należy zaznajomić pacjenta z chorobą Ménière'a ze sposobami zmiany diety i stylu życia, które mogą zmniejszyć lub zapobiec występowaniu objawów.
9. Pacjentowi można zaproponować leczenie diuretykami i/lub betahistyną, w ramach leczenia podtrzymującego, w celu zmniejszenia nasilenia objawów lub profilaktyki występowania napadów choroby Ménière'a.
10. Nie należy zlecać terapii ciśnieniem pozytywnym w terapii choroby Ménière'a.
11. Pacjentom z aktywną chorobą Ménière'a, którzy nie poddają się leczeniu nieinwazyjnemu, można zaproponować leczenie transtympanalnym podaniem glikokortykosterydów.
12. Pacjentom z aktywną chorobą Ménière'a, którzy nie reagują na leczenie nieablacyjne, należy zaproponować dobowe podanie gentamycyny.
13. Labirynektomię można zaproponować pacjentom z aktywną chorobą Ménière'a, która okazała się oporna na leczenie zachowawcze i doprowadziła do całkowitej utraty słuchu.

14a. Pacjentom z przewlekłymi zaburzeniami równowagi należy zaoferować rehabilitację przedsionkową.

14b. Pacjentom w czasie ostrego ataku choroby Ménière'a nie należy zalecać rehabilitacji przedsionkowej/terapii fizykalnej.

15. Pacjentom z chorobą Ménière'a i utratą słuchu należy zaproponować stosowanie aparatu słuchowego.

16. Lekarz prowadząc dokumentację pacjenta z chorobą Ménière'a powinien odnotowywać fakt ustąpienia, poprawy lub pogorszenia się zawrotów głowy, występowania szumów usznych i utraty słuchu oraz jakiegokolwiek zmiany jakości życia pacjenta po leczeniu.

Źródło: Basura, G. J., Adams, M. E., Monfared, A., Schwartz, S. R., Antonelli, P. J., Burkard, R., ... Buchanan, E. M. (2020). Clinical Practice Guideline: Ménière's Disease. Otolaryngology–Head and Neck Surgery, 162(2_suppl), S1–S55. <https://doi.org/10.1177/0194599820909438>.

Materiały dostępne bez opłat: www.entnet.org

TOKSYNA BOTULINOWA W LECZENIU DYSTONII ORAZ POŁOWICZEGO KURCZU TWARZY — REKOMENDACJE SEKCJI SCHORZEŃ POZAPIRAMIDOWYCH POLSKIEGO TOWARZYSTWA NEUROLOGICZNEGO ORAZ POLSKIEGO TOWARZYSTWA CHOROBY PARKINSONA I INNYCH ZABURZEŃ RUCHOWYCH

Neurotoksyna botulinowa typu A (BoNT-A, botulinum neurotoxin type A) jest od 30 lat stosowana w leczeniu dystonii ogniskowych i segmentalnych. W tym czasie ewoluowały poglądy na temat leczenia oraz przybyło wiele nowych publikacji. Szczególna zmiana dotyczy dystonii szyjnej. Wprowadzenie dekadę temu koncepcji collum-caput (Col-Cap) spowodowało zmianę paradygmatu leczenia tej postaci dystonii ogniskowej, a także rozwinięcie metod podawania leku pod kontrolą ultrasonografii. Autorzy przedstawiają rekomendacje w oparciu o przegląd aktualnej wiedzy na temat leczenia dystonii ogniskowych oraz połowiczego kurczu twarzy za pomocą iniekcji BoNT-A.

Źródło: Sławek, J., Bogucki, A., Budrewicz, S., Dec-Ćwiek, M., Drużdż, A., Koziorowski, D., ... Tyślerowicz, M. (2020). Toksyna botulinowa w leczeniu dystonii oraz połowiczego kurczu twarzy — rekomendacje Sekcji Schorzeń Pozapiramidowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Choroby Parkinsona i Innych Zaburzeń Ruchowych. Polski Przegląd Neurologiczny, 16(1), 1–22. <https://doi.org/10.5603/PPN.2020.0001>

www.journals.viamedica.pl/polski_przeglad_neurologiczny

CZEGO CHOROBA PARKINSONA MOŻE NAS NAUCZYĆ O COVID-19?

Znany jest fakt, że koronawirusy mają potencjał neuroinwazyjny, na co wskazują zarówno fakty z badań eksperymentalnych, jak i obserwacyjnych badań klinicznych. Jednocześnie z obserwacji wiadomo również, że pacjenci w starszym wieku i obciążeni chorobami współwystępującymi są bardziej podatni na ciężki przebieg COVID-19. Do grupy tej należy zaliczyć pacjentów z chorobą Parkinsona (chP). Niektóre z tanich leków, stosowanych powszechnie w leczeniu choroby Parkinsona lub otępienia w jej przebiegu, wykazują potencjał anytwirusowy in vitro przeciwko koronawirusom (amantadyna, memantyna). Autorzy postulują przeprowadzenie retrospektywnych badań obserwacyjnych, które miałyby zweryfikować hipotezę, że amantadyna i/lub memantyna, czyli leki powszechnie stosowane w leczeniu choroby Parkinsona lub jej objawów, mogą modyfikować ryzyko zakażenia SARS-CoV-2 lub modyfikować przebieg COVID-19.

Publikacja dostępna nieodpłatnie na stronach [Neurologii i Neurochirurgii Polskiej](#).

Źródło: What can Parkinson's disease teach us about COVID-19? Philip W. Tipton, Zbigniew K. Wszolek, Neurol Neurochir Pol 2020;54(2):204-206. DOI: 10.5603/PJNNS.a2020.0039.

TELEMEDYCYNĄ W NEUROCHIRURGII W CZASACH PANDEMII COVID-19

W Liście do Redakcji autorzy z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego podejmują bardzo aktualny temat telemedycyny w czasach pandemii COVID-19 i możliwości jej zastosowania w neurochirurgii. Podają listę możliwości technologicznych realizowania telemedycyny (proszą również zapoznać się z listą programów do telekomunikacji za pomocą Internetu). List zawiera również krótkie omówienie prawnych ograniczeń, w tym ograniczeń wynikających z kodeksu Etyki Lekarskiej, i tymczasowego zniesienia tych ograniczeń w czasach pandemii COVID-19. Autorzy postulują, aby zaistniała sytuacja stała się asumptem do uregulowania możliwości praktykowania telemedycyny w Polsce i wyeliminowania opóźnień i przeszkód wynikających z uregulowań prawnych. Zalecają nagrywanie wszystkich video-telekonsultacji i zapoznawania pacjentów z klauzulą RODO przed ich rozpoczęciem.

Publikacja dostępna nieodpłatnie na stronie [Neurologii i Neurochirurgii Polskiej](#).

Źródło: Telemedicine in neurosurgery during the novel coronavirus (COVID-19) pandemic. Tomasz Szmuda, Shan Ali, Paweł Słoniewski, NSurg4WL group. Neurol Neurochir Pol 2020;54(2):207-208. DOI: 10.5603/PJNNS.a2020.0038.

ROZPOZNANIE ZAKRZEPICY ZATOK ŻYLNICH I ŻYŁ MÓZGOWIA: WSTĘPNE BADANIE KORELUJĄCE OBRAZ KLINICZNY I STĘŻENIE D-DIMERÓW

Zakrzepica zatok żylnych mózgowia charakteryzuje się zmiennym obrazem klinicznym i stanowi wyzwanie diagnostyczne dla klinicysty. O ile badania obrazowe stanowią podstawę rozpoznania, to wysunięcie podejrzenia rozpoznania zakrzepicy zatok żylnych i wykonanie badań celowanych nie jest badaniem rutynowym a wskazania nie zawsze są oczywiste.

Dostępne dotychczas dane, dotyczące znaczenia podwyższonych i/lub prawidłowych wartości stężeń d-dimerów u pacjentów z podejrzeniem zakrzepicy zatok żylnych mózgowia, są niewystarczające. Autorzy przeprowadzili badanie, które objęło 20 pacjentów z potwierdzoną badaniami obrazowymi zakrzepicą zatok żylnych mózgowia (mediana wieku 42 lata, 15 kobiet) i które miało na celu stwierdzenie, czy stężenie D-dimerów może być wskaźnikiem obecności zakrzepicy zatok żylnych mózgowia oraz czy koreluje z potrzebą wykonania badań obrazowych. Grupę kontrolną stanowili pacjenci z samoistnymi bólami głowy.

Badanie wykazało, że podwyższone stężenie D-dimerów jest znamienne wyższe w tej grupie pacjentów. Autorzy stwierdzają, że u pacjentów wyłącznie z bólami głowy podwyższone stężenia D-dimerów wskazują na konieczność wykonania wenografii. Stwierdzili też, że u 1/4 pacjentów z zakrzepicą stężenie D-Dimerów było prawidłowe, tym samym mieszczący się w normie wynik badania D-dimerów nie wyklucza obecności zakrzepicy i nie zwalnia z przeprowadzenia odpowiedniej diagnostyki.

Źródło: Domitrz, I., Sadowski, A., Domitrz, W., & Kochanowski, J. (2020). Cerebral venous and sinus thrombosis diagnosis: preliminary study of clinical picture and D-dimer concentration correlation. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, 54(1), 66–72. DOI: 10.5603/PJNNS.a2020.0006.

www.journals.viamedica.pl/neurologia_neurochirurgia_polska

POLSKI PRZEGLĄD NEUROLOGICZNY POLECA

NEUROLOGIA W OBRAZACH: WIELOOGNISKOWA NEUROPATIA RUCHOWA Z BLOKAMI PRZEWODZENIA O PODOSTRYM PRZEBIEGU

Zachęcamy do zapoznania się z artykułem: Koszewicz, M. (2020). Wielogniskowa neuropatia ruchowa z blokami przewodzenia o podostrym przebiegu. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 16(1), 55. DOI: 10.5603/PPN.2020.0007.

www.journals.viamedica.pl/polski_przeglad_neurologiczny

E-WYKŁADY

ZALECENIA SM W OBLICZU COVID-19, CZ.1, PROF. JOANNA ZAJKOWSKA

Zachęcamy do wysłuchania i obejrzenia prezentacji prof. Joanny Zajkowskiej, która porządkuje stan wiedzy na temat koronawirusa SARS-CoV-2 (początek wykładu od 5 min. i 40 sek.):

www.neuroedu.pl/vmmediawebcast

NON-PHARMACOLOGICAL THERAPIES FOR PARKINSON'S DISEASE AND OTHER MOVEMENT DISORDERS, WITH A SPECIAL EMPHASIS ON THE NON-MOTOR COMPLICATIONS OF PARKINSON' DISEASE, PROF. J.A. VAN GERPEN

Zapraszamy do zapoznania się z bardzo ciekawym wykładem prezentującym możliwości niefarmakologicznego leczenia choroby Parkinsona, bogato ilustrowanym filmami i zdjęciami. Wykład przedstawia możliwości leczenia chirurgicznego, jak również postępowania niefarmakologicznego zmniejszającego np. ryzyko upadków u pacjentów z chP: www.neuroedu.pl/lekarze/e_wyklady/mayo_clinic_2019

E-ARTYKUŁY

INWAZYJNE MONITOROWANIE NIEDOKRWIENIA MÓZGU U CHORYCH PO URAZACH CZASZKOWO-MÓZGOWYCH, K. WIŚNIEWSKI I WSP.

Autorzy omawiają zastosowanie monitorowania ciśnienia wewnątrzczaszkowego w celu określenia wtórnego niedokrwienia mózgu, które rozpoczyna się we wczesnym okresie po urazie czaszkowo-mózgowym. W tych przypadkach najczęściej stosowaną procedurą jest stały, przyłóżkowy pomiar ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Autorzy omawiają różne metody monitorowania ciśnienia wewnątrzczaszkowego (zewnątrzny drenaż komorowy, monitorowanie saturacji krwi żyłnej w opuszce żyły szyjnej wewnętrznej, prężności tlenu w mózgu, ocena regionalnego przepływu krwi w mózgowiu oraz mikrodializy). W artykule zostały przedstawione wskazania do rozpoczęcia monitorowania ciśnienia wewnątrzczaszkowego różnymi metodami, a także dyskusja dotycząca korzyści z zastosowanego monitorowania inwazyjnego.

www.journals.viamedica.pl/polski_przegląd_neurologiczny

PROGRAMY DLA TELEMEDYCYNY

W związku z zaleceniami stosowania telemedycy w czasie pandemii COVID-19, przedstawiamy listę programów i rozwiązań, które umożliwiają nawiązanie kontaktu z pacjentem nie tylko telefonicznego, ale też wideo.

Pamiętać należy, że połączenia wideo wymagają łącz o większej przepustowości, co może mieć szczególnie znaczenie w przypadku połączeń z telefonów komórkowych lub innych łącz o niskiej przepustowości. Ponadto, należy sprawdzić, czy połączenia są szyfrowane, co zapewniłoby pewien stopień bezpieczeństwa, zwłaszcza w kontekście RODO. Warto zwrócić uwagę, że zwykle połączenia telefoniczne nie są szyfrowane, podobnie jak SMS-y.

Przedstawiona lista nie ma charakteru wyczerpującego. Z pewnością istnieje wiele narzędzi specjalnie dedykowanych medycynie (tu przedstawione jest tylko jedno takie narzędzie), lecz wszystkie z poniższej listy nie wymagają dużych nakładów czasowych ani żadnych opłat:

Skype — program chyba najszerzej znany, pochodzący od firmy Microsoft. Zapewnia funkcjonalność w zakresie wystarczającym dla odbycia wideorozmowy i wideokonferencji. Połączenia audio i wideo nie są szyfrowane. Dostępny na wielu platformach (Windows, Android, iPhone, poprzez stronę internetową).

Microsoft Teams — to internetowa usługa firmy Microsoft oparta na „chmurze”, zawierająca zestaw narzędzi i usług służących współpracy zespołowej. Usługa łączy funkcjonalność z innymi produktami firmy Microsoft, takimi jak Microsoft Office oraz Skype. Program jest dostępny na różne platformy, w tym: Windows, Android oraz iPhone. Microsoft wyjaśnia, że wszystkie dane przesyłane w ramach Teams są szyfrowane: (<https://docs.microsoft.com/en-us/microsoftteams/teams-security-guide>)

Jitsi meet — program do obsługi wideokonferencji, technologii VoIP i komunikator internetowy, dostępny dla Windows. Jego zaletą jest możliwość tworzenia chat-roomów ad hoc oraz szyfrowanie połączenia koniec do końca (end-to-end). Program jest dostępny na różne platformy, w tym Windows (również przez stronę internetową), Android oraz iPhone. Zaawansowani użytkownicy mają możliwości uruchomienia własnego serwera, co daje możliwość większej kontroli nad przesyłanymi danymi.

Zoom — wersja Basic jest bezpłatna i w tej wersji dostępne są nieograniczone czasowo rozmowy jeden do jednego, jednak telekonferencje (spotkania grupowe) są ograniczone czasowo.

Care Connect — program firmy KRY, europejskiej platformy telemedycyny. Firma zdecydowała się na bezpłatne udostępnienie lekarzom swojego narzędzia do odbywania wideo-konsultacji lekarskich. Plusem jest fakt, że jest to platforma dedykowana medycynie, połączenie jest szyfrowane i to lekarz inicjuje połączenie. Program wymaga rejestracji, która jest prosta.

Google Duo — to proste rozwiązanie dostępne w wielu telefonach z systemem Android po zainstalowaniu aplikacji Google Duo. Aplikacja musi być zainstalowana na telefonach obu użytkowników. Należy pamiętać, że podstawą do nawiązania połączenia jest uzyskanie danych kontaktowych od drugiej strony.

Archiwalne wydania **Neurokuriera** można znaleźć na stronie www.ptneuro.pl w zakładce **Czasopisma**.

Redaktorzy serwisów internetowych PTN:

prof. dr hab. n. med. Jarosław Sławek (jaroslawek@gumed.edu.pl),

dr n. med. Jan Mejnartowicz (jmejnart@gmail.com)

Sekretarz Techniczny ZG PTN: *Beata Woltman* (b.woltman@ptneuro.pl)

[Otwórz wiadomość w przeglądarce internetowej](#)



VM Media sp. z o.o. VM Group sp.k.
ul. Świętokrzyska 73, 80-180 Gdańsk
tel.: (58) 320 94 94, faks: (58) 320 94 60,
e-mail: viamedica@viamedica.pl

Otrzymujesz tę wiadomość, ponieważ zapisałeś się do naszej bazy. Aby zrezygnować z subskrypcji [kliknij tutaj](#).