



Biuletyn Informacyjny

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie



Grudzień 2010

Nr 4 (70)

ISSN 2082-2650



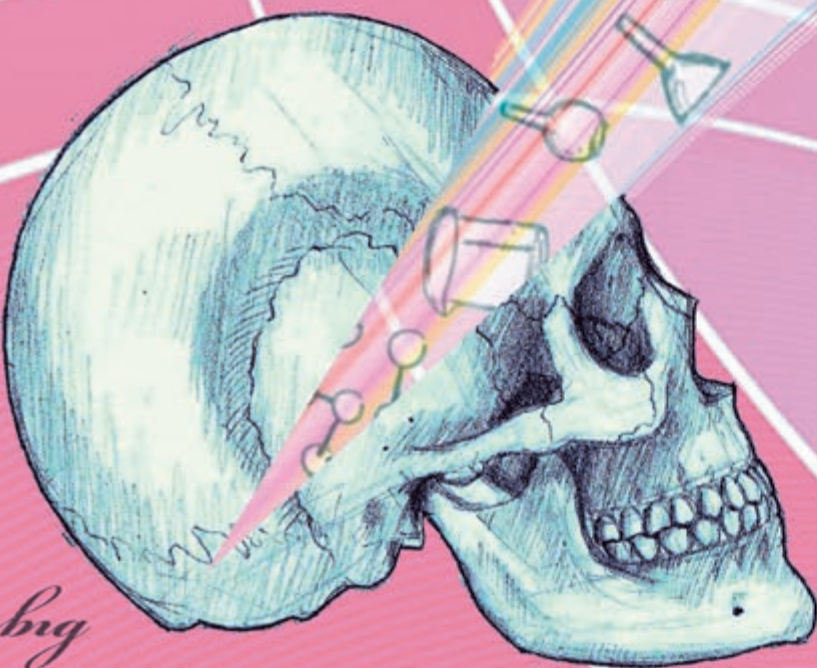
Ogólnopolska Sesja Naukowa

Studenckiego Towarzystwa Naukowego
Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego
w Szczecinie

9-11 MARCA 2011

termin składania
abstraktów

28.01.2011



- 2 Z obrad Senatu PUM
- 2 Nominacje profesorskie
- 5 Nowi kierownicy jednostek
- 6 Zostań ekspertem programów ramowych Unii Europejskiej
- 9 Prof. Edyta Płońska-Gościńskiak – polski ekspert echokardiografii w ESC
- 10 Stopnie naukowe uzyskane w roku akademickim 2009/2010
- 12 Konferencje, zjazdy, szkolenia
 - Eastern European Metabolic Academy
 - Genetyka kliniczna nowotworów 2010
 - Postępy w diagnostyce chorób autoimmunologicznych
- 16 Aparatura na miarę XXI wieku w SPSK-2
- 18 Rekrutacja na PUM na rok akademicki 2010/2011

20 Nowości w bibliotece

- Nowa baza dla stomatologów
- ibuk.pl – pierwsza w Polsce czytelnia naukowa on-line
- Atlas anatomiczny w 3D

24 Marketingowa identyfikacja ZOZ na rynku

27 40-lecie Chóru PUM

29 Rotary Club Szczecin dla dzieci

29 Naj... w Zachodniopomorskim Hospicjum dla Dzieci

34 Opowieści lekarskie – Hyperevolution

36 Spojrzenie – nowa wystawa w Galerii Rektorskiej

37 Wspomnienia

- Dr n. med. Andrzej Nieczajew
- Prof. dr hab. Tadeusz Mikulski

39 Z życia studentów

- Otrzęsiny studentów pierwszego roku
- XLV Konferencja KWSM PSRP w Szczecinie
- XXV Memoriał Waldemara Krasonia w Koszykówe Kobiety i Mężczyzn
- XIX Finał Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy

Biuletyn Informacyjny – Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie. Wydawany za zgodą Rektora PUM
Redakcja: Dagmara Budek – redaktor naczelny, Kinga Brandys, Bogusława Romaniak, Jacek Rudnicki, Sławomir Szymański
Nakład 500 egz. Adres Redakcji: Biblioteka Główna PUM, al. Powstańców Wlkp. 20, 70-110 Szczecin, tel. 91 441 45 00,
e-mail: biblioteka@pum.edu.pl

Skład: Waldemar Jachimczak. Druk: ZAPOL, 71-062 Szczecin, al. Piastów 42, tel. 91 435 19 00, www.zapol.com.pl

Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania i redagowania otrzymanych tekstów

Z OBRAD SENATU PUM

Na posiedzeniu Senatu w dniu 1 grudnia 2010 r. pozytywnie zaopiniowano:

- mianowanie dr. hab. Wojciecha Lubińskiego na stanowisko profesora nadzwyczajnego w PUM;
- przyznanie członkom Chóru Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie: Edwardowi Różyckiemu i Piotrowi Szulcowi, medali „Za zasługi dla PAM”.

Podjęto uchwały w sprawach:

- przeniesienia Zakładu Historii Medycyny i Etyki Lekarskiej z Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego na Wydział Lekarsko-Biotechnologiczny i Medycyny Laboratoryjnej;

- zatwierdzenia zmiany planu finansowego oraz planu inwestycyjnego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie na 2010 rok;
- zmiany Statutu Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego PUM w Szczecinie;
- zatwierdzenia zmiany planu rzeczowo-finansowego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie na 2010 rok;
- poparcia propozycji poprawki do projektu ustawy budżetowej na rok 2011.

DB

NOMINACJA PROFESORSKA PROF. DR HAB. ZBIGNIEW CELEWICZ KLINIKA MEDYCYNY MATCZYNO-PŁODOWEJ I GINEKOLOGII 7 PAŹDZIERNIKA 2010 R.

Profesor Zbigniew Celewicz jest absolwentem Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. Po studiach podjął pracę w Klinice Patologii Ciąży i Porodu PAM. W roku 1985 uzyskał pierwszy, a w 1989 drugi stopień specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii. W Klinice Patologii Ciąży i Porodu, przemianowanej później na Klinikę Medycyny Matczyno-Płodowej, pracował do 2006 r. W latach 2003–2006 był kierownikiem Usługowej Pracowni USG Kliniki Medycyny Matczyno-Płodowej PAM, w latach 2002–2010 kierownikiem Studium Kształcenia Podyplomowego PAM. Od lipca 2007 r. do września 2009 r. był ordynatorem Oddziału Położnictwa i Ginekologii SPSZOZ „Zdroje” w Szczecinie. Od 2009 r. kieruje Kliniką Medycyny Matczyno-Płodowej i Ginekologii PUM.



Jest konsultantem wojewódzkim w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

Stopień naukowy doktora nauk medycznych uzyskał w 1988 r. na podstawie rozprawy pt. „Wpływ indometacyny na kształtowanie się zmian ciśnienia tętniczego w czasie infuzji angiotensyny II u ciężarnych swinek morskich”, natomiast doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie położnictwa i ginekologii w roku 2000 na podstawie rozprawy pt. „Czynniki naczynioruchowe i fibronektyna

osoczowa w ciąży powikłanej cukrzycą, przewlekłym nadciśnieniem tętniczym i preeklampsją”.

Był kierownikiem dwóch projektów badawczych Komitetu Badań Naukowych oraz współwykonawcą jednego projektu badawczego Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego.



Dorobek naukowy prof. Zbigniewa Celewicza obejmuje ponad 130 publikacji naukowych. Przedmiotem jego zainteresowań naukowych są badania nad czynnikami biorącymi udział w patomecha-

nizmie nadciśnienia w ciąży, wpływem cukrzycy na przebieg ciąży, zagadnienia związane z diagnostyką prenatalną i perinatalną. Jest promotorem w pięciu zakończonych przewodach doktorskich i recenzentem wielu prac magisterskich i rozpraw doktorskich. Jest też laureatem wielu nagród naukowych i dydaktycznych.

Profesor Zbigniew Celewicz jest członkiem Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej, Polskiego Towarzystwa Gemeliologicznego. We władzach tych towarzystw pełnił wiele funkcji, przez dwie kadencje był prezesem Oddziału Zachodniopomorskiego PTG. Jest także członkiem Kolegiów Redakcyjnych czterech czasopism naukowych z dziedziny położnictwa i ginekologii.

Profesor Zbigniew Celewicz jest żonaty od 30 lat, ma 24-letniego syna, studenta VI roku PUM; interesuje się narciarstwem i lubi gotować. (red.)

NOMINACJA PROFESORSKA

PROF. DR HAB. ANDRZEJ MODRZEJEWSKI

ZAKŁAD PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO

7 PAŹDZIERNIKA 2010 R.

Urodził się w 1957 r. w Szczecinie. Tu ukończył VI Liceum Ogólnokształcące i studia na Wydziale Lekarskim Pomorskiej Akademii Medycznej. Dyplom lekarza uzyskał z wyróżnieniem w 1982 r. i został zatrudniony w III Klinice Chirurgii Ogólnej PAM. W 1986 r. uzyskał specjalizację pierwszego stopnia z chirurgii ogólnej oraz otrzymał w drodze ogólnopolskiego konkursu trzyletnie stypendium doktoranckie Fundacji im. Humboldta. Od 1986 do 1989 r. pracował w Klinice Chirurgicznej Charité Uniwersytetu Humboldta w Berlinie. W tym czasie przygotował, napisał w języku niemieckim i obronił w 1989 r. rozprawę doktorską dotyczącą zagadnień transplantacji pt. „Experimentelle

Untersuchungen mit Cyclosporin A am Minischwein” (Doświadczalne badania cyklosporyny A u świni). Od 1989 r. jest członkiem Berliner Chirurgische Gesellschaft (Berlińskie Towarzystwo Chirurgów).



W 1989 r. powrócił do macierzystej Kliniki w Szczecinie. W roku 1990 uzyskał drugi stopień specjalizacji z chirurgii ogólnej; rozpoczął wykonywanie rekonstrukcyjnych operacji naczyniowych, które przeprowadza do chwili obecnej. W pierwszej połowie 1991 r. zorganizował salę operacyjną i pozyskał sprzęt do operacji laparoskopowych. Jako jeden z pierwszych chirurgów w Polsce wykonał cholecystektomię metodą laparoskopową. W roku 1991 przeprowadził pierwszą w naszym kraju appendektomię laparoskopową, a następnie jako pierwszy w Polsce zastosował skojarzone postępowanie endoskopowo-laparoskopowe w leczeniu kamicy pęcherzykowej z towarzyszącą kamcią przewodową. Również jako pierwszy w Polsce rozpoczął wykonywanie cholecystektomii laparoskopowych u nieselekcjonowanych chorych.

Szkolił chirurgów w operowaniu techniką laparoskopową. W latach 1991–1995 przeprowadził ponad 15 pokazowych operacji laparoskopowych w klinikach i na oddziałach chirurgicznych i podczas warsztatów laparoskopowych, upowszechniając nową technikę chirurgiczną. Jako pełnomocnik ds. kontaktów PAM z wydziałem medycyny Uniwersytetu w Greifswaldzie i ze szpitalem w Schwedt (1997–1999) współorganizował konferencje naukowe polsko-niemieckie, staże polskich studentów w Niemczech, niemieckich w Polsce oraz naukowe sympozja studenckie polsko-niemieckie. Napisał też pierwszą w Polsce monografię o cholecystektomii laparoskopowej (1992 r.) i zorganizował pierwsze ogólnopolskie sympozjum laparoskopowe pt. „Laparoskopia chirurgiczna w Polsce – wymiana doświadczeń”.

W 1992 r. był inicjatorem powstania i organizatorem Pracowni Endoskopii Zabiegowej specjalizującej się w wykonywaniu endoskopowej cholangiopancreatografii wstecznej.

Współpracując z Kliniką Urologii PAM, przeprowadził pierwsze w Polsce laparoskopowe operacje: żylaków powrózka nasiennego, wyluszczenia miedniczych węzłów chłonnych, usunięcia niezstąpionego jądra.

W 1993 roku jako pierwszy w Polsce usunął laparoskopowo nerkę, uzyskał patent na projekt wynalazczy pt. „Narzędzie do wydobywania organów z jamy brzusznej podczas operacji laparoskopowych”. W tym samym roku przedstawił jako pierwszy w Polsce skojarzenie endoskopii, laparoskopii i kruszenia pozaustrojową falą wstrząsową (ESWL) w leczeniu kamicy pęcherzykowej z towarzyszącą kamcią przewodową. Zajął się też leczeniem jatrogennych uszkodzeń zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych.

W roku 1996 napisał rozprawę habilitacyjną pt. „Skojarzenie endoskopii i laparoskopii w leczeniu kamicy żółciowej. Analiza wyników wczesnych i odległych” i obronił kolokwium habilitacyjne.

W 1997 r. został kierownikiem Oddziału Klinicznego Chirurgii Laparoskopowej PAM.

W 1998 r. pierwszy w kraju przedstawił koncepcję i ogłosił wyniki laparoskopowego leczenia zrostów pooperacyjnych oraz opublikował własną technikę herniorrhaphii laparoskopowej w leczeniu pooperacyjnej przepukliny brzusznej.

W 2000 r. jako pierwszy w Polsce usunął laparoskopowo duży guz wątroby. Przedstawił możliwość laparoskopowego leczenia powikłań po ECPW, a ponadto wykonał cholecystektomię laparoskopową ze śródlaparoskopową ewakuacją kamieni z zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych u chorej po uprzedniej cholecystostomii i przebytej resekcji żołądka typu Billroth II, co nie zostało wcześniej przedstawione w piśmiennictwie światowym.

Poszerzył zakres zainteresowań badawczych i terapeutycznych kierowanego przez niego oddziału o choroby żył, zorganizował Przykliniczną Poradnię Chorób Żył.

W roku 2003 doprowadził do zatrudnienia na Oddziale Klinicznym Chirurgii Laparoskopowej specjalisty chirurga plastycznego, co rozszerzyło spektrum oferowanych przez Oddział usług medycznych. W 2004 r. uzyskał specjalizację z angiologii.

W 2004 roku działalność Oddziału Klinicznego Chirurgii Laparoskopowej została zawieszona.

W latach 2007–2008 prof. Modrzejewski był kierownikiem Oddziału Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej, Onkologicznej i Urazów Wielonarządowych z Pododdziałem Leczenia Oparzeń Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim. W 2009 r. podjął pracę jako specjalista angiolog w Klinice Kardiologii PAM.

Profesor Modrzejewski uczestniczył w realizacji projektu badawczego Komitetu Badań Naukowych pt. „Rola polimorfizmu genów Apo-B, CYP7A1, ABCC3 oraz SLCO1B3 w patogenezie kamicy żółciowej” jako jeden z głównych wykonawców.

Jego zainteresowania badawcze dotyczą następujących dziedzin: transplantologia, angiologia, chirurgia naczyniowa, laparoskopia, chirurgia ogólna. Jest autorem 80 opublikowanych prac, wygłosił ponad 100 referatów na zjazdach, sympozjach i posiedzeniach naukowych. Swoje doświadczenia w stosowaniu technik laparoskopowych w urologii zebrał i wraz z prof. Sikorskim opisał w rozdziale pt.

„Operacje laparoskopowe w urologii” w podręczniku „Urologia” wydanym przez PZWL. Było to pierwsze w Polsce podręcznikowe opracowanie dotyczące laparoskopii urologicznej. Jest także autorem czterech rozdziałów w książce pt. „Chirurgia laparoskopowa” pod redakcją Waldemara Kostewicza, wydanej przez PZWL w 2002 r. („Cholecystektomia laparoskopowa”, „Skojarzone leczenie endoskopowe i laparoskopowe kamicy żółciowej”, „Diagnostyka i leczenie endoskopowe powikłań po cholecystektomii laparoskopowej” i „Laparoskopowe leczenie zrostów pooperacyjnych”).

Jest też promotorem sześciu obronionych rozpraw doktorskich i opiekunem dziewięciu wszczętych przewodów doktorskich.

Był członkiem Zarządu Sekcji Viscero-Syntezy Towarzystwa Chirurgów Polskich (następnie Zarządu Sekcji Videochirurgii Towarzystwa Chirurgów Polskich), członkiem Rady Naukowej czasopisma „Videochirurgia” (następnie „Wideochirurgia”), zastępcą redaktora naczelnego pisma „Leczenie Ran”, a obecnie jest członkiem Komitetu Naukowego tego periodyku.

Profesor Andrzej Modrzejewski jest niekwestionowanym pionierem chirurgii laparoskopowej w Polsce. Wykonał prawdopodobnie najwięcej na świecie (ponad 10 tys.) cholecystektomii laparoskopowych.

Prywatnie interesuje się myślistwem, dawną sztuką użytkową i boksem.

(red.)

NOWI KIEROWNICY JEDNOSTEK



Dr n. med. **Iwona HORNOWSKA**
Zakład Medycyny Rodzinnej
1 października 2010 r.



Dr hab. **Janusz MENKISZAK**
Studium Kształcenia Podyplomowego
1 lutego 2010 r.



Dr n. med. **Andrzej WIKTOR**
Klinika Chirurgii
Szczękowo-Twarzowej
1 października 2010 r.



Dr hab. **Zbigniew ZIĘTEK**
Katedra i Zakład Anatomii
Prawidłowej i Klinicznej
1 października 2010 r.

ZOSTAŃ EKSPERTEM PROGRAMÓW RAMOWYCH UNII EUROPEJSKIEJ

– ZACHĘCA DR HAB. PROF. PUM BEATA KARAKIEWICZ EKSPERT KOMISJI EUROPEJSKIEJ

Programy ramowe interesują mnie od kilku lat, zaczęłam więc uczestniczyć w szkoleniach na temat pozyskiwania funduszy UE, które organizowała Politechnika Szczecińska, obecnie ZUT. W czasie tych spotkań, oprócz informowania o tym, jak przygotować wnioski dotyczące finansowania badań naukowych, zachęcano do aplikowania do grona osób oceniających projekty badawcze. W tym celu należało zarejestrować się na stronach serwisu Cordis, zamieścić swoje CV naukowe z informacjami o zainteresowaniach badawczych, dorobku naukowym, wykształceniu kierunkowym, kwalifikacjach i kompetencjach, w których można ewentualnie zaistnieć jako ekspert, oraz wypełnić szereg formularzy. Rejestracja na stronach Programu Ramowego nie oznacza oczywiście, że będzie się wybranym. Wśród użytkowników tego serwisu są setki ludzi z całego świata, których Komisja Europejska może powołać jako swoich reprezentantów do oceny projektów złożonych w wielu konkursach z różnych dziedzin nauki.

W moim przypadku oczekiwanie trwało dwa lata – zarejestrowałam się w roku 2005, a powołano mnie w 2007. To był pierwszy konkurs w 7. PR dotyczący obszaru zdrowia. Oceniano w nim projekty obejmujące szeroko rozumianą promocję zdrowia populacji wieku rozwojowego. Przedstawiciel KE ustalił ze mną dyspozycyjność czasową oraz brak konfliktu interesów w zakresie ocenianych projektów. Po odesłaniu zgody dostałam tzw. appointment letter, czyli „kontrakt”, z formularzem do wypełnienia



i zaproszeniem do zaopiniowania wybranych wniosków. Ponieważ wszystkie projekty recenzowane są w systemie elektronicznym, dostałam hasło i dostęp do takiego systemu. Ocena była jedno-stopniowa. Każdy z ośmiu wniosków był punktowany według kilku podstawowych kryteriów, tj. celów i założeń badań, jakości zastosowanej metodologii, analizy istniejącego stanu wiedzy i – najważniejszego – innowacyjności oraz potencjalnego wpływu na dziedzinę wiedzy, której dotyczył konkurs. Poza oceną merytoryczną dokonywana była również ocena budżetu

projektu oraz jakość konsorcjum. Konsorcja, czyli instytucje wspólnie ubiegające się o fundusze, a w przypadku uzyskania rekomendacji, razem realizujące projekty – składały się z trzech do dwunastu partnerów. Niestety, udział Polski w tym konkursie był znikomy. Każdy wniosek oceniało jednocześnie niezależnie od siebie pięć osób z różnych krajów, bez możliwości konsultowania się z pozostałymi. Po weryfikacji elektronicznej zorganizowano w Brukseli spotkanie osób oceniających projekty. Była to tygodniowa sesja (consensus meeting), podczas której eksperci ustalali ranking projektów, które powinny zostać przyjęte do finansowania.

Na następne zaproszenie czekałam kolejne trzy lata. Dopiero w roku 2010 zostałam zaproszona do konkursu związanego ze zdrowiem publicznym, a więc z głównym obszarem moich zainteresowań. Dotyczył on jednego z najważniejszych priorytetów UE w zakresie ochrony zdrowia, określonego jako: *Cooperation Work Programme: Health-2011*.

The specific topic is „HEALTH 2011.3.3-1. Developing methodologies to reduce inequities in the determinants of health”. Tym razem zakwalifikowano aż 50 projektów badawczych. Grupa robocza, do której trafiłam, otrzymała 23 projekty do opracowania. System oceny tym razem był dwustopniowy. Pierwszy etap oceny zakończył się 2 grudnia 2010 r. W praktyce wyglądało to tak, że każdy projekt recenzowało pięciu ekspertów – najpierw anonimowo i indywidualnie, w systemie elektronicznym, następnie zespołowo – w panelach dyskusyjnych podczas spotkania całego zespołu, na podstawie wcześniej opracowanych opinii. W pierwszym etapie ewaluacji wyłoniono kilkanaście najlepszych projektów, które będą podlegały ocenie w pełnej wersji. Drugi etap rozpocznie się w lutym 2011 r. i będzie polegał na dogłębnej analizie pełnej wersji i wystawieniu ostatecznej noty.

W czasie wstępnej lektury ekspert weryfikuje stronę merytoryczną – skupia się na celach, opisie metodologii, wpływie, jaki zamierzone badania w praktyce wywrą na Europę. W drugiej fazie wniosków poddawany jest analizie technicznej, z uwzględnieniem sposobu rozliczania wydatków, struktury zarządzania, dystrybucji zadań itp. Na miejscu, w Brukseli, w marcu 2011 r. skonfrontujemy nasze opinie i wspólnie podejmiemy decyzję. Podczas końcowej dyskusji każdy projekt omawiany jest osobno, a prawo głosu mają wszyscy, nie tylko recenzenci danego projektu badawczego.

Opinie zbierane w czasie debaty służą do tworzenia rankingu. Upoważniona przez KE osoba notuje uwagi i uaktualnia punktację. Jeśli dwa projekty zajmują taką samą lokatę, sprawdza się je ponownie i wybiera ten, który bardziej odpowiada założeniom konkursu. Mój ostatni pobyt w Brukseli trwał tydzień – tyle czasu zajęło wyłonienie 10 najciekawszych projektów. Po ostatecznej weryfikacji do sfinansowania wybierany jest jeden lub kilka wniosków (w zależności od założeń konkursu) najlepiej spełniających kryteria Komisji Europejskiej. W „consensus meeting” podczas pierwszej edycji brało udział 40 osób. Podczas tego pobytu zaskoczona byłam świetną organizacją pracy. W czasie obrad nie marnuje się ani sekundy, ponieważ cała dokumentacja poukładana jest dokładnie w takim porządku, w jakim będzie omawiana, a miejsca istotne zaznaczone są kolorowymi zakładkami. Projekty do ewaluacji przygotowuje asystent, który stoi za plecami recenzentów i podaje materiały do przedyskutowania. Pauzy regeneracyjne są wyliczone

co do minuty. Praca zaczyna się od godziny 8 i trwa do 20, z dwoma przerwami na kawę i jedną dłuższą na lunch.

Zadziwiające było to, jak zbieżne okazały się nasze opinie. Obawiałam się, że ze względu na różnice kulturowe czy różnice w rozwoju technologii medycznych oraz odrębności funkcjonującej w danym kraju metodologii badawczej, rozpiętość skali ocen może być znacząca. Jeden z projektów z pierwszej edycji dotyczył sytuacji zdrowotnej dzieci i profilaktyki przemocy w krajach nadbałkańskich, na obszarach powojennych. Oczekiwałam dużych rozbieżności – inaczej patrzy ktoś, kto zna temat z autopsji, bo pochodzi z regionu dotkniętego konfliktami zbrojnymi, inaczej ktoś, kto urodził się i wychował w spokojniejszej części Europy – Hiszpanii czy Wielkiej Brytanii. Nasze uwagi były jednak bardzo podobne. Spieraliśmy się tylko przy jednym wniosku, przy którym doszło do zderzenia dwóch skrajnych postaw.

Na wypadek gdyby rozbieżności w ocenie zdarzały się częściej, a opinie bardzo się różniły – w spotkaniu ekspertów uczestniczy także niezależny obserwator, który wprawdzie nie ma prawa głosu, ale jako przedstawiciel Komisji Europejskiej moderuje dyskusję. Porozumienie musi zostać osiągnięte, więc zachęca się nas do uśrednienia ocen, ale skrajnie oceniany wniosek nie ma szans powodzenia, bo średnia wypadnie gorzej.

Na co zwraca uwagę ekspert? Praktyczne porady można znaleźć na stronie Cordisu, ale zasadniczo ważne jest:

- sposób, w jaki projekt wpisuje się w strategiczne cele Unii Europejskiej,
- jego znaczenie społeczne,
- postęp w stosunku do istniejącego stanu wiedzy,
- jakość metodologii,
- jakość i doświadczenie partnerów biorących udział w projekcie.

Krótko mówiąc, od projektodawcy oczekuje się pomysłowości w rozwiązywaniu problemu wskazanego przez Komisję Europejską w konkursie oraz tego, że skutki jego działań obejmą jak najszerszą grupę docelową. Realizacja projektu musi przynieść efekt – niekoniecznie w postaci publikacji czy kolejnych stopni naukowych. Wymaga się, by wyniki miały zastosowanie praktyczne, tak by mogły stać się standardem do wprowadzenia: zmianą organizacyjną systemu lub wymierną korzyścią dla podmiotu prowadzonych badań. Jeśli konkurs odnosi się do określonej grupy, to w efekcie dofi-

nansowania wybranego projektu grupa ta powinna odczuć poprawę. Od partnerów realizujących projekt badawczy oczekuje się, że rezultaty badań będą zunifikowane i gotowe do zastosowania w innych krajach. Ponadto zadaniem autorów projektów jest udowodnienie, że swoimi działaniami pogłębia dotychczasowy stan wiedzy. Bardzo ważne jest więc wykazanie się znajomością aktualnych zagadnień w dyscyplinie, której dotyczy zgłoszenie do konkursu. W tym celu należy odwołać się do literatury przedmiotu, wskazując źródła, by na ich podstawie jasno wykazać swój wkład w poprawę jakości życia czy upowszechnianie nowych metod badawczych – w zależności od tego, w jakim konkursie się startuje. Dobre wrażenie robi nowoczesność metodologii. Powinna intrygować i mieć wymiar paneuropejski.

Do oceny wniosków trzeba się przygotować, czytając np. raporty epidemiologiczne, raporty i sprawozdania Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH, jeśli rzecz dotyczy Polski lub gdy tematyka jest szersza, opracowania publikowane na stronach Światowej Organizacji Zdrowia. Oczywiście, istnieją obszary, które stanowią element wiedzy wykorzystywanej przez recenzentów na co dzień, np. w zajęciach dydaktycznych, ale są też sfery wymagające pogłębienia posiadanych wiadomości – szczególnie w dziedzinie metodologii badawczej. Dla porównania – w Polsce wiedza na temat metod jakościowych nie jest jeszcze aż tak powszechna jak w Europie Zachodniej czy w Stanach Zjednoczonych. Przeważają tradycyjne metody ilościowe wymagające materiału badawczego, który da się policzyć, tj. wyniki badań klinicznych czy laboratoryjnych – wszystkie metody bazujące na gromadzeniu informacji i budowaniu baz danych.

Amerykanie częściej sięgają po metody jakościowe, stymulujące interakcje między profesjonalistami z różnych dziedzin i budowanie wspólnej strategii, która może mieć praktyczne zastosowanie. Tego rodzaju podejście pozwala na tworzenie sytuacji, w której eksperci, gremia doradcze i osoby zainteresowane mogą dzielić się wiedzą. Chcąc np. zgłębić problem rehabilitacji osób niepełnosprawnych, nie sięgamy po statystyki, ale korzystamy z metod fokusowych czy gremiów doradczych. Punktem wyjścia jest tu założenie, że do poznania danego problemu lepiej nadaje się wnikliwa analiza mniejszej liczby przypadków niż dane statystyczne uzyskane w wyniku pobieżniejszych badań większej populacji. Ważniejsza jest odpowiedź na pytanie

„dlaczego?” niż „ile?”. W projektach, jakie oceniałam, nie było ani jednego wniosku, który nie zestawiałby przynajmniej dwóch lub trzech metod badawczych, z uwzględnieniem zarówno metod ilościowych – w postaci ankiet i kwestionariuszy standaryzowanych, jak i jakościowych – np. „cafe Internet”, spotkań grup doradczych, warsztatów czy techniki grup fokusowych.

Ile czasu spędza ekspert na ocenie wniosku?

To zależy jak dobrze włada językiem angielskim – w sytuacji gdy większość projektodawców i oceniających nie posługuje się angielskim na co dzień, może to być niedogodność. Różnice idiomatyczne czasem utrudniają lekturę, ale perfekcja językowa nie jest wymagana. Poprawność gramatyczna nie wpływa na ostateczną ocenę, choć brak precyzji sformułowań może utrudniać zrozumienie tego, co autor miał na myśli. Zapoznanie się z 23 wnioskami zajęło mi trzy miesiące – po kilka godzin dziennie. Nie jest to lekka praca i wymaga dużego zaangażowania.

Oczywiście, istnieje także motywacja finansowa. Na podstawie kontraktu z Komisją Europejską ekspertowi przysługuje wynagrodzenie: za każdy dzień pracy przy ocenie wniosków w Brukseli jest to kwota 450 euro. Za pracę w domu naliczane jest wynagrodzenie minimalne, czyli równoważność trzech lub czterech dni spędzonych na pracy w panelach dyskusyjnych – mnie, z uwagi na inne obowiązki, zajęło to kilka miesięcy. Koszty związane z podróżą do Brukseli także pokrywa Komisja Europejska.

Nie rozumiem oporu przed zamieszczeniem w bazie swojego profilu, bo rejestracja w Cordisie to nie tylko szansa na zostanie ekspertem. W ten sam sposób szuka się partnerów do międzynarodowych konsorcjów, których członkowie często funkcjonują jako pojedyncze zakłady uczelni wyższych. Jest to pierwszy, niezbędny krok do udziału w ogłaszanych przez Komisję Europejską konkursach. Bycie ekspertem daje wiedzę praktyczną na temat konstrukcji wniosków i umożliwia poznanie ludzi, którzy mogą stać się przyszłymi partnerami w konsorcjum – ich aktywne pozyskiwanie jest dużo trudniejsze. W ostatnim konkursie pojawiły się dwa projekty z udziałem partnerów z Polski: z Krakowa i Łodzi. Skądinąd wiem, że jeśli chodzi o promocję zdrowia i wyrównywanie szans w dostępie do opieki zdrowotnej, poszukiwani są badacze z Europy Środkowej i Wschodniej. Jesteśmy państwem, które reformowanie systemu ochrony zdrowia zaczęło

w 1998 r., więc dla krajów, które już przeprowadziły podobne reformy lub mają zupełnie inny system ochrony zdrowia i chciałyby poznać nasz, stonowimy interesujący obszar badawczy. W tym roku Zakład Zdrowia Publicznego umieścił w bazie Cordis

informacje dotyczące obszaru prowadzonych badań statutowych, zainteresowań i możliwości podjęcia współpracy, bo być może wkrótce ktoś będzie poszukiwał partnera do realizacji części badań w Polsce. Trzeba próbować.

Szczegółowe informacje na temat procedur składania wniosków znajdują się na stronie Cordis: www.cordis.europa.eu. Tam też publikowane są konkursy na rok 2011 oraz dokumentacja konkursowa. Osobom zainteresowanym wsparcia udziela: Regionalny Punkt Kontaktowy Programów Badawczych UE, Regionalne Centrum Innowacji i Transferu Technologii Programów Badawczych UE, ul. Janosika 8, 71-424 Szczecin, tel. 91 449 47 23, www.innowacje.zut.edu.pl.

Opracowanie mgr Anita Dubińska
Dział Nauki i Współpracy z Zagranicą

PROF. EDYTA PŁOŃSKA-GOŚCINIAK POLSKI EKSPERT ECHOKARDIOGRAFII W ESC



Profesor dr hab. Edyta Płońska-Gościniak z Kliniki Kardiologii została wybrana do Zarządu Asocjacji Echokardiografii Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC); jest jedynym polskim ekspertem echokardiografii zasiadającym w tym prestiżowym gronie.

Profesor Płońska-Gościniak została także wyróżniona (już po raz czwarty) przez czytelników czasopisma „Kardiologia po Dyplomie” nagrodą „Piszący z sercem” za najlepszy dział dydaktyczny w 2010 r. (Echokardiografia od podstaw).

(red.)



STOPNIE NAUKOWE UZYSKANE W ROKU AKADEMICKIM 2009/2010

WYDZIAŁ LEKARSKI

Stopień naukowy doktora habilitowanego

1. Dr hab. n. med. **Barbara Dołęgowska** – Katedra Diagnostyki Laboratoryjnej i Medycyny Molekularnej
2. Dr hab. n. med. **Maria Giżewska** – Klinika Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii, Chorób Metabolicznych i Kardiologii Wieku Rozwojowego
3. Dr hab. n. med. **Monika Modrzejewska** – Katedra i Klinika Okulistyki SPSK-2
4. Dr hab. n. med. **Marek Myślak** – Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych
5. Dr hab. n. med. **Krzysztof Safranow** – Zakład Biochemii
6. Dr hab. n. med. **Leszek Sagan** – Klinika Neurochirurgii
7. Dr hab. n. med. **Marcin Słojewski** – Katedra i Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej
8. Dr hab. n. med. **Ewa Zuba-Surma** – Zakład Biotechnologii Medycznej, Wydział Biochemii, Biofizyki i Biotechnologii UJ w Krakowie

Stopień naukowy doktora nauk medycznych w zakresie medycyny

1. Dr n. med. **Katarzyna Bobrek-Lesiakowska** – rezydent SPSK-2
2. Dr n. med. **Jennifer Castaneda** – Instytut Matki i Dziecka w Warszawie
3. Dr n. med. **Agnieszka Dąbrowska-Zimoń** – Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych SPSK-1
4. Dr n. med. **Maciej Arkadiusz Domański** – Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych SPSK-2
5. Dr n. med. **Paulina Anna Dworak** – Studium Doktoranckie, Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii Dziecięcej
6. Dr n. med. **Grzegorz Wit Jagielski** – Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Ręki SPSK-1
7. Dr n. med. **Ewa Janowska** – Zakład Alergologii Klinicznej
8. Dr n. med. **Robert Wojciech Klęk** – Oddział Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej SP Wojew. Szpitala Zespołonego w Szczecinie
9. Dr n. med. **Karolina Kłoda** – Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych SPSK-2
10. Dr n. med. **Oktawian Knap** – Samodzielna Pracownia Medycyny Katastrof
11. Dr n. med. **Alicja Lidia Korpysz** – Katedra i Klinika Pediatrii i Endokrynologii WUM
12. Dr n. med. **Anita Kosierkiewicz** – Zakład Patomorfologii SPSK-1
13. Dr n. med. **Lesya Kosovets** – Studium Doktoranckie, Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Ręki
14. Dr n. med. **Kamila Anna Krasodomska** – Studium Doktoranckie, Katedra i Klinika Okulistyki
15. Dr n. med. **Katarzyna Kubasik-Kładna** – Katedra i Klinika Okulistyki SPSK-2
16. Dr n. med. **Bartosz Karol Kubisa** – Oddział Kliniczny Chirurgii Klatki Piersiowej Szczecin-Zdunowo
17. Dr n. med. **Ewa Latour** – Zamiejscowy Wydział Kultury Fizycznej z Siedzibą w Gorzowie Wlkp. AWF
18. Dr n. med. **Artur Lemiński** – Katedra i Klinika Urologii SPSK-2
19. Dr n. med. **Beata Łój** – Klinikum Uckermark w Schwedt, Niemcy
20. Dr n. med. **Aleksandra Majewska** – Klinika Medycyny Matczyno-Płodowej SPSK-1
21. Dr n. med. **Piotr Marciniak** – Oddział Chorób Wewnętrznych 109. Szpitala Wojskowego w Szczecinie
22. Dr n. med. **Marcin Milchert** – Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych SPSK-1
23. Dr n. med. **Monika Pakosz-Golanowska** – Oddział Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej SP Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Szczecinie
24. Dr n. med. **Jarosław Pieróg** – Oddział Kliniczny Chirurgii Klatki Piersiowej Szczecin-Zdunowo
25. Dr n. med. **Bernard Piotuch** – Studium Doktoranckie, Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Ręki
26. Dr n. med. **Diana Magdalena Sochaczewska** – rezydent SPSK-1
27. Dr n. med. **Andrzej Siuda** – Stacja Dializ w Drezdenku
28. Dr n. med. **Grzegorz Stolarek** – Szpital Specjalistyczny w Radomiu

29. Dr n. med. **Jerzy Jan Wiatrow** – Samodzielny
Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choszcznie

Stopień naukowy doktora nauk medycznych w zakresie biologii medycznej

1. Dr n. med. **Marta Drożdżyńska** – Studium
Doktoranckie, Katedra Diagnostyki
Laboratoryjnej i Medycyny Molekularnej
2. Dr n. med. **Magdalena Gąsowska** – Studium
Doktoranckie, Katedra Biochemii i Chemii
Medycznej
3. Dr n. med. **Łukasz Henszel** – Studium
Doktoranckie, Katedra i Zakład Biologii
i Parazytologii Medycznej
4. Dr n. med. **Magdalena Ostanek** – Studium
Doktoranckie, Zakład Biochemii Klinicznej
i Molekularnej
5. Dr n. med. **Katarzyna Piotrowska** – Studium
Doktoranckie, Katedra i Zakład Histologii
i Embriologii

WYDZIAŁ LEKARSKO-STOMATOLOGICZNY

Stopień naukowy doktora habilitowanego

1. Dr hab. n. med. **Marzena Dominiak** –
Katedra i Zakład Chirurgii Stomatologicznej
AM we Wrocławiu
2. Dr hab. n. med. **Ewa Sobolewska** – Katedra
i Zakład Protetyki Stomatologicznej
3. Dr hab. n. med. **Krzysztof Woźniak** – Katedra
i Zakład Ortodoncji

Stopień naukowy doktora nauk medycznych w zakresie medycyny

1. Dr n. med. **Jakub Lubiński** – Studium
Doktoranckie, Katedra i Klinika Otolaryngologii
i Onkologii Laryngologicznej

Stopień naukowy doktora nauk medycznych w zakresie stomatologii

1. Dr n. med. **Katarzyna Barczak** – Studium
Doktoranckie, Zakład Stomatologii
Zachowawczej
2. Dr n. med. **Karolina Chorzepa-Nowicka**
– Studium Doktoranckie, Samodzielna
Pracownia Histologii i Biologii Rozwoju
3. Dr n. med. **Magdalena Durka-Zajac** – Studium
Doktoranckie, Zakład Ortodoncji
4. Dr n. med. **Marta Gałęska** – Studium
Doktoranckie, Zakład Propedeutyki
i Fizykodiagnostyki Stomatologicznej

5. Dr n. med. **Marta Jach-Sadowska** – Studium
Doktoranckie, Zakład Chemii Medycznej
6. Dr n. med. **Krzysztof Kałużyński** –
Studium Doktoranckie, Zakład Chirurgii
Stomatologicznej
7. Dr n. med. **Katarzyna Lubińska** – Studium
Doktoranckie, Zakład Ortodoncji
8. Dr n. med. **Aldona Łuszczynska** – Studium
Doktoranckie, Zakład Stomatologii Dziecięcej
9. Dr n. med. **Betina Siudmak** – Indywidualna
Praktyka Stomatologiczna w Dortmundzie
10. Dr n. med. **Paweł Studnicki** – Studium
Doktoranckie, Zakład Stomatologii Dziecięcej
11. Dr n. med. **Liliana Szyszka-Sommerfeld** –
Studium Doktoranckie, Zakład Stomatologii
Zachowawczej
12. Dr n. med. **Łukasz Tyszler** – Zakład
Stomatologii Zachowawczej
13. Dr n. med. **Ilona Wieczkowska** – Studium
Doktoranckie, Zakład Stomatologii Dziecięcej
14. Dr n. med. **Izabela Wiśniewska-Wolcz** –
Studium Doktoranckie, Zakład Chirurgii
Stomatologicznej

WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU

Stopień naukowy doktora nauk medycznych w zakresie medycyny

1. Dr. n. med. **Małgorzata Boer** – Katedra
i Klinika Chorób Skórnych i Wenerycznych
2. Dr n. med. **Joanna Borowiak** – Klinika
Ginekologii i Uroginekologii
3. Dr n. med. **Anna Fafińska-Zawalska** – Instytut
Roślin i Przetworów Zielarskich w Poznaniu
4. Dr n. med. **Adam Kamiński** – Oddział
Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej
Specjalistycznego Szpitala w Zduńowie
5. Dr n. med. **Łukasz Laurans** – Katedra i Klinika
Chorób Zakaźnych i Hematologii
6. Dr n. med. **Marian Majchrzycki** –
Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny
w Poznaniu
7. Dr n. med. **Małgorzata Szkup** – Zakład
Zdrowia Publicznego
8. Dr n. med. **Sławomir Szymański** – Katedra
Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego
9. Dr n. med. **Sylwia Wieder-Huszla** –
Samodzielna Pracownia Propedeutyki Nauk
Pielęgniarskich
10. Dr n. med. **Przemysław Wysiecki** – Zakład
Higieny, Epidemiologii i Zdrowia Publicznego

EASTERN EUROPEAN METABOLIC ACADEMY

PUM WSPÓŁORGANIZATOREM EDUKACJI NA TEMAT WRODZONYCH WAD METABOLIZMU

W Warszawie w dniach od 7 do 9 października 2010 r. odbyło się międzynarodowe spotkanie dotyczące wczesnej diagnostyki, symptomatologii klinicznej oraz leczenia wrodzonych wad metabolizmu u dzieci – Eastern European Metabolic Academy (EEMA) (www.eema.pl).

Głównymi organizatorami tegorocznej konferencji była Klinika Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii, Chorób Metabolicznych i Kardiologii Wieku Rozwojowego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie oraz Sekcja Metaboliczna Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego. Patronat honorowy nad konferencją objął prof. Przemysław Nowacki – rektor PUM. List do uczestników spotkania skierowała Para Prezydencka Anna i Bronisław Komorowski. Spotkanie odbyło się przy współudziale firm Nutricia, Milupa i SHS, w pięknych wnętrzach hotelu Hyatt, we wzniosłej atmosferze 200-lecia urodzin Fryderyka Chopina.

Wrodzone wady metabolizmu są genetycznie uwarunkowanymi zaburzeniami w prawidłowym przebiegu procesów biochemicznych zachodzących w organizmie człowieka. Termin ten został wprowadzony po raz pierwszy w roku 1908 przez angielskiego lekarza Archibalda Garroda, który uznawany jest za ojca medycyny metabolicznej. Chociaż od tego czasu minęło ponad 100 lat, choroby te są nadal przyczyną wielu wątpliwości i dylematów diagnostyczno-leczniczych. Jest to zrozumiałe w świetle ich ogromnej liczby – do dziś odkryto ponad tysiąc wrodzonych defektów metabolicznych. Niektóre występują bardzo rzadko, łącznie stanowią jednak niezwykle liczną grupę schorzeń należących do tzw. chorób rzadkich, czyli występujących rzadziej niż w proporcji 1:2000 noworodków. W odniesieniu do niektórych używa się też określenia choroby ultrarządki, czyli takie, które pojawiają się nie częściej niż raz na 50 000 urodzeń. Schorzenia



te nazywane są często chorobami sierocymi i nazwa ta najlepiej oddaje nastawienie wielu osób i instytucji do problemów pacjentów z wrodzonymi wadami metabolizmu. Każdego roku odkrywane są nowe jednostki chorobowe, wprowadzane nowe badania diagnostyczne oraz możliwości leczenia schorzeń wcześniej nieuleczalnych. W Polsce rocznie rodzi się około 300 dzieci z genetycznie uwarunkowanymi defektami metabolicznymi. Na skutek braku diagnostyki i leczenia część z tych dzieci umiera lub ulega ciężkim, nieodwracalnym powikłaniom. Jest to tragiczne, zważywszy na fakt, iż dzięki postępowi medycyny wiele spośród nich można obecnie skutecznie leczyć lub istotnie ograniczyć ryzyko powikłań. Warunkiem sukcesu jest wczesna diagnostyka, w tym m.in. tzw. badania przesiewowe noworodków oraz intensywne wielokierunkowe leczenie. Podstawą wszelkich działań zmierzających do poprawy sytuacji (oprócz koniecznych nakładów finansowych) jest więc edukacja, edukacja i jeszcze raz edukacja.

Eastern European Metabolic Academy jest jedynym tego typu spotkaniem w krajach Europy Środkowo-Wschodniej i cieszy się powszechnym uznaniem w środowisku osób zajmujących się tą problematyką. Zagadnienie edukacji na temat schorzeń metabolicznych jest także jednym z priorytetów działań Unii Europejskiej w ramach poprawy wczesnej diagnostyki i leczenia wrodzonych wad metabolizmu.

Wielkim sukcesem tegorocznego spotkania był udział doskonałych wykładowców z USA, w tym z University of Denver i California State University. Podczas trzech dni, wraz z naukowcami z Polski, prezentowali wykłady dla ponad stu uczestników z 12 krajów – Litwy, Łotwy, Estonii, Rumunii, Węgier, Chin, Francji, Turcji, Holandii, Rosji, Stanów Zjednoczonych i Polski. Spotkanie adresowane było do pediatrów, neonatologów, dietetyków, psychologów, biochemików i genetyków.

Głównym tematem tegorocznej konferencji były wrodzone wady metabolizmu u noworodków oraz edukacja na temat tych schorzeń zarówno szerokiego grona profesjonalistów, jak i samych chorych oraz ich rodzin. Szczególną uwagę poświęcono wczesnej diagnostyce, symptomatologii klinicznej i leczeniu acidurii organicznych oraz wrodzonych defektów cyklu mocznikowego. Duże zainteresowanie wzbudziły wykłady poświęcone postępowaniu w stanach nagłych u noworodków z chorobami metabolicznymi przebiegającymi z objawami zespołu intoksykacji.

Ostatni dzień konferencji poświęcony był stale kontrowersyjnemu problemowi zapotrzebowania na białko w różnych schorzeniach metabolicznych, patogenezie neurotoksyczności w stanach hiperfenyloalaninemii oraz szeroko pojętej edukacji.

Konferencja prowadzona była w języku angielskim w bardzo przyjaznej atmosferze, stąd wiele pytań i komentarzy zarówno w trakcie wykładów i dyskusji po prezentacjach, jak i w czasie rozmów w kularach. Każdy wykład zawierał pytania interaktywne, na które od razu odpowiadano, a specjalny system pokazywał opinie sali na każdy z poruszanych tematów. Szczególnych emocji dostarczyło rozpoczęcie i zakończenie konferencji – uczestnicy poproszeni zostali o rozwiązanie 30-pytaniowego testu poświęconego zagadnieniom pediatrii metabolicznej. Drugiego dnia młodzi naukowcy z polskich ośrodków dzielili się spostrzeżeniami dotyczącymi trudności diagnostyczno-terapeutycznych u swoich najbardziej interesujących chorych w ramach sesji pt. „Metabolic patient that I will remember”. Konferencję zakończyła dyskusja okrągłego stołu, w czasie której prezentowano doświadczenia na temat edukacji metabolicznej. Wszyscy byli pod wrażeniem niezwykle profesjonalizmu oraz bezpośredniości przekazu wykładowców z USA.

Spotkanie zostało bardzo wysoko ocenione przez uczestników, wszyscy zgłosili chęć przyjazdu za rok. Oprócz bezpośredniej edukacji celem konferencji było także nawiązywanie jak najbliższych relacji z innymi ośrodkami zajmującymi się wrodzonymi wadami metabolizmu. Cel ten został osiągnięty – koledzy z Sankt Petersburga planują już w najbliższych miesiącach zorganizować spotkanie na wzór naszej EEMA, na którym zaproszonymi gośćmi z zagranicy będą właśnie wykładowcy z Polski. W planie jest też prowadzenie przez wykładowców EEMA szkolenia na temat wczesnej diagnostyki i leczenia fenyloketonurii w Pekinie.

Wysoki poziom naukowy konferencji w połączeniu z aspektami praktycznymi spotkania po raz kolejny udowodnił, że pediatria metaboliczna jest jedną z najdynamiczniej rozwijających się dziedzin medycyny. To wspaniale, że Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie ma możliwość aktywnego uczestniczenia w tym procesie.

*dr hab. Maria Giżewska
Klinika Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii,
Chorób Metabolicznych i Kardiologii
Wieków Rozwojowego*

GENETYKA KLINICZNA NOWOTWORÓW 2010

W dniach 25–26 listopada 2010 r. odbyła się w Szczecinie ogólnopolska konferencja naukowa zatytułowana „Genetyka kliniczna nowotworów 2010”, zorganizowana przez Międzynarodowe Centrum Nowotworów Dziedzicznych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. Wzięło w niej udział 80 uczestników z 22 ośrodków z całej Polski.

Konferencja miała charakter naukowo-szkoleniowy i stanowiła coroczne podsumowanie najnowszych światowych osiągnięć w dziedzinie nowotworów dziedzicznych, zwłaszcza związanych z aspektami klinicznymi. Do głównych tematów konferencji należały „Genetyka kliniczna raka piersi i jajnika”, „Genetyka kliniczna raka jelita grubego”, „Genetyka kliniczna raka pęcherza moczowego i żołądka” oraz „Genetyka kliniczna raka prostaty”.

Nadzór merytoryczny nad przebiegiem konferencji sprawował prof. Jan Lubiński, kierownik Międzynarodowego Centrum Nowotworów Dziedzicznych PUM w Szczecinie.

Wykorzystane formy upowszechniania informacji na temat konferencji naukowej to publikacja materiałów konferencyjnych oraz strona internetowa www.genetyka.com. Wydane zostało również uaktualnienie monografii pod redakcją prof. Jana Lubińskiego „Genetyka kliniczna nowotworów 2010”, w którym w szerszy sposób opisane zostały aspekty genetyki klinicznej ostatniego roku.

Konferencja współfinansowana była ze środków Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

*Grażyna Sukiennik
Zakład Genetyki i Patomorfologii*

POSTĘPY W DIAGNOSTYCE CHOROÓB AUTOIMMUNOLOGICZNYCH

W sobotę 20 listopada 2010 r. odbyła się kolejna, trzecia już konferencja naukowo-szkoleniowa zorganizowana przez Klinikę Reumatologii i Chorób Wewnętrznych PUM pod hasłem „Postępy w diagnostyce chorób autoimmunologicznych”. Tym razem w całości poświęcona była wybranym zagadnieniom z zakresu chorób przewodu pokarmowego.

Do uczestnictwa w spotkaniu zaprosiliśmy zarówno lekarzy (rodzinnych oraz specjalistów), jak i diagnostów laboratoryjnych, słuchaczy studiów doktoranckich oraz studentów. Cieszy fakt, że poruszane przez nas problemy ponownie spotkały się z dużym zainteresowaniem. Ogółem w konferencji wzięło udział około 200 uczestników, a zgłoszenia





napłynęły z całej Polski – z terenu województw zachodniopomorskiego, wielkopolskiego, pomorskiego, lubuskiego, kujawsko-pomorskiego, dolnośląskiego, małopolskiego i podkarpackiego.

Patronat nad konferencją objął prof. PUM Marek Brzoso, który również uroczystie zainaugurował spotkanie.

Konferencja składała się z czterech sesji, które poświęcone były kolejno diagnostyce serologicznej wybranych chorób wątroby i jelit, etiopatogenezie, objawom klinicznym i diagnostyce celiakii, nieswoistych zapaleń jelit oraz autoimmunologicznych chorób wątroby.

Wykład wprowadzający na temat mechanizmów autoimmunizacji wygłosił prof. Jan O. Żeromski z Katedry Immunologii Klinicznej UM w Poznaniu. Wśród zaproszonych wykładowców byli również prof. Bożena Cukrowska z Zakładu Patomorfologii Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie, prof. PUM Marta Wawrzynowicz-Syczewska z Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii PUM w Szczecinie oraz doc. Grzegorz Dworacki z Katedry Immunologii Klinicznej

UM w Poznaniu. Pozostałe wykłady na podstawie najnowszych doniesień i wyników badań własnych oraz prezentacje przypadków zostały przygotowane przez pracowników Kliniki Reumatologii i Chorób Wewnętrznych.

Każdy blok tematyczny zakończony był krótką prezentacją sponsora konferencji – firmy Euroimmun Polska Sp. z o.o., której składamy serdeczne podziękowania za pomoc w zorganizowaniu sympozjum.

Rosnące zainteresowanie i zdecydowanie ogólnopolski charakter konferencji motywuje nas do dalszych działań. Zapraszamy do udziału w kolejnych sympozjach, które odbędą się: 12 marca 2011 r. na temat „Postępy w diagnostyce chorób autoimmunologicznych. Manifestacje neurologiczne w przebiegu układowych chorób tkanki łącznej. Neurologiczne zespoły paranowotworowe” oraz 19 listopada 2011 r. na temat „Postępy w diagnostyce chorób autoimmunologicznych. Powikłania nefrologiczne w przebiegu układowych chorób tkanki łącznej”.

*dr Katarzyna Fischer
Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych*



APARATURA NA MIARĘ XXI WIEKU W SPSK-2

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2 PUM wzbogacił się pod koniec 2010 r. o dwa najnowocześniejsze aparaty rentgenowskie – cyfrowy mammograf Giotto Image – firmy IMS (Włochy) wraz ze stołem do biopsji stereotaktycznej multicare platinum firmy Hologic TSM oraz tomograf komputerowy Somatom Definition AS firmy Siemens (Niemcy). Te „cuda techniki” zakupiono na prośbę zespołu Zakładu Diagnostyki Rentgenowskiej i Rady Klinikistów SPSK-2 z dotacji unijnych oraz częściowo ze środków własnych szpitala dzięki ogromnemu



zaangażowaniu dyrektora dr. Ryszarda Chmurowicz, mgr Emilii Aftewicz – zastępcy dyrektora ds. administracyjno-technicznych oraz prof. Floriana Czerwińskiego – zastępcy dyrektora ds. klinicznych. Po uzupełnieniu „podstawowego” cyfrowego wyposażenia rentgenowskiego w ww. aparaty mogliśmy po uprzednim przygotowaniu postarać się o certyfikat jakości ISO. Tak więc dołączyliśmy pod tym względem do pozostałych klinik szpitala.

Mammograf Giotto Image wykorzystuje najnowocześniejszą technologię cyfrowej akwizycji obrazu opartej na panelu cyfrowym Selenium 2. Technologia ta pozwala na bezpośrednie przekształcenie promieniowania jonizującego na sygnał elektroniczny (bez pośredniej konwersji świetlnej), a to gwarantuje najwyższą jakość obrazów.

Unikalna konstrukcja aparatu z lampą i detektorem zamontowanymi na obwodzie obrotowego

pierścienia pozwala na dostęp do pacjentki także od przodu, ułatwiając właściwe ułożenie piersi przed uciskiem.

W skład aparatu wchodzi:

1) generator wysokiej częstotliwości 40 kHz o mocy 8 kW, z zakresem napięcia anodowego 22–35 kV i regulacją co 0,5 kV, duże ognisko (145 mA), małe ognisko (42 mA) oraz – co bardzo ważne dla pacjentów – krótki czas ekspozycji 0,04–6 sekund. Pracuje on w trybie ręcznym, półautomatycznym lub w pełni automatycznym – automatyczne nastawienie wartości kV, mA, wybór filtra rodowego lub molibdenowego w zależności od grubości piersi;

2) lampa rentgenowska z wirującą anodą wolframową, która zmniejsza dawkę pochłanianą przez pacjenta o 30% w porównaniu z mammografami z anodą molibdenową (dotychczas stosowaną);

3) okole (gantry) z głowicą zdjęciową, panelem z amorficznego Selenu 24 × 30 cm, automatycznym systemem ucisku piersi i ręczną regulacją docisku, automatycznym zwalnianiem ucisku po ekspozycji, osłoną przeciwpromieniową dla twarzy pacjentki oraz punktowymi płytami uciskowymi do zdjęć powiększonych;

4) akwizycyjna stacja robocza i diagnostyczna stacja lekarska z dwuekranowymi monitorami LCD 5M pikseli, bardzo wygodna do oceny obrazów.

Dodatkowo wyposażenie obejmuje komputerowe wspomaganie diagnozy (CAD) – specjalne oprogramowanie do szybkiej analizy obrazów – ognisk nieprawidłowych, samodzielne stanowisko do nagrywania płyt CD/DVD, kamerę laserową do szybkiej obróbki filmów rtg, system kontroli jakości – obrazy testowe, jednorodny fantom Pasmam, fantomy 2 cm i 6 cm, miernik siły kompresji, miernik luminacji.

Reasumując: znakomity program komputerowy stanowiący oprogramowanie mammografu w połączeniu z detektorem cyfrowym Selenium 2 o najwyższym stosunku rozdzielczości do szumu pozwala na dostrzeżenie najmniejszych szczegółów w obrazie gruczołu piersiowego. Połączenie wolframowej anody z filtrami rodowymi pozwoliło na znaczne zmniejszenie dawki promieniowania pochłoniętej

przez pacjenta. Innowacyjne rozwiązanie okrągłego, obrotowego okola pozwoliło uzyskać pewien komfort badania pacjentek w porównaniu z dotychczasowymi „typowymi” – ustawionymi prostopadle do podłogi, wcześniej stosowanymi aparatami. Nowoczesne ustawienie lampy rtg i stolika Bucky na kołowej ramie gantry pozwala na odchylenie do przodu o 90° i do tyłu o 30° – w ten sposób aparat dostosowuje się do pacjentki, a nie odwrotnie, jak było poprzednio. Pochylenie do przodu pozwala na wykorzystanie grawitacji – ciężar pacjentki jest rozłożony, a ucisk mniej dokuczliwy, zaś trójwymiarowy ruch lampy i stolika Bucky pozwala pokonać wszystkie problemy z pozycjonowaniem. Należy podkreślić bardzo dobre przystosowanie aparatu do badania pacjentek niepełnosprawnych, siedzących na wózkach inwalidzkich.

Nowy aparat spełnia wszystkie warunki do badań skriningowych i diagnostycznych.

Mammograf ten współpracuje z nowoczesnym stołem do w pełni cyfrowej, automatycznej biopsji stereotaktycznej zmian niepalpacyjnych i niewidocznych w badaniu ultrasonograficznym Multicare Platinum. Stół ten pozwala na pobranie materiału do badań histopatologicznych w bardzo wygodnej dla pacjentki pozycji leżącej na brzuchu, z piersią ułożoną w specjalnym otworze i „zwisająca” ku dołowi. Stół ma specjalną przystawkę do systemu biopsji próżniowej – mammotomicznej – firmy Johnson and Johnson, dającą komfort pacjentce i personelowi podczas pobierania materiału. Jest to także na światowym poziomie wyposażenie najlepszych ośrodków diagnostyki w kraju i za granicą.

Jeżeli dodamy do tego możliwość wykonania rezonansu magnetycznego piersi w firmie Euromedic, to nasz szpital kliniczny ma najnowocześniejsze centrum diagnostyki chorób piersi; dedykujemy je wszystkim potrzebującym pacjentom i zainteresowanym lekarzom.

Spełnieniem marzeń o szybkiej i małoinwazyjnej tomografii komputerowej jest jeden z najnowocześniejszych aparatów – 64-rzędowy, 128-warstwowy Somatom Definition AS. Posiada on wielowarstwowy detektor UFC (ultraszybki ceramiczny), bardzo wydajną lampę rentgenowską z czasem obrotu 0,3 s, generator 100 kW, stację roboczą do akwizycji syngo oraz unikalne oprogramowanie Syngovia. Czas pełnego skanowania waha się od 0,30 do 1 sekundy! Aparat pozwala na wielopłaszczyznowe rekonstrukcje obrazu w czasie rzeczywistym (MPR), a ciągle obracający się układ lampa–detektor o opty-

malnej geometrii umożliwia uzyskiwanie danych o wysokiej rozdzielczości na całej powierzchni skanu. Detektor UFC oraz odpowiednie jego zespoły elektroniczne o 128 warstwach pozwalają na praktycznie jednoczesny odczyt dwóch projekcji dla każdego elementu detektora. Technologia ta umożliwia szczegóły obrazu, wcześniej nieosiągalne, w bardzo krótkim czasie przy znacznie obniżonej o 30% dawce ekspozycyjnej. Aparat jest także bardzo wygodny do ułożenia pacjenta, co ma znaczenie szczególnie w przypadkach urazów lub badań interwencyjnych.

Pamięć graficzna to 146 GB; 260 000 obrazów bez kompresji. Na jednej stacji roboczej istnieje możliwość wykonania wielomodalnych zadań diagnostycznych, angiografii i planowania radioterapii.

Aplikacja SureView to rekonstrukcja wielowarstwowego obrazu spiralnego przy obniżeniu dawki promieniowania o 20%, CARE topo to topogram tworzony w czasie rzeczywistym, z możliwością ręcznego przerywania skanowania w momencie uzyskania wybranego obrazu.



CARE bolus CT znacznie poprawia procedury planowania wstrzyknięcia i trybu skanowania po podaniu środka cieniującego, a Hand Care automatycznie wyłącza prąd lampy w trakcie interwencji radiologa, aby uniknąć bezpośredniej ekspozycji ręki badającego.

Kliniczne zastosowanie aparatu jest bardzo duże. Posiada on następujące programy:

1) Dental – dla implantologii, stomatologii i chirurgii szczękowo-twarzowej wraz ze skanowaniem warstw panoramicznych kości szczęk;

2) Pulmo CT – analizujący ilościowo gęstość płuc oraz ich strukturę w celu umożliwienia wczesnej diagnozy i leczenia chorób płuc;

3) HeartView CT – podstawa do rekonstrukcji i skanowania kardiologicznego 3D z angiografią naczyń wieńcowych i piersiowych, oceną stopnia ich zwężenia oraz analizą blaszek miażdżycowych; badania połączone z obrazem EKG. Ponadto program Circulation przeznaczony jest do w pełni zautomatyzowanej oceny badań serca, z automatycznym obliczaniem stenoz, pełną oceną funkcji lewej komory i segmentacji naczyń wieńcowych;

4) Neuro DSA CT – badanie naczyń mózgowych;

5) Colonography CT – kolonografia, która umożliwia oglądanie trójwymiarowego obrazu wewnętrznego światła jelita grubego w czasie rzeczywistym;

6) CT Oncology – szybka rutynowa diagnostyka onkologiczna, ocena stopnia zaawansowania i kontroli leczenia. Program ma specjalne narzędzia do oceny płuc, wątroby oraz węzłów chłonnych;

7) Angiografia TK – ocena morfologii i patologii naczyń, tętniaków, blaszek miażdżycowych i zwężeń z projekcją maksymalnej, minimalnej i niewielkiej intensywności.

Unikatowe, skomplikowane oprogramowanie tomografu komputerowego wymaga odpowiedniego czasu szkolenia i „przyswajania wiedzy”. Zespół młodych radiologów, techników elektroradiologii i pielęgniarek z kierownikiem Pracowni TK dr. Donaldem Rutkowskim oraz mgr. inż. Krzysztofem Deptuchem, jest pełen zapału i pilnie szkoli się na tym wspólnym aparacie. Nie mniej ważna będzie, poza „pięknymi obrazami”, ścisła i życzliwa współpraca z klinicystami dla dobra naszych pacjentów.

prof. dr hab. Grażyna Wilk

Katedra i Zakład

Radiologii Ogólnej i Stomatologicznej

REKRUTACJA NA PUM NA ROK AKADEMICKI 2010/2011

WYDZIAŁ LEKARSKI ORAZ WYDZIAŁ LEKARSKO-STOMATOLOGICZNY

Kierunek lekarski oraz kierunek lekarsko-dentystyczny

Kandydaci legitymujący się starą maturą zdawali egzamin wstępny z biologii, chemii i fizyki na poziomie rozszerzonym, którego przygotowanie powierzono Centralnej Komisji Egzaminacyjnej w Warszawie. Za sprawdzanie i opracowanie wyników odpowiedzialna była Okręgowa Komisja Egzaminacyjna w Poznaniu. Kandydaci posiadający nową maturę obowiązani byli zdać maturę z biologii, chemii oraz fizyki na poziomie rozszerzonym.

WYDZIAŁ LEKARSKO-BIOTECHNOLOGICZNY I MEDYCYN LABORATORYJNEJ

Kierunek analityka medyczna

Kandydaci legitymujący się starą maturą obowiązani byli przystąpić do egzaminu wstępnego z biologii i chemii na poziomie rozszerzonym, natomiast kandydaci posiadający nową maturę obowiązani byli zdać egzamin maturalny z biologii i chemii na poziomie rozszerzonym.

Kierunek biotechnologia specjalność biotechnologia medyczna

Kandydaci legitymujący się starą maturą przyjmowani byli na podstawie konkursu świadectw ukończenia szkoły (średnia ocen), natomiast kandydaci posiadający nową maturę obowiązani byli zdać egzamin maturalny z biologii lub chemii albo fizyki na poziomie rozszerzonym.

WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU

Kierunek dietetyka, studia I stopnia

Kandydaci legitymujący się starą maturą przyjmowani byli na podstawie konkursu świadectw ukończenia szkoły (średnia ocen), natomiast kandydaci posiadający nową maturę obowiązani byli zdać egzamin maturalny z biologii lub chemii albo fizyki na poziomie podstawowym lub rozszerzonym.

Kierunek fizjoterapia, studia I stopnia

Kandydaci legitymujący się starą maturą przyjmowani byli na podstawie konkursu świadectw ukończenia szkoły (średnia ocen), natomiast kandydaci posiadający nową maturę obowiązani byli zdać egzamin maturalny z biologii lub chemii albo

Kierunek studiów	Liczba kandydatów	Limit miejsc	Liczba kandydatów na 1 miejsce	Liczba przyjętych
Wydział Lekarski				
Kierunek lekarski – studia jednolite stacjonarne	740	180	4,11	181
Kierunek lekarski – studia jednolite niestacjonarne	104	54	1,92	53
Kierunek lekarski – program anglojęzyczny	222	100	2,22	84
Wydział Lekarsko-Stomatologiczny				
Kierunek lekarsko-stomatologiczny – studia stacjonarne	345	80	4,31	81
Kierunek lekarsko-stomatologiczny – studia niestacjonarne	56	24	2,33	24
Kierunek lekarsko-stomatologiczny – program anglojęzyczny	27	20	1,35	7
Wydział Lekarsko-Biotechnologiczny i Medycyny Laboratoryjnej				
Kierunek analityka medyczna – studia stacjonarne	100	60	1,60	50
Kierunek biotechnologia specjalność biotechnologia medyczna – studia I stopnia stacjonarne	108	50	2,20	50
Wydział Nauk o Zdrowiu				
Kierunek pielęgniarstwo – studia I stopnia stacjonarne	80	150	0,53	60
Kierunek pielęgniarstwo – studia I stopnia niestacjonarne uzupełniające, tzw. pomostowe	261	150	1,74	150
Kierunek położnictwo – studia I stopnia stacjonarne	41	60	0,68	29
Kierunek położnictwo – studia I stopnia niestacjonarne uzupełniające, tzw. pomostowe	56	60	0,93	39
Kierunek kosmetologia -studia I stopnia stacjonarne	165	60	2,75	57
Kierunek dietetyka – studia I stopnia stacjonarne	131	60	2,18	56
Kierunek zdrowie publiczne specjalność promocja zdrowia i edukacja zdrowotna – studia I stopnia stacjonarne	19	30	0,63	11
Kierunek zdrowie publiczne specjalność marketing i zarządzanie w służbie zdrowia – studia I stopnia stacjonarne	36	30	1,20	25
Kierunek ratownictwo medyczne – studia I stopnia stacjonarne	77	60	1,28	52
Kierunek fizjoterapia – studia I stopnia stacjonarne	203	60	3,38	62
Kierunek pielęgniarstwo – studia II stopnia stacjonarne	93	100	0,93	84
Kierunek pielęgniarstwo – studia II stopnia niestacjonarne	94	100	0,94	82
Kierunek położnictwo – studia II stopnia stacjonarne	21	60	0,35	21
Kierunek położnictwo – studia II stopnia niestacjonarne	17	60	0,28	16
Kierunek zdrowie publiczne – studia II stopnia stacjonarne	65	60	1,08	52
Kierunek zdrowie publiczne – studia II stopnia niestacjonarne	35	60	0,58	20

fizyki na poziomie podstawowym lub rozszerzonym. Wszyscy kandydaci obowiązani byli przystąpić do egzaminu sprawnościowego (bieg na 60 m, rzut piłką lekarską, skok w dal i pływanie).

Kierunek kosmetologia, studia I stopnia

Kandydaci legitymujący się starą maturą przyjmowani byli na podstawie konkursu świadectw ukończenia szkoły (średnia ocen), natomiast kandydaci posiadający nową maturę obowiązani byli zdać egzamin maturalny z biologii lub chemii albo fizyki na poziomie podstawowym lub rozszerzonym.

Kierunek pielęgniarstwo i kierunek położnictwo, studia I stopnia

Kandydaci legitymujący się starą maturą przyjmowani byli na podstawie konkursu świadectw ukończenia szkoły (średnia ocen), natomiast kandydaci posiadający nową maturę obowiązani byli zdać egzamin maturalny z biologii lub chemii albo fizyki na poziomie podstawowym lub rozszerzonym.

Kierunek pielęgniarstwo i kierunek położnictwo, studia I stopnia uzupełniające, tzw. pomostowe

Kandydaci przyjmowani byli na podstawie rozmowy kwalifikacyjnej z zakresu pielęgniarstwa.

Kierunek pielęgniarstwo i kierunek położnictwo, studia II stopnia

Kandydaci przyjmowani byli na podstawie średniej ocen (z egzaminów) uzyskanych podczas studiów I stopnia.

Kierunek ratownictwo medyczne, studia I stopnia

Kandydaci legitymujący się starą maturą przyjmowani byli na podstawie konkursu świadectw ukończenia szkoły (średnia ocen), natomiast kandydaci posiadający nową maturę obowiązani byli zdać egzamin maturalny z biologii lub chemii albo fizyki na poziomie podstawowym lub rozszerzonym. Wszyscy kandydaci obowiązani byli przystąpić do egzaminu sprawnościowego (bieg na 60 m, rzut piłką lekarską, skok w dal i pływanie).

Kierunek zdrowie publiczne specjalność promocja zdrowia i edukacja zdrowotna oraz specjalność marketing i zarządzanie w służbie zdrowia, studia I stopnia

Kandydaci legitymujący się starą maturą przyjmowani byli na podstawie konkursu świadectw ukończenia szkoły (średnia ocen), natomiast kandydaci posiadający nową maturę obowiązani byli zdać egzamin maturalny z biologii lub chemii albo fizyki, matematyki, wiedzy o społeczeństwie, historii lub geografii na poziomie podstawowym lub rozszerzonym.

Kierunek zdrowie publiczne, studia II stopnia

O przyjęcie na studia stacjonarne mogli ubiegać się kandydaci, którzy ukończyli studia pierwszego stopnia na kierunku, na którym program nauczania obejmował co najmniej 60% treści programowych przewidzianych w standardach kształcenia dla kierunku zdrowie publiczne. Kandydaci przyjmowani byli na podstawie średniej ocen (z egzaminów) uzyskanych podczas studiów I stopnia na kierunku zdrowie publiczne.

Opracowanie Dagmara Budek

NOWA BAZA DLA STOMATOLOGÓW

Baza Dentistry & Oral Sciences Source jest kolejną bazą dostępną na platformie EbscoHost. Jej tematyka obejmuje wszystkie aspekty związane ze stomatologią, jak: endodoncja, chirurgia szczękowa, stomatologia sądowa, patologia, chirurgia i radiologia szczękowa oraz jamy ustnej, ortodoncja, stomatologia dziecięca, periodontologia i protetyka. Zawiera ponad 140 czasopism pełnotekstowych oraz pełnotekstowe monografie, m.in. czasopisma niedostępne w innych bazach danych: „Advances in Medical and Dental Sciences”, „Biological Therapies in Dentistry”, „British Dental Nurses Journal”, „Compendium of Continuing Education in Dentistry”, „Dental Implantology Update”, „Dental Practice Management”, „Endodontic Practice Today”, „European Archives of Paediatric Dentistry”,



„European Journal of Esthetic Dentistry”, „European Journal of Oral Implantology”, „International Journal of Clinical Implant Dentistry”, „International Journal of Oral and Maxillofacial Implants”, „International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry”, „The International Journal of Prosthodontics”, „Journal of Dentistry for Children”, „Journal of Oral Laser Applications”, „Journal of Orofacial Pain” (IF 1,263), „Oral Health and Preventive Dentistry”, „Pediatric Dentistry”, „Quintessence International” (IF 0,635), „World Journal of Orthodontics”.

Baza jest aktualizowana raz na tydzień. Dostęp do niej jest możliwy ze wszystkich komputerów pracujących w sieci internetowej PUM oraz z komputerów domowych poprzez usługę VPN (Virtual Private Network) pod adresem: <http://search.ebscohost.com>.

IBUK.PL – PIERWSZA W POLSCE CZYTELNI NAUKOWA ON-LINE

Od 2011 r. Biblioteka PUM oferuje dostęp do zasobów Czytelni ibuk.pl – pierwszej w Polsce czytelni on-line podręczników akademickich i książek naukowych w języku polskim.

Licencja obejmuje dostęp do 22 tytułów książek, m.in.: „Diagnostyka różnicowa najczęstszych obja-



ibuk.pl
czytelnia on-line

wów w praktyce pediatrycznej”, „Ćwiczenia rachunkowe z chemii analitycznej”, „Informatyka medyczna”, „Kompendium wiedzy o żywności, żywieniu i zdrowiu”, „Medycyna ratunkowa i katastrof”, „Metody i techniki badań pedagogicznych”, „Neurologia praktyczna”, „Organizacja i zarządzanie

szpitalami”, „Podstawy dydaktyki”, „Położnictwo i ginekologia w zarysie”, „Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna”, „Zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej i kwasowo-zasadowej” oraz niektóre tytuły z serii „Krótkie wykłady”.

Dodatkowo dostęp obejmuje również 19 bezpłatnych publikacji, głównie dotyczących zagadnień związanych z osobami niepełnosprawnymi, m.in.: „Szkolenia z udziałem osób niepełnosprawnych”, „Inni czy podobni?”, „Charakterystyka osób z ograniczeniem sprawności”, „Niepełnosprawność i niepełnosprawni w polityce społecznej”, „Oddziaływania psychologiczne na rzecz integracji osób z ograniczeniami sprawności”.

Aby korzystać z serwisu, niezbędne jest zainstalowanie specjalnej aplikacji do przeglądania książek iPaper, uruchamianej bezpośrednio w oknie prze-

glądarki internetowej niezależnie od posiadanego systemu operacyjnego, wymagającej włączonej obsługi Javascript oraz Cookies, a także zainstalowanej wtyczki Adobe Flash Player w wersji 8 lub wyższej. Korzystanie z serwisu możliwe jest również poprzez darmowy czytnik Itelix iLibrary Reader EE, dostępny dla komputerów wyposażonych w system operacyjny Windows. Przejście do czytania odbywa się bezpośrednio ze strony „Moja czytelnia”. Przy pozycjach, do których został wykupiony dostęp, pojawia się przycisk „Czytaj książkę”.

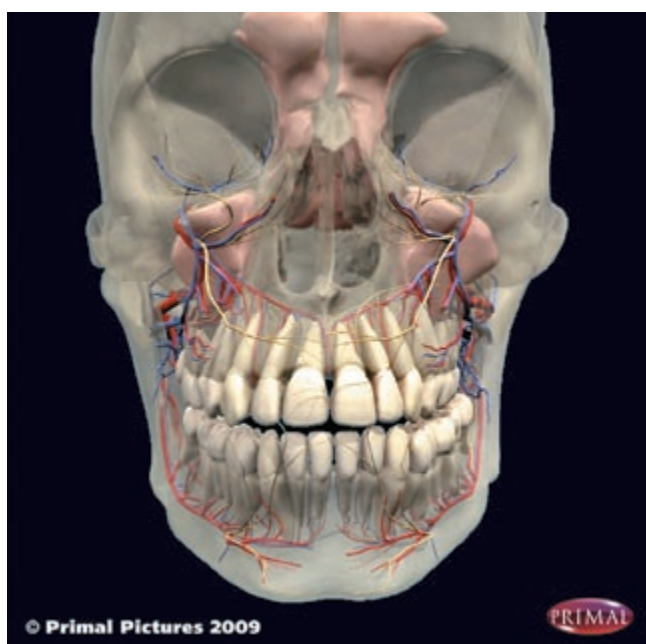
Nieodpłatnie dostępna jest opcja czytania. Opcja wydruku możliwa jest tylko dla użytkowników indywidualnych po uiszczeniu stosownej opłaty.

Książki dostępne są ze wszystkich komputerów pracujących w sieci internetowej PUM pod adresem: http://korpo.ibuk.pl/katalog_uczelni.php.



ATLAS ANATOMICZNY W 3D

Primal Pictures 3D Interactive Anatomy to pierwszy trójwymiarowy atlas anatomiczny człowieka. Stwarza możliwość dynamicznego, multimedialnego poznania anatomii człowieka poprzez wizualizacje i opisy poszczególnych części ciała. Daje użytkownikowi dostęp do różnych modułów anatomicznych z podziałem na poszczególne części organizmu.



Anatomia człowieka – części ciała: składa się z dziewięciu modułów: głowa i szyja, kręgosłup, klatka piersiowa i jama brzuszna, miednica i krocz, bark, biodro, stopa, ręka i kolano. Wszystkie struktury ukazane są w formie trójwymiarowej, wzbogaconej o zdjęcia, filmy, obrazy rezonansu magnetycznego, animacje biomechaniczne oraz zestawy pytań testowych.

Anatomia człowieka – układy narządowe: opisuje organizm człowieka w podziale na poszczególne układy. Obejmuje ponad 300 trójwymiarowych obrazów przedstawiających 3000 struktur anatomicznych wraz ze szczegółowym opisem. Każdy moduł zawiera także sekcję quizową.

Interaktywna anatomia czynnościowa: umożliwia poznanie funkcjonowania mięśni, mechanizmów ruchu, interakcji mięśni z kośćmi, więzadłami i innymi mięśniami. Umożliwia też poznanie procesu chodzenia, biegania, a nawet wchodzenia

i schodzenia po schodach. Materiały te stanowią idealną pomoc podczas kursów fizykoterapii, masażu, kinezylogii, terapii zajęciowej oraz w treningach sportowych.

Głowa i szyja – neuroanatomia (3D): opisuje podstawowe elementy neuroanatomii głowy i szyi, w tym: twarz, ucho, jamę ustną i nosową, krtani, gardło, mózg oraz nerwy czaszkowe.

Trójwymiarowa anatomia głowy i szyi w stomatologii: przygotowany specjalnie z myślą o stomatologach uczących się lub już pracujących w zawodzie, zawiera między innymi ponad 100 trójwymiarowych obrazów głowy, szyi, twarzy, jamy ustnej i nosowej, uzębienia, poszczególnych zębów w 3D i przekroju, nerwów, krtani, gardła, zatok, oka, mózgu, umożliwia obejrzenie preparatów, slajdów klinicznych, ilustracji, materiałów filmowych, animacji anatomii czynnościowej, które można obracać oraz dodawać lub usuwać warstwy.



Głowa w 3D – porównania dla pediatrów: obejmuje trójwymiarowe modele głowy i szyi u dorosłego/nastolatka oraz krtani, gardła i języka u małego dziecka, umożliwiające poznanie podstawowych różnic pomiędzy ich budową, opisy anatomii czynnościowej pozwalające zgłębić wiedzę m.in. na temat odruchów okolicy jamy ustnej u niemowląt i wzorców przeżuwania.

Radiologia: zawiera tysiące przejrzystych i dokładnych obrazów klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy stanowiące nieocenioną pomoc przy interpretacji przekrojów anatomicznych, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego oraz funkcje interaktywne umożliwiające dodawanie oraz usuwanie warstw, obracanie i podpisywanie wszelkich struktur.

Chirurgia: obejmuje trójwymiarowe animacje poszczególnych obszarów anatomicznych, przedstawia zabiegi chirurgiczne oraz rehabilitację pooperacyjną: chirurgię kolana, podstawy alloplastyki kolana, podstawy alloplastyki biodra, chirurgię okolic pachy oraz medycynę i chirurgię stopy.

Interaktywna terapia ręki: modele ręki i przedramienia wraz z informacjami dotyczącymi zabiegów terapeutycznych, jednostek chorobowych oraz materiałem filmowym.

Interaktywna mapa kręgosłupa – wydanie kliniczne: zawiera szczegółowy model całego kręgosłupa, tekst poglądowy, slajdy, materiały filmowe oraz obrazy uzyskane za pomocą rezonansu magnetycznego.

Interaktywna mapa kręgosłupa – chiropraktyka: zawiera informacje na temat rozpoznania, leczenia, zabiegów manualnych oraz nastawiania.

Urazy sportowe: składa się z trzech modułów z trójwymiarowymi modelami i zdjęciami preparatów. Przedstawia najczęściej występujące kontuzje oraz urazy z przeciążenia barku, kolana i stopy wraz z materiałem filmowym, obrazkami i opisem.

Anatomia w akupunkturze: trójwymiarowe modele 88 najczęściej nakłuwanych punktów akupunktury i sposób ich przebijania przez igły.

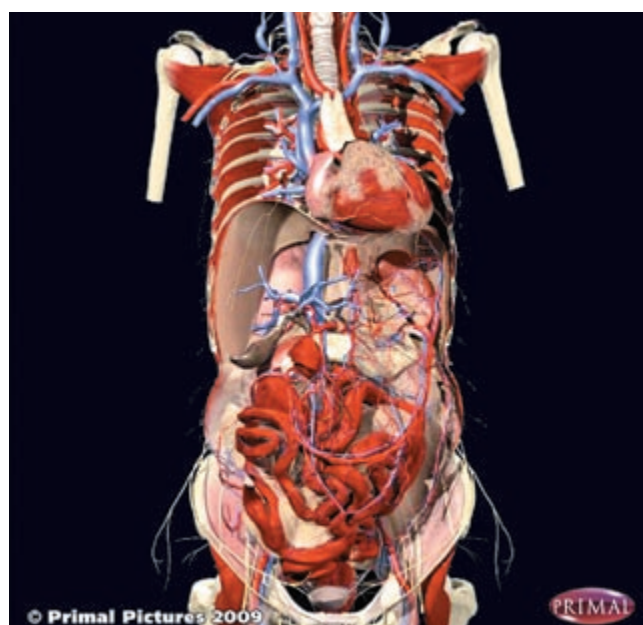
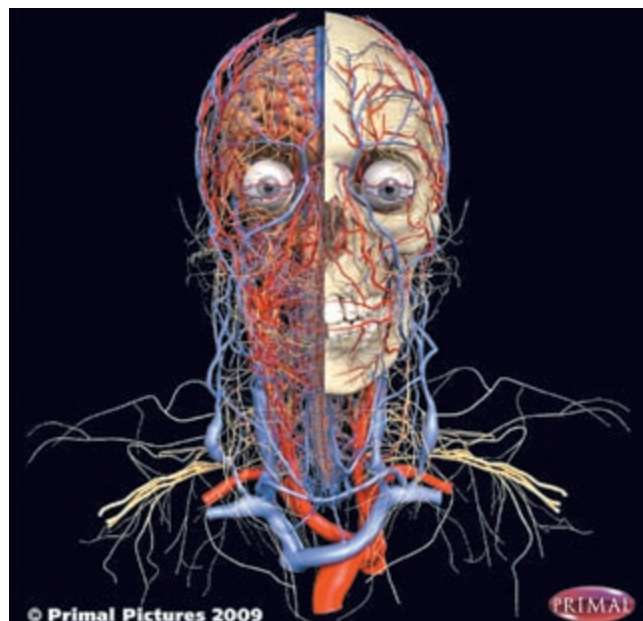
Anatomia w pilates: szczegółowo opracowane materiały 3D obejmujące układ kostny, mięśniowy oraz oddechowy.

Układ powięziowy: muskulatura ukazana na trójwymiarowym obrazie o wysokiej rozdzielczości, zawiera unikalną mapę ciągów mięśniowo-powięziowych przedstawiającą przebieg taśm powięziowych oraz meridianów mięśniowo-powięziowych.

Primal Pictures 3D Interactive Anatomy jest ciekawą i szybką formą poszerzania wiedzy, interesującą pomocą dla studentów, pielęgniarek i lekarzy.

Baza dostępna jest ze wszystkich komputerów pracujących w sieci internetowej PUM.

*mgr inż. Edyta Rogowska
Biblioteka Główna*



MARKETINGOWA IDENTYFIKACJA ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ NA RYNKU

Komunikacja organizacji z otoczeniem jest istotnym elementem nowoczesnego zarządzania każdym podmiotem gospodarczym. Właściwie prowadzona buduje zaufanie innych uczestników rynku do organizacji, przeciwdziała jej izolacji i porządkuje działania. Jednym ze sposobów komunikowania się podmiotu gospodarczego z otoczeniem jest system jego całościowej, jednolitej identyfikacji (*corporate identity* – CI). Jest to zbiór wizualnych i niewizualnych atrybutów organizacji podporządkowany jednolitej koncepcji, pozwalający na identyfikację podmiotu na rynku.

Znaczenie jednolitej identyfikacji. Idea kompleksowej identyfikacji opiera się na obrazie niebędącym przekazem reklamowym. Z tego względu jest ona godna polecenia zakładom opieki zdrowotnej, w których możliwości stosowania tradycyjnych form reklamowych są ograniczone literą prawa (Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, Ustawa o zawodzie lekarza) lub etyką zawodu (Kodeks etyki lekarskiej). W potocznym rozumieniu całościowa identyfikacja usługodawcy na rynku usług zdrowotnych utożsamiana jest z jego znakiem graficznym i nazwą. Sprowadza się zatem wyłącznie do tożsamości wizualnej. Poprawna interpretacja *corporate identity*, prócz instrumentów służących zewnętrznej, graficznej identyfikacji (*corporate design*), obejmuje również:

- zbiór istniejących w zakładzie norm zachowań (*corporate behavior*),
- sposób, w jaki ZOZ komunikuje się ze swoim otoczeniem (*corporate communication*).

W rzeczywistości system jednolitej identyfikacji ZOZ-u jest więc czymś znacznie szerszym od symbolicznego logo i należy łączyć go z dynamicznym i aktywnym zarządzaniem najważniejszymi niematerialnymi aktywami organizacji, tworzeniem informacji o tym, czym ona jest oraz co wyróżnia ją na tle podmiotów o takim samym lub podobnym profilu działalności usługowej.



Jedną z maksym marketingowych mówi: „marketing jest walką na umysły klientów, a nie na jakość produktów, technologię czy cenę”.

Taka też jest rola jednolitego systemu identyfikacji ZOZ-u, który ma pomóc „zaistnieć” usługodawcy w umysłach członków szeroko pojętego otoczenia ZOZ-u. Wśród tych ostatnich istotni są nie tylko pacjenci, ale i dostawcy (koope-ranci), płatnik, inwestorzy, konkurenci, władze lokalne, instytucje finansowe, urzędy kontroli i nadzoru, społeczność lokalna, masme-

dia. Chodzi więc o to, by poprzez system całościowej identyfikacji ZOZ-u wywołać u poszczególnych grup odbiorców trwałe skojarzenia i reakcje, by być łatwo rozpoznawalnym. Efektem jednolitego systemu identyfikacji ZOZ-u powinno być stworzenie w świadomości otoczenia silnego i wyróżniającego wizerunku, dającego przewagę konkurencyjną.

Wizualne atrybuty komunikacji. Ponad 80% naszych wrażeń, opinii, poglądów i wartości kształtowanych jest przez doznania wzrokowe. Budując CI ZOZ-u, warto zatem zwrócić szczególną uwagę na optyczne elementy komunikacji z otoczeniem. Są to: nazwa ZOZ-u, jego symbol (znak, logo), kolorystyka, druki firmowe (akcydensy), oznakowanie oraz wygląd zewnętrzny i wewnętrzny placówek ZOZ-u, a także ich pracowników. Elementy te powinny być proste i jednoznaczne, dostosowane do charakteru ZOZ-u, funkcjonalne, łatwe do zapamiętania, oryginalne.

Nazwa placówki. Brzmienie i symbolika nazwy ZOZ-u (graficzne odtworzenie nazwy) jest jak pierwsze wrażenie. Nikt nie ma powtórnej szansy na jego stworzenie. Popularnie stosowane nazwy ZOZ-ów nawiązują, poprzez prefiksy i sufiksy „med” lub „dent”, do branży medycznej (np. Medicover, EnelMed, Dentus), symboli dość jednoznacznie kojarzonych z medycyną (np. Przychodnia Eskulap), lokalizacji (np. Zamojski Szpital Niepubliczny, Szpital Bielański, Centrum Zdrowia Ursynów), specjali-

stycznego obszaru działania (Szpital Rehabilitacyjno-Leczniczy dla Dzieci i Młodzieży, Szpital Chorób Płuc, Przychodnia Medycyny Rodzinnej), patrona (Szpital im. St. Leszczyńskiego, Szpital im. Jana Pawła II) czy właściciela (Szpital Bonifratrów, Czajkowsky Poliklinika). Nieco rzadziej wykorzystywanymi sposobami jest odwołanie się do profesjonalizmu pracowników (np. Lecznica Ordynatorsko-Profesorska), osób symbolicznych (np. Instytut Matki i Dziecka) czy też nie tylko medycznych form działania (np. Aktywne Centrum Zdrowia).

WSKAZÓWKA: Projektując własną nazwę, warto wykonać unikatowy jak na razie zabieg komunikacyjny, polegający na włączeniu krótkiego hasła symbolizującego misję ZOZ-u do jego nazwy (jak w hipotetycznym przykładzie: „Połczynianka – uzdrowisko preferujące zdrowy i pogodny styl życia” na wzór znanego z innej branży: „Siemens – be inspired”). W każdym przypadku należy upewnić się, czy nazwa nie budzi zastrzeżeń o charakterze etycznym, kulturowym bądź prawnym (czy nie istnieje już inna instytucja, która zastrzegła sobie daną nazwę).

Logotyp placówki. Jest o graficzny zapis nazwy ZOZ-u, a więc ta część symbolu, którą można wyartykułować słownie. Kreując go, warto podkreślić – poprzez krój i rozmiar czcionki, a także jej kolor i stosowny kontrast z tłem – przesłanie, które zawarliśmy wcześniej w nazwie placówki. Charakter czcionki powinien korespondować z nadaną nazwą, a zatem przykładowo dla Europejskiego Centrum Leczenia Otyłości odpowiednia będzie wielka (podkreślająca zasięg i zdecydowanie), smukła (wyrażająca dynamizm) litera:

EUROPEJSKIE CENTRUM LECZENIA OTYŁOŚCI

Ta sama nazwa zapisana w inny prosty, archaiczny nieco sposób może sugerować stabilność i odwoływanie się do wartości klasycznych:

EUROPEJSKIE CENTRUM LECZENIA OTYŁOŚCI

Jeszcze inny zapis – sugeruje nowoczesność (nieregularne litery) i ciepło (opływowe kształty liter):

EUROPEJSKIE CENTRUM LECZENIA OTYŁOŚCI

WSKAZÓWKA: Wybierając liternictwo nazwy placówki, najlepiej uwzględnić wszystkie wizualne elementy identyfikacji, a więc również logo (symbol graficzny) i kolorystykę. Powinny one być spójne i odpowiadać podstawowemu przesłaniu, jakie chcemy komunikować, np. profesjonalizm (odpowiednio ciemne, stonowane kolory, jak purpura, czarny, granat), aktywność (jasne, nawet jaskrawe kolory: pomarańcz, żółty), delikatność (pastele), prestiż (kolory metaliczne).

Logo placówki. Pełni ono rolę herbu XXI wieku. Buduje tożsamość placówki. Znak placówki może tworzyć zarówno nieokreślona forma graficzna, jak i osoba. W branży medycznej największym powodzeniem cieszą się znaki symboliczne, odwołujące się do typowych skojarzeń. Są to: krzyż, serce, człowiek i eskulap:



Czarno-biała wersja logo w kolejności od lewej: 1. Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. prof. W. Szenajcha w Warszawie, 2. Kliniki Kardiologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego Szpitala Grochowskiego, 3. Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego im. W. Buszkowskiego w Kielcach, 4. Centralnego Szpitala Kolejowego w Warszawie Międzyzlesiu (Oddział Urologii).

Innymi sposobami tworzenia logo ZOZ-u jest:

- nawiązywanie do osób, elementów związanych z daną specjalnością, np. dziecko w symbolice szpitali dziecięcych, ząb w symbolice praktyk stomatologicznych – ułatwiają skojarzenie z daną dziedziną, ale są zwykle banalne;
- odwoływanie się do heraldyki, np. symbole regionów czy miast w symbolice placówek wojewódzkich – podkreślają tradycję i pozycję;
- tworzenie znaków czysto abstrakcyjnych, np. kombinacja figur geometrycznych – może być oryginalna, przyciągać uwagę, ale niewiele mówić o branży.

WSKAZÓWKA: Wybrane logo powinno pojawić się na wszelkich nośnikach komunikacji związanych z działalnością ZOZ-u, takich jak: środki transportu, akcydensy (druki firmowe), wizytówki, tablice informacyjne, elementy oznakowania architektonicznego, strona www itd.

Symbol firmowy powinien być zastrzeżony.

Kolorystyka. Wybór kolorów, które pojawią się w grafice logotypu, logo czy innych nośników komunikacji używanych przez ZOZ (jak oznaczenia stoisk targowych), jest jedną z najważniejszych decyzji przy projektowaniu wizualizacji. Jak dowodzą badania, kolor bywa postrzegany 200 razy szybciej niż inne oznaczenia, jest także łatwiej zapamiętywany. W sektorze usług medycznych szczególnie popularne są kolory biały i niebieski, które wywołują

odpowiednie skojarzenia (czystości, sterylności). Można je wykorzystywać, kiedy chcemy podkreślić silny związek z branżą.

Dobór kolorów i ich kombinacji powinien być podyktowany chęcią wywołania u odbiorcy określonego wrażenia. Jeśli zależy nam na dużej widoczności, warto wybrać kolory kontrastujące, np. czerwony i biały. Jeśli przywiązujemy większą wagę do tworzenia odpowiedniego nastroju – lepiej sprawdzą się kolory spokojniejsze, akcentujące powagę placówki, np. granatowy i srebrny.

Decydując się na określoną kolorystykę, należy brać pod uwagę aspekty czysto praktyczne, tj. czy nasze zestawienie będzie czytelne nie tylko z bliska (np. na wizytówce), ale i z większej odległości (np. z szyldu powieszonego nad wejściem), czy kolory będą łatwe do powielenia i tanie w druku, czy będą stosownie odebrane przez naszych klientów (np. w kulturze azjatyckiej biel kojarzy się z żałobą).

Akcydensy to zbiór druków niezbędnych w codziennej działalności placówki. Pomagają one identyfikować ZOZ przez jego otoczenie, głównie kontrahentów, pacjentów, masmedia.

Stosowne nadruki mogą pojawić się także na: fakturach, notatnikach, wszelkich formularzach, uniformach personelu, drukach okazjonalnych (jak kalendarze, zaproszenia) i reklamowych (jak plakaty, katalogi, ulotki) oraz gadżetach reklamowych (np. czapeczki, maskotki, dozowniki lekarstw, naklejki). Lista ta jest praktycznie nieskończona i to od inwencji twórcy zależy miejsce nadruku. Warto pamiętać, że nośnik komunikacji typu maskotka pełni nie tylko funkcję reklamową, ale i psychologiczną. Mały pacjent z pewnością szybciej oswoi się z nowym otoczeniem (przychodni, szpitala), jeśli wręczymy mu drobny upominek.

Oznakowanie i wygląd zewnętrzny i wewnętrzny ZOZ-u tworzy wrażenie, które współdecyduje o jakości kontaktów z otoczeniem. Chodzi tu o estetyczny i jednolity pod względem jakościowym i stylistycznym wizerunek placówki. Z zewnątrz tworzą go:

- oznakowanie ułatwiające pacjentom orientację przestrzenną, np. tablice kierunkowe, informacje o parkingu;
- oznakowanie zewnętrzne budynku, np. flagi, szyldy, neony, zadaszenia;
- ekspozycje okolicznościowe, np. aranżacja stoisk targowych, stoiska czasowe typu „punkt mierzenia ciśnienia” w centrum handlowym.

Z kolei wewnątrz składają się nań:

- oznakowanie ciągów komunikacyjnych, np. „laboratorium zaprasza”;
- informacje wewnętrzne, np. tablica z nazwiskami lekarzy przyjmujących i numerami ich gabinetów, podpisane i oprawione fotografie lekarzy rodzinnych wywieszone w holu;
- uniformy i identyfikatory pracowników;
- galanteria biurowa, np. segregatory, teczki, karty memo, notatniki.

Wymienione elementy mogą pełnić nie tylko funkcję informacyjną, ale i promocyjną, np. plakat z zaproszeniem na Żółty Tydzień.

Niewizualne elementy komunikowania się placówki z otoczeniem. Należą do nich komunikacja werbalna i bodźce behawioralne. W pierwszym przypadku chodzi zarówno o komunikację w relacji pacjent-personel usługodawcy, a więc o rzetelną, zrozumiałą dla pacjenta i jego bliskich informację, jak i o bodźce werbalne typu melodyjka na centrali telefonicznej czy muzyka w poczekalni.

Badania Amerykanów potwierdzają, że powolna i relaksująca muzyka w poczekalni wpływa na redukcję stresu samych pacjentów i osób oczekujących na bliskich poddawanych zabiegowi.

W szerszym rozumieniu komunikacja obejmować może również słowo pisane (listy do klientów danego ośrodka zdrowia, powiadomienia o terminach działań profilaktycznych, informatory i poradniki), telefoniczny serwis informacyjny i coraz powszechniej wykorzystywany internet (e-mail, własna strona www).

Trzecim elementem oddziaływania na otoczenie są bodźce behawioralne (zachowanie, komunikacja pozawerbalna). Przejawiają się one w rytuałach, gestach. Prezentacja całego zespołu medycznego nowym pacjentom np. ośrodka uzdrowiskowego, przyjazny uścisk dłoni przy obchodzie lekarskim, działania zwiększające poczucie poszanowania intymności pacjenta, wizytowanie oddziału, na którym pacjent będzie przebywać – to przykładowe zachowania tworzące wizerunek organizacji.

Wdrożenie jednego z tych elementów nie gwarantuje uzyskania dostatecznie wyrazistej indywidualności. Tożsamość i odzwierciedlający ją w otoczeniu wizerunek są dziełem zespołu atrybutów kultywowanych przez długie lata.

Zakładając, że konkurujący ze sobą usługodawcy dążą do wysokiego standardu jakości leczenia, coraz większego znaczenia nabiera świadome budowanie tożsamości niepowtarzalnej na rynku. Omówione

narzędzia oddziaływania, mimo swej różnorodności, mają za zadanie zwiększyć wiarygodność ZOZ-u. Pacjent nie tylko powinien wiedzieć, że leczą go dobrzy lekarze, ale także czuć przyjazny klimat placówki, w której się znalazł. Zakład opieki zdrowotnej, który nie budzi zaufania potencjalnych

klientów, nie ma szansy dania świadectwa swym wysokim kwalifikacjom.

*dr hab. prof. US Iga Rudawska
Katedra Analizy i Strategii Przedsiębiorstw
Zakład Ekonomiki Ochrony Zdrowia
Uniwersytet Szczeciński*

40-LECIE CHÓRU POMORSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

W ciągu minionych 40 lat zespół chóru prezentował się na estradach krajowych i zagranicznych, biorąc udział w kilkudziesięciu festiwalach i konkursach, takich jak: Legnica Cantat, Festiwal Muzyki Religijnej w Rumi, Academia Cantat, Festiwal Barbórkowy we Wrocławiu, Międzynarodowy Festiwal Pieśni Chóralnej w Międzyzdrojach, Festiwal Muzyki Organowej i Kameralnej w Kamieniu Pomorskim oraz festiwalach w Hiszpanii, Francji, Niemczech, Szwecji i Słowacji. Chór odbył wiele tournée koncertowych po prawie wszystkich krajach Europy. Przez 10 lat współpracował ze szczecińską Operą i Operetką, biorąc udział w przedstawieniach: „Requiem” W. A. Mozarta, „Carmen” G. Bizeta, „Straszny dwór” S. Moniuszki, „Trubadur” G. Verdiego, „Skrzypek na dachu” G. Bocka czy „Tosca” G. Pucciniego. Zespół oprócz bogatego repertuaru a cappella przygotował i wykonał szereg utworów oratoryjno-kantatowych, m.in. Bacha, Mozarta, Pucciniego, Rossiniego, Gounoda, Górczyckiego, Szymanowskiego, Jasińskiego i wielu innych. Stali od lat członkowie chóru, związani ciałem i duszą, oraz dyrygent w osobie prof. Ryszarda Handke



stanowią zespół, który stać na najwyższy poziom artystyczny. Chór PAM za swoje osiągnięcia w dziedzinie kultury został uhonorowany w 1989 r. odznaką Gryfa Pomorskiego.

Profesor Ryszard Handke jest absolwentem klasy dyrygentury prof. Stefana Stuligrosza Akademii Muzycznej w Poznaniu. Był założycielem i dyrygentem kameralnego chóru „Remedium”, działającego od 1998 roku przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Szczecinie. W latach 1983–1986 pełnił funkcję kierownika muzycznego Teatru Współczesnego, a od 1986

do 1995 r. chórmistrza i dyrygenta szczecińskiej Opery i Operetki. Wieloletni pracownik naukowy szczecińskiej filii Akademii Muzycznej w Poznaniu, wykładowca Ogólnopolskiego Poddyplomowego Studium Chórmistrzowskiego, obecnie rektor Akademii Sztuki w Szczecinie. Stały współpracownik Ministerstwa Edukacji Narodowej w zakresie chóralistyki dzieci i młodzieży. Członek Rady Artystycznej Międzynarodowego Festiwalu Pieśni Chóralnej w Międzyzdrojach oraz Międzynarodowego Festiwalu Chóralnego w Szczecinie. Od 1997 r. członek Prezydenckiej Rady Kultury przy prezydencie miasta Szczecina.

* * *

Red. Jacek Rudnicki: Jakie były początki chóru?

Prof. Ryszard Handke: Chór Pomorskiej Akademii Medycznej powstał w grudniu 1969 r. Założycielem był muzyk Państwowej Filharmonii w Szczecinie Jan Seidl, który kierował chórem przez 10 lat do roku 1979. Zespół koncertował wielokrotnie w kraju i za granicą, biorąc udział w festiwalach w Wielkiej Brytanii, Holandii, Czechosłowacji i Bułgarii. W owym czasie był bardzo liczny, śpiewało w nim kilkadziesiąt osób. Kiedy Jan Seidl zrezy-

gnował z prowadzenia chóru z powodu trudności z pogodzeniem jednoczesnej pracy w filharmonii, jego obowiązki przejął Ryszard Cybulski, który kierował chórem, a właściwie pozostałą garstką zapaleńców, w latach 1980–1981. Pod jego dykcją zespół koncertował między innymi w Belgii i Szwecji. Od roku 1981 kierownictwo artystyczne Chóru PUM sprawują ja. Okres ostatnich 30 lat to liczne koncerty w kraju i poza granicami Polski, ciągle wzbogacany repertuar, nagrody, wydane

płyty oraz udział w profesjonalnych projektach muzycznych.

J.R. Jaki jest repertuar chóru?

R.H. Znajdują się w nim utwory klasyczne, sakralne, kompozycje oparte na muzyce ludowej, reprezentujące muzykę współczesną, a także te należące do najtrudniejszych, najbardziej wyrafinowanych muzycznie, jak Msza h-moll „Wielka” Jana Sebastiana Bacha, która uważana jest przez krytyków za najdoskonalsze dzieło jego muzyki religijnej. Jest to utwór nietypowy, który powstał ponad podziałami między Kościołem katolickim i protestanckim w dwuwyznaniowych Niemczech – katolicka msza napisana przez protestanckiego kantora. Monumentalna kompozycja jest próbą odwołania się do Stwórcy bez względu na przynależność do Kościoła jako wspólnoty.

Chór PUM prezentuje także kompozycje naszych rodzimych, szczecińskich kompozytorów: Marka

Jasińskiego „Psalm 150”, Janusza Stalmierskiego, łącznie z prawykonaniem jego dwóch symfonii: „Hymn do Słońca” i „Chmura”. Ten ostatni utwór, zarejestrowany na płycie, skomponowany został na otwarcie muszli koncertowej nad jeziorem Międzywie i wykonywany był z Orkiestrą Filharmonii Szczecińskiej. W repertuarze mamy również kolędy w opracowaniu własnym, śpiewane a cappella, które wykonujemy nie tylko w kościołach, ale od kilku lat także w holu Rektoratu PUM w przededniu świąt Bożego Narodzenia. Nagraliśmy także płytę z polskimi kolędami, która spotkała się z szerokim zainteresowaniem w Szwecji.

Chór PUM przede wszystkim jednak jest obecny na okolicznościowych uroczystościach swojej Alma Mater, stanowiąc ich muzyczną oprawę. A uroczystości tych jest coraz więcej, bowiem uczelnia dynamicznie się rozwija.

Jacek Rudnicki



Profesorowi Ryszardowi Handke i zespołowi Chóru Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, od 40 lat wizytówce kulturalnej naszej uczelni nie tylko w Polsce, ale i na świecie, bez której nie wyobrażamy sobie istnienia uniwersytetu, gorące podziękowania składa

Rektor, Senat i władze PUM

ROTARY CLUB SZCZECIN DLA DZIECI

Członkowie Rotary Club Szczecin Pomerania z ówczesnym prezydentem panią Zofią Gałką zorganizowali w maju 2010 r. w Binowie turniej golfa, do którego zaproszeni zostali również lekarze z Kliniki Chirurgii Dziecięcej i Onkologicznej z rodzinami. Część dochodu z turnieju przeznaczona została na zakup optyki laparoskopowej dla najmłodszych dzieci: niemowląt i dzieci w wieku przedszkolnym.

Oficjalne przekazanie sprzętu dla Kliniki Chirurgii Dziecięcej i Onkologicznej odbyło się w listopadzie 2010 r. w obecności członków zarządu i obecnego prezydenta Rotary Club Michaela Glucka, zastępcy dyrektora Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 PUM dr. Piotra Jaroszewicza oraz kierownika kliniki dr hab. Elżbiety Gawrych.

Doceniamy ogromne zaangażowanie członków Rotary Club w akcję niesienia pomocy naszej klinice, dziękujemy pięknie za otrzymany dar, którego wartość wynosi kilkanaście tysięcy zł. Dzięki otrzymanej optyce laparoskopowej możemy wykonywać operacje u najmłodszych pacjentów, zmniejszając



urazowość tkanek w czasie zabiegu, ból pooperacyjny i skracając okres hospitalizacji.

Wiemy, że zawsze możemy liczyć na pomoc rotarian. W ramach współpracy z Rotary Club lekarze i pielęgniarki z naszej kliniki uczestniczyły w szczepieniach przeciw grypie dzieci z Ośrodka Dzieci Niepełnosprawnych w Tanowie.

*dr hab. Elżbieta Gawrych
Klinika Chirurgii Dziecięcej i Onkologicznej*

NAJ... W ZACHODNIOPOMORSKIM HOSPICJUM DLA DZIECI

...Dziękuję Wam, Rodzice, że nade mną czuwaliście jak dwa anioły...

...Mamusiu droga, diamentcie złoty, nigdy Cię nie zostawię...

...Tatusiu drogi, dziękuję Ci za to, że mi swe serce otworzyłeś...

Patryk, lat 11

Chciałam, żeby słowa Patryka stały się przesłaniem tej opowieści o naszym hospicjum – Zachodniopomorskim Hospicjum dla Dzieci. Ten 11-letni chłopiec z guzem mózgu napisał je na malutkich karteczkach, które pieczołowicie ukrył w małym czerwonym pudełeczku w kształcie serduszka i schował do szufladki przy swoim łóżku zaraz po swoim ostatnim powrocie ze szpitala. W tym czasie mama zadzwoniła do hospicjum z prośbą o przyjęcie dziecka pod opiekę, jednocześnie zazna-

czając, abyśmy nie mówili dziecku, skąd jesteśmy...

Tak to często się zaczyna. W tajemnicy przed dzieckiem, aby je chronić przed straszną prawdą, rodzice tak naprawdę utrudniają sobie możliwość wspierania swojego potomka. A dziecko często już wie, czuje...

I to jest jedno z „naj” – najtrudniejsze zadanie, jakie stoi przed pracownikami hospicjum. Otwieranie relacji, szczerą i otwartą rozmowę z dzieckiem i rodzicami o nieuchronności śmierci, zwłaszcza gdy rodzic nie akceptuje choroby swojego dziecka i naszych propozycji.

Jednak tych „naj” drugiej strony jest o wiele więcej:

- najbardziej niesamowita – radość Kacpra na meczu wyjazdowym polskich mistrzyń piłki siatkowej w Pile;
- najlepsze jest to, że można zabezpieczyć dzieci-pacjentów w domu tak jak w szpitalu: we wszystkie leki, opatrunki, koncentrator tlenu, pulsoksymetr, zrobić badania, rehabilitować;
- najbardziej zapamiętane: szelmowski uśmiech Igora i upór Michała, dzieci, które odeszły;
- najbardziej motywujące do dalszej pracy są efekty w rozwoju dzieci, a najbardziej zapadające w pamięć są ich uśmiechy;
- najfajniejsze jest organizowanie mikołajek dla rodzin hospicyjnych, przygotowywanie prezentów, zabaw i konkursów dla dzieci;



Sadzenie żonkili – dzieci ze Szkoły Podstawowej nr 48

- najbardziej zaskakujący jest sposób, w jaki dziecko z poważnego tonu rozmowy na temat swojej choroby niemal błyskawicznie przeskakuje w świat swoich zabaw i marzeń, śmiejąc się i z pasją opowiadając o nim;
- „naj” jest opieka nad dziećmi i rodzinami – przyjęcie jak członka rodziny, „służbowe kapcie”, możliwość współpracy z „trudnymi” pacjentami i rodzicami;
- a przede wszystkim najpiękniejsza jest wdzięczność rodziców za to, że jesteśmy – nikt tak nie umie dziękować.

Tak odpowiedzieli niektórzy pracownicy hospicjum na moją prośbę, aby napisali, co dla nich w hospicjum jest „naj”. W marcu tego roku mija piąta rocznica rozpoczęcia działalności Fundacji Zachodniopomorskie Hospicjum dla Dzieci. Początki były bardzo skromne... własny, rozpadający się samochód, torba lekarska, zbieranie pieniędzy na pierwszy ssak, poszukiwanie siedziby i pierwsze wolontariackie wizyty.

Obecnie Fundacja dysponuje własną siedzibą w Szczecinie i filią w Koszalinie, 12 samochodami, specjalistycznym sprzętem medycznym (asystorami kaszlu, stałymi i przenośnymi koncentratorami tlenu, pulsoksymetrami, ssakami, łózkami, materacami i innym sprzętem rehabilitacyjnym), środkami opatrunkowymi i lekami, a przede wszystkim wielodyscyplinarnym zespołem 38 pracowników. Pomoc niesiona jest w formie regularnych wizyt lekarskich i pielęgniarских, wsparcia psychologicznego, rehabilitacji, działalności pracownika socjalnego oraz okresowej pomocy w postaci żywności, ubrań, zabawek, ale i wsparcia finansowego najbiedniejszych rodzin. Od początku działalności odwiedzając chorych, przejechaliśmy samochodami ponad 1 mln 250 tys. kilometrów. Pod opieką w tym czasie było 173 dzieci ze schorzeniami ograniczającymi życie, w tym 34 z chorobą nowotworową; 74 podopiecznych wypisano po uzyskaniu poprawy, natomiast 52 przegrało walkę z chorobą.

Liczy, liczby... nie oddadzą one nigdy rozmiaru emocji, chwil przepełnionych smutkiem, ale i wielu momentów radości, ogromu pracy i zaangażowania całego zespołu.



Grupa wsparcia dla rodzin

Opieka paliatywna nad nieuleczalnie chorymi dziećmi obejmuje także opiekę nad ich rodzinami, polegającą na aktywnej działalności mającej na celu wszechstronne zaspokajanie potrzeb w sferach: fizycznej, emocjonalnej, społecznej i duchowej.

Natalka

Wczoraj załamało się piętrowe łóżko dziecięce. Czworo zdrowego rodzeństwa naszej podopiecznej spędziło tę noc, śpiąc na podłodze. Dzisiaj rano podjęliśmy decyzję o zakupieniu nowego łóżka dla dzieci – zdrowe rodzeństwo też potrzebuje wsparcia, a rodzina nie jest w stanie zrobić tego własnymi

siłami. Trzypółmiesięczna dziewczynka chorująca na mukowiscydozę została przyjęta z powodu nawracających zapaleń płuc, okresowej niewydolności oddechowej, znacznego niedożywienia i opóźnienia ruchowego. Stały nadzór lekarski i pielęgniarstwa, badania laboratoryjne, w tym posiewy, intensywna rehabilitacja metodą NDT-Bobath, włączenie specjalistycznego odżywiania, cierpliwa edukacja mamy przez pielęgniarki i lekarzy, wszystko to spowodowało, że dziewczynka w ciągu kilku miesięcy przestała zapadać na ciężkie zapalenia płuc wymagające początkowo hospitalizacji; infekcje można było leczyć ambulatoryjnie. Pomógł w tym także sprzęt: koncentrator tlenu, ssak, inhalator. Leki finansowane i dostarczane przez hospicjum: antybiotyki celowane, Kreon, Ursopol, Mucosolvan, witaminy i inne specjalistyczne dodatki dietetyczne – wszystko wspomagało proces zdrowienia Natalki. Nauczenie przez rehabilitanta rodzeństwa przeprowadzania



Spełniamy marzenia Agaty – sesja fotograficzna

ćwiczeń z najmłodszą siostrzyczką w formie zabawy wzmocniło układ mięśniowy Natalki. Dziecko zaczęło się przewracać na boki, rozwinęło prawidłowe wzorce globalne. Według oceny psychoterapeuty dziewczynka dokonała znacznego postępu w rozwoju psychomotorycznym, zaczęła okazywać radość. Cieszą się wszyscy – dzieci, mama, dr Helena, pielęgniarka Mariola, rehabilitantka Madzia. Dzieci spotkały św. Mikołaja na imprezie choinkowej w grudniu, gdzie dostały wielkie paczki z zabawkami i słodyczami. Ale i do dorosłych przyjechały prezenty – żywność, słodycze i środki higieniczne dla całej rodziny – dar świąteczny od Rotary Club Szczecin, Animeksu i Drobimeksu. Siostry: 14-lletnia Kamila i 12-lletnia Ewelina niedługo wyjeżdżają na zimowisko w góry zorganizowane przez Hospicjum, gdzie pierwszy raz w życiu będą uczyły się jazdy na nartach.

* * *

Na przykładzie krótkiej historii Natalki i jej rodziny chciałam pokazać, na czym polega skupianie się na podniesieniu jakości życia dziecka i wspieraniu rodziny. Takich historii można by napisać tyle, ile dzieci było pod naszą opieką. Czasem mają one smutne zakończenie – dziecko umiera. Rozmowy przygotowujące rodziców do wspierania dziecka w tym okresie, towarzyszenie całej rodzinie: choremu dziecku, rodzeństwu, rodzicom, a często też babciom i dziadkom, ciociom, jest najtrudniejszym zadaniem dla członków zespołu hospicjum.



Spełniamy marzenia dwóch Mateuszków – wizyta u antyterrorystów

Tutaj znowu widać zespołowy charakter pracy. To dziecko i opiekunowie wybierają sobie osobę, do której mają największe zaufanie – pielęgniarkę, psychologa, księdza, czasem lekarza czy wolontariusza. Tej wybranej osobie zadają najtrudniejsze pytania – jak to będzie, gdy już... jak dziecko włożą do trumny, gdy jest takie zniekształcone... co odpowiedzieć, gdy dziecko pyta, jak to będzie w niebie... A po śmierci dziecka płaczą i opowiadają długie, smutne historie choroby i życia. Niektórzy twierdzą, że żałoba po dziecku trwa tyle lat, ile lat trwała choroba. Czasem członkowie rodziny potrafią się wspaniale wspierać, a czasem wówczas zaczyna się kryzys, który wymaga pracy psychologa, terapeuty i księdza. Członkowie zespołu są przygotowani do niesienia takiej pomocy poprzez szkolenia prowadzone przez doświadczonych psychologów. Ostatnio organizowane są superwizyjne spotkania psychologiczne dla pracowników.

Studenci Wydziału Lekarskiego i Wydziału Nauk o Zdrowiu Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego od początku istnienia hospicjum mają okazję do kontaktu z ideą opieki paliatywnej. Poprzez uczestnictwo

w zajęciach teoretycznych, ale także poprzez wizyty u pacjentów. Każdy z adeptów uczelni medycznej w pewnym momencie z całą siłą uzmysławia sobie nieuchronność śmierci i zastanawia się, co zrobić, gdy „nie ma już nic do zrobienia”. Tego się podczas tych zajęć uczy – jak walczyć z bólem, cierpieniem, jak rozmawiać z umierającym pacjentem.



Spełniamy marzenia Kacpra – koszulka drużyny siatkarek Polski

Bal karnawałowy w Alter Ego w tym roku w całości zorganizowali wolontariusze hospicjum. Były tańce, konkursy, malowanie buzi dla ponad 40 dzieci z grupy wsparcia w żałobie i zdrowego rodzeństwa. Kulminacją imprezy były oczywiście prezenty przygotowane pieczołowicie pod indywidualne potrzeby i marzenia każdego dziecka – pie-

niądze na nie wolontariusze zbierali sobie tylko znanymi sposobami ☺. To tzw. wolontariat akcyjny, taki sam, jak sadzenie jesienią żonkili, aby wiosną można było je ofiarować przechodniom, zbierając datki na potrzeby hospicjum. Teraz zbliża się gorący czas „1%”, kiedy wszyscy staramy się roznosić ulotki, rozwieszać plakaty zapraszające do wsparcia hospicjum. Ale zadaniem wolontariuszy jest też towarzyszenie chorym i zdrowym dzieciom w ich domach, gdzie poprzez zabawę, wspólne gry, pomoc w odrabianiu lekcji zamieniają nudę i samotność w pełne radosnych uśmiechów chwile.



Spełniamy marzenia – wspólne zdjęcie z gwiazdami siatkówki

Najważniejszymi celami statutowymi Fundacji Zachodniopomorskie Hospicjum dla Dzieci jest poza niesieniem pomocy naszym podopiecznym, promowanie idei opieki paliatywnej wśród lokalnej społeczności, wspieranie organizacyjne i finansowe działań na rzecz pacjentów, gromadzenie sprzętu, organizowanie szkoleń dla wolontariuszy, organizowanie koncertów, akcji promocyjnych i zbiórek na rzecz Hospicjum.

Nic na niby.

Opieka dostępna jest 24 godziny na dobę przez siedem dni w tygodniu. Dyżury pod telefonem 668 836 805 oznaczają, że w każdej chwili dyżurny lekarz i pielęgniarz gotowi są do interwencji. Były już i wyjazdy w wigilijny wieczór, i trzydniowe czuwanie razem z rodzicami przy umierającym dziecku w domu. Zapewniamy dojazd do dzieci zamieszkających na terenie całego województwa zachodniopomorskiego (Koszalin, Choszczno, Wałcz, Goleniów, Kołobrzeg, Szczecinek, Białogard, Stargard Szczeciński itd.). A zdarzały się nam już wyjazdy w okolice Mielna w województwie pomorskim, gdy koledzy z hospicjów Trójmiasta nie mogli dojechać do ciężko chorego dziecka. Wypożyczaliśmy sprzęt medyczny



dla dziecka w Gorzowie Wlkp., gdy zabrakło takiego w zaprzyjaźnionym hospicjum św. Kamila. Staramy się nieść dobro i ciepło do ciężko doświadczonych przez los rodzin. Ale to dobro powraca, jak mówi staropolskie przysłowie, poprzez dary rzeczowe, wpłaty na konto, ciepłe słowa, podziękowania. Przez lata



Spełniamy marzenia – wizyta w ZOO w Berlinie

pracy powoli nawiązujemy kontakty z coraz szerszym środowiskiem pediatrów, doświadczamy wiele życzliwości przy prośbie o konsultację czy hospitalizację naszego podopiecznego. Początkowe głosy: „Tylko nie do hospicjum, bo to umieralnia” zamieniają się coraz częściej na słowa: „Proszę zgłosić się do hospicjum, tam można dostać pomoc”. To mnie cieszy niezmiernie. Od początku moje rozumienie opieki paliatywnej jest równoznaczne z wysokospecjalistyczną opieką dostępną w domu ciężko i nieuleczalnie chorego dziecka. Dlatego poza wysoko wykwalifikowaną kadrą lekarską: pięciu lekarzy pediatrów, jednego onkologa-hematologa dziecięcego, neurologa dziecięcego, jednego specjalisty medycyny paliatywnej, jednego pulmonologa-alergologa, jednego neonatologa oraz lekarzy w trakcie specjalizacji z pediatrii i anestezjologii, do dyspozycji dzieci jest siedem pielęgniarek, trzech fizjoterapeutów, neurologopeda, pracownik socjalny, trzech psychologów oraz dwóch kapelanów. Od dwóch lat działa Filia w Koszalinie, od tego czasu też rozpoczęła działalność Poradnia Żywienia Dojelitowego. Specjalistyczne żywienie dzieci dietami przemysłowymi przez sondę lub gastrostomię dodatkowo poprawia jakość życia naszych podopiecznych. A zaczęło się od 17-letniego chłopca ważącego 17 kg i 10-latki o wadze 10 kg. Wychudzone, zaniedbane rehabilitacyjnie dzieci, pochowane wstydliwie po domach w małych wioskach i dużych miastach, zaczęły być zgłaszane do hospicjum często przez rodziców



Mikołajki dla dzieci z hospicjum

lub lekarza rodzinnego. Tak pojawiła się potrzeba wsparcia tych dzieci i ich rodzin. Pomoc dla nich to nie tylko dostarczenie diet, aparatów do żywienia, środków dezynfekcyjnych, to też edukacja rodziny w kompleksowej pielęgnacji, systematyczna rehabilitacja dziecka w domu, często zakupienie sprzętu rehabilitacyjnego – piłek, wałków, materaca... Kolejnym wyzwaniem, które czeka hospicjum, jest stworzenie zespołu dla naszych dzieci potrzebujących respiratora. Ta filozofia przeniesienia szpitala do domu, do łóżeczka dziecięcego, gdzie czuje się ono najbezpieczniej, jest zadaniem zgodnym z Europejską Kartą Praw Dziecka w Szpitalu z 1988 r., do której ratyfikowania Polska szykuje się w tym roku. Pierwszy punkt tej karty brzmi: „Dzieci powinny przebywać w szpitalu tylko wtedy, gdy leczenie, którego wymagają, nie może być prowadzone w domu, ambulatoryjnie lub na oddziale dziennym”. Tak wysokospecjalistyczna opieka nie jest tania, ale znacznie tańsza niż nakłady na pobyty w szpitalu. Środki pozyskane z kontraktu z NFZ pokrywają około 40% kosztów. Pozostałe fundusze pozyskiwane są od różnych organizacji, darczyńców indywidualnych, a przede wszystkim z odpisu podatku tzw. 1%.

Każda darowizna jest bardzo ważna, bo może pomóc kolejnym dzieciom. Zakończę słowami, które napotkać można na naszych samochodach: POMAGAMY DZIĘKI TWOJEJ POMOCY!

dr Mariola Lembas-Sznabel

1% **Zachodniopomorskie Hospicjum dla Dzieci**
Numer KRS: 0000234513

HYPEREVOLUTION

Elfoe, *homo sapiens selfefficiency evolution* (HSSE), leżał w komorze *Positron Emission Tomograph of Magnetic Restore Resonance* (PETMRR). Aparat skanował każdą komórkę jego ciała w poszukiwaniu anomalii w budowie chromosomów, telomerów, całych genów oraz wszystkich innych konstrukcji architektury komórek. Każda najmniejsza zmiana o charakterze strukturalnym bądź czynnościowym była zaznaczana i analizowana w czasoprzestrzennym i funkcjonalnym programie prognozowania zachowania się i znaczenia takiej zmiany dla funkcjonowania całego organizmu. *Multivariation Analysis Human Functioning and Developing Programme* (MAHFDP), który był czterobitowym biokomputerem, podejmował decyzje o dalszych losach jakiegokolwiek interwencji.

Biokomputer zastąpił biofizyczny komputer dwubitowy oparty na systemie zer i jedynek. Matryca krzemowa została zastąpiona matrycą biologiczną czterobitową, złożoną z tyminy, guaniny, cytozyny i adeniny. Czterobitowy biokomputer był nieporównanie szybszy i miał o wiele większe możliwości. Wkrótce Elfoe wprowadził do niego innowację w postaci piątego bitu. Piąty element miał taką właściwość, że potrafił łączyć ze wszystkimi pozostałymi czterema zasadami T, G, C, A. Miał symbol 0. I tak powstał pięciobitowy komputer 0, T, C, G, A z połączenia osiągnięć biochemii fizycznej i biologii kwasu DNA o nazwie Biological Biochemical Biophysical Computer (BBBC). Utworzony dysk zewnętrzny BBBC podłączony był interfejsem neuronowym zbudowanym z rurek nanowęglowych obrośniętych neuronami, umieszczonym albo w kapsule zewnętrznej wypełnionej płynem odżywczym i dializacyjnym lub w wątrobie w postaci implantu. Działał w czasie rzeczywistym z mózgiem. Siła analityczna i obliczeniowa Elfoe wzrosła w sposób gigantyczny ilościowo, a pośrednio również jakościowo, szczególnie gdy na etapie dużego zaawansowania tej biotechnologii część neuronów podjęła analizy abstrakcyjne w porozumieniu z podobnymi komórkami w mózgu pierwotnym, a stało się to po naturalnej migracji komórek glejowych do rejonów sztucznego mózgu. Wraz z piątym elementem dało to efekt, który pozwolił na wykorzystanie antymaterii do chwilowej anihilacji czasoprzestrzeni. Ta chwila potrzebna była

właśnie na pokonanie odległości, które nie mogły być przemierzone z napędem jonowym i wiatrem kosmicznym.

Jeżeli była ona przydatna w procesie hyperewolucji sterowanej, pozostawała zachowana i można było dokonać jej amplifikacji w celu przyspieszenia pożądanых zmian w budowie i funkcji organizmu. Jeżeli była to zmiana szkodliwa lub niepożądana, proces taki był natychmiast hamowany, a zmiana przekształcana strukturalnie do pożądaney. Odbывало się to za pomocą technik molekularnych z użyciem zarówno rezonansu magnetycznego, emisji pozytronów, jak i nanorobotów i mikroantymaterii punktowej, tak aby organizm nie musiał uprzątać pozostałości po reperacjach, a nadto wszystko co musiało być wyeliminowane, było przemieniane w to, co jest akurat przydatne. Cały proces odbywał się systematycznie każdego dnia w każdym cyklu regeneracyjnym, który był wspomnieniem snu nocnego z epoki *homo sapiens sapiens* miliony lat temu.

Była to epoka targana sprzecznościami. Mężczyźni potrafili być jednocześnie altruistami i bezwzględni egzekutorami. Jednego dnia obdarowywali głodnych pożywienia, rzeczy i wiedzy gigantycznymi sumami pieniędzy, a w chwilę po tym potrafili z pełną i konsekwentną bezwzględnością zniszczyć na giełdzie światowej swoją konkurencję, zrzucając ją na dno poniżenia w stosunku do tego, co dotychczas posiadali i kim byli. Zwykle po jakimś czasie sytuacja się powtarzała, z tą różnicą, że dominującą stroną byli upokorzeni. Podobnie przywódcy dominujących i aktualnie niedominujących społeczności tego samego dnia wspierali tę część swojego społeczeństwa, która była w potrzebie, a w chwilę potem wydawali wyroki śmierci na tych, którzy im zagrażali. Wyroki te były wykonywane przez skrytobójców wyrafinowanymi albo i czytelnymi technikami. Te drugie były o tyle lepsze, że wszyscy wiedzieli, kto za tym stoi, bali się i musieli zaakceptować tę pełnię władzy i to, że nie można tego zmienić. Nikt jednak nie mówił o tym oficjalnie, a jeśli mówił, to tylko podnosił autorytet nieetykalności i pełni takiej władzy. Strach był osiowym zjawiskiem tamtych społeczeństw. Strach przed wszystkim, co otaczało *homo sapiens sapiens*, rów-

niez przed zwykłymi ludźmi i samym sobą; ale to było trochę później.

Okrucieństwo jednostek potęgowane do potęgi powszechnej spowodowało niemal upadek tamtych cywilizacji. Korekty globalne przynosiły tylko częściowy efekt. Konieczne stały się zmiany pojedynczych ludzi i to od chromosomów począwszy. Rozwój technik biogenetycznych w powiązaniu z nanotechnologią oraz gigantyczną mocą obliczeniową bio-komputerów zapoczątkowały nowe generacje ludzi, nowe generacje bioników zdolnych do społecznych zachowań, zdolnych egzystować bez przymusu przywództwa. Realizowali cele bez potrzeby panowania nad innymi, ponieważ panowali nad sobą. To otworzyło drogę potomkom ludzi do innego świata.

Jacek Rudnicki

Opowiadania Jacka Rudnickiego, prof. PUM, kierownika Kliniki Patologii Noworodka, niektóre opublikowane wcześniej w naszym cyklu „Opowieści lekarskie”, ukazały się w jego książce zatytułowanej „Wszystko co małe jest piękne”. Autor mówi o niej: „Wszystko co małe jest piękne» to parafraza powiedzenia brytyjskiego »wszystko co wielkie jest piękne«. Małe jest piękniejsze, bo bliższe sercu. Oczywiście, trudno odmówić piękna i wartości rzeczom wielkim,



jak Wielki Zderzacz Hadronów. Książka nie wytrzymała zderzenia z rzeczywistością, bowiem pomimo swojej otwartości jest także przemilczeniem. Jest opisem zdarzeń rzeczywistych. Kończy się urwanym zdaniem, przecinkiem, bowiem ciąg dalszy nastąpi. Opowiada o tym, co było, kolejna o tym, co będzie. Jej przedsmak to opowiadanie »Hyperevolution«.

Życzę miłego czytania w nadziei, że każdemu z Państwa da coś dobrego.”



SPOJRZENIE – NOWA WYSTAWA W GALERII REKTORSKIEJ

Tym razem wyjątkowo w sobotę, 15 stycznia uroczyste otwarto nową wystawę w Galerii Rektorskiej przy ul. Rybackiej. Swoje prace zaprezentował dr Zygmunt Niedźwiedź, fotograf amator, jak sam mówi, „od zawsze”. Wystawa obejmuje kilkanaście fotografii zamkniętych w cyklu „Spojrzenie”.

Doktor Zygmunt Niedźwiedź zapytany o swoją pozazawodową pasję odpowiada:

– Fotografuję to, co mnie zacieka, czasem krajobraz, czasem postać – makro lub mikro. Patrząc na otaczającą mnie rzeczywistość kadrem fotograficznym. „Spojrzenie” jest odzwierciedleniem mojego widzenia świata. Jeśli moje zdjęcia się podobają, jeśli inni też tak patrzą na rzeczywistość, jestem bardzo szczęśliwy, odczuwam prawdziwą satysfakcję artystyczną. Każde ze zdjęć jest fragmentem, moim zapatrzeniem i wspomnieniem. Jestem osobą robiącą raczej mało zdjęć. Jeśli znajdę pomysł, wtedy

dopiero robię zdjęcie, nie pstrykam niepotrzebnie. Najbardziej chciałbym pokazać „swoje oczy”, co ja widzę. Stąd tytuł wystawy „Spojrzenie”...

Doktor n. med. Zygmunt Niedźwiedź jest chirurgiem, pracuje w Klinice Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Ręki PUM. Absolwent Pomorskiej Akademii Medycznej z 1984 r. Członek Zachodniopomorskiego Związku Artystów Fotografików Przyrody. Swoje fotografie prezentował na wielu wystawach krajowych i zagranicznych, m.in. w Niemczech i Czechach. Wielokrotnie nagradzany i wyróżniany, w tym na Ogólnopolskim Konkursie Fotograficznym „Okiem Eskulapa”.

Wystawę „Spojrzenia” można oglądać codziennie w budynku Rektoratu PUM przy ul. Rybackiej.

Kinga Brandys



DR N. MED. ANDRZEJ NIECZAJEW

1915–2009

Był pionierem szczecińskiej służby zdrowia. Od 1946 r. swoje życie związał ze Szczecinem. Pracował kolejno w Zakładzie Anatomii Patologicznej, Klinice Chorób Wewnętrznych i Klinice Hematologii PAM, na etacie adiunkta.

Był wspaniałym nauczycielem akademickim, powszechnie znanym i cenionym. Swoją wiedzą i doświadczeniem służył studentom i pacjentom Jako balneolog był też lekarzem – konsultantem uzdrowisk w Połczynie-Zdroju i Kamieniu Pomorskim. Zdobyl trzy specjalizacje drugiego stopnia: internisty, reumatologa, anatomopatologa. By utrzymać liczną, ośmioosobową rodzinę, brał więcej nocnych dyżurów i dodatkową pracę w przychodniach, m.in. w Przychodni Kolejowej, przychodni przy ul. Bankowej. Przez pewien czas był też lekarzem orzecznikiem w ZUS.

Jako nauczyciel akademicki w Pomorskiej Akademii Medycznej był zaangażowanym opiekunem Studenckiego Koła Naukowego. W Klubie PAM „Pod Wieżą” prowadził dla lekarzy i studentów „Wieczory przy świecach i muzyce”, puszczając z płyt pieśni Aleksandra Wertyńskiego i opowiadając obrazowo o czasach sprzed 1917 r., o bardach, pieśniarzach i poetach, o burzliwych miłościach i płomiennych romansach.

Położył duże zasługi dla rozwoju reumatologii w Szczecinie, dla powstania Kliniki Reumatologii PAM i Wojewódzkiego Oddziału Reumatologii. Działal aktywnie w Polskim Towarzystwie Reumatologicznym, prowadził prace naukowo-badawcze, wygłaszał wykłady na sympozjach w różnych miastach, publikował artykuły w „Przeglądzie Reumatologicznym”. Był twórcą szczecińskiej szkoły reumatologii, współorganizatorem i przewodniczącym Oddziału Szczecińsko-Koszalińskiego Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego. Był w pierwszej piątce lekarzy, którzy w polskim Szczecinie uzyskali stopień doktora medycyny (16 marca 1950 r.).

Działal w Polskim Towarzystwie Turystyczno-Krajoznawczym od samego początku (1950); wcześniej w Polskim Towarzystwie Tatrzańskim. Prawie co roku jeździł w umiłowane Tatry na dale-



kie wędrówki po pustych jeszcze szlakach. Z czasem zapisał do PTTK rodzinę: małżonkę i pięcioro dzieci, z którymi odbywał rodzinne wędrówki z plecakami i namiotami po tatrzańskich i beskidzkich szlakach.

Przez wiele lat był przewodnikiem po Szczecinie. Barwnie i ze znanstwem opowiadał o dziejach, zabytkach i ciekawych miejscach Szczecina na tle historii Europy, co bardzo podoobało się uczestnikom wycieczek, ale komunistycznym władzom już niekoniecznie.

Był wspaniałym humanistą – kochał poezję, przyrodę i góry. Należał do nielicznej, powyszczerbianej przez dwa

totalitarne reżimy szczecińskiej inteligencji. Jako znawca i miłośnik kultury antycznej, a szczególnie starożytnej Grecji, działał aktywnie w Towarzystwie Polsko-Greckim. W trakcie wyjazdów trekkingowych do Grecji opowiadał zajmująco i ze swadą o zabytkach, wojnach i władcach antycznego świata. Biegłą znajomość greki i łaciny wyniósł ze słynnego Klasycznego Gimnazjum w Brodnicy nad Drwęcą. Znał też kilka języków nowożytnych, m.in. francuski, niemiecki, rosyjski. Czytał książki i literaturę fachową w różnych językach.

Każdego roku w czerwcu uczestniczył obowiązkowo w spotkaniach koleżeńskich przedwojennych absolwentów brodnickiego Gimnazjum. W 2009 r., mimo ukończonych 94 lat, wygłosił z pamięci odczyt (kartki z napisanym odczytem zostały w domu), po którym uczestnicy spotkania odwiedzili nowo otwartą Izbę Pamięci i Tradycji tej 136-letniej szkoły. W trakcie wspomnieniowego spotkania dr Andrzej Nieczajew przekazał do ekspozycji na wystawach stare zdjęcia i pamiątkowe dokumenty. Jednym z organizatorów tych spotkań absolwentów jest olimpijczyk z Helsinek z 1952 r. – Dominik Sucheński.

Był miłośnikiem muzyki poważnej. Wraz z małżonką Niną regularnie uczęszczali na piątkowe koncerty w filharmonii. Przez wszystkie lata uczestniczył w życiu kulturalnym miasta: spektaklach teatralnych, przedstawieniach Operetki na Potulickiej, Opery na Zamku, Klubu 13 Muz, występach chórów,

zespołów pieśni i tańca różnych kultur, wystawach, koncertach muzyki kameralnej na Zamku. W ciągu kilkudziesięciu lat kupował książki: w księgarniach, antykwariatach, na kiermaszach, głównie literaturę piękną – tomiki poezji, powieści biograficzne, ale i pozycje z historii sztuki, historii medycyny, dziejów wielkich rodów europejskich, filozofii, o starożytnych cywilizacjach. Wieczorami czytał je zasluchanej rodzinie.

Nie należał do PZPR, nie znosił prostackiej i namolnej ideologii. Był człowiekiem głęboko wierzącym.

Pozostał wierny systemowi wartości, jakim kierował się w życiu – poglądom i przynależności do kultury wysokiej, pomijano go więc przy awansach i obsadach stanowisk.

*Wspomnienia o Ojcu spisał syn
Aleksander Nieczajew*

PROF. DR HAB. TADEUSZ MIKULSKI 1927–2010

Chodził tanecznym krokiem, zawsze w kapeluszu, skromny, trochę nieśmiały, małomówny, dżentelmen w każdym calu, mądry, kompetentny. Właściwie nie chorował i był taki „osobny”. I niezmienny mimo 83 lat. I nagle już go nie było. Pojechał do córki lekarki mieszkającej w Gorzowie, ugotował jej jeszcze obiad, a gdy wróciła do domu z pracy, już nie żył. W dniu 3 grudnia odszedł do wieczności, zostawiając pogrążonych w żalu, poza córką, syna kardiologa, dwie wnuczki, jedną kończącą medycynę, drugą prawo, oraz wybitnie zdolnego wnuka studiującego informatykę. Przeszedł długą i pracowitą drogę życia.



Urodził się w małej wsi Oliszki pod Białymstokiem. Po uzyskaniu matury na tajnych kompletach w czasie okupacji, odbył studia na Uniwersytecie Warszawskim i uzyskał dyplom magistra filozofii w roku 1952. W tym też roku rozpoczął pracę w charakterze asystenta w Zakładzie Fizyki PAM w Szczecinie, w którym już jako adiunkt pracował do roku 1967. Równolegle ukończył w 1957 r. studia lekarskie w PAM, a po trzyletnim stażu w klinice okulistycznej uzyskał specjalizację w tym zakresie w roku 1961. W tym samym roku otrzymał też stopień naukowy doktora medycyny na podstawie rozprawy pt. „Działanie ultradźwięków na przewodnictwo bodźców we włóknie nerwowym”.

W roku 1968 przeszedł na stanowisko adiunkta do Zakładu Higieny. Specjalizację w dziedzinie higieny ogólnej zdobył w roku 1978. W tym też roku uzyskał habilitację na podstawie rozprawy „Wpływ kadmu i manganu na wskaźniki biochemiczne

krwi i układ kostny u zwierząt doświadczalnych”. Od roku 1979 do 1999 pełnił funkcję kierownika Zakładu Higieny. Poza zajęciami dydaktycznymi prowadził szereg badań w zakresie medycyny pracy, higieny środowiska, statystyki medycznej, higieny żywienia. Wyniki publikował w czasopismach krajowych i zagranicznych. Był promotorem siedmiu prac doktorskich. W 1997 r. otrzymał tytuł naukowy profesora. Równolegle od roku 1960 do 1999 dojeżdżał raz w tygodniu do Kamienia Pomorskiego, gdzie przyjmował pacjentów w Poradni Okulistycznej, a w latach 1974–1979 pełnił także funkcję okulisty w poradni

ZOZ Pulmonologii. Udzielał się również społecznie, piastując funkcję prezesa w Polskim Towarzystwie Higienicznym w ciągu trzech kadencji.

Odnaczonego został Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi, odznaką Gryfa Pomorskiego.

Aż trudno uwierzyć, że przy tak dużym obciążeniu pracą zawodową jednocześnie prowadził samotnie dom, ze wszystkimi związanymi z tą funkcją obciążeniami, dla dwojga dzieci początkowo uczęszczających jeszcze do szkoły podstawowej, opiekując się nimi, zaspakajając ich wszystkie potrzeby, także wychowawcze, aż do ukończenia przez nich studiów. Nie znam drugiego człowieka o tak niezwykle umiejętności pogodzenia roli uczonego z funkcją wzorowej „gospodyni domowej” i wychowawcy, którego dzieci darzą głęboką miłością i wdzięcznością.

Cześć jego pamięci!

prof. Halina Pilawska

OTRZĘSINY STUDENTÓW I ROKU

4 listopada 2010 r. Parlament Studentów PUM, podtrzymując wieloletnią tradycję, zorganizował otrzęsiny dla studentów pierwszego roku uczących się na wszystkich czterech wydziałach naszej uczelni. Była to jedna z największych imprez studenckich w tym roku akademickim, na którą licznie przybyli studenci oraz przedstawiciele władz uczelni. Hasłem przewodnim tegorocznych otrzęsin było „PUMa też kot”. Tegoroczny „narybek” uczelniany został zaproszony na godz. 20 do szczecińskiego klubu Heya. Przez dwie godziny „pierwszaki” bawili się wyłącznie w swoim gronie i musieli zmagać się z medycznym torem przeszkód. Każda stacja była starannie przygotowana i przemyślana przez starszych kolegów, dzięki czemu młodszy nie mogli narzekać na brak wrażeń i atrakcji. Trzeba przyznać, że były to dwie godziny przedniej zabawy zarówno dla samych zainteresowanych, jak i dla osób odpowiedzialnych za „kocenie”. Uśmiech nie zniknął z twarzy żadnej ze stron.

Po wejściu do lokalu każdy pierwszorzecznik został oznaczony pieczęcią, która była jego przepustką do dalszej zabawy, a dla organizatorów niepisana zgodą na chrzest. Pierwsza stacja polegała na symbolicznym zmożeniu głowy, by podczas tego wieczoru wybić z niej jakąkolwiek naukę. Osoby, które przyszły z książkami bądź notatkami, właśnie tutaj mogły je zostawić i przechować do białego rana. Następnym punktem otrzęsin był tor przeszkód (przechodzenie przez tunel zbudowany z materaców z różnymi konkurencjami i zadaniami towarzyszącymi). Po tym wysiłku przechodzono do punktu odżywczego, gdzie można było trochę odetchnąć i odpocząć, posilając się sokiem jabłkowym pitem z kubeczków na mocz i jedząc energetyczne ciasteczka o specyficznym wyglądzie. Najedzony i wypoczęty student, gdy tylko ominął pacholki, skacząc na gumowej piłce, zaraz trafiał do przyszłych stomatolożek, które w znany tylko sobie sposób zadbały o odpowiedni przegląd i wygląd jamy ustnej. Po tej wizycie konieczne było mycie zębów, nierzadko kilkakrotne, ale w końcu higiena to najlepsza profilaktyka. Po jamie ustnej przyszedł czas na zadbanie o makijaż, a następnie osadzenie w dybach i pamiątkowe zdjęcie. Gdy niektórzy wołali już „Dość”, nie wiedzieli, że w ich aktualnym stanie

może ich postawić na nogi tylko OIOM, czyli specjalnie przygotowany w warunkach polowych, iście diabelski Oddział Intensywnej Opieki Medycznej. Przebrane za diablące panie wskrzesicielki używały wszelkich możliwych metod, by student mógł się nadal bawić i by jego siły ponownie wróciły. Nasze młode PUMy wpadały w skrajne emocje od strachu po rozpacz. Defibrylatory, krew na ścianach, niezmordowane położne i pielęgniarki, mikstury o recepturach nieznanych do dziś były widokiem niezapomnianym i mrozącym krew w żyłach wszystkim obecnym. Gdy już chirurdzy wycięli, co musieli wyciąć, a pielęgniarki podały ostatnie znieczulenie, pierwszorzecznicy w pełni sił udawali się na kolana sobowtóra JM rektora. Odpowiedź na fachowo zadane pytanie z dziedziny anatomii, chemii, biofizyki była przepustką do otrzymania pamiątkowej koszulki oraz oficjalnym zaproszeniem do grona studentów.

Około godz. 22 do Heya Club dołączyła reszta studentów, którą dowiozły specjalnie wynajęte na tę okazję autobusy. W klubie bawiło się ponad 1000 osób. Organizatorzy nie pozwalali się nudzić. W ciągu nocy pojawiały się różne konkursy i zabawy. Jedną z najzabawniejszych konkurencji był taniec par, podczas którego panowie musieli stać nieruchomo i udawać „rurę sceniczną”, a panie wykazać się jak najlepszymi zdolnościami tanecznymi. Najlepsza para została wyłoniona poprzez okrzyki publiczności, a nagrodą były bilety do kina. Właściciele klubu zadbali o to, aby oprawa muzyczna i sposób prowadzenia imprezy był na najwyższym poziomie, co sprawiło, że tej jedynej nocy w roku akademickim studenci mogli się zatracić w zabawie i szaleć do białego rana. Za obecność na otrzęsinach każdy z nich ponadto mógł być pewien, że następnego dnia nie zostanie zapytany na anatomii, histologii czy pielęgniarstwie. Niektórym dodało to animuszu i jeszcze bardziej zachęciło do wspólnej zabawy. Myślę, że dla każdego z nas ta pierwsza impreza otwierająca drogę na uczelni była niezapomniana i wspominać ją będziemy za każdym razem z uśmiechem na ustach. Podobnie i tym razem.

Następnego dnia wszyscy wrócili jednak do ław, seminariów, wykładów, kolokwii i nauki, które to przez kolejnych pięć-sześć lat będą nam nieod-

łącznie towarzyszyć, często spędzając sen z powiek. A otrzęsiny? Otrzęsiny zawsze będą nam się kojarzyć z dobrą zabawą i przyjęciem do grona studentów.

Za rok kolejni „nowi”, ciekawe pomysły, inni ludzie, innowacyjny wystrój, dodatkowe przeszkody

na torze, ale jedno pozostanie bez zmian – wspólna zabawa w gronie nowych kolegów z medycyny.

*Michał Jabłoński
Sławomir Szymański*

XLV KONFERENCJA KWSM PSRP W SZCZECINIE

Po kilku latach obrady Komisji Wyższego Szkolnictwa Medycznego przy Parlamencie Studentów Rzeczypospolitej Polskiej (KWSM PSRP) ponownie zawitały do Szczecina. Organizatorem przedsięwzięcia był Parlament Studentów Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego. Konferencja odbyła się w okresie przedświątecznym (17–19 grudnia 2010 r.), mimo to organizatorom udało się zdobyć bardzo duże zainteresowanie (od trzech do pięciu delegatów z każdej z uczelni medycznej) jak i, co równie ważne, zgromadzić w jednym miejscu przedstawicieli wszystkich uczelni medycznych. To niewątpliwie dodało rangi posiedzeniu i sprawiło, że reprezentanci każdej z uczelni mogli się wypowiedzieć na nurtujące komisję tematy.

Piątek upłynął na kwaterowaniu gości i zapoznawaniu się z napiętym planem konferencji. Wieczorem organizatorzy zaprosili przybyłych studentów w ramach integracji do Coyote Club na „Globtrottera”, cykliczną imprezę powstałą z inicjatywy PamArt, która tym razem odbyła się w świątecznym klimacie Ameryki. Przedstawiciele KWSM mieli okazję poznać obyczaje studentów naszej uczelni oraz uczestniczyć we wspólnej zabawie.



Na sobotę zaplanowano wiele atrakcji. Dzień rozpoczęła pobudka ze śniadaniem, po czym wszyscy uczestnicy udali się na zwiedzanie podziemnego Szczecina (schrony przy Dworcu Głównym PKP). Po zapoznaniu się z architekturą poniemieckich schronów przystąpiono do obrad.

Otworzył je Karol Badeja, główny organizator posiedzenia i jednocześnie aktualny przewodniczący Parlamentu Studentów PUM, który powitał zaproszonych gości i delegatów, a następnie brał czynny udział w pracach komisji. Dalsze obrady poprowadził Sebastian Sirek, aktualny przewodniczący KWSM, który przedstawił harmonogram obrad, a następnie oddał głos dr Tyszler-Ruchale, która przedstawiła stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Naczelna Rada Lekarska jednoznacznie opowiada się za pozostawieniem stażu podyplomowego, który jest podstawą przygotowania absolwentów do wykonywania zawodu i do pracy z pacjentami. Ponadto proponuje zachowanie Lekarskiego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego, które stanowią dobrą formę oceny wiedzy i umiejętności przyszłych medyków. Postulowano także nieskracanie czasu studiów o jeden rok, co mogłoby wpłynąć na niekorzystne zjawisko zbyt obszernego programu studiów w danym roku akademickim, podważenia zgodności kształcenia przeddyplomowego z przepisami unijnymi, a przede wszystkim pogorszenia się jakości kształcenia. Naczelna Rada Lekarska poparła natomiast pomysł modułowego kształcenia specjalistów, które miałyby polegać na kształceniu dwustopniowym: pierwszy stopień dla dziedzin podobnych, pokrewnych i drugi stopień – wąski, tylko dla wybranej specjalizacji. Sprzeciw budził jednakże fakt, że we wszystkich proponowanych zmianach nie podano źródeł ich

finansowania. Wspomniany projekt ustawy był szeroko dyskutowany, a pytaniom nie było końca. W dyskusji na temat zmian swoje zdanie przedstawił także drugi z zaproszonych gości, dr Sławomir Szymański, dawny działacz studencki, aktualnie lekarz rezydent. W ten sposób dyskusja wydała się kompletna, gdyż wypowiedziały się osoby, które są przed decyzją o specjalizacji, w jej trakcie oraz te, które upragnioną specjalizację już uzyskały. Obawy budziły także inne aspekty wprowadzanych zmian: co zamiast LEP-u i LDEP-u? Czy oszczędność środków finansowych do jedyny motor zmian w służbie zdrowia? Dlaczego nie jest nim dobro pacjenta czy jakość kształcenia? Czy praktyki zawodowe są w stanie zastąpić staż podyplomowy? Czy student na praktykach zawodowych będzie mógł badać pacjenta, zlecać badania, wykonywać procedury w takim samym zakresie jak wcześniej lekarz stażysta z ograniczonym prawem wykonywania zawodu? Wątpliwości było bardzo dużo, niektóre próbowano rozwiązać, lecz większość wciąż pozostawała. Emo-



cje chłodził jednak fakt, że zmiany miałyby wejść w życie dopiero od 2017 r. Temat skupił uwagę studentów aż do pory obiadowej.

Po przerwie obiadowej przystąpiono do dalszej debaty, w której uczestniczyli kolejni zaproszeni goście: prof. Barbara Wiszniewska, prorektor ds. dydaktyki, prof. Maria Jastrzębska, prodziekan ds. studentów Wydziału Lekarsko-Biotechnologicznego i Medycyny Laboratoryjnej

oraz dr hab. Barbara Dołęgowska, doświadczony naukowiec i nauczyciel akademicki kształcący studentów na kierunku analityka medyczna. Poruszono temat standardów kształcenia na kierunku analityka medyczna, zrelacjonowano spotkanie z prof. Mileną Dąbrowską z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku oraz przyjęto oficjalne stanowisko KWSM PSRP w wyżej wymienionej sprawie. Kolejnym punktem spotkania były regulaminy studiów, w której to sprawie swoimi refleksjami podzieliła się prof. Barbara Wiszniewska. Poruszono także pozostałe tematy: współpracy KWSM PSRP z medycznymi czasopismami studenckimi, organizacji wspólnych wyjazdów letnich, w tym obozu dla studentów roku zerowego uczelni medycznych, konkursu KWSM PSRP na najlepszy projekt samorządowy, wyboru przedstawiciela KWSM PSRP do prac w Komisji Akredytacyjnej Akademickich Uczelni Medycznych.

Po obradach wszyscy wybrali się na Lodogryf, gdzie każdy z delegatów mógł zaprezentować swoją zwinność i grację na łyżwach, a co niektórzy pokusili się nawet o piruety. Zmarznięci lecz uśmiechnięci trafili do Santorini na ciepłą kolację, a później do klubu PLR, by integrować się w klimacie lat 70. Następnego dnia po śniadaniu każdy ruszył w swoją stronę, by za miesiąc spotkać się ponownie w Warszawie, bo ważnych tematów w zakresie medycyny nigdy nie brakuje. Konferencja KWSM w Szczecinie okazała się dużym sukcesem frekwencyjnym (który zaskoczył samych organizatorów), logistycznym (zebrano w jednym miejscu przedstawicieli wszystkich 11 uczelni medycznych), lecz przede wszystkim merytorycznym (przegłosowano kilka stanowisk, wybrano nowych przedstawicieli, przedyskutowano najważniejsze problemy). Tak działająca Komisja Wyższego Szkolnictwa Medycznego będzie zawsze ciałem doradczym i partnerem do rozmów dla Ministerstwa Zdrowia, Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego czy Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, a Szczecin znakomitą organizacją i frekwencją tylko randze KWSM się przysłużył.

*Karol Badeja
Sławomir Szymański*



XXV MEMORIAŁ WALDEMARA KRASONIA W KOSZYKÓWCE KOBIET I MĘŻCZYZN

W dniach 4 i 5 grudnia 2010 r. już po raz 25. rozegrano Memoriał Waldemara Krasonia w Koszykówce Kobiet i Mężczyzn. Wśród kobiet do rywalizacji przystąpiły: Uniwersytet Szczeciński, Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny, Pomorski Uniwersytet Medyczny oraz Akademia Morska. Mężczyźni z PUM rywalizowali z kolegami z Zachodniopomorskiego Uniwersytetu Technologicznego i Akademii Morskiej. Pierwsze mecze przyniosły zaskakujące wyniki: ZUT zdeklasował rywali z AM w kategorii zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Następnie przyszedł czas na udział naszych zespołów. Nasze reprezentantki toczyły zacięty bój z US, ostatecznie przegrywając w samej końcówce pięcioma punktami, po czym PUM (kobiety i mężczyźni) spotkał się z Akademią Morską, dwukrotnie ją pokonując. W przerwie między kolejnymi meczami oficjalnego otwarcia turnieju dokonał mgr Stanisław Gorwa, kierownik Studium Wychowania Fizycznego i Sportu PUM, który w imieniu organizatorów powitał zaproszonych gości, natomiast harmonogram rozgrywek i ogólne zasady przedstawił mgr Marek Lesiakowski, główny organizator i koordynator zmagani. Na koniec pierwszego dnia turnieju kobiety z US pokonały ZUT.

W niedzielę rano rozstrzygnęły się ostatecznie miejsca na podium. Uniwersytet Szczeciński wygrał z Akademią Morską, natomiast w kolejnym podwójnym meczu nasze drużyny dwukrotnie musiały uznać wyższość Zachodniopomorskiego Uniwersytetu Technologicznego.

Turniej zakończył się wręczeniem nagród i wyróżnień, w którym brała udział licznie przybyła rodzina naszego patrona Waldemara Krasonia. W klasyfikacji kobiet bezkonkurencyjny był Uniwersytet Szczeciński, przed ZUT-em i PUM-em. Czwarta była Akademia Morska. Mężczyźni musieli zadowolić się drugim miejscem, ustępując ZUT-owi, a pokonując AM. Najlepszą snajperką została Katarzyna Scherfenberg (US), zdobywczyni 74 punktów, a najlepszym strzelcem – Michał Dudzik (ZUT – 48 pkt). MVP turnieju kobiet zdobyła Paulina Kuchta z II roku fizjoterapii PUM, a w gronie mężczyzn Filip Górski z VI roku English Programme WL PUM.

Sławomir Szymański



XIX FINAŁ WIELKIEJ ORKIESTRY ŚWIĄTECZNEJ POMOCY

Dnia 9 stycznia 2011 r. odbył się XIX już Finał Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy. Tym razem graliśmy wraz z fundacją Jurka Owsiaka na rzecz dzieci z chorobami urologicznymi i nefrologicznymi. Sztab zorganizowany przez Parlament Studentów Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie działał w Centrum Handlowo-Rozrywkowym „Galaxy”. Naszymi wolontariuszami byli studenci ze wszystkich wydziałów uczelni, dzięki czemu mogliśmy zorganizować stoiska z dużym wachlarzem badań, które cieszyły się ogromnym zainteresowaniem wśród zwiedzających galerię. Większość badań wykonywaliśmy na pierwszym piętrze, które zarezerwowane było tylko i wyłącznie dla nas. Każdy chętny mógł podejść, zmierzyć sobie ciśnienie tętnicze krwi, poznać poziom glukozy czy uzyskać porady na temat diety, jaką powinien przyjąć na podstawie pomiaru BMI.

Bardzo dużym zainteresowaniem cieszyły się badania na obecność *Helicobacter pylori*, bakterii odpowiedzialnej za powstawanie choroby wrzodowej oraz jej następstw. Ciekawym stoiskiem, szczególnie dla kobiet, był pomiar jakości skóry. Panie chętne do tego badania mogły sprawdzić jej wilgotność czy poziom melaniny. Na podstawie tych badań studentki II roku kosmetologii mogły pomóc ochotniczkom w dobraniu np. kremu do skóry bądź filtru, jakiego powinny używać latem na plaży. Na parterze, tuż obok sceny głównej, nasi dzielnicy stomatolodzy przeprowadzali przeglądy jamy ustnej oraz propagowali profilaktykę przeciwpóchnicową wśród najmłodszych i instruowali, jak prawidłowo szczotkować zęby.

Na każdym piętrze obecni byli ratownicy, którzy na fantomach uczyli udzielania pierwszej pomocy zarówno osobie dorosłej, która straciła przytomność

i nie oddychała, jak i dziecku czy niemowlęciu. Taki instruktaż wykonano także na scenie głównej. Po zaprezentowaniu całej procedury reanimacji i zachowania się na miejscu wypadku, ratownicy krok po kroku omówili wszystko tak, aby każdy z obecnych wiedział, co ma zrobić w razie wypadku. Duży nacisk kładli na zapamiętanie numerów, pod które można dzwonić, aby jak najszybciej otrzymać pomoc. Akcja ratownicza na scenie udała się w 100

procentach, poszkodowany został uratowany. Należy wspomnieć, że pierwszą osobą, którą „zobaczyła” nasz fantom, była Mandaryna, znana polska piosenkarka, która chętna do zdobycia doświadczenia włączyła się do pokazu.

Głównym punktem założonego przez nas planu działania podczas tegorocznego finału był pokaz ratownictwa medycznego zorganizowany przez studentów oraz Wojewódzką Stację Pogotowia Ratunkowego. Upozorowany przez nas wypadek miał miejsce na chodniku przed centrum.

Pijany kierowca wjechał w przystanek autobusowy i potrzebna była szybka pomoc. Obserwujący zdarzenie szybko poinformował służby ratunkowe, które niezwłocznie pojawiły się na miejscu wypadku wraz z naszymi studentami. Musieli oni udzielić pomocy trójce poszkodowanych oraz kierowcy w samochodzie. Po zabezpieczeniu wszystkich, którzy ucierpieli, dwie karetki pogotowia zabrały poszkodowanych, odjeżdżając do szpitala przy aplauzie widowni.

Żadna z atrakcji nie była za darmo, chętni już za symbolicznego grosika mogli przyłączyć się do wspólnej zabawy i ogólnopolskiej kwesty. Wszyscy prowadziliśmy tę akcję z myślą o najbardziej potrzebujących i cieszyliśmy się z każdej kwoty, jaką otrzymaliśmy. W efekcie udało się nam



zebrać 9 tys. zł i mamy nadzieję, że w ten sposób pomogliśmy wszystkim, którzy na nas liczyli. Mimo że ten finał już się skończył, myślimy, co zrobić, aby w przyszłym roku było jeszcze lepiej. Miejmy nadzieję, że zainteresowanie będzie jeszcze większe, a my – Sztab Parlamentu Studentów PUM – obiecujemy, że znów zagramy.

Jako szef sztabu chciałbym podziękować wszystkim, którzy wspierali nas w organizacji finału, udostępniając sprzęt, bez którego nie moglibyśmy

przeprowadzać tych wszystkich badań. Największe podziękowania należą się jednak wszystkim wolontariuszom, którzy zgłosili się do pomocy, ponieważ bez nich niczego sami byśmy nie zrobili. Oby z roku na rok było nas jeszcze więcej.

Michał Jabłoński





