

DIAGNOSTA

laboratoryjny

Rok XXIII nr 2 (78) Czerwiec 2025

BEZPŁATNA GAZETA KRAJOWEJ IZBY DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH

ISSN 2084-1663



27 MAJA
DZIEŃ DIAGNOSTY
LABORATORYJNEGO



DZIAŁ SPRAW
WIERZYTELSKICH –
AKTUALNY STAN



HONOROWY PREZES KIDL
DR HENRYK OWCZAREK
ZAKŁADKA HISTORYCZNA
ODC. III I IV



MEDIACJA –
TO PROCES LUDZKI,
NIE SĄDOWY



Szanowni Diagnostycy Laboratoryjni,

z radością informuję, że 12 maja 2025 r. dr n. med. i n. o zdr. Katarzyna Ziółkowska została powołana na stanowisko Wiceprezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych. Pani Doktor to wybitna specjalistka, od lat zaangażowana w rozwój naszej profesji – zarówno na gruncie naukowym, dydaktycznym, jak i samorządowym. Jej wybór stanowi ważny krok w dalszym wzmacnianiu głosu diagnostów laboratoryjnych w debacie publicznej i systemie ochrony zdrowia. Gratulujemy i życzymy wielu sukcesów!

Ostatnie tygodnie obfitowały w wydarzenia, które pokazały, jak silne, aktywne i zjednoczone jest nasze środowisko. W kwietniu wzięliśmy udział w posiedzeniu Parlamentarnego Zespołu ds. Wspierania Honorowych Dawców Krwi, podczas którego poruszyliśmy m.in. temat przyspieszenia wdrożenia systemu eKrew oraz uwzględnienia informacji o grupie krwi w aplikacji mObywatel. Kontynuowaliśmy współpracę międzybranżową w ramach Małopolskiego Forum Zawodów Zaufania Publicznego, a także wspieraliśmy działania edukacyjne, m.in. ogólnopolski finał konkursu LabTest, który pokazał ogromne zainteresowanie młodzieży tematyką diagnostyki laboratoryjnej.

W kwietniu KRDL przedstawiła również stanowisko wobec planowanych zmian w podstawowej opiece zdrowotnej, wskazując na konieczność pełnego uwzględnienia roli diagnostów w systemie i zapewnienia im równych szans rozwoju zawodowego. Aktywnie włączyliśmy się także w obchody Global Medical Laboratory Week oraz kampanię Europejskiego Tygodnia Szczepień, promując profilaktykę i rolę laboratoriów w ochronie zdrowia publicznego.

W maju, jak co roku, obchodziliśmy Dzień Diagnosty Laboratoryjnego. Centralnym punktem obchodów była interdyscyplinarna konferencja w Katowicach poświęcona roli porady diagnostycznej w opiece nad pacjentem. W całym kraju odbywały się też wydarzenia lokalne integrujące nasze środowisko. Cieszy nas, że tegoroczne obchody spotkały się z dużym zainteresowaniem mediów – wzmianki o pracy diagnostów ukazały się m.in. w serwisie Onet oraz w materiale TVN24, co pozwoliło szerzej opowiedzieć o znaczeniu naszej pracy.

Po raz pierwszy Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych uczestniczyła również w Pikniku z okazji Dnia Dziecka w Ogrodach Kancelarii Premiera. Nasze stoisko edukacyjne cieszyło się ogromnym zainteresowaniem – dzieci z entuzjazmem uczestniczyły w eksperymentach



i obserwacjach mikroskopowych, a wydarzenie było doskonałą okazją do promocji naszego zawodu wśród najmłodszych.

W maju przeprowadziliśmy także kampanię informacyjną dotyczącą zasad wymiany dokumentu PWZDL, przypominając o możliwości przejścia na nowoczesną formę karty identyfikacyjnej.

Z sukcesem rozpoczęliśmy również działania w zakresie opieki zdrowotnej dla naszych Członków – KIDL udostępniła możliwość przystąpienia do programu prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego „Opieka Medyczna S”, oferowanego przez PZU Życie SA. Program rusza 1 lipca 2025 r., pod warunkiem udziału minimum 1800 osób – serdecznie zachęcamy do zapisów!

Nie sposób nie wspomnieć również o wydarzeniach, które poruszyły całe środowisko medyczne – tragiczna śmierć lekarza w Krakowie i Marsz Milczenia Medyków były dla nas wszystkich momentem refleksji i jedności. Jako samorząd diagnostów laboratoryjnych aktywnie włączyliśmy się w te działania, wyrażając solidarność oraz apelując o realne zmiany zwiększające bezpieczeństwo pracowników ochrony zdrowia.

Dziękuję Państwu za zaangażowanie, codzienną pracę i nieustanne podnoszenie standardów diagnostyki laboratoryjnej.

Zachęcam do lektury kolejnego numeru „Diagnosty Laboratoryjnego”, w którym znajdą Państwo podsumowanie wszystkich działań samorządu oraz ciekawe treści merytoryczne.

Z wyrazami szacunku,
dr n. med. Monika Pinał-Ślimak, Prezes KRDL VI kadencji

Drodzy Czytelnicy,

27 maja obchodziliśmy nasze święto – Dzień Diagnosty Laboratoryjnego. W tym numerze w sekcji Wydarzenia zamieszczamy relacje z tych obchodów w kilku województwach a także zdjęcia z promocji zawodu diagnosty laboratoryjnego. W Aktualnościach zapoznać się z aktywnościami Prezes dr n. med. Moniki Pintał-Ślimak oraz Członków KRDL od 7 marca do 12 czerwca br. Z kolei w sekcji Diagnostyka zamieszczamy 4 ciekawe artykuły. Z pewnością każdy z Państwa znajdzie tam interesujący temat dla siebie. Honorowy Prezes KRDL dr Henryk Owczarek w Zakładce historycznej opisuje w kolejnych dwóch odcinkach (III i IV) rys historyczny samoorganizacji samorządu zawodowego Diagnostów Laboratoryjnych. Zachęcam do lektury.

Zbliżając się do sezonu urlopowego wraz z Zespołem Redakcyjnym życzymy Państwu dużo wypoczynku i udanych wakacji.

Anna Grudniewska
Redaktor naczelny „Diagnosty Laboratoryjnego”



Szanowni Państwo, drodzy Diagnosto, Koleżanki i Koledzy,

STAN SPRAW DZIAŁU SPRAW WIERZycielskich WG STANU NA DZIEŃ 30 KWIETNIA 2025 R.

Wysłano:

- 439 informacji o wysokości zaległych składek członkowskich wraz z odsetkami w tym za pośrednictwem e-mail 90 na łączną kwotę 156 434,70 zł w tym należność główna 130 328,70 zł oraz odsetki 26 106,00 zł oraz 349 za pośrednictwem operatora pocztowego na łączną kwotę 536 898,50 zł w tym należność główna 434 103,50 zł oraz odsetki 102 795,00 zł, co daje łączną kwotę 693 333,20 zł (w tym należność główna 564 432,20 zł oraz odsetki 128 901,00 zł),
- 101 uchwał określających wysokość zaległości z tytułu składek członkowskich danego diagnosty laboratoryjnego wraz z należnymi odsetkami na łączną kwotę 351 508,10 zł (w tym należność główna 249 515,40 zł oraz odsetki 101 992,70 zł),
- 35 upomnień na podstawie art. 15 ustawy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji na łączną kwotę 127 448,90 zł (w tym należność główna 87 082,40 zł, odsetki 39 806,50 zł oraz koszty upomnienia 560,00 zł),
- 337 wniosków o udostępnienie danych osobowych w tym 300 wniosków do ewidencji ludności w zakresie potwierdzenia informacji o zgodzie diagnosty laboratoryjnego oraz 37 wniosków do Naczelników Urzędów Skarbowych w zakresie przekazania informacji o aktualnych adresach zamieszkania diagnostów laboratoryjnych.

STAN ZALEGŁYCH SKŁADEK DZIAŁU
SPRAW WIERZycielskich WG STANU
NA DZIEŃ 31 maja 2025 r.

	zaległe składki	odsetki
styczeń	99 714,20 zł	17 607,14 zł
lut	84 506,76 zł	14 271,38 zł
marzec	122 003,18 zł	26 384,72 zł
kwiecień	122 203,99 zł	21 967,32 zł
maj	139 778,93 zł	20 842,04 zł
Razem	568 207,06 zł	101 072,60 zł

Przypominam o postępowaniu egzekucyjnym, który zostaje wdrożony na ostatnim etapie w komunikacji z diagnostami laboratoryjnymi i dopełniają proces egzekwowania należności publicznoprawnych w KIDL. Należy zauważyć, że za nim zostanie złożony niniejszy tytuł, wysyłana jest informacja o niepłaceniu składek, uchwała o zadłużeniu diagnosty laboratoryjnego oraz poprzedzające tytuł wykonawczy – upomnienie. Dział spraw Wierzycielskich KIDL zawsze chętnie udzieli wszystkich potrzebnych informacji i skrupulatnie wyjaśni każde zagadnienie z zakresu należnych składek KIDL – zachęcamy do kontaktu – ms@kidl.org.pl.

Z wyrazami szacunku
dr n. med. Konrad Grzeszczak,
Skarbnik KRDL wraz z całym zespołem Działu Spraw Wierzycielskich KIDL



DIAGNOSTA

laboratoryjny

W NUMERZE:

3 SŁOWO PREZESA

Monika Pintał-Ślimak

AKTUALNOŚCI

6 Aktualności od 07 marca do 12 czerwca

WYDARZENIA

15 Obchody Dnia Diagnosty Laboratoryjnego w Polsce

18 Promocja zawodu diagnosty laboratoryjnego

DIAGNOSTYKA

23 Allogeniczne przeszczepienie hematopoetycznych komórek krwiotwórczych (AlloHSCT) – dobór składników krwi dla biorców przeszczepu

mgr Zuzanna Trojnar

Przeszczepienie hematopoetycznych komórek krwiotwórczych jest procedurą stosowaną w przypadku różnych chorób układu krwiotwórczego, mającą na celu zastąpienie patologicznego szpiku pacjenta krwiotwórczymi komórkami macierzystymi zdrowego dawcy.

26 Objawy kliniczne i badania laboratoryjne chorých na mononukleozę zakaźną

mgr Michalina Mormol, mgr Piotr Aleksander Mościcki, mgr Sylwia Niemyjska

Mononukleozę zakaźną, chociaż często traktowaną jako łagodna infekcja, może prowadzić do znacznego pogorszenia samopoczucia pacjenta, gdzie objawami są zazwyczaj gorączka, zapalenie gardła oraz powiększenie węzłów chłonnych. Z tych powodów wymaga starannej diagnozy oraz opieki medycznej. W związku z tym ważne jest, aby lekarze byli świadomi różnorodnych objawów tej choroby oraz stosowali odpowiednie metody diagnostyczne.

30 Wpływ katecholamin na organizm i ich rola w diagnostyce guza chromochłonnego nadnerczy

mgr Elżbieta Kita

W ludzkim organizmie obecne są trzy kluczowe katecholaminy, odpowiedzialne za prawidłowy przebieg procesów biochemicznych: adrenalina (znana też pod nazwą epinefryna), noradrenalina i dopamina. Produkowane są w rdzeniu nadnerczy. Synaptycznie pełnią one funkcje neuroprzekazników, a po ich uwolnieniu do krwi – neurohormonów. Celem artykułu jest ukazanie różnorodności funkcji tych związków w organizmie i ich roli w rozpoznaniu guza chromochłonnego.

37 Fosfomycyna w terapii zakażeń – spektrum działania, ocena wrażliwości i interpretacja kliniczna

mgr Kornelia Szponar, dr n. farm. Edyta Ciebień, mgr Julia Maklakiewicz, mgr Jakub Maklakiewicz, dr n. farm. Kinga Skrzypek

W dzisiejszych czasach obserwuje się znaczny wzrost oporności drobnoustrojów na powszechnie stosowanie antybiotyki oraz chemioterapeutyki. Dlatego oprócz wdrażania terapii najnowszymi lekami przeciwdrobnoustrojowymi, których działanie nakierowane jest na szczepy wielolekooporne klinicyści coraz częściej powracają do stosowania starszych antybiotyków, takich jak aminoglikozydy, tetracykliny czy fosfomycyna. W artykule opisano szeroki wachlarz możliwości zastosowania znanego od wielu lat antybiotyku, który posiada szerokie spektrum działania i ma wiele wskazań do zastosowania w terapii. Fosfomycyna ze względu na synergistyczne działanie z innymi znanymi antybiotykami jest nadzieją w terapii zakażeń drobnoustrojami wysoce opornymi.

HONOROWY PREZES KRDL DR HENRYK OWCZAREK ZAKŁADKA HISTORYCZNA

41 Scripta manent. Pro Memoria. Odc. III

48 Scripta manent. Pro Memoria. Odc. IV

SAMORZĄD

56 Mediacja – to proces ludzki, nie sądowy

INFORMATOR DIAGNOSTY

57 Informator o uchwałach organów Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych

Wydawca:

Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych
03-428 Warszawa, ul. Konopacka 4
tel. 22 741 21 55, 22 741 21 57, 22 741 11 60; fax 22 741 21 56
Numer rachunku: 72 1020 1042 0000 8802 0010 5692
Bank PKO BP IV Oddział Warszawa

Redakcja:

Anna Grudniewska – Redaktor naczelny, e-mail: a.grudniewska@kidl.org.pl
mgr Mateusz Józef Chmielarz – Sekretarz KRDL [Uchwały organów KIDL]
Agnieszka Gierszon, Kinga Lis, Grażyna Misiak

AKTUALNOŚCI

MARZEC 2025

Dom Diagnosty otwarty! W Domu Diagnosty chcemy, abyś czuł się naprawdę jak w domu. Dlatego przygotowaliśmy eleganckie, komfortowe pokoje z łazienkami i wyjątkowo korzystne warunki cenowe. Szczegółowe zasady korzystania z miejsc noclegowych określone zostały w Regulaminie: <https://kidl.org.pl/page/view-wide?id=87>. Opłaty/stawki zostały określone uchwałą nr 204/VI/2025 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 21 lutego 2025 roku: Doba/pokój jednoosobowy/diagnozy laboratoryjnej, studenci OML – 90 zł. Doba (1 łóżko noclegowe) / członek rodziny Diagnosty Laboratoryjnej, przedstawiciel instytucji współpracujących lub pracujących na rzecz KIDL i medycyny laboratoryjnej, pracownik naukowy i akademicki oraz pracownik i osoba związana z innymi instytucjami, z którymi KIDL ma podpisane stosowne porozumienie – 90 zł Doba (1 łóżko noclegowe) / Pokój wieloosobowy / Diagnosty laboratoryjnej oraz dla ich dzieci do 18 roku życia; studenci OML – 65 zł Doba / pokój jednoosobowy/ Pozostałe osoby – 130 zł. Doba (1 łóżko noclegowe) / pokój wieloosobowy/ Pozostałe osoby – 110 zł Jak skorzystać? Rezerwacji noclegu można dokonać poprzez adres mailowy: noclegi@kidl.org.pl oraz telefonicznie 22 741 21 55. W wiadomości e-mail należy zawrzeć PWZDL, nr wpisu na listę Diagnostów, datę oraz zadeklarować ilość osób. Po uzyskaniu potwierdzenia rezerwacji, można dokonać płatności za nocleg.



PWZDL w formie kart poliwęglanowych

Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych informuje, że rozpoczęła się wysyłka dokumentów „Prawo wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego”, przygotowanych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 r. (Dz.U. 2022 poz. 2676). Uwaga: wydawanie dokumentów PWZDL w formie kart poliwęglanowych dotyczy osób, które do tej pory nie otrzymały dokumentu PWZDL. Nowe dokumenty mają formę spersonalizowanej, dwustronnej karty identyfikacyjnej w formacie ID-1, zgodnie ze wzorem określonym w załączniku do rozporządzenia. Każda karta zawiera elementy zabezpieczające przed podrobieniem lub użyciem przez osobę nieuprawnioną, w tym m. in. unikalny numer, hologram oraz zabezpieczenia optyczne. Wydawanie dokumentów PWZDL w formie kart poliwęglanowych będzie odbywało się sukcesywnie.

7 marca odbyła się XI edycja sympozjum naukowego, organizowana przez Genomed S.A. Tegoroczne wydarzenie skupiło się na dynamicznym rozwoju genetyki prokreacyjnej i onkogenetyki. Sympozjum było wyjątkową platformą do pogłębionej dyskusji na temat roli testów NIPT i diagnostyki prenatalnej w kontekście chorób onkologicznych.

10 marca odbyła się konferencja „Profilaktyka w pediatrii i nefrologii” w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach. W programie znalazły się dwie sesje tematyczne: pediatryczna, obejmująca m. in. tematykę zdrowia mózgu u dzieci, otyłości i wczesnego wykrywania nowotworów, oraz nefrologiczna, poświęcona przewlekłym chorobom nerek jako zagrożeniu cywilizacyjne XXI wieku. Samorząd diagnostów laboratoryjnych reprezentowała Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintał-Ślimak. Wydarzenie odbyło się w ramach cyklu zainaugurowanego pod patronatem Senatu RP „2025 – Rok Edukacji Zdrowotnej i Profilaktyki”.



14 marca – z ogromną dumą informujemy, że w tegorocznej edycji prestiżowego konkursu „Kobieta Rynku Zdrowia” wyróżnienie otrzymała dr n. med. Monika Pintał-Ślimak, Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych. To wyjątkowe uznanie dla jej nieustającego zaangażowania w rozwój diagnostyki laboratoryjnej i poprawę jakości opieki zdrowotnej w Polsce. Serdecznie gratulujemy i dziękujemy za jej wkład w budowanie lepszej przyszłości dla pacjentów i diagnostów laboratoryjnych!



21 marca – międzynarodowa konferencja Snibe Day poświęcona medycynie laboratoryjnej, objęta patronatem honorowym KIDL. W wydarzeniu wzięli udział wybitni eksperci z całego świata, dzieląc się wiedzą i doświadczeniem w kluczowych obszarach diagnostyki.

Konferencję uroczystie otworzyła Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintal-Ślimak, która w swojej mowie powitalnej podkreśliła kluczową rolę medycyny laboratoryjnej w bezpieczeństwie pacjentów. To wyjątkowa okazja do wymiany myśli i dyskusji na temat przyszłości laboratoriów medycznych.

25 marca w siedzibie Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych gościli studenci Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z Wydziału Zdrowia Publicznego wraz z dr hab. Anną Augustynowicz, prof. CMKP w Zakładzie Prawa Medycznego i Orzecznictwa Lekarskiego SZP CMKP. To była świetna okazja, by przybliżyć im działalność naszego Biura KIDL oraz rolę samorządu zawodowego w ochronie zdrowia. Studenci mieli okazję zobaczyć, jak funkcjonuje KIDL od środka, a także dowiedzieć się więcej o możliwościach odbycia praktyk w naszym Biurze. Cieszymy się z tak inspirujących spotkań i liczymy, że już niedługo zobaczymy się ponownie – tym razem w ramach praktyk.



28 marca odbyła się konferencja pt. „Uprościć Polskę. Od deregulacji do symplifikacji”. W wydarzeniu wzięli udział m. in.: Senator Waldemar Pawlak, przewodniczący Komisji Gospodarki Narodowej i Innowacyjności Senatu RP, Senator Krzysztof Kwiatkowski, przewodniczący Komisji Ustawodawczej Senatu RP, prof. Robert Gwiazdowski, przewodniczący Rady Centrum im. Adama Smitha oraz Andrzej Sadowski, prezydent Centrum im. Adama Smitha. Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych reprezentowała Wiceprezes Anna Lipnicka, która przekazała zgromadzonym kluczowe informacje dotyczące propozycji deregulacyjnych przygotowanych przez samorząd zawodowy diagnostów. W swoim wystąpieniu podkreśliła m. in. znaczenie wprowadzenia porady diagnostycznej jako narzędzia wzmacniającego efektywność opieki zdrowotnej oraz bezpieczeństwo pacjentów.

Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintal-Ślimak podjęła działania na rzecz deregulacji przepisów w ochronie zdrowia. Wystąpiła do Marioli Łodzińskiej, Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Przewodniczącej Ogólnopolskiego Porozumienia Samo-



rzędów Zawodów Zaufania Publicznego, z propozycją wspólnego wystąpienia do rządu. Celem jest organizacja spotkania, na którym mogłyby zostać przedstawione konkretne propozycje zmian usprawniających m. in. diagnostykę i zwiększających bezpieczeństwo pacjentów. Samorząd diagnostów laboratoryjnych już przedstawił swoje propozycje deregulacyjne w ramach Pakietu „Szóstka dla Diagnostów”. W ramach „Deregulacyjnej Szóstki dla Zdrowia” postulujemy: 1. Wprowadzenie porady diagnostycznej, umożliwiającej wsparcie pacjentów i lekarzy w interpretacji wyników badań. 2. Umożliwienie diagnostom laboratoryjnym wystawiania skierowań na dodatkowe badania. 3. Zapewnienie ochrony prawnej wszystkim zawodom medycznym. 4. Zniesienie barier w udziale diagnostów laboratoryjnych w programach profilaktycznych. 5. Pełniejsze wykorzystanie diagnostów w zespołach terapeutycznych programów pilotażowych. 6. Ograniczenie nadmiernej biurokracji związanej z dokumentacją dla NFZ. W najbliższym czasie będziemy szczegółowo przybliżać każdy z tych postulatów oraz ich znaczenie dla systemu ochrony zdrowia, diagnostów i pacjentów.

Apelujemy do wszystkich podmiotów, w szczególności organizacji pracodawców i przedsiębiorców, o poszanowanie roli samorządów zawodowych i zaniechania działań, które mogą osłabiać ich autorytet, godność i konstytucyjne kompetencje. Dbajmy wspólnie o wysokie standardy i niezależność zawodów zaufania publicznego. Ogólnopolskie Porozumienie Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego, którego częścią jest także samorząd diagnostów laboratoryjnych, stanowczo sprzeciwia się wszelkim działaniom godzącym w niezależność oraz bezstronność naszych zawodów. Zawody zaufania publicznego to zawody o szczególnym znaczeniu społecznym. Ich fundamentem jest działanie w interesie publicznym. Naszym zadaniem jest dbałość o dobro wspólne, a nie realizacja interesów jakiejkolwiek grupy nacisku.

28 marca odbyły się III Targi Pracy dla Studentów Analityki Medycznej Wydziału Farmaceutycznego UMW. To wyjątkowe wydarzenie, które łączy studentów z przedstawicielami świata medycyny laboratoryjnej i daje realną szansę na rozwój zawodowy już na etapie studiów. Organizatorami targów byli: Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych, Studenckie Towarzystwo Diagnostów Laboratoryjnych we Wrocławiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Kierowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych oraz PTDL o. Wrocław. Wśród



gości obecni byli także organizatorzy – członkowie Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych: Joanna Kowalska, Piotr Brzyśkiewicz oraz Jacek Pulit. Tego typu wydarzenia to ogromna szansa dla studentów – możliwość nawiązania kontaktów, poznania potencjalnych pracodawców i zdobycia cennych informacji o pracy w zawodzie diagnosty laboratoryjnego.

KWIECIEŃ 2025

Tragiczna śmierć lekarza w Krakowie

Tragiczna śmierć lekarza w Krakowie – Stanowisko 1/2025 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 30.04 2025 r. w związku z tragiczną śmiercią lekarza ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych składa najszersze kondolencje Rodzinie i Bliskim tragicznie zmarłego 29 kwietnia 2025 r. lekarza ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Solidaryzujemy się także z całym środowiskiem lekarskim i wszystkimi, których dotknęła ta strata. Łącząc się w bólu, apelujemy również do członków wszystkich samorządów zawodów medycznych we wszystkich jednostkach ochrony zdrowia o godne uczczenie pamięci zmarłego medyka poprzez symboliczne umieszczenie, w dniu 30 kwietnia br., czarnych wstążek na fartuchach, kitlach. Jednocześnie ponawiamy wyrażony w Stanowisku 1/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 29 stycznia 2025 r. stanowczy Apel do przedstawicieli władz państwowych, w tym w szczególności do Minister Zdrowia Pani Izabeli Leszczyny, o podjęcie niezwłocznych działań w kierunku zmiany przepisów prawa i objęcia wszystkich pracowników ochrony zdrowia ochroną prawną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego. Pragniemy wyrazić pełne poparcie dla wszelkich inicjatyw mających na celu poprawę bezpieczeństwa w systemie opieki zdrowotnej i wyrażamy pełną otwartość na dialog w zakresie procesu opracowania i wdrożenia odpowiednich rozwiązań legislacyjnych.

3 kwietnia odbyło się posiedzenie Parlamentarnego Zespołu ds. Wspierania Honorowych Dawców Krwi. W spotkaniu uczestniczył m. in. Wiceminister Zdrowia, Jerzy Szafranowicz. Diagnostów laboratoryjnych reprezentowała Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych dr n. med. Monika Pintał-Ślimak. Podczas swojego wystąpienia Prezes KRDL podkreśliła potrzebę wzmocnienia komitetów transfuzjologicznych w szpitalach poprzez włączenie do ich składu diagnostów laboratoryjnych ze specjalizacją z zakresu laboratoryjnej transfuzjologii medycznej. Zwróciła również uwagę na istotność umieszczenia w aplikacji mObywatel informacji dotyczących grupy krwi oraz statusu serologicznego pacjenta. Prezes KRDL zaapelowała także do Ministerstwa Zdrowia o przyspieszenie prac nad wdrożeniem systemu eKrew – kompleksowego narzędzia informatyzacji Publicznej Służby Krwi oraz rozwoju nadzoru nad krwiolecznictwem. W marcu pojawiły się doniesienia medialne na temat możliwości likwidacji Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Raciborzu. Informacja ta wywołała niepokój wśród pracowników placówki oraz dawców krwi z Raciborza i okolic. Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintał-Ślimak zwróciła się do Ministerstwa Zdrowia o oficjalne stanowisko. Podczas posiedzenia Parlamentarnego Zespołu ds. Wspierania Honorowych Dawców Krwi w dniu 3 kwietnia 2025 r., Wiceminister Zdrowia Jerzy Szafranowicz

zadeklarował, że nie ma żadnych planów związanych z zamknięciem RCKiK w Raciborzu.

5 kwietnia na Wydziale Farmaceutycznym UJ CM odbył się finał Wydziałowego Konkursu Prac Magisterskich. Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych reprezentowała dr n. med. Karolina Bukowska-Strakova. W konkursie wzięło udział 7 absolwentów kierunku Analityka Medyczna, 7 absolwentów kierunku Farmacja oraz 1 absolwentka Kosmetologii. Uczestnicy zaprezentowali prace magisterskie na niezwykle wysokim poziomie merytorycznym i naukowym – szczególne znaczenie miały dla nas prezentacje diagnostów laboratoryjnych, których rozwój zawodowy i naukowy Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych z dumą wspiera. Zwycięzcami tegorocznej edycji zostali: mgr Piotr Klimek, mgr Izabela Krzemień oraz mgr Agnieszka Łyczak-Dumanowska. Laureaci otrzymali dyplomy i nagrody ufundowane przez: Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych, Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej, Polskie Towarzystwo Mikrobiologów, firmę Diagnostyka.



5–6 kwietnia – Polscy Diagnosty Laboratoryjni na Światowym Spotkaniu Służby Zdrowia w Watykanie. Grupa 54 diagnostów laboratoryjnych, członków Katolickiego Stowarzyszenia Diagnostów Laboratoryjnych, wzięła udział w Światowym Spotkaniu Służby Zdrowia w Watykanie, odpowiadając na zaproszenie papieża Franciszka z okazji Roku Jubileuszowego. Pielgrzymka rozpoczęła się w Neapolu modlitwą przy grobie ojca Dolindo, w miejscach związanych z prof. Giuseppe Moscatim oraz przed obrazem Matki Boskiej Pompejańskiej. Diagnosty oddali także hołd polskim żołnierzom na Monte Cassino i odwiedzili klasztor św. Benedykta. W Rzymie, przechodząc przez Święte Drzwi Bazyliki św. Piotra, powierzali Bogu polską służbę zdrowia, ojczyznę i rodziny. Podczas uroczystej Mszy Świętej w bazylice św. Piotra dla Polskiej Służby Zdrowia obecni byli przedstawiciele samorządów zawodów medycznych – w tym także diagnosty. Nasza grupa była wyróżniająca się – dzięki polskim emblemom i duchowemu skupieniu została ciepło przyjęta przez włoskich gospodarzy.

7 kwietnia odbyło się kolejne spotkanie Małopolskiego Forum Zawodów Zaufania Publicznego. Dzięki uprzejmości dr n. med. Barbary Maziarz mieliśmy przyjemność ponownie gościć w progach Zakładu Diagnostyki Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Wydarzenie poprowadziły przedstawicielki Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych: dr Karolina Bukowska-Strakova, dr Ewa Gomółka oraz mgr Bernadetta Jakubowicz. Gościem specjalnym spotkania był Pan Artur Pasek – I Małopolski Wicekurator Oświaty. W wydarzeniu

uczestniczyli licznie reprezentanci zawodów zaufania publicznego, m.in. z: Okręgowej Izby Lekarskiej, Okręgowej Izby Aptekarskiej, Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, Małopolskiego Oddziału Krajowej Izby Doradców Podatkowych, Polskiej Izby Biegłych Rewidentów, Okręgowej Izby Radców Prawnych, Okręgowej Izby Adwokackiej, Krakowskiej Izby Notarialnej, Izby Komorniczej, Małopolskiej Okręgowej Izby Architektów, Małopolskiej Okręgowej Izby Inżynierów Budownictwa. Tematem przewodnim była promocja zawodów zaufania publicznego w małopolskich szkołach. Dyskusja była bardzo owocna i z niecierpliwością czekamy na dalszy rozwój wspólnych działań.



11 kwietnia w siedzibie Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych odbył się ogólnopolski finał konkursu LabTest – wyjątkowe wydarzenie skierowane do młodych pasjonatów diagnostyki laboratoryjnej uczęszczających do szkół średnich. Organizatorem konkursu było Studenckie Towarzystwo Diagnostów Laboratoryjnych, a wydarzenie odbyło się pod patronatem KIDL. W Komisji Konkursowej zasiadli: dr n. med. i n. o zdr. Paweł Kozłowski, dr n. med. Marzena Iwanowska oraz dr n. farm. Anna Pietruczuk – Padzik. Laureaci: I miejsce – Oskar Grobelny z I Liceum Ogólnokształcącego im. Bolesława Chrobrego w Gnieźnie; II miejsce – Zuzanna Grochowska z IV Liceum Ogólnokształcącego im. Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy; III miejsce – Katarzyna Przezdomska z IX Liceum Ogólnokształcącego w Szczecinie. Nagrody zostały ufundowane przez przedstawicieli Młodych Diagnostów KRDL, a wręczyli je Wiceprezes KRDL Anna Lipnicka i Sekretarz KRDL Mateusz Chmielarz. Laureatom oraz uczestnikom serdecznie gratulujemy – imponująca wiedza i zaangażowanie młodzieży to najlepszy dowód na to, że przyszłość diagnostyki laboratoryjnej jest w dobrych rękach.



23–24 kwietnia XVII Naukowo-Szkoleniowy Zjazd Kolegium Medycyny Laboratoryjnej w Polsce. Tematem przewodnim tegorocznego wydarzenia były choroby cywilizacyjne XXI wieku w kontekście jakości życia człowieka – ich diagnostyka, leczenie, monitorowanie oraz profilaktyka z naciskiem na edukację pacjentów. W wydarzeniu uczestniczyły m. in. Wiceminister Zdrowia prof. Urszula Demkow oraz Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintał-Ślimak. Patronat nad Zjazdem objęli: Minister Zdrowia, Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej, Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Uniwersytet Medyczny w Łodzi oraz Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach.



24 kwietnia podczas Gali XXII Nagrody Zaufania Złoty OTIS w kategorii Diagnosta i Społecznik statuetki Nagród Zaufania „Złoty OTIS 2025” otrzymali diagności laboratoryjni: mgr Elżbieta Borowiec-Domka oraz dr n. med. Bogusław Grabowski. W Kapitułę Nagrody Zaufania Złoty OTIS zasiedli przedstawiciele medycyny laboratoryjnej: dr n. med. Elżbieta Puacz oraz prof. dr hab. Grażyna Sygutowicz. W uroczystości uczestniczyła także dr n. farm. Aldona Wierzbicka-Rucińska – Członek KRDL (woj. mazowieckie). To wyjątkowe wydarzenie po raz kolejny pokazało, jak ważną rolę odgrywają diagności laboratoryjni w budowaniu zdrowia publicznego i zaufania społecznego. Gratulujemy wszystkim wyróżnionym.



Szczepienia chronią – zaufaj nauce

Europejski Tydzień Szczepień to inicjatywa Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), który obchodzimy każdego roku w ostatnim tygodniu kwietnia. Tegoroczny termin kampanii to 27 kwietnia – 3 maja. ETS służy popularyzowaniu wiedzy o szczepieniach i ich roli w zapobieganiu szerzeniu się chorób zakaźnych oraz ochronie zdrowia i życia ludzi. Europejski Tydzień Szczepień (European Immunization Week) promuje przesłanie o kluczowej roli szczepień w profilaktyce. Hasło Zapobiegaj. Chroń. Szczep. niesie to przesłanie w całym regionie. Przekaz tegorocznego Europejskiego Tygodnia Szczepień podkreśla pilną potrzebę osiągnięcia wysokiego poziomu zaszczepienia i równego dostępu do szczepień w każdej społeczności,

aby zapobiec ogniskom chorób zakaźnych teraz i w przyszłości. W wysiłkach na rzecz zdrowia publicznego poprzez szczepienia nie można pozostawiać nikogo w tyle, nie można zapominać o żadnej grupie społecznej. W ramach porozumienia o współpracy KIDL – GIS zapraszamy do zapoznania się z materiałami edukacyjnymi udostępnionymi w dniach 27 kwietnia – 3 maja na temat roli szczepień w zapobieganiu chorobom i ochronie życia w ramach Europejskiego Tygodnia Szczepień.

Global Medical Laboratory Week

Global Medical Laboratory Week (GMLW) to coroczna, międzynarodowa inicjatywa organizowana przez IFCC – International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine. W 2025 roku obchody przypadły na 21–27 kwietnia i odbyły się pod hasłem: „Laboratoria ratują życie”. Celem GMLW jest zwiększenie widoczności i zrozumienia roli, jaką odgrywają diagnostyki laboratoryjne w systemie ochrony zdrowia. Choć na co dzień pozostają poza zasięgiem wzroku pacjentów, ich praca ma bezpośredni wpływ na zdrowie milionów ludzi. To właśnie w laboratoriach powstają dane, na podstawie których lekarze podejmują decyzje kliniczne. Badania biochemiczne, mikrobiologiczne, immunologiczne czy genetyczne – to fundament współczesnej medycyny. Do kampanii co roku dołączają instytucje ochrony zdrowia i uniwersytety medyczne, krajowe izby diagnostów, towarzystwa naukowe i organizacje pacjentów oraz laboratoria publiczne i prywatne.

Informacja w sprawie projektu rozporządzenia dotyczącego programu badań statystycznych statystyki publicznej na 2025 rok. Na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji został opublikowany projekt rozporządzenia Rady Ministrów zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2025. Projekt przewiduje między innymi wprowadzenie obowiązku rejestracji praktyki zawodowej przez diagnostów laboratoryjnych prowadzących działalność gospodarczą jako podmiotów objętych badaniami statystycznymi realizowanymi przez Główny Urząd Statystyczny. Oznacza to, że każda forma wykonywania zawodu w ramach działalności gospodarczej będzie podlegała obowiązkowi sprawozdawczemu wobec GUS. Rejestracja praktyki w RPWDL jest obowiązkowa dla prowadzących działalność gospodarczą. Przypominamy, że diagnostyki laboratoryjne wykonujący zawód w ramach działalności gospodarczej w zakresie medycyny laboratoryjnej są zobowiązani do zgłoszenia praktyki zawodowej i uzyskania wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL). Obowiązek rejestracji obowiązuje od dnia 10 listopada 2023 r. w związku z wejściem w życie przepisów ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Ogólnopolskie Porozumienie Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego apeluje o zaprzestanie działań godzących w samorządy zawodowe oraz ich członków. W obliczu narastających prób ingerencji zewnętrznych, zwłaszcza ze strony organizacji reprezentujących interesy biznesowe, podkreślamy niezależność i bezstronność zawodów zaufania publicznego jako fundament działania na rzecz dobra wspólnego. Apelujemy o poszanowanie konstytucyj-

nych zasad samorządności zawodowej oraz o powstrzymanie się w przyszłości od jakichkolwiek form nacisku, które mogłyby naruszać integralność i misję zawodów działających w interesie publicznym.

Stanowisko KRDL z dnia 9 kwietnia 2025 roku do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (MZ 1760) Z uznaniem przyjmując ideę bilansów zdrowia, KRDL wyraża głębokie zaniepokojenie brakiem konsultacji ze środowiskiem diagnostów, ograniczonym zakresem badań laboratoryjnych oraz marginalizowaniem roli diagnosty w procesie diagnostycznym. Rada zwraca uwagę na pogarszające się standardy w diagnostyce laboratoryjnej, wynikające z braku nadzoru merytorycznego, zaniżania wycen badań i nasilającej się komercjalizacji usług. KRDL apeluje o rzeczywisty dialog, przywrócenie należytej roli diagnostów, zmianę modelu finansowania oraz wprowadzenie rozwiązań systemowych, które pozwolą podnieść jakość opieki zdrowotnej. KRDL formułuje kluczowe postulaty systemowe, w tym:

- Włączenie diagnostów laboratoryjnych do realizacji bilansu – jako osób uprawnionych do interpretacji wyników badań i prowadzenia porad edukacyjnych.
- Możliwość realizacji bilansu w medycznych laboratoriach diagnostycznych – co skróci ścieżkę pacjenta i odciąży lekarzy POZ.
- Zmianę modelu finansowania – odrębne finansowanie badań przez NFZ, z określeniem minimalnych stawek jednostkowych.
- Rozszerzenie kompetencji diagnostów w poradzie edukacyjnej – z możliwością informowania pacjentów o wynikach i zalecania działań profilaktycznych.
- Lepszą organizację procesu – podział bilansu na etap „przedlekarSKI” i „lekarSKI” w celu zwiększenia dostępności świadczenia.
- Rozszerzenie listy chorób objętych diagnostyką – m.in. o kiłkę, chłamydię, HPV i inne choroby przenoszone drogą płciową.
- Włączenie przedstawiciela KRDL do zespołu ds. opieki koordynowanej w POZ.

25 kwietnia podczas spotkania konsultantów wojewódzkich z profesor Barbarą Dołęgowską, Konsultant Krajową w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej, odbyło się uroczyste powitanie nowych konsultantów wojewódzkich oraz pożegnanie tych, którzy zakończyli swoją kadencję. W wydarzeniu uczestniczyła także dr n. farm. Monika Jabłonowska, Konsultant Wojewódzka oraz członek Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, a także Agnieszka Chojeła, Konsultant Wojewódzka oraz z-ca Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych.



Funkcję konsultanta wojewódzkiego objęły: Ewelina Kudyba w województwie opolskim, Małgorzata Dąbrowska w województwie pomorskim oraz Katarzyna Drzyzga-Gramacka w województwie lubuskim. Z serdecznymi podziękowaniami za zaangażowanie i wieloletnią pracę pożegnaliśmy prof. Szutowicza (woj. pomorskie), Annę Zacher (woj. opolskie) oraz Jadwigę Zielkę (woj. lubuskie).

Nowym konsultantom życzymy wielu sukcesów, satysfakcji z pełnienia tej odpowiedzialnej funkcji oraz owocnej współpracy w ramach systemu ochrony zdrowia.

MAJ 2025

8–9 maja w Krynicy-Zdroju odbyła się Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Oddziałów PTDL: Małopolskiego, Świętokrzyskiego i Podkarpackiego. Były to dwa intensywne dni pełne wykładów, dyskusji i wymiany doświadczeń z zakresu diagnostyki laboratoryjnej. Tegoroczne „Majowe Spotkania z Medycyną Laboratoryjną” odbyły się pod hasłem „Rok Edukacji Zdrowotnej i Profilaktyki”. W wydarzeniu uczestniczyła dr n. med. Monika Pintał-Ślimak, Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych. Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych reprezentowały również członkinie KRDL: Katarzyna Ziółkowska, Ewa Gomółka, Bernadetta Jakubowicz oraz Liliana Guzik.



9 maja zakończyły się IX Ogólnopolskie Symulacje Diagnostyczne na Uniwersytecie Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. Wydarzenie zgromadziło studentów kierunku analityka medyczna z całej Polski, którzy rywalizowali w zakresie wiedzy i umiejętności diagnostycznych. Zwyciężyła drużyna z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (151,65/180 pkt), drugie miejsce zajęli Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu (146,70/180 pkt), a trzecie – Collegium Medicum UJ (138,25/180 pkt). Pozostałe uczelnie również zaprezentowały wysoki poziom.



10 maja odbył się Marsz Milczenia upamiętniający lekarza dr. Tomasa Soleckiego zamordowanego przez pacjenta w krakowskim szpitalu. Przedstawiciele zawodów medycznych z całej Polski, w tym diagnostów laboratoryjnych na czele z Prezes KRDL dr n. med. Moniką Pintał-Ślimak i Wiceprezes Anną Lipnicką oraz Prezes PTDL prof. Katarzyną Winsz-Szczotką, przemaszewali w milczeniu przed gmachami Ministerstwa Zdrowia. Apelujemy do rządzących o pilne podjęcie działań w kierunku objęcia pracowników ochrony zdrowia ochroną prawną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego. Deklarujemy też pełne poparcie dla wszelkich inicjatyw mających na celu poprawę bezpieczeństwa w systemie opieki zdrowotnej oraz wyrażamy otwartość na dialog w zakresie procesu opracowania i wdrożenia odpowiednich rozwiązań legislacyjnych. Przed siedzibą Ministerstwa Zdrowia do medyków wysłała Minister Zdrowia Izabela Leszczyna, w obecności której odczytany został apel organizatorów marszu. – Z pieczołowitością i należnym szacunkiem przyjmuje dziś państwa. Będziemy analizować wszystkie postulaty, które składacie na moje ręce – powiedziała Minister Zdrowia.



10 maja odbyła się XI Ogólnopolska Konferencja Studentów Medycyny Laboratoryjnej i Młodych Diagnostów „Wschodząca Diagnostyka”. Wydarzenie miało miejsce w Euroregionalnym Centrum Farmacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych reprezentował dr n. med. Konrad Grzeszczak, Skarbnik KRDL, który w imieniu Prezes Krajowej Rady, dr n. med. Moniki Pintał-Ślimak, przekazał uczestnikom słowa wsparcia oraz uznania dla inicjatywy i zaangażowania młodego pokolenia diagnostów. W wydarzeniu uczestniczyły także Sylwia Kozłowska i Małgorzata Wojtkowska, członkinie KRDL z woj. podlaskiego. Dziękujemy za zaproszenie i gratulujemy organizatorom.



12 maja – z przyjemnością informujemy, że dr n. med. Katarzyna Ziółkowska została powołana na stanowisko Wiceprezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych. Dr Katarzyna Ziółkowska jest Kierownikiem Centralnego Laboratorium Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz asystentem w Katedrze i Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej tejże uczelni. Od wielu lat aktywnie działa na rzecz środowiska diagnostów laboratoryjnych, angażując się zarówno w działalność naukową, jak i organizacyjną. Pani Doktor pełni funkcję Przewodniczącej Sekcji Laboratoryjnej Genetyki Medycznej Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej. Jest również Członkiem Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych VI Kadencji oraz Zespołu Genetyki KRDL. Powoływana jest do udziału w pracach Komisji Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej. W kwietniu tego roku, decyzją Wojewody Wielkopolskiej Agaty Sobczyk, dr Ziółkowska została powołana na stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej. Jest autorką i współautorką licznych publikacji naukowych w zakresie genetyki medycznej, a także wykładowczynią prowadzącą zajęcia dydaktyczne w ramach kształcenia przeddyplomowego na Oddziale Analityki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu oraz kształcenia podyplomowego – obejmującego m.in. kursy i staże z zakresu cytogenetyki klasycznej prenatalnej i postnatalnej oraz porównawczej hybrydyzacji genomowej do mikromacierzy. Serdecznie gratulujemy dr Katarzynie Ziółkowskiej objęcia tej zaszczytnej funkcji i życzymy wielu sukcesów w dalszej działalności zawodowej, naukowej i organizacyjnej.



W maju Ministerstwo Zdrowia uruchomiło kompleksowy program profilaktyczny „Moje Zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”, skierowany do osób powyżej 20. roku życia. Program ma na celu zachęcenie Polaków do regularnych badań profilaktycznych, umożliwiając wczesne wykrycie problemów zdrowotnych i ryzyka chorób kardiologicznych, metabolicznych czy nowotworów. Pomimo zgłaszanych przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych obiektywnych organizacji programu, warto podkreślić, że profilaktyka zdrowotna odgrywa kluczową rolę w utrzymaniu zdrowia społeczeństwa. Z ogromnym smutkiem i niedowierzaniem przyjęliśmy informację o ataku, do którego doszło na terenie Uniwersytetu Warszawskiego, w wyniku którego śmierć poniosła Pracownica UW. Diagnostki laboratoryjni złożyli najgłębsze wyrazy współczucia Rodzinie i bliskim Ofiary, a także wyrazili solidarność z całą społecz-

nością akademicką Uniwersytetu Warszawskiego, w tym trudnym, bolesnym czasie. Niepokojąca eskalacja przemocy, której świadkami jesteśmy w ostatnich tygodniach, wymaga jednoznacznego potępienia. W tych trudnych chwilach łączymy się w zdecydowanym sprzeciwie wobec przemocy i wszelkich form agresji.

Kampania informacyjna dotycząca nowej formy dokumentu PWZDL. W związku z Uchwałą Nr 215/VI/2025 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 11 kwietnia 2025 roku, przeprowadzona została kampania informacyjna mająca na celu przybliżenie diagnostom laboratoryjnym zasad postępowania z dokumentem „Prawo Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego” (PWZDL) w przypadku jego utraty, uszkodzenia lub wymiany. Zgodnie z uchwałą, dokument PWZDL może występować w dwóch formach: tradycyjnej (papierowej) lub nowoczesnej – jako spersonalizowana karta identyfikacyjna (§2 ust. 1). Osoby posiadające jeszcze wersję papierową zostały poinformowane o możliwości złożenia wniosku o wymianę na formę karty. W ramach kampanii, w nadchodzących dniach systematycznie prezentowano kluczowe informacje dotyczące tej uchwały – krok po kroku omawiano procedury związane z wymianą, utratą oraz uszkodzeniem dokumentu PWZDL, zapewniając tym samym pełne wsparcie dla diagnostów laboratoryjnych w przejściu na nowy system dokumentacji.

Solidarni dla bezpieczeństwa medyków Przedstawiciele wszystkich zawodów medycznych apelują o natychmiastowe działania na rzecz ochrony naszego środowiska. Wzywamy do przyznania renty dziecku zmarłego lekarza Tomasza Soleckiego oraz wprowadzenia realnych zmian zwiększających bezpieczeństwo personelu medycznego – zarówno fizycznie, jak i prawnie oraz w zakresie ochrony danych osobowych. Przemoc wobec medyków to dramat nas wszystkich. Nie możemy dłużej milczeć. Pod apelem podpisali: Naczelna Izba Lekarska Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy Porozumienie Rezydentów OZZL Porozumienie Chirurgów SKALPEL Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych Krajowa Izba Ratowników Medycznych Krajowa Izba Fizjoterapeutów Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych Naczelna Izba Aptekarska Ogólnopolski Związek Zawodowy Psychologów Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland

15–16 maja w Szklarskiej Porębie odbyła się uroczysta konferencja z okazji 60-lecia działalności wrocławskiego oddziału Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej. Wydarzenie zgromadziło wybitnych przedstawicieli świata medycyny i nauki, którzy wspólnie uczcili ten wyjątkowy jubileusz. Podczas konferencji przyznane zostały również nagrody dla zasłużonych dia-



gnostów, którzy swoją pracą i zaangażowaniem przyczynili się do rozwoju i promocji zawodu. Uehonorowanie tych osób jest ważnym momentem, podkreślającym wagę codziennej pracy diagnosty w systemie ochrony zdrowia.

16 maja odbyło się wyjątkowe wydarzenie poświęcone kluczowym zagadnieniom związanym z jakością w medycynie laboratoryjnej. Wydarzenie zostało zorganizowane przez firmę Beckman Coulter we współpracy z Krajową Izbą Diagnostów Laboratoryjnych. Uczestnicy mieli okazję zapoznać się z nowelizacją normy ISO 15189, zastosowaniem metodologii Six Sigma, innowacjami w immunodiagnostyce oraz wpływem jakości badań na decyzje kliniczne. Szczególne zainteresowanie wzbudziła również prezentacja możliwości analizatora Dxl 9000. Honorowym gościem konferencji był Sten Westgard – międzynarodowy autorytet w dziedzinie zarządzania jakością w laboratoriach. Wśród prelegentów znaleźli się wybitni specjaliści z kraju i zagranicą, dzieląc się swoją wiedzą i doświadczeniem. Z ramienia Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych w konferencji udział wzięli: dr n. med. Konrad Grzeszczak, Skarbnik KRDL, dr n. med. Monika Jabłonowska, dr n. med. Monika Kościelniak-Ziemniak, dr n. med. Szymon Walter de Walthoffen oraz Liliana Guzik.



Pielgrzymka Środowisk Medycznych

17–18 maja Diagnosty laboratoryjni uczestniczyli w uroczystościach z udziałem przedstawicieli innych zawodów medycznych. Reprezentacja diagnostów weszła w skład pocztu sztandarowego: mgr Milena Orska, mgr Anna Kasprzyk oraz mgr Andrzej Dankowski. W delegacji z KIDL uczestniczyły także Członek KRDL Renata Krygier oraz Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintał-Ślimak.

23–24 maja odbyła się pierwsza edycja Warsztatów Hematologicznych zorganizowanych przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych. Tematem szkolenia był: „Rozmaz krwi – identyfikacja i klasyfikacja limfocytów”, a zajęcia prowadziła dr n. farm. Aneta Wrzyszczyk, znakomity specjalista i wykładowca.

Uczestników warsztatów w imieniu Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych powitała Ewa Brzezińska, członek KRDL oraz organizatorka wydarzenia. Szkolenie cieszy się uznaniem – jego program został pozytywnie zaopiniowany przez Stowarzyszenie Kolegium Medycyny Laboratoryjnej w Polsce. Za udział w warsztatach diagnosty otrzymali 16 punktów edukacyjnych tzw. „twardych” lub



16 punktów „na nowych zasadach”. Ze względu na ogromne zainteresowanie tematem planowane są kolejne edycje – tak, aby każdy zainteresowany diagnosta mógł wziąć udział.

To dopiero początek. W czerwcu rusza cykl szkoleń „Diagnostyka parazytologiczna układu pokarmowego”, a jesienią – „Diagnostyka płynów z jam ciała”.

24 maja z okazji obchodów Dnia Diagnosty Laboratoryjnego, studenci kierunku Analityka Medyczna zrzeszeni w Studenckim Towarzystwie Diagnostów Laboratoryjnych UJ CM po raz kolejny stanęli na wysokości zadania i zorganizowali medyczny event edukacyjny w Galerii Handlowej „Serenada”. Na przygotowanych stoiskach odwiedzający mogli bezpłatnie zmierzyć poziom glikemii, ciśnienie tętnicze oraz porozmawiać z przyszłymi diagnostami o zdrowiu, profilaktyce i roli diagnostyki laboratoryjnej w codziennej opiece medycznej. Dla najmłodszych gości powstało specjalne „Laboratorium Małego Diagnosty”, gdzie dzieci mogły samodzielnie obserwować świat pod mikroskopem – nauka przez zabawę w najlepszym wydaniu! Serdecznie dziękujemy studentom za ogromne zaangażowanie i pasję w promowaniu zawodu diagnosty laboratoryjnego. Na wszystkich odwiedzających czekały drobne upominki, które zostały ufundowane przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych.

24 maja w krakowskim Parku Strzeleckim odbył się Integracyjny Piknik Rodzinny Zawodów Zaufania Publicznego – wydarzenie pełne radości, uśmiechu i atrakcji dla najmłodszych. Dzieci mogły korzystać z dmuchańców, przejażdżek na kucykach, malowania twarzy i licznych zabaw, a scenę wypełniły występy artystyczne. Szczególnym zainteresowaniem cieszyło się stoisko Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, gdzie najmłodszy uczestnicy mieli okazję wykonać proste doświadczenia i poznać tajniki pracy diagnosty. Dziękujemy zespołowi diagnostów z Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego im. św. Ludwika w Krakowie oraz Paniom Kierownik: dr n. med. Aleksandrze Tokarz i dr n. med. Małgorzacie Kielar za profesjonalne przygotowanie pokazu. Wyrazy uznania kierujemy także do diagnostów ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie – mgr Agnieszki Tomaszewskiej, mgr Joanny Wierciak i mgr Piotra Barasińskiego – a także studentów analityki medycznej UJ CM za ich entuzjazm i zaangażowanie. Nad przebiegiem wydarzenia czuwały członkinie KRDL: dr Ewa Gomółka, dr Karolina Bukowska-Strakova i mgr Bernadetta Jakubowicz. Dziękujemy wszystkim za obecność i wspólne świętowanie.

KIDL na Kosmicznym Dniu Dziecka w KPRM

31 maja Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych po raz pierwszy wzięła udział w Pikniku z okazji Dnia Dziecka w Ogrodach Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, organizując własne stoisko edukacyjne. Wydarzenie odbyło się pod hasłem „Misja: Kosmiczny Dzień Dziecka”. Strefa KIDL przyciągnęła wielu odwiedzających – dzieci z entuzjazmem uczestniczyły w eksperymentach, obserwacjach mikroskopowych i quizach edukacyjnych. Stoisko cieszyło się dużym zainteresowaniem i spotkało się z bardzo pozytywnym odbiorem zarówno ze strony najmłodszych, jak i ich opiekunów. Dziękujemy wszystkim, którzy odwiedzili naszą strefę, a także studentom analityki medycznej i partnerom, którzy wsparli naszą obecność.

CZERWIEC 2025

6 czerwca w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej odbyło się pierwsze wspólne posiedzenie Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej. Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych reprezentowali: Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintał-Ślimak, Wiceprezes KRDL Anna Lipnicka, Skarbnik KRDL dr n. med. Konrad Grzeszczak, Sekretarz KRDL Mateusz Chmielarz oraz Członkini KRDL Ewa Brzezińska. Zdalnie w spotkaniu uczestniczyła Wiceprezes KRDL dr n. med. i n. o zdr. Katarzyna Ziółkowska oraz Członkini KRDL Alicja Utracka. Jednym z kluczowych tematów spotkania była diagnostyczna porada laboratoryjna – nowa forma współpracy diagnostów z lekarzami, mająca na celu poprawę jakości i trafności decyzji klinicznych poprzez specjalistyczną interpretację wyników badań laboratoryjnych. Porada ta ma wspierać proces diagnostyczno-terapeutyczny, zwiększać bezpieczeństwo pacjentów i wzmacniać rolę diagnosty laboratoryjnego w systemie ochrony zdrowia. W trakcie posiedzenia poruszono również kwestie związane z profilaktyką zdrowotną oraz rolą diagnostów w zespołach ds. kontroli zakażeń szpitalnych.



6 czerwca rozpoczęła się druga edycja Warsztatów Hematologicznych Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych. Temat pozostaje niezmiennie ważny i praktyczny: „Rozmaz krwi – identyfikacja i klasyfikacja limfocytów”, a zajęcia prowadzi dr n. farm. Aneta Wrzyszczyk. Uczestników przywitały Wiceprezes KRDL Anna Lipnicka oraz Ewa Brzezińska, członek KRDL i organizatorka wydarzenia. Był czas na rozmowy, wymianę doświadczeń i dobre słowo. Ze względu na ogromne zainteresowanie planujemy kolejne edycje – szczegóły wkrótce pojawią się na naszej stronie internetowej. Dziękujemy, że jesteście z nami – wspólnie rozwijamy polską medycynę laboratoryjną!



10–12 czerwca w Szczyrk w hotelu Mercure, odbyła się konferencja z okazji 20-lecia firmy Sysmex. Zaprezentowano najnowsze rozwiązania technologiczne. Była to doskonała okazja do wymiany doświadczeń oraz integracji środowiska diagnostów. W uroczystości wzięły udział m.in.: dr Magdalena Kościelniak-Ziemniak oraz dr Elżbieta Rabsztyn, członkini KRDL w woj. śląskiego.



27 MAJA

DZIEŃ DIAGNOSTY LABORATORYJNEGO

27 maja w całej Polsce świętowaliśmy Dzień Diagnosty Laboratoryjnego – wyjątkową okazję do docenienia roli diagnostów w systemie ochrony zdrowia. Celem obchodów było zwiększenie świadomości społecznej na temat znaczenia tej profesji oraz integracja środowiska zawodowego. W wielu placówkach odbywały się spotkania, szkolenia i konferencje, które podkreślały wspólne wartości, budowały relacje i wzmacniały poczucie przynależności do tej niezwykle ważnej grupy zawodowej. Poniżej zamieszczamy relacje z obchodów Dnia Diagnosty Laboratoryjnego z: Katowic, Kielc, Krakowa, Olsztyna oraz Warszawy.

Katowice

Centralnym punktem obchodów święta Diagnosty Laboratoryjnego była interdyscyplinarna konferencja pt. „Porada diagnostyczna – istotny element systemu ochrony zdrowia w opiece nad pacjentem”, która odbyła się w dniach 27–28 maja w Akademii Śląskiej w Katowicach. Wydarzenie zorganizowano we współpracy z Krajową Izbą Diagnostów Laboratoryjnych oraz Konsultantem Wojewódzkim, dr n. med. Elżbietą Rabsztyn. Patronat nad konferencją objęli: Wojewoda Śląski, Marszałek Województwa Śląskiego, KIDL oraz Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej (PTDL). W konferencji wzięli udział: Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintał-Ślimak, dr n. med. Magdalena Kościelniak-Ziemniak, mgr Renata Krygiel (członkinię KRDL z woj. śląskiego), dr n. med. Tomasz Anyszek, konsultanci wojewódzcy w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej: mgr Agnieszka Chojęta (woj. lubelskie) oraz dr Monika Jabłonowska (woj. mazowieckie). Głównym celem wydarzenia było zwrócenie uwagi na rolę porady diagnostycznej – niezwykle potrzebnego, choć wciąż niedostatecznie docenianego elementu opieki nad pacjentem. Wiele uwagi poświęcono też potrzebie formalnego usankcjonowania tej formy wsparcia w systemie prawnym. Konferencja była nie tylko okazją do merytorycznej dyskusji i wymiany doświadczeń, ale także do wspólnego świętowania – m.in. podczas uroczystej kolacji i koncertu w Operze Śląskiej. Wydarzenie odbyło się w wyjątkowej atmosferze zaangażowania, profesjonalizmu i wzajemnego szacunku. Z całego serca dziękujemy wszystkim uczestnikom, prelegentom, partnerom i organizatorom za obecność, zaangażowanie i wspólne tworzenie tak ważnej przestrzeni do rozmowy o przyszłości diagnostyki laboratoryjnej w Polsce.



Kraków

Dzień Diagnosty Laboratoryjnego – studenci Analityki Medycznej w akcji!

24 maja 2025 r., z okazji obchodów Dnia Diagnosty Laboratoryjnego, studenci kierunku Analityka Medyczna zrzeszeni w Studenckim Towarzystwie Diagnostów Laboratoryjnych UJ CM po raz kolejny stanęli na wysokości zadania i zorganizowali medyczny event edukacyjny w Galerii Handlowej „Serenada”. Na przygotowanych stoiskach odwiedzający mogli bezpłatnie zmierzyć poziom glikemii, ciśnienie tętnicze oraz porozmawiać z przyszłymi diagnostami o zdrowiu, profilaktyce i roli diagnostyki laboratoryjnej w codziennej opiece medycznej. Dla najmłodszych gości powstało specjalne „Laboratorium Małego Diagnosty”, gdzie dzieci mogły samodzielnie obserwować świat pod mikroskopem – nauka przez zabawę w najlepszym wydaniu! Serdecznie dziękujemy studentom za ogromne zaangażowanie i pasję w promowaniu zawodu diagnosty laboratoryjnego. Na wszystkich odwiedzających czekały drobne upominki, które zostały ufundowane przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych.



**DZIEŃ
DIAGNOSTY
LABORATORYJNEGO**

Olsztyn



30 maja w hotelu Omega w Olsztynie odbyła się konferencja naukowo-szkoleniowa „Dzień Diagnosty Laboratoryjnego – Olsztyn 2025”. Wzięło w niej udział 130 diagnostów z Warmii i Mazur oraz z woj. podlaskiego. Organizatorami byli członkowie VI Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych: Iwona Kowalczyk (WMCCP Olsztyn) i Lidia Błaśkiewicz (WSS Olsztyn) oraz przedstawiciele KRDL z woj. podlaskiego. W programie konferencji było 8 ciekawych wykładów, m.in. o standaryzacji badania ogólnego moczu, raku szyjki macicy, badaniach genetycznych i cytometrii przepływowej w diagnostyce hematologicznej, a także znaczeniu klinicznym aktywnej formy witaminy B12. Pod koniec szkolenia odbył się również interesujący wykład związany z autoimmunizacyjnymi chorobami wątroby oraz prelekcja na temat wykorzystania paneli syndromicznych. Konferencja była doskonałą okazją do poszerzenia wiedzy, wymiany doświadczeń z okazji Dnia Diagnosty Laboratoryjnego. Wspólne szkolenie buduje relacje oraz wzmacnia poczucie przynależności do tej niezwykle ważnej grupy zawodowej. Konferencja była nie tylko okazją do merytorycznej dyskusji, ale także do wspólnego świętowania – m.in. podczas uroczystej kolacji w hotelu Omega. Wydarzenie odbyło się w wyjątkowej atmosferze zaangażowania, profesjonalizmu i wzajemnego szacunku diagnostów laboratoryjnych z woj. warmińsko-mazurskiego oraz podlaskiego. Z całego serca dziękuję wszystkim uczestnikom, wykładowcom, partnerom za obecność, zaangażowanie i wspólne tworzenie tak ważnej przestrzeni do rozmowy o przyszłości diagnostyki laboratoryjnej w naszym województwie i w Polsce.

mgr Iwona Kowalczyk
Członek KRDL VI Kadencji, woj. warmińsko-mazurskie

Żary

30 czerwca z okazji Dnia Diagnosty Laboratoryjnego, klasa 2a Szkoły Podstawowej nr 2 w Żarach uczestniczyła w wyjątkowych zajęciach edukacyjnych, dzięki którym dzieci zapoznały się z zawodem Diagnosty Laboratoryjnego, znaczeniem badań laboratoryjnych w diagnostyce chorób, a przede wszystkim oswajały swój lęk przed pobraniem krwi. Organizatorkami wydarzenia były: Dorota Lorc i Magdalena Frankiewicz. Uśmiech i zainteresowanie uczniów podczas tych zajęć jest najlepszym dowodem na to, jak ważna jest edukacja zdrowotna już od najmłodszych lat.



Warszawa

III Mazowiecki Dzień Diagnosty Laboratoryjnego

31 maja na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym odbyła się trzecia edycja Mazowieckiego Dnia Diagnosty Laboratoryjnego – konferencja naukowo-szkoleniowa pod hasłem „Diagnostyka laboratoryjna odpowiedzią na potrzeby kliniczne”. Konferencja odbyła się pod honorowym patronatem Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prof. dr. hab. Rafała Krenke oraz Wojewody Mazowieckiego Mariusza Frankowskiego. Patronat objął również Dziekan Wydziału Farmaceutycznego WUM dr hab. Piotr Luliński. Współorganizatorem wydarzenia była Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych. W wydarzeniu uczestniczyła Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych dr n. med. Monika Pintał-Ślimak. W programie znalazły się wykłady ekspertów z zakresu diagnostyki immunogenetycznej, POCT, biomarkerów w stwardnieniu rozsianym, diagnostyki HCV, oznaczeń PTH śródoperacyjnego oraz wsparcia pacjentów odczuwających lęk przed pobraniem krwi. Wydarzenie odbyło się dzięki zaangażowaniu prof. Olgi Ciepieli, dr Moniki Jabłonowskiej oraz dr Aldony Wierzbickiej-Rucińskiej, którym składamy serdeczne podziękowania za profesjonalizm i wkład w organizację konferencji. Serdecznie dziękujemy wszystkim uczestnikom – diagnostom laboratoryjnym, studentom oraz osobom zainteresowanym medycyną laboratoryjną – za udział i stworzenie wyjątkowej atmosfery wspólnego świętowania Dnia Diagnosty Laboratoryjnego.



Kielce

7 czerwca w Energetycznym Centrum Nauki w Kieleckim Parku Technologicznym również obchodzono Dzień Diagnosty Laboratoryjnego. Tegoroczny Świętokrzyski Dzień Diagnosty był pełen wiedzy, inspiracji i radości z odkrywania świata diagnostyki – zarówno dla profesjonalistów, jak i dla najmłodszych. Diagnostki laboratoryjni uczestniczyli w merytorycznych i ciekawych wykładach z zakresu medycyny laboratoryjnej oraz zdrowego stylu życia. Gościliśmy wybitnych specjalistów z dziedzin stomatologii, hematologii, psychologii, podologii, a także przedstawicieli firmy Roche Diagnostics, którzy podzielili się swoją wiedzą, doświadczeniem oraz nowoczesnym spojrzeniem na rozwój diagnostyki i profilaktyki zdrowotnej. Dzieci i młodzież również miały swój wyjątkowy dzień pełen naukowych atrakcji: warsztaty naukowe – mali uczestnicy samodzielnie wykonywali eksperymenty, poznawali działanie mikroskopu i narzędzi diagnostycznych, ucząc się poprzez doświadczenie i zabawę. Prelekcja o pracy w laboratorium dla dzieci – w ciekawy i przystępny sposób opowiedzieliśmy najmłodszym, kim jest diagnosta laboratoryjny i jak wygląda jego codzienna praca. Zwiedzanie Energetycznego Centrum Nauki – dzieci odkrywały świat nauki na interaktywnych stanowiskach, łącząc zabawę z nauką w inspirującym środowisku. Do zobaczenia za rok!

Zarząd PTDL o/Kielce



**DZIEŃ
DIAGNOSTY
LABORATORYJNEGO**



Kielce

Promocja zawodu diagnosty laboratoryjnego

16 kwietnia 2025 roku odbyło się fascynujące spotkanie z dziećmi z grupy zerówkowej Przedszkola im. Kubusia Puchatka w Kielcach. Dzieci poznały zawód diagnosty laboratoryjnego, który przedstawiła im Sylwia Chrzanowska, mama Oli – jednej z dziewczynek z grupy zerówkowej, która na co dzień pracuje w Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej Szpitala MSWiA im. św. Jana Pawła II w Kielcach właśnie jako diagnosta laboratoryjny.

Przedszkolaki dowiedziały się kim jest, czym się zajmuje i gdzie można spotkać diagnostę laboratoryjnego. Zdobyły również wiedzę na temat medycznego laboratorium diagnostycznego, dowiedziały się jakie badania można tam wykonać, w jakim celu robi się badania i do czego są te badania niezbędne.

Dzieci poznały też niezwykłego pacjenta o imieniu Miś, któremu pobrały „krew” i „wymaz” z nosa. Przeszli też kurs pt. „Dzielny pacjent w punkcie pobrania”, który miał na celu oswojenie małych pacjentów z tematem pobierania krwi. Wszyscy uczestnicy kursu otrzymali na koniec dyplomy jego ukończenia, a także upominki w postaci kolorowanek, które przekazała dla dzieci Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych.

Po części szkoleniowej, dzieci wcieliły się w role pracowników laboratorium i wykonały swoje pierwsze badania: nastawiły OB, wykonały badanie właściwości fizycznych moczu za pomocą paska, a także nakrapiały kolorowe barwniki spożywcze na płytę serologiczną używaną niegdyś do oznaczeń grup krwi. W przedszkolnym laboratorium sok żurawinowy zastępował krew, sok jabłkowy – mocz, zaś krem czekoladowy udawał kał. Wywołało to niemały śmiech wśród dzieci.

Oprócz zabaw manualnych, dzieci oglądały też zdjęcia mikroskopowe krwi z atlasu, a także zobaczyły prawdziwy preparat w postaci skrzydełka muchy pod przenośnym mikroskopem przeznaczonym dla małych odkrywców.

To był niesamowicie inspirujący czas spędzony z przedszkolakami, a po ich uśmiechach na twarzy widać było, że im też bardzo podobały się takie zajęcia.



Promocja zawodu diagnosty laboratoryjnego



Ostrowiec Świętokrzyski

Promocja zawodu diagnosty w PSP nr 14



Kraków

Piknik Zawodów Zaufania Publicznego 24.05.2025



Morawica

Promocja zawodu diagnosty Szkole Podstawowej w Morawicy



**DZIEŃ
DIAGNOSTY
LABORATORYJNEGO**



Szklarska Poręba

W dniach **15–16 maja** w malowniczej Szklarskiej Porębie odbyła się wyjątkowa konferencja naukowo-szkoleniowa, która zgromadziła ponad 200 diagnostów laboratoryjnych i przedstawicieli branży medyczno-diagnostycznej z całego kraju. Wydarzenie miało szczególny jubileuszowy charakter, bowiem połączyło 60-lecie działalności wrocławskiego oddziału Polskiego Towarzystwa Diagnostów Laboratoryjnych (PTDL) z XXX Konferencją Naukowo-Szkoleniową Diagnostów Laboratoryjnych Wojskowej Służby Zdrowia. Po raz kolejny Szklarska Poręba zgromadziła w jednym miejscu środowiska naukowe, medyczne i wojskowe, których wspólnym mianownikiem jest nieustanne dążenie do doskonalenia wiedzy i praktyki w zakresie diagnostyki laboratoryjnej.

Przewodniczącym komitetu organizacyjnego wydarzenia był dr n. med. Jacek Majda, kierownik Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ i konsultant wojewódzki w dziedzinie laboratoryjnej diagnostyki medycznej województwa dolnośląskiego. Jego wieloletnie zaangażowanie w integrację środowiska zawodowego trwa nieprzerwanie od 1998 roku. Przewodniczącą Komitetu Naukowego konferencji była prof. dr hab. Iwona Bił-Lula, która czuwała nad wysokim poziomem merytorycznym wydarzenia. Dzięki jej zaangażowaniu program konferencji objął zarówno najnowsze osiągnięcia naukowe, jak i praktyczne wyzwania codziennej pracy w laboratoriach.

Konferencję uświetnili wyjątkowi goście honorowi, w gronie których znaleźli się:

- gen. bryg. dr hab. n. med. Wojciech Tański, prof. PWR, Komendant 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ,
- dr hab. n. med. Katarzyna Winsz-Szczotka, prof. SUM, prezes Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej,
- dr n. med. Monika Pintał-Ślimak, prezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych,
- prof. dr hab. Marek Paradowski, Członek Honorowy Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej.

Ich obecność oraz wystąpienia podkreśliły rangę wydarzenia i znaczenie diagnostyki laboratoryjnej dla systemu ochrony zdrowia. W Konferencji udział wzięli zarówno Konsultanci zarówno Wojskowej Służby Zdrowia:

- dr hab. Agnieszka Woźniak-Kosek – Konsultant Krajowy ds. Obronności w dziedzinie epidemiologii,
- dr n. med. Mariusz Szablewski – Konsultant wojskowej służby zdrowia w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej, jak również Konsultanci Wojewódzcy:
- dr hab. n. med. Izabela Łaczmąńska – Konsultant Wojewódzki ds. laboratoryjnej genetyki medycznej dla województwa dolnośląskiego,
- prof. dr hab. n. med. Marzenna Bartoszewicz – Konsultant Wojewódzki ds. mikrobiologii lekarskiej dla województwa dolnośląskiego,
- mgr Katarzyna Drzyzga-Gramacką – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej dla województwa lubuskiego,
- dr n. med. Rafał Wlazeł – Konsultant wojewódzki w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej dla województwa łódzkiego,
- mgr Ewelina Kudyba – Konsultant wojewódzki w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej dla województwa opolskiego.



**Promocja zawodu
diagnosty
laboratoryjnego**

Uroczysta inauguracja konferencji, prowadzona przez dr. Jacka Majdę, dr. Mariusza Szablewskiego i dr. Olę Łoskę-Rytwińską, miała niezwykle podniosły charakter. Szczególnym momentem był wykład inauguracyjny prof. dr. hab. Marka Paradowskiego pt. „Aktywność diagnostów laboratoryjnych wrocławskiego oddziału PTDL i zakładów leczniczych Wojskowej Służby Zdrowia w 60-letniej działalności towarzystwa – wspomnienia własne”. Profesor Paradowski, wieloletni Członek Zarządu Głównego PTDL, ceniony wykładowca i zaangażowany działacz środowiskowy, w barwny i osobisty sposób przybliżył historię oddziału, przypominając o ludziach, inicjatywach i przemianach, które wpłynęły na dzisiejszy kształt Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej. Jego wystąpienie nie tylko wzbogaciło program konferencji o cenny wymiar historyczny, ale również podkreśliło znaczenie ciągłości i tradycji w rozwoju diagnostyki laboratoryjnej w Polsce.

Oprawę artystyczną inauguracji zapewnił Reprezentacyjny Chór Akademii Wojsk Lądowych. W części inauguracyjnej wręczono także nagrody i odznaczenia. Wyróżnieni odznaczeniem „PTDL w Uznaniu Zasług” zostali:

- dr. n. farm. Marek Majśnerowicz
- dr n. med. Jacek Pulit
- dr n. med. Sławomir Piątas
- dr n. med. Mariusz Szablewski
- mgr Iwona Słowikowska
- mgr Renata Zygmuntowicz-Anisko.

A odznaczenie „Zasłużony diagnosta laboratoryjny” z rąk Prezes KIDL dr n. med. Moniki Pintał-Slimak otrzymali:

- mgr Agnieszka Dubanowicz
- mgr Julita Kołodziejek
- mgr Jolanta Szumielewicz
- dr n. med. Olga Łoska-Rytwińska
- mgr Katarzyna Żybura-Wszola.

Sesje merytoryczne obejmowały następujące zagadnienia:

- POSTĘPY HEMATOLOGII I ONKOLOGII
- METABOLIZM W CENTRUM UWAGI: INTERDYSCYPLINARNE SPOJRZENIE NA ZDROWIE
- ZDROWIE W TROPIKACH: NOWOCZESNE PODEJŚCIA DO PARAZYTOLOGII
- ŚWIAT MIKROORGANIZMÓW: NOWE HORYZONTY DIAGNOSTYKI ZAKAŻEŃ
- NOWOCZESNA DIAGNOSTYKA IMMUNOLOGICZNA – STANDARDY, WYZWANIA, PRZYSZŁOŚĆ
- INNOWACJE W POSTĘPOWANIU DIAGNOSTYCZNYM

i charakteryzowały się wysokim poziomem naukowym i profesjonalnym przygotowaniem, co znalazło uznanie wśród uczestników. Wystąpienia były prowadzone przez wybitnych specjalistów z różnych dziedzin medycyny laboratoryjnej, którzy nie tylko przedstawili najnowsze osiągnięcia naukowe i innowacje w diagnostyce laboratoryjnej, ale także dzielili się swoim doświadczeniem klinicznym i praktycznymi rozwiązaniami. Dzięki temu każda sesja stanowiła istotny wkład w poszerzenie wiedzy i kompetencji zawodowych uczestników konferencji.

Jubileuszowa Konferencja w Szklarskiej Porębie była nie tylko okazją do zapoznania się z bogatą ofertą merytoryczną wykładów, ale również do zacieśnienia więzi zawodowych i budowania wspólnoty środowiska diagnostów laboratoryjnych Dolnego Śląska. Wysoki poziom merytoryczny wystąpień, znakomita organizacja oraz zaangażowanie uczestników sprawiły, że wydarzenie można uznać za wyjątkowo udane.



DZIEŃ DIAGNOSTY LABORATORYJNEGO





MARCEL S.A.

PATeXpert

NOWA JAKOŚĆ W PATOMORFOLOGII!



PATeXpert to system informatyczny klasy LIMS, zaprojektowany z myślą o wsparciu badań patomorfologicznych, który ułatwia pracę i przyspiesza procesy diagnostyczne. Obejmuje on:

- histopatologię
- cytologię
- cytologię ginekologiczną
- badania śródoperacyjne
- sekcje zwłok

System umożliwia również zlecenie badań dodatkowych immunohistochemicznych, histochemicznych, fluorescencyjnych i molekularnych.

OTO NIEKTÓRE Z KLUCZOWYCH JEGO FUNKCJI:

- widoczność postępu prac
- wieloparametrowe filtrowanie zleceń
- bezpieczeństwo pracy
- automatyczna rejestracja niezgodności
- integracja ze specjalistycznym sprzętem
- precyzyjne określenie czasu utrwalenia materiału
- bezpieczne przypisywanie ról i uprawnień
- rozbudowany moduł Finanse
- Moduł Zewnętrznej Rejestracji dla punktów pobranych

DLACZEGO WARTO WYBRAĆ PATEXPART?

Dzięki niemu zyskujesz:

- kompleksowe zarządzanie badaniami
- bezpieczeństwo i zgodność z najwyższymi standardami
- oszczędność czasu i optymalizację procesów
- łatwą integrację z barwiarkami i analizatorami
- wsparcie serwisu dostępne 24/7
- sprawne wdrożenie i szkolenia stanowiskowe

PATEXPART TO WIĘCEJ NIŻ SYSTEM – to narzędzie tworzące nową jakość w diagnostyce patomorfologicznej.

CHCESZ UMÓWIĆ SIĘ NA PREZENTACJĘ SYSTEMU? SKONTAKTUJ SIĘ Z NAM!

Marcel S.A., ul. Prymasa Stefana Wyszyńskiego 11, 05-220 Zielonka



+48 22 490 95 30



oferty@marcel.pl



www.marcel.pl



• mgr Zuzanna Trojnar

Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi
Szpitala Miejskiego w Rzeszowie im. Jana Pawła II

ALLOGENICZNE PRZESZCZEPIENIE HEMATOPOETYCZNYCH KOMÓREK KRWIOTWÓRCZYCH (ALLOHSCT) – DOBÓR SKŁADNIKÓW KRWI DLA BIORCÓW PRZESZCZEPU

Przeszczepienie hematopoetycznych komórek krwiotwórczych (ang. *Hematopoietic Stem Cell Transplantation*, HSCT) jest procedurą stosowaną w przypadku różnych chorób układu krwiotwórczego, mającą na celu zastąpienie patologicznego szpiku pacjenta krwiotwórczymi komórkami macierzystymi zdrowego dawcy.

Źródłem komórek krwiotwórczych mogą być: szpik kostny, krew obwodowa (pacjenta lub dawcy) oraz krew pępowinowa [1–4].

Można wyróżnić następujące rodzaje HSCT:

- autologiczne (autoHSCT) – komórki macierzyste pobierane są od pacjenta przed leczeniem, przechowywane a następnie podawane pacjentowi po leczeniu, np. chemioterapii lub radioterapii. W tym przypadku nie występuje ryzyko odrzucenia przeszczepu, jednak może wystąpić ryzyko nawrotu choroby [4].
- allogeniczne (alloHSCT) – komórki krwiotwórcze pochodzą od dawcy niespokrewnionego (przeszczep zgodny lub niezgodny od dawcy niespokrewnionego) lub spokrewnionego, np. rodzeństwa, które odziedziczyło te same geny układu HLA. W przypadku bliźniąt jednojajowych przeszczep nazywany jest syngenicznym, a w przypadku rodziców będących dawcami przeszczepu dla dziecka mamy do czynienia z przeszczepieniem haploidentycznym (połowa genów biorcy jest zgodna z jednym z rodziców) [3, 4].

Autologiczne zabiegi HSCT wykonywane są zwykle w przypadkach szpiczaka plazmocytoowego (50%) i chłoniaka (40%), a allogeniczne w przypadku chorób nowotworowych, w tym ostrej białaczki szpikowej (40%), ostrej białaczki limfatycznej (15%)

i innych schorzeń (35 %) [2]. AlloHSCT wymaga dopasowania w zakresie ludzkich antygenów leukocytarnych (HLA – ang. *Human Leukocyte Antigens*), co stanowi główną przeszkodę w wyborze dawcy, jednocześnie zaś rygorystyczny dobór pozostaje ważnym czynnikiem prognostycznym powodzenia procedury przeszczepienia [1, 2, 5].

Transfuzje składników krwi stanowią istotną część opieki na pacjentami przed i po alloHSCT i są traktowane jako leczenie wspomagające w tej grupie pacjentów. Głównymi składnikami przetaczanymi w okresie okołoprzeszczepowym są KKCz oraz KKP [6]. Ze względu na to, że geny układu HLA są dziedziczone niezależnie od układów grupowych krwi, zabiegi alloHSCT w 20–50% przeprowadzane są pomimo niezgodności w układzie ABO [3, 5–7]. Znaczenie dopasowania grup krwi w układzie ABO jest mniej istotne w przypadku alloHSCT niż w przypadku przeszczepiania narządów, jednakże przeszczep komórek krwiotwórczych niezgodnych w układzie ABO może powodować trudności związane z doбором składników krwi do transfuzji w różnych okresach po przeszczepieniu [2, 5–7]. Oprócz niezgodności dotyczących układu ABO (najczęściej występujących) może wystąpić również brak dopasowania w zakresie fenotypów z układu Rh i Kell oraz w przypadku obecności alloprzeciwciał odpornościowych [1, 2, 7–10]. Odpowiednia preparatyka składników krwi po-

zwała zminimalizować możliwe niekorzystne skutki transfuzji w takich sytuacjach, z jednoczesnym zachowaniem jak najwyższej jakości materiału przeszczepowego. Dzięki niej pacjenci z obniżoną odpornością z powodu choroby lub chemioterapii są mniej narażeni na immunizację obcymi antygenami. Stosowanie składników krwi o obniżonej zawartości leukocytów pozwala nie tylko ograniczyć ryzyko alloimmunizacji, ale także przeniesienia czynników zakaźnych przenoszonych przez krew, np. CMV (*Cytomegalowirus*) [3]. Dodatkowo, aby zminimalizować możliwość wystąpienia potransfuzyjnej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (TA-GvHD) należy przetaczać biorcom przeszczepu napromieniowane składniki krwi [2].

Rodzaje niezgodności pomiędzy biorcą i dawcą w zakresie układu ABO można podzielić na dużą, małą oraz jednocześnie dużą i małą.

- **Duża niezgodność** w układzie ABO charakteryzuje się występowaniem w osoczu biorcy przeciwciał reagujących z antygenami obecnymi na erytrocytach wytwarzanych przez szpik kostny pochodzący od dawcy przeszczepu [8, 7]. Przykładem jest sytuacja, gdy biorca ma grupę krwi O a dawca grupę krwi A, B lub AB [2, 5, 11]. Jako zagrożenia mogące wystąpić po transfuzji składników krwi w tej niezgodności należy wymienić hemolizę wewnątrznaczyniową oraz możliwość wystąpienia aplazji układu czerwonych krwinek w wyniku obecności przeciwciał anty-A i/lub anty-B u biorcy [10]. Objawy mogą wystąpić najczęściej w okresie od 1 do 3 miesięcy po transplantacji i zależą od miana przeciwciał u biorcy przeszczepu [7].
- **Mała niezgodność** polega na obecności w osoczu dawcy KK przeciwciał skierowanych przeciwko antygenom znajdującym się na krwinkach czerwonych biorcy (dawca nie posiada antygeny, który występuje u biorcy). W tym przypadku dawca alloHSCt posiada np. grupę krwi O a biorca grupę krwi A, B lub AB [2, 5, 8, 11]. Do powikłań mogących wystąpić w przypadku małej niezgodności w zakresie układu ABO zalicza się ostrą hemolizę lub zespół pasażerskich limfocytów, który może powodować opóźnioną hemolizę pozostałych krwinek czerwonych biorcy przez izoaglutyny wytwarzane przez limfocyty B

dawcy, przy czym ryzyko mija po przyjęciu się przeszczepu [2, 4, 6, 7].

- **Duża i mała niezgodność** występuje w sytuacji, gdy dawca posiada grupę krwi A, natomiast biorca grupę krwi B lub odwrotnie [11]. Do transfuzji należy wykorzystać KKCz grupy krwi O, natomiast w przypadku płytek krwi i osocza przetaczać składniki grupy AB.

Niezgodności w układzie RhD

W przypadku doboru składników krwi dla pacjentów po alloHSCt należy również wziąć pod uwagę niezgodność w układzie RhD. Duża niezgodność jest definiowana, gdy dawca posiada krwinki RhD+ (dodatnie) a biorca RhD- (ujemne). Mała niezgodność występuje natomiast, gdy dawca jest RhD- (ujemny) a biorca RhD+ (dodatni). Do transfuzji zaleca się dobór krwi RhD-, chyba że zarówno dawca, jaki i biorca mają na krwinkach antygeny z układu RhD [2, 6].

Dobór składników krwi

Ogólnym i najważniejszym zaleceniem podczas doboru składników krwi u pacjentów po alloHSCt jest unikanie reakcji antygen-przeciwciała. Dla przykładu w dużej niezgodności należy tak dobrać składniki, aby krwinki czerwone były zgodne z grupą krwi biorcy, zaś osocze jednoimienne z grupą dawcy lub grupy AB. W przypadku małej niezgodności krwinki czerwone muszą być jednoimienne z grupą krwi dawcy, a osocze jednoimienne z grupą biorcy (w okresie 3–4 miesięcy po alloHSCt – dopóki w krążeniu obecne są krwinki biorcy sprzed przeszczepienia). Podczas planowania transfuzji składników krwi, brany jest również pod uwagę okres, w jakim znajduje się biorca alloHSCt, tj. okres przed przeszczepieniem, okres okołoprzeszczepowy oraz okres po przeszczepieniu, aż do uzyskania pełnej odnowy szpiku [2, 5, 10]. Zalecenia przedstawione poniżej zostały opracowane na podstawie zebranego piśmiennictwa i mogą różnić się pomiędzy ośrodkami transplantacyjnymi, które przygotowują najbardziej optymalne strategie kliniczne dla biorców wymagających transfuzji poprzyszczepieniu komórek krwiotwórczych (KK).

Tab. 1. Przykładowa strategia doboru składników krwi u biorców po alloHSCt. [6]

Niezgodność w układzie ABO	Grupa krwi BIORCY	Grupa krwi DAWCY	Okres przed przeszczepieniem komórek krwiotwórczych (okres przygotowawczy)	Okres po przeszczepieniu (faza do całkowitego wszczepienia i faza po całkowitym wszczepieniu)		
			Wszystkie składniki krwi	KKCz	Osocze	Płytki krwi
Duża	O	A	Zgodne z grupą krwi biorcy	O	A	A
	O	B		O	B	B
	O	AB		O	AB	AB
	A	AB		A,O	AB	AB
	B	AB		B,O	AB	AB
Mała	A	O		O	A	A
	B	O		O	B	B
	AB	O		O	AB	AB
	AB	A		A,O	AB	AB
	AB	B		B,O	AB	AB
Jednocześnie duża i mała	A	B		O	AB	AB
	B	A		O	AB	AB

Okres przed transplantacją

W przypadku transfuzji w okresie przed alloHSCt zaleca się przetaczanie KKCz zgodnego z grupą krwi biorcy KK w zakresie układów ABO oraz RhD. Gdy występuje jednocześnie duża i mała niezgodność, należy dobierać KKCz grupy O oraz zgodne w zakresie układu Rh i antygenu K z układu Kell [9].

Wczesny okres po transplantacji

Szczegółowe wytyczne dotyczące przetaczania składników krwi we wczesnym okresie po przeszczepieniu KK zamieszczone są w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 stycznia 2023 r. w sprawie wymagań dobrej praktyki przechowywania i wydawania krwi i jej składników dla banków krwi oraz badań z zakresu immunologii transfuzjologicznej wykonywanych w zakładach leczniczych innych niż regionalne centra, Wojskowe Centrum lub Centrum MSWiA [12]. W dokumencie tym podane są również warunki, jakie muszą być spełnione, aby można było przetoczyć składniki krwi zgodne z grupą krwi w układzie ABO i RhD zgodne z grupą krwi dawcy KK w przypadku każdej z niezgodności.

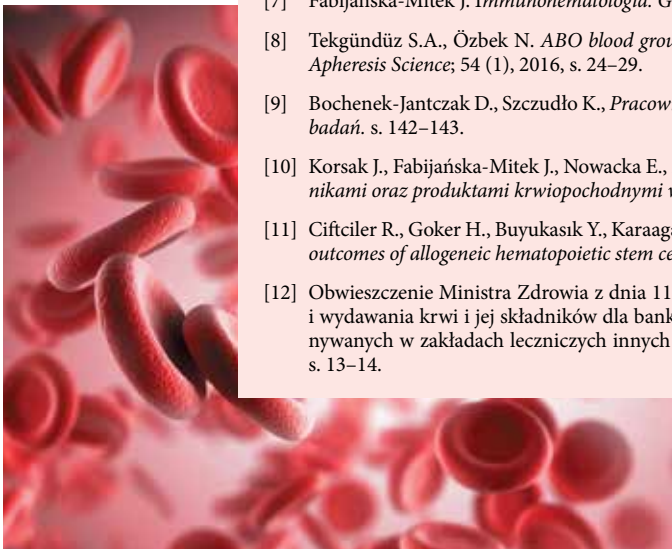
Okres po przyjęciu się przeszczepu

Okres ten umożliwia przetaczanie KKCz zgodnego z nową grupą krwi biorcy. Chimeryzm badany jest metodami serologicznymi oraz biologii molekularnej, co pozwala na monitorowanie przebiegu choroby lub pojawienia się ewentualnej wznowy choroby pierwotnej [4].

Biorcy KK są szczególną grupą pacjentów narażoną na wielorakie powikłania po przeszczepieniu, a postępowanie w leczeniu wspomagającym może mieć kluczowe znaczenie dla powodzenia procedury przyjęcia przeszczepu. Z uwagi na możliwość wystąpienia różnych, także nietypowych sytuacji klinicznych, dobór składników krwi dla pacjentów po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych wymaga dokładnej analizy, stosowania obowiązujących przepisów i procedur oraz współpracy klinicystów, pracowników banków krwi oraz diagnostów – serologów. ●

PIŚMIENNICTWO

- [1] Worel N. *ABO-mismatched allogeneic hematopoietic stem cell transplantation*. Transfus Med Hemother 2016; 43: 3–12.
- [2] Jekarl D.W., Kim J.K., Han J.H., Lee H., Yoo J., Lim J., Kim Y. *Transfusion support in hematopoietic stem cell transplantation*. Blood Res. 2023, 58, 1–7.
- [3] Cohn C.S. *Transfusion support issues in hematopoietic stem cell transplantation*. Cancer Control. 2015; 22:52–59.
- [4] Fabijańska-Mitek J., Bochenek-Jantczak D., Grajewska A., Wiecek K., *Badania immunohematologiczne i organizacja krwiolecznictwa – kompendium*, Warszawa 2017, s. 90–95.
- [5] Booth G.S., Gehrie E.A., Bolan C.D., Savani B.N. *Clinical guide to ABO-incompatible allogeneic stem cell transplantation*. Biol Blood Marrow Transplant. 2013; 19:1152–8.
- [6] Schrezenmeier H., Körper S., Höchsmann B., *Transfusion Support*. [W:] Carreras E., Dufour C., Mohty M., *The EBMT Handbook: Hematopoietic Stem Cell Transplantation and Cellular Therapies*. 7 edycja. Springer; 2019. Rozdział 23, s. 163–169.
- [7] Fabijańska-Mitek J. *Immunohematologia. Grupy krwi i niedokrwistości*. s. 190–194.
- [8] Tekgündüz S.A., Özbek N. *ABO blood group mismatched hematopoietic stem cell transplantation; Transfusion and Apheresis Science*; 54 (1), 2016, s. 24–29.
- [9] Bochenek-Jantczak D., Szczudło K., *Pracownia immunologii transfuzjologicznej – organizacja i zasady wykonywania badań*. s. 142–143.
- [10] Korsak J., Fabijańska-Mitek J., Nowacka E., Radziwon P., Rzepecki P., *Wytyczne w zakresie leczenia krwią i jej składnikami oraz produktami krwiopochodnymi w podmiotach leczniczych*, Warszawa 2020, s. 187–198.
- [11] Ciftçiler R., Goker H., Buyukasik Y., Karaagac T., Aksu S., Tekin F., *Impact of ABO blood group incompatibility on the outcomes of allogeneic hematopoietic stem cell transplantation*. Transfus Apher Sci. 2020;59:102597.
- [12] Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 11 stycznia 2023 r. w sprawie wymagań dobrej praktyki przechowywania i wydawania krwi i jej składników dla banków krwi oraz badań z zakresu immunologii transfuzjologicznej wykonywanych w zakładach leczniczych innych niż regionalne centra, Wojskowe Centrum lub Centrum MSWiA 2.13 s. 13–14.





● mgr Michalina Mormol¹



● mgr Piotr Aleksander Mościcki¹



● mgr Sylwia Niemyjska¹

¹ Szpital Ogólny
w Wysokiem Mazowieckiem

OBJAWY KLINICZNE I BADANIA LABORATORYJNE CHORYCH NA MONONUKLEOZĘ ZAKAŻNĄ

Streszczenie

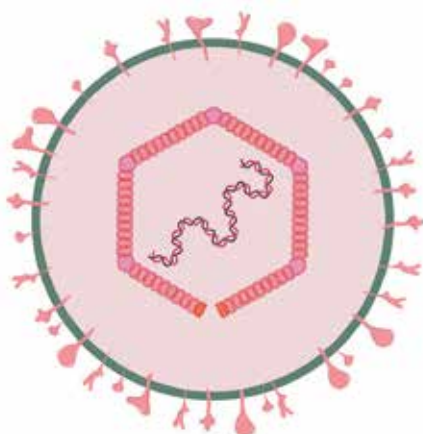
Najczęstszym objawem pierwotnego zakażenia wirusem EBV jest ostra mononukleozą zakaźną, która jest samoograniczającym się zespołem klinicznym, najczęściej dotyczącym dzieci i młodzieży. Klasyczne objawy obejmują gorączkę, powiększenie węzłów chłonnych oraz zapalenie gardła, limfadenopatię i hepatosplenomegalię. Diagnostyka laboratoryjna opiera się na ocenie morfologii krwi obwodowej, gdzie widoczne są zmiany w liczbie leukocytów oraz zwiększony odsetek limfocytów atypowych, a także obserwuje się zwiększoną aktywność enzymów wątrobowych. Kluczowe znaczenie mają testy serologiczne na obecność przeciwciał skierowanych przeciwko antygenom wirusa. W przypadku otrzymania ujemnych wyników testów lateksowych, mimo występowania objawów klinicznych sugerujących mononukleozę zakaźną, zaleca się wykonanie testów wykrywających swoiste antygeny wirusa. U większości pacjentów wykrycie obecności przeciwciał przeciwko VCA w klasie IgM testem jakościowym wystarcza do prawidłowego zdiagnozowania pierwotnego zakażenia EBV.

Wstęp

Mononukleozą zakaźną jest ostrą chorobą zakaźną, zazwyczaj o łagodnym przebiegu, spowodowaną pierwotnym zakażeniem wirusem Epsteina-Barr [EBV]. Zakażenia wirusem EBV są powszechne na całym świecie. Dotykają one ponad 95% dorosłych, natomiast w krajach rozwiniętych u około 50% dzieci do piątego roku życia stwierdza się obecność przeciwciał wskazujących na tę infekcję. Zakażenia wirusem EBV u dzieci zwykle przebiegają bezobjawowo. Infekcja u młodzieży i dorosłych może prowadzić do rozwoju mononukleozy zakaźnej, najczęściej z triadą objawów obejmujących: gorączkę, powiększenie węzłów chłonnych szyjnych i zapalenie gardła [1, 2].

Charakterystyka wirusa EBV

W 1964 roku wykryto wirus Epstein-Barr [EBV, *Epstein-Barr Virus*], któremu nadano nazwę pochodzącą od nazwisk jego odkrywców – Epsteina i Barr. W 1968 roku ustalono, że jest on przyczyną mononukleozy zakaźnej [MZ]. Mononukleozą zakaźną jest ostrą chorobą, wywołaną przez wirusa EBV, który należy do ludzkich wirusów limfotropowych z rodziny *Herpesviridae* i jest szeroko rozpowszechniony na całym świecie. Na podstawie danych epidemiologicznych około 90–95% osób jest EBV-seropozytywna [3].



Wyróżnia się dwa typy wirusa EBV: EBV1 i EBV2 (odpowiednio EBV A i EBV B), które różnią się sekwencją kodującą jedno z białek jądrowych (EBNA), jednak przebieg kliniczny choroby wywołanej przez te dwa typy wirusa jest podobny [4]. Dodatkowo wykazują one zróżnicowanie geograficzne: EBV-1 występuje częściej i dominuje głównie w Europie, natomiast EBV-2 jest najczęściej spotykany w Afryce Centralnej [5]. Do pierwszego kontaktu z wirusem dochodzi najczęściej we wczesnym dzieciństwie, a zakażenie następuje w wyniku bezpośredniego kontaktu z osobą chorą (ślina, wydzieliny nosogardła), natomiast w bardzo rzadkich przypadkach może dojść do zakażenia poprzez przetaczanie preparatów krwiopochodnych lub przeszczepianie narządów [6]. Docelowymi komórkami, atakowanymi przez wirusy EB są głównie komórki nabłonka błony śluzowej jamy ustnej i gardła oraz limfocyty B. Miejszem wiązania wirusa z komórką docelową jest receptor CD21. Replikacja genomu i ekspresja białek EBV może zachodzić również w limfocytach T lub komórkach NK, jednak zdarza się to bardzo rzadko. Limfocyty B są idealnym miejscem do długotrwałego przebywania wirusa ze względu na to, że należą do komórek stosunkowo długo żyjących [7].

Podobnie jak inne wirusy z rodziny *Herpesviridae*, EBV ma dwie odrębne fazy cyklu życiowego – latentną i lityczną. W fazie utajonej wirus jest obecny w jądrze komórkowym w postaci kołistej epizomu, przyłączonego do genomowej chromatyny gospodarza przy wykorzystaniu białka wirusowego zwanego EBNA1. W pewnych warunkach wirus jest zdolny do reaktywacji i wejścia w cykl lityczny, w wyniku którego wirus może replikować swój genom, a z zainfekowanej komórki uwalniane są wiriony potomne. Replikacja lityczna zazwyczaj skutkuje śmiercią komórki i uwolnieniem zakaźnego wirusa, który powoduje infekcję kolejnych limfocytów B oraz może zostać przeniesiony na nowych gospodarzy zwykle przez kontakt ze śliną nosiciela [8, 9]. W pierwszej fazie zakażenia dochodzi do wnikięcia wirusa do komórek nabłonkowych jamy nosowo-gardłowej, gdzie następuje zakażenie komórek nabłonkowych oraz gruczołów ślinowych. EBV zakaża również limfocyty B, posiadające na swojej powierzchni swoisty receptor CD21. Dochodzi do namnażania wirusa i lizy zakażonych komórek nabłonkowych, a następnie rozprzestrzenienia EBV do sąsiednich struktur anatomicznych. W wyniku proliferacji zakażonych przez EBV limfocytów B dochodzi do powiększenia węzłów chłonnych oraz migdałków podniebiennych. Od pierwotnego zakażenia EBV pozostaje w organizmie w postaci latentnej w limfocytach B, dlatego zakażenie może utrzymywać się przez całe życie [10].

Objawy kliniczne mononukleozy zakaźnej

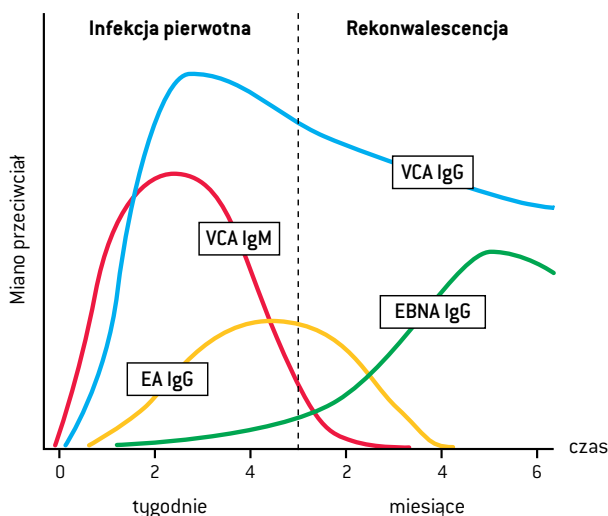
Mononukleozą zakaźną jest jednym z najczęstszych objawów zakażenia wirusem EBV. Okres inkubacji wirusa EBV trwa zazwyczaj 30–50 dni, a objawy ostrej infekcji ustępują zwykle po 7–14 dniach. Po tym czasie najczęściej dochodzi do wyzdrowienia, jednak u każdego zakażonego bez względu na przebieg choroby, genom EBV pozostaje w postaci uśpionej w zainfekowanych limfocytach B [2, 11]. W krajach o niskim statusie socjoekonomicznym do zakażenia dochodzi najczęściej w okresie wczesnego dzieciństwa, natomiast w krajach rozwiniętych obserwuje się dwa szczyty zachorowań: między 1. a 5. rokiem życia, a także w drugiej dekadzie życia [3]. Do głównych objawów MZ zalicza się: gorączkę, zapalenie gardła i powiększenie węzłów chłonnych. Objawy te są spowodowane głównie masową proliferacją limfocytów T CD8+, aktywowanych przeciwko utajonym i litycznym antygenom wirusowym, zwłaszcza poprzez działanie rodziny białek EBNA3 i produktów genów litycznych, czemu towarzyszy uwalnianie wielu czynników zapalnych [12–14]. Migdałki podniebienne są powiększone, mogą być pokryte kredowobiałą wydzieliną. Może wystąpić także hepato- i splenomegalia. Najczęściej powiększone są węzły chłonne szyi grupy tylnej oraz węzły pachowe, ale może wystąpić również uogólniona limfadenopatia. Objawom tym bardzo często towarzyszą bóle mięśniowo-stawowe, obrzęk twarzy, powiek i nasady nosa (tzw. objaw Glanzmanna) oraz przelotna wysypka plamista. U chorych może również wystąpić nadwrażliwość na amoksylicynę, która jest wynikiem rozpoczęcia antybiotykoterapii, poprzez mylne rozpoznanie anginy w początkowym okresie choroby. Po ok. 7–10 dniach od zastosowania amoksylicyny u chorych może pojawić się drobno-plamista wysypka [6, 15]. Ciężką postacią mononukleozy jest ostre zapalenie wątroby, które może prowadzić do ciężkiej niewydolności wątroby, jednak najczęściej ma przebieg łagodny i manifestuje się podwyższeniem aktywności transaminaz wątrobowych oraz żółtaczką [16]. Rzadko zdarzają się powikłania w przebiegu MZ, takie jak: zajęcie układu krążenia, ośrodkowego układu nerwowego, pęknięcie śledziony czy obturacja dróg oddechowych, wynikająca z zajęcia śluzówki [11].

Badania laboratoryjne u chorych na mononukleozę zakaźną

Objawy kliniczne mononukleozy zakaźnej nie są dość charakterystyczne, dlatego ważna jest diagnostyka różnicowa tej choroby. Wśród chorób mających podobny obraz kliniczny można wyróżnić anginę paciorkowcową, pierwotne zakażenie cytomegalowirusem (CMV) i innymi herpeswirusami (HSV 6), a także nabyte zakażenie *Toxoplasma gondii*. Lekarz podejrzewając mononukleozę zakaźną na podstawie obrazu klinicznego pacjenta, zleca wykonanie badań laboratoryjnych. Podstawowym badaniem jest morfologia krwi, gdzie szczególną uwagę zwraca się na leukocytozę (najczęściej rzędu 10–20 tys.), ze zwiększonym odsetkiem limfocytów w rozmazie mikroskopowym oraz

obecnością limfocytów atypowych ($>10\%$). Są to aktywowane limfocyty T (CD8), duże komórki, z nieregularnym jądrem, które pojawiły się w organizmie w odpowiedzi na obecność zakażonych limfocytów B [17]. Ze względu na czas potrzebny do wykonania testów serologicznych, wykorzystuje się także oznaczenie CRP [ang. *C-reactive protein* – białko C-reaktywne] oraz aktywność aminotransferaz. We wczesnej fazie zakażenia stężenie CRP może być prawidłowe, dopiero w późniejszym czasie ulega podwyższeniu. Natomiast aktywność aminotransferazy alaninowej (AlaAT) i asparaginowej (AspAT) u około 30–80% chorych może być podwyższona nawet 2–3-krotnie [18]. Największe znaczenie w rozpoznaniu MZ odgrywa diagnostyka serologiczna, obejmująca testy nieswoiste, wykrywające przeciwciała heterofilne oraz testy swoiste, które wykrywają przeciwciała skierowane przeciwko białkom wirusowym. Przeciwciała heterofilne osiągną najwyższe stężenie około 2–3 tygodnia infekcji, natomiast w pierwszym tygodniu infekcji pojawiają się u około 50% chorych. Na rynku dostępny jest komercyjny zestaw diagnostyczny tzw. Monospot, którego główną zaletą jest możliwość uzyskania szybkiego wyniku. Wynik ujemny nie pozwala jednak wykluczyć MZ. Niektóre testy wykrywające przeciwciała heterofilne charakteryzują się wysoką wartością predykcyjną wyniku dodatniego, ale także stosunkowo niską czułością. Przeciwciała heterofilne można wykryć także u pacjentów z innymi chorobami niż MZ, a wyniki testu mogą pozostać dodatnie nawet przez 6–12 miesięcy [33]. Dostępne na rynku zestawy testów aglutynacji do wykrywania przeciwciał heterofilnych wykorzystują krwinki czerwone kozie, końskie lub bycze po wstępnej absorpcji i są skuteczne w przypadku ostrej fazy choroby u 85 do 90% nastolatków i dorosłych pacjentów, ale tylko u 50% skuteczności u dzieci w wieku od 2 do 5 lat. W związku z tym w przypadku niepełnego obrazu klinicznego pacjenta, zaleca się wykonanie badań serologicznych w kierunku wirusa EBV, gdyż często nie występują przeciwciała heterofilne. Wśród przeciwciał swoistych, mających znaczenie diagnostyczne, wyróżnia się przeciwciała skierowane przeciwko antygenowi kapsydowemu VCA [*viral capsid antigen*], białkom fazy wczesnej EA [*early antigens*] i rodzinie antygenów jądrowych EBNA. W przebiegu MZ pierwsze pojawiają się przeciwciała klasy IgM, skierowane przeciwko VCA (ich poziom narasta w pierwszych dniach infekcji i utrzymują się około 3 miesiące), a następnie VCA IgG [wytwarzane są równie szybko, ale pozostają w surowicy przez całe życie]. Kolejne pojawiają się przeciwciała klasy IgG przeciwko EA (EA IgG), które świadczą o replikacji wirusa. Ze względu na dwa typy antygeny wyróżniamy przeciwciała: anty-EA-D w klasie IgG, które pojawiają się pomiędzy 3–4 tygodniem i zanikają po 3–4 miesiącach od początku choroby, oraz anty-EA-R, które świadczą o reaktywacji zakażenia latentnego. Najpóźniej pojawiają się przeciwciała przeciwko EBNA-1 i zazwyczaj pozostają obecne w surowicy przez całe życie [19, 20]. Dynamika pojawiania się przeciwciał w przebiegu mononukleozy zakaźnej została przedstawiona na Rycinie 1 [21].

Ryc. 1. Dynamika pojawiania się przeciwciał skierowanych przeciwko EBV w przebiegu MZ (21).



W celu jednoznacznego określenia stadium zakażenia (pierwotne, przeszłe lub brak zakażenia) konieczna jest interpretacja profilu uzyskanego przy użyciu trzech przeciwciał w kierunku EBV. Pierwotne zakażenie EBV definiuje się na podstawie dodatniego wyniku VCA IgM i VCA IgG, a także wyniku ujemnego EBNA IgG. W większości przypadków przebyta infekcja jest wskazywana przez ujemny wynik VCA IgM i dodatni wynik VCA IgG / EBNA IgG (Tabela 1) [6]. W celu detekcji przeciwciał swoistych stosuje się metody immunoenzymatyczne (*enzyme immunoassay* – EIA), wśród których najbardziej znany jest test ELISA (*enzyme-linked immunosorbent assay*). W wykrywaniu EBV stosuje się również różne metody molekularne, takie jak hybrydyzacja *in situ*, PCR i PCR w czasie rzeczywistym. Techniki te pozwalają na wykrycie DNA wirusa w zakażonych komórkach oraz monitorowanie jego ilości na poziomie tkankowym [19, 22].

Tab. 1. Interpretacja profili serologicznych specyficznych dla wirusa EBV do celów diagnostycznych w przebiegu MZ (6).

VCA IgG	VCA IgM	EBNA-1 IgG	Interpretacja
+	+	-	Ostra infekcja pierwotna
+	-	+*	Miniona infekcja
-	-	-	Ujemny status infekcji EBV
-	+	-	Wczesna infekcja pierwotna
+	+	+	Wynik nieokreślony **

* w rzadkich przypadkach przeciwciała anty-EBNA są niewykrywalne u pacjentów z minioną infekcją.

** do potwierdzenia w nowej próbce pobranej 1-2 tygodnie później lub inną techniką.

Podsumowanie

Mononukleozę zakaźną, chociaż często traktowaną, jako łagodną infekcję, może prowadzić do znacznego pogorszenia samopoczucia pacjenta, gdzie objawami są zazwyczaj gorączka, zapalenie gardła oraz powiększenie węzłów chłonnych. Z tych powodów wymaga starannej diagnozy oraz opieki medycznej. W związku z tym ważne jest, aby lekarze byli świadomi różnorodnych objawów tej choroby oraz stosowali odpowiednie metody diagnostyczne, które obejmują wykonanie morfologii krwi, oznaczenie CRP oraz aminotransferaz wątrobowych AlaAT i AspAT. Niezbędne jest także wykonanie szybkiego testu wykrywającego przeciwciała heterofilne. Dzięki tym kilku badaniom można w krótkim czasie zdiagnozować mononukleozę zakaźną i wdrożyć leczenie z korzyścią dla pacjenta. Zdarzają się też przypadki, w których testy kasetkowe nie dają wyniku pozytywnego, natomiast objawy pacjenta wskazują na mononukleozę zakaźną. W takim przypadku ważne jest, aby wykonać testy serologiczne, które potwierdzą obecność przeciwciał przeciwko EBV. Istotna jest także rola diagnosty laboratoryjnego, aby móc wesprzeć lekarza, na przykład poprzez ocenę rozmazu mikroskopowego krwi. Wiedza na temat wyglądu poszczególnych składników morfotycznych w przypadku mononukleozy i poinformowanie o tym, może skutecznie naprowadzić lekarza na dalszą diagnostykę i potwierdzenie choroby. Poznanie tematu mononukleozy zakaźnej oraz postępowanie w przypadku diagnozy jest kluczowe dla skutecznej opieki nad pacjentem. ●



PIŚMIENNICTWO

- [1] Dunmire S.K., Verghese P.S., Balfour H.H. *Primary Epstein-Barr virus infection*. J Clin Virol. 2018;102:84–92.
- [2] Naughton P., Healy M., Enright F., Lucey B. *Infectious Mononucleosis: diagnosis and clinical interpretation*. Br J Biomed Sci. 2021;78(3):107–16.
- [3] Mendoza N., Diamantis M., Arora A., Bartlett B., Gewirtzman A., Tremaine A.M. et al. *Mucocutaneous manifestations of Epstein-Barr virus infection*. Am J Clin Dermatol. 2008;9(5):295–305.
- [4] Tzellos S., Correia P.B., Karstegl C.E., Cancian L., Cano-Flanagan J., McClellan M.J. et al. *A single amino acid in EBNA-2 determines superior B lymphoblastoid cell line growth maintenance by Epstein-Barr virus type 1 EBNA-2*. J Virol. 2014;88(16):8743–53.
- [5] Coleman C.B., Wohlford E.M., Smith N.A., King C.A., Ritchie J.A., Baresel P.C. et al. *Epstein-Barr virus type 2 latently infects T cells, inducing an atypical activation characterized by expression of lymphotactic cytokines*. J Virol. 2015;89(4):2301–12.
- [6] Hess R.D. *Routine Epstein-Barr virus diagnostics from the laboratory perspective: still challenging after 35 years*. J Clin Microbiol. 2004;42(8):3381–7.
- [7] Crawford D.H. *Biology and disease associations of Epstein-Barr virus*. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2001;356(1408):461–73.
- [8] Damania B., Kenney SC., Raab-Traub N. *Epstein-Barr virus: Biology and clinical disease*. Cell. 2022;185(20):3652–70.
- [9] Thorley-Lawson DA., Hawkins JB., Tracy SI., Shapiro M. *The pathogenesis of Epstein-Barr virus persistent infection*. Curr Opin Virol. 2013;3(3):227–32.
- [10] Chesnokova LS., Ahuja MK., Hutt-Fletcher LM. *Epstein-Barr virus glycoprotein gB and gHgL can mediate fusion and entry in trans, and heat can act as a partial surrogate for gHgL and trigger a conformational change in gB*. J Virol. 2014;88(21):12193–201.
- [11] Bienias J., Krzemień S., Mazurek U. *Charakterystyka wirusa Epsteina-Barr – aspekty epidemiologiczne, biomolekularne i transplantologiczne*. Postępy Mikrobiol., 2007; 46: 153–165.
- [12] Andrei G., Trompet E., Snoeck R. *Novel Therapeutics for Epstein-Barr Virus*. Molecules. 2019;24(5).
- [13] Rickinson A.B., Long H.M., Palendira U., Münz C., Hislop A.D. *Cellular immune controls over Epstein-Barr virus infection: new lessons from the clinic and the laboratory*. Trends Immunol. 2014;35(4):159–69.
- [14] Wu Y., Ma S., Zhang L., Zu D., Gu F., Ding X. *Clinical manifestations and laboratory results of 61 children with infectious mononucleosis*. J Int Med Res. 2020;48(10):300060520924550.
- [15] Cengiz A.B., Cultu-Kantaroglu O., Seçmeer G., Ceyhan M., Kara A., Gürgey A. *Infectious mononucleosis in Turkish children*. Turk J Pediatr. 2010;52(3):245–54.
- [16] Kang M.J., Kim T.H., Shim K.N., Jung S.A., Cho M.S., Yoo K. et al. *Infectious mononucleosis hepatitis in young adults: two case reports*. Korean J Intern Med. 2009;24(4):381–7.
- [17] AbuSalah M.A.H., Gan S.H., Al-Hatamleh M.A.I., Irekeola A.A., Shueb R.H., Yean Yean C. *Recent Advances in Diagnostic Approaches for Epstein-Barr Virus*. Pathogens. 2020;9(3).
- [18] Jenson H.B. *Epstein-Barr virus*. Pediatr Rev. 2011;32(9):375–83; quiz 84.
- [19] de Ory F., Guisasaola M.E., Sanz J.C., García-Bermejo I. *Evaluation of four commercial systems for the diagnosis of Epstein-Barr virus primary infections*. Clin Vaccine Immunol. 2011;18(3):444–8.
- [20] De Paschale M., Clerici P. *Serological diagnosis of Epstein-Barr virus infection: Problems and solutions*. World J Virol. 2012;1(1):31–43.
- [21] Middeldorp J.M. *Epstein-Barr Virus-Specific Humoral Immune Responses in Health and Disease*. Curr Top Microbiol Immunol. 2015;391:289–323.
- [22] Yao J., Luo Y., Zhang Z., Li J., Li C., Guo Z. et al. *The development of real-time digital PCR technology using an improved data classification method*. Biosens Bioelectron. 2022;199:113873.



● mgr Elżbieta Kita
Szpital Powiatowy we Wrześni

WPŁYW KATECHOLAMIN NA ORGANIZM I ICH ROLA W DIAGNOSTYCE GUZA CHROMOCHŁONNEGO NADNERCZY

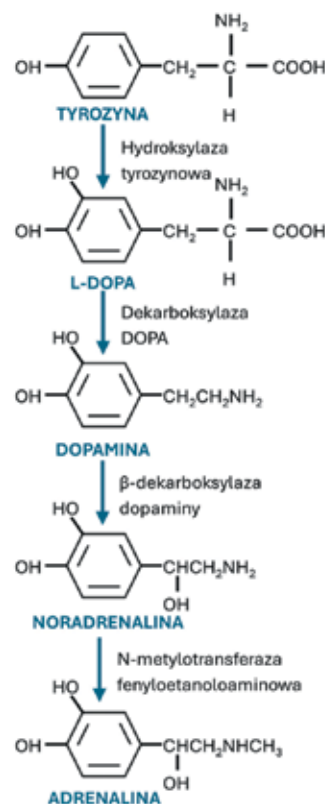
W ludzkim organizmie obecne są trzy kluczowe katecholaminy, odpowiedzialne za prawidłowy przebieg procesów biochemicznych: adrenalina (znana też pod nazwą epinefryna), noradrenalina i dopamina. Produkowane są w rdzeniu nadnerczy. Synaptycznie pełnią one funkcje neuroprzekaźników, a po ich uwolnieniu do krwi – neurohormonów [1]. Celem artykułu jest ukazanie różnorodności funkcji tych związków w organizmie i ich roli w rozpoznaniu guza chromochłonnego.

Budowa i synteza katecholamin

Katecholaminy to cząsteczki zawierające w składzie pierścień katecholowy, połączony z aminą terminalną za pomocą łańcucha bocznego etylowego. Produkowane są w mózgu oraz tkankach i komórkach obwodowych takich jak: nadnercza, nieneuronalne komórki jelita, płytki krwi i limfocyty [1, 2].

Synteza katecholamin (Ryc. 1) odbywa się w zakończeniach synaptycznych, a także w rdzeniu nadnerczy. Prekursorem amin katecholowych jest tyrozyna. Aminokwas ten może pochodzić ze źródeł pokarmowych lub być syntetyzowany z fenyloalaniny, która jest aminokwasem egzogennym, dostarczany organizmowi wraz z pożywieniem. Tyrozyna pod wpływem enzymu hydroksylazy tyrozynowej ulega konwersji do 3,4-dihydroksy-l-fenyloalaniny (L-DOPA). Jest to reakcja regulatorowa w szlaku biosyntezy dopaminy, adrenaliny i noradrenaliny i zachodzi w obecności tlenu, przy udziale kofaktorów (jonów żelaza Fe^{2+}). L-DOPA przy udziale enzymu dekarboksylaza DOPA zostaje przekształcona w dopaminę. Dopamina pod wpływem β -dekarboksylazy dopaminy ulega przemianie do noradrenaliny. W komórkach rdzenia nadnerczy występuje enzym N-metylotransferaza fenyloetanolaminowa, który katalizuje przekształcenie noradrenaliny do adrenaliny [2, 3].

Ryc. 1. Synteza katecholamin-na podstawie [2]



Wytworzona noradrenalina jest magazynowana w pęcherzykach synaptycznych, gdzie tworzy kompleksy z ATP. Pod wpływem impulsu nerwowego dochodzi do uwolnienia noradrenaliny, która przedostaje się drogą egzocytozy do szczeliny synaptycznej, gdzie wchodzi w reakcję z receptorami błony postsynaptycznej efektor. Przeważająca ilość uwolnionej noradrenaliny przedostaje się z powrotem do wnętrza zakończenia nerwowego, gdzie zostaje powtórnie zmagazynowana w ziarnistościach presynaptycznych. Transport do wnętrza zakończenia nerwowego nazywa się wychwytem. Uwalnianie i wychwyt neuroprzekaźnika są podstawowymi procesami w mechanizmie nerwowej regulacji zjawisk fizjologicznych, zachodzących w organizmie. Im bardziej uwalnianie przeważa nad wychwytem, tym silniejsza jest reakcja komórki efektorowej [4].

Katabolizm katecholamin

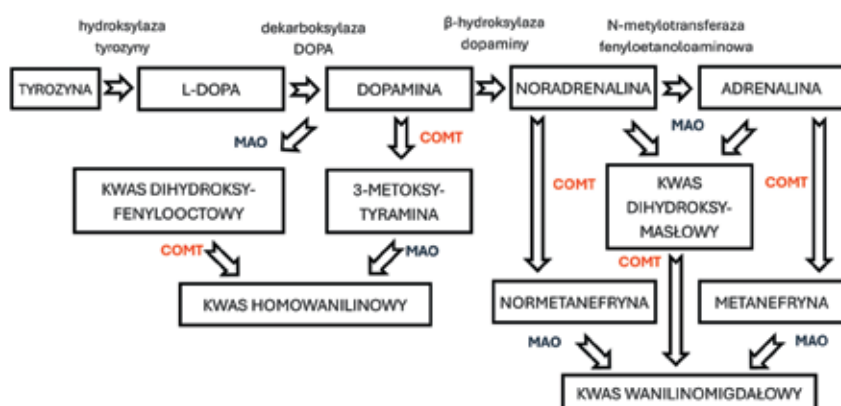
Katabolizm katecholamin [Ryc. 2] odbywa się za pośrednictwem dwóch kluczowych enzymów. Są nimi: katecho-0-metylotransferaza [COMT, ang. *catechol-O-methyltransferase*], która jest obecna w szczeliny synaptycznej i cytozolu komórki oraz monoaminooksydaza [MAO, ang. *monoamine oxidase*], związana z błoną mitochondrium [2]. W wyniku działania tych enzymów powstają metabolity pośrednie (Tab. 1).

Tab. 1. Metabolity pośrednie katecholamin – tabela własna na podstawie [5]

Neuroprzekaźnik	Metabolit pośredni
dopamina	3-metoksytyramina
adrenalina	metanefryna
noradrenalina	normetanefryna

Końcowym etapem przemiany dopaminy jest kwas homowanilinowy. Katabolizm adrenaliny i noradrenaliny prowadzi do powstania kwasu wanilinomigdałowego, który jest wydalany z moczem [2].

Ryc. 2. Szlak metaboliczny katecholamin- opracowanie własne na podstawie [2, 5]



Funkcje i wpływ katecholamin na organizm

Katecholaminy pełnią funkcję neuroprzekaźników w ośrodkowym układzie nerwowym, a po ich sekrecji do krwi stają się hormonami. Wywierają wpływ na funkcjonowanie organizmu w warunkach fizjologicznych i w czasie stresu. Mają znaczenie w regulacji działania centralnego układu nerwowego, układu sercowo-naczyniowego, kontrolują metabolizm węglowodanów, białek i tłuszczów. Ich działanie wynika z różnorodnej lokalizacji receptorów i istnienia różnych ich podtypów dla każdej z katecholamin. Adrenalina i noradrenalina działają za pośrednictwem receptorów α ($\alpha 1$ i $\alpha 2$) i β ($\beta 1$ i $\beta 2$). Dopamina działa poprzez receptory D1 i D2 [2].

Katecholaminy odgrywają bardzo istotną rolę w reakcji na stres. Rozpoczyna się ona sekrecją amin katecholowych z rdzenia nadnerczy, co poprzedza aktywację układu współczulnego oraz reguluje ciśnienie krwi przez skurcz mięśni gładkich [receptory $\alpha 1$]. Wpływ na układ mięśniowo-szkieletowy obejmuje zwiększoną kurczliwość mięśnia sercowego [poprzez receptory $\beta 1$], skurcz rozszerzacza żrenic [receptory $\alpha 1$], piloerekcję [nastroszenie włosów na rękach- działanie poprzez receptory $\alpha 1$] i rozluźnienie mięśni gładkich w obrębie przewodu pokarmowego, dróg moczowych i oskrzelików [poprzez receptory $\beta 2$] [2]. Adrenalina mobilizuje organizm do ucieczki i obrony w obliczu pojawiającego się zagrożenia. Jej stężenie wzrasta już na początku wysiłku fizycznego i narasta w miarę jego kontynuowania. Jest silnym aktywatorem procesu glikogenolizy w wątrobie [6]. Katecholaminy zwiększają stężenie glukozy we krwi poprzez antagonistyczne działanie w stosunku do insuliny. Adrenalina w dużym stężeniu silniej stymuluje receptory $\beta 2$ -adrenergiczne, w efekcie hamuje wydzielanie insuliny przez komórki trzustki. W tkance tłuszczowej obserwuje się nasilenie lipolizy, poprzez stymulację receptorów $\beta 1$ -adrenergicznych i $\beta 2$ -adrenergicznych [7]. Noradrenalina poza regulacją homeostazy odgrywa istotną rolę w procesie modulowania snu oraz czuwania, jej poziom wzrasta wraz z wybudzeniem, co wpływa na utrzymanie aktywności organizmu w ciągu dnia. Wpływa także na termoregulację, nastrój i szereg funkcji poznawczych. Deficyt noradrenaliny prowadzi do obniżenia nastroju i depresji, a jej nadmierne wydzielanie może wywołać zespoły maniakalne. Dopamina, poza związkiem z chorobą Parkinsona ma wpływ na

nastrój i funkcje poznawcze. Jest również, obok noradrenaliny, bardzo istotnym neuroprzekaźnikiem w regulacji stanu czuwania. Zaburzenia przewodnictwa dopaminergicznego mogą objawiać się tzw. zespołem niespokojnych nóg, często towarzyszącym bezsenności. Ponadto dopamina odgrywa rolę w regulacji metabolizmu sodu [2, 8, 9].

Katecholaminy pełnią funkcje regulatorowe również w układzie immunologicznym. Mogą być wytwarzane, wychwytywane i wiązane przez komórki odpornościowe. Receptory adrenergiczne obecne są na większości komórek odpornościowych, przy czym najbardziej gęste są na komórkach NK, natomiast brakuje ich na komórkach limfocytów Th (pomocniczych) [10]. Gaskill i wsp. [11] w swojej publikacji wspominają, że przewlekłe utrzymywanie się wysokie stężenia adrenaliny mogą aktywować receptory β 2-adrenergiczne na makrofagach, co stymuluje produkcję interleukiny-6 (IL-6), zwiększa ruch neutrofili do ran i opóźnia gojenie się ran. W ośrodkowym układzie nerwowym katecholaminy ułatwiają interakcję między neuronami katecholaminergicznymi, a komórkami odpornościowymi takimi jak mikroglej. Ponadto katecholaminy mają zastosowanie w terapiach i wykorzystywane są m.in. w leczeniu sepsy, anafilaksji, niedociśnienia czy zatrzymania krążenia [11].

Zarówno nadmierne, jak i obniżone wywarzanie amin katecholowych, ma następstwa patofizjologiczne. Niedobór tych związków może mieć charakter wrodzony jako niezwykle rzadka wada rozwojowa nadnerczy lub czynnościowy, spowodowany zaburzeniami mechanizmów uwalniania katecholamin. Nadmiar może być konsekwencją m.in. endogennej nadprodukcji przez guz chromochłonny [2].

Guz chromochłonny (*Pheochromocytoma*)

Guz chromochłonny (barwiak chromochłonny) to nowotwór rozwijający się z komórek chromochłonnych, którego objawy wiążą się z nadmiernym wytwarzaniem katecholamin. Najczęstszą lokalizacją tego guza są nadnercza, może on jednak występować także w innych narządach, np. w okolicach aorty i jej rozwidlenia, w okolicach nerek, pęcherza moczowego, w klatce piersiowej, podstawie czaszki czy gruczole krokowym. W około 10% przypadków nowotwór ten ma charakter mnogi [12, 13]. Guz chromochłonny może występować w postaci sporadycznej bądź rodzinnej, związanej z zespołami genetycznymi takimi jak: zespół mnogiej gruczolakowa-

tości (MEN-2, z ang. *Multi Endocrine Neoplasia, type 2*) lub zespół von Hippel-Lindaua. Pheochromocytoma diagnozowany jest u ok. 0,1% ogólnej populacji chorych z nadciśnieniem tętniczym. Pomimo rzadkiego występowania ten rodzaj nowotworu skupia uwagę lekarzy endokrynologów, zwłaszcza w odniesieniu do pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, gdyż prawidłowe rozpoznanie i leczenie chroni chorego przed zagrażającymi życiu powikłaniami ze strony układu sercowo-naczyniowego. Pheochromocytoma dotyka najczęściej pacjentów w 4 i 5 dekadzie życia, choć znane są przypadki jego diagnozy również u osób młodszych, jak i starszych [14]. W odniesieniu do tej choroby nie stosuje się obecnie nazewnictwa „łagodny”, czy „złośliwy”, gdyż każdy guz chromochłonny wykazuje potencjał przerzutowy, ale tylko niewielka część daje przerzuty [15]. Guz chromochłonny jest zbudowany z komórek chromochłonnych syntetyzujących i uwalniających katecholaminy, a niekiedy również inne substancje, takie jak np.: neuropeptyd Y, parathormon, chromograminę A, hormon adrenokortykotropowy (ACTH) [12]. Wzmoczone wytwarzanie katecholamin decyduje o bogatej symptomologii klinicznej. Typową cechą choroby jest napadowy charakter objawów, które mogą mieć różne nasilenie i występować z różną częstością. Czynniki wyzwalającymi symptomy są: wysiłek fizyczny, obfity posiłek, ucisk jamy brzusznej, niektóre leki (efedryna, fenylefryna), sytuacje stresowe czy znieczulenie miejscowe. Obecność guza chromochłonnego należy podejrzewać u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, zaburzeniami układu autonomicznego, napadami paniki, czy stwierdzonym przypadkowo guzem nadnerczy. Choroba może przebiegać również bezobjawowo [12]. W tabeli 2 przedstawiono typowe i nietypowe objawy *Pheochromocytoma* oraz sytuacje szczególne.

Tab. 2. Objawy guza chromochłonnego – tabela własna na podstawie [12]

Typowe objawy	Nietypowe objawy	Sytuacje szczególne
- Nadciśnienie tętnicze utrwalone, często chwiejne - Nadciśnienie tętnicze napadowe - Ból głowy - Nadmierne pocenie się - Uczucie kołatania serca - Bładość skóry - Drżenie mięśniowe - Uczucie niepokoju - Hipotonia ortostatyczna	- Objawy ze strony układu sercowo-naczyniowego (ból w klatce piersiowej, ostry zespół wieńcowy, zaburzenia rytmu i przewodzenia, kardiomiopatia, tętniak rozwarstwiający) - Ze strony przewodu pokarmowego (nudności, wymioty, ból brzucha, zaparcia, ostre rozdęcie okrężnicy) - Martwica krwotoczna guza i jego pęknięcie (ból brzucha, tachykardia, nudności, wymioty, objawy ostrego brzucha i wstrząs) - Zwyzki ciśnienia towarzyszące miksji, krwinkomocz	- Okres ciąży (guz może ujawnić się w każdym okresie ciąży i okresie okołoporodowym i powodować przedwczesne odklejanie łożyska) - Okres znieczulenia ogólnego lub zabiegu operacyjnego (dramatyczny wzrost ciśnienia tętniczego u chorych z nierozpoznanym guzem)

Diagnostyka laboratoryjna

Guz chromochłonny jest guzem produkującym katecholaminy, dlatego kluczowe znaczenie w rozpoznaniu tej choroby ma diagnostyka laboratoryjna. Metody biochemiczne pozwalają wykazać nadmierne wytwarzanie przez guz amin katecholowych i/lub ich metabolitów. Ma to rozstrzygające znaczenie dla ustalenia właściwej diagnozy [12]. W praktyce laboratoryjnej zastosowanie znalazło oznaczanie katecholamin i ich metabolitów w osoczu i w moczu ze zbiórki dobowej. Pomocne może być również oznaczanie innych substancji wydzielanych przez guz chromochłonny, jak np. chromograminy A. W tabeli 3 przedstawiono orientacyjne wartości referencyjne dla oznaczeń poszczególnych katecholamin i ich metabolitów w osoczu i w moczu [5].

Tab. 3. Wartości referencyjne dla oznaczeń poszczególnych katecholamin i ich metabolitów w osoczu i w moczu – tabela własna na podstawie [5].

	Mierzona substancja	Wartości referencyjne
Oznaczenie w moczu	Adrenalina	15–80 µg/24 h
	Noradrenalina	0–20 µg/24h
	Metanefryna	0–1,2 µg/24 h
	Kwas wanilinomigdałowy	0–7,9 µg/24 h
Oznaczenie w osoczu	Adrenalina	4–83 pg/ml
	Noradrenalina	80–498 pg/ml
	Metanefryna	12–61 pg/ml
	Normetanefryna	18–112 pg/ml

Należy podkreślić, że nie wszystkie katecholaminy i ich metabolity mają taką samą wartość diagnostyczną. Oznaczanie stężenia samej adrenaliny, noradrenaliny czy dopaminy w osoczu jest wartościowym badaniem tylko pod warunkiem pobrania próbki krwi w czasie przełomu nadciśnieniowego. W innym przypadku to badanie nie ma zastosowania [5]. Znacznie większe znaczenie w diagnostyce *Pheochromocytoma* mają metabolity katecholamin, zwłaszcza metanefryny. Wynika to z faktu, że komórki guza chromochłonnego zawierają enzym MAO, który jest odpowiedzialny za metabolizm katecholamin do metanefryn. Produkcja metanefryn w komórkach guza przebiega w sposób ciągły i tym samym znacznie dokładniej odzwierciedla masę nowotworu, niż katecholaminy, których wydzielanie ma charakter sporadyczny [16, 17]. Wiele lat pomiary metabolitów katecholamin w dobowej zbiorce moczu miały największe zastosowanie. Jednakże Eisenhofer i wsp. [18] w publikacji z 2018 roku opisali badania, z których wynika, że większą wartość diagnostyczną mają pomiary metanefryn w osoczu niż w moczu. Odnosi się to szczególnie do pacjentów z wysokim ryzykiem *Pheochromocytoma* i z objawami klinicznymi choroby. Również Miciak i wsp. [15] w publikacji z 2024 roku napisali, że obecnie najbardziej miarodajną metodą w diagnostyce guza chromochłonnego jest oznaczanie metanefryn wolnych w osoczu, gdyż cechuje się większą czułością i swoistością, w porównaniu do oznaczeń w moczu. Jednakże dopuszczalne są obie te metody do badań przesiewowych w kierunku guza chromochłonnego. Ponadto wyższe prawdopodobieństwo istnienia *Pheochromocytoma* sugerują wartości metanefryn w osoczu przekraczające dwukrotnie górny zakres odniesienia. Podwyższone stężenia co najmniej dwóch metabolitów również nasuwają podejrzenie choroby [15, 19].

U pacjentów z guzem niedokładnym (który nie produkuje hormonów) oznaczanie metanefryn może dawać fałszywie ujemne wyniki. W tym wypadku znaczenie dla rozpoznania *Pheochromocytoma* może mieć też stężenie chromograminy A w osoczu EDTA [5]. Białko to jest wydzielane łącznie z katecholaminami. U osoby zdrowej jego stężenie nie przekracza wartości 100 µg/l, natomiast u pacjenta z guzem wartości te mogą sięgać nawet 1000 µg/l lub więcej. Oznaczanie kwasu wanilinomigdałowego jest słabym markerem, gdyż często daje wyniki fałszywie dodatnie lub ujemne. Dzieje się tak dlatego, że kwas wanilinomigdałowy pochodzący z guza jest rozcieńczany przez znaczne ilości tego samego metabolitu, pochodzącego z innych źródeł [12, 5].

Guzy wydzielające dopaminę są bardzo rzadkie, z tego względu dopamina w osoczu i jej metabolit 3-metoksytyramina nie są rutynowo oznaczane w przypadku podejrzenia *Pheochromocytoma*. Jednakże mogą mieć znaczenie w podejrzeniu choroby przerzutowej, gdyż guz wykazujący tendencję przerzutową nie ma dojrzałych enzymów do syntezy katecholamin. Dlatego, jak piszą Farrugia i wsp. [20], podwyższone stężenia 3-metoksytyraminy mogą stanowić marker złośliwego nowotworu [20].

Testy czynnościowe

Wykonanie testów czynnościowych wskazane jest u pacjentów, u których wyniki przeprowadzonych badań biochemicznych w osoczu lub moczu dobowym są mało charakterystyczne, bądź istnieją istotne podejrzenia kliniczne obecności guza (pomimo ujemnych wyników biochemicznych) [5]. W tabeli 4 przedstawiono testy czynnościowe, które znalazły zastosowanie w diagnostyce *Pheochromocytoma*.

Tab. 4. Testy czynnościowe w diagnostyce guza chromochłonnego, tabela własna na podstawie [5].

Test hamowania klonidyną	Test z fentolaminą	Test z glukagonem
Pacjent otrzymuje doustnie dawkę 0,3 mg klonidyny, a oznaczenie stężenia katecholamin następuje bezpośrednio przed podaniem leku i po jego zastosowaniu. W warunkach fizjologicznych stężenie noradrenaliny w surowicy obniża się po podaniu klonidyny do wartości referencyjnych, a u chorych z guzem chromochłonnym nie zmienia się.	Pacjent otrzymuje 5 mg fentolaminy. U chorych z nadciśnieniem spowodowanym guzem w ciągu 2 minut następuje obniżenie ciśnienia o więcej niż 35/25 mm Hg.	U 90% chorych z guzem dożylnie podanie 1 mg glukagonu powoduje wzrost ciśnienia tętniczego z możliwością wystąpienia innych objawów <i>Pheochromocytoma</i> , sporadycznie stosowana metoda, ze względu na duże ryzyko.

Metody badań katecholamin

Na przestrzeni lat opracowano różne metody pomiarów stężeń katecholamin i ich metabolitów w próbkach biochemicznych. Od testów biologicznych, metod kolorymetrycznych i fluorymetrycznych pojawiły się techniki analityczne do diagnostyki nowotworów produkujących katecholaminy, które wykorzystują chromatografię gazową lub cieczową, połączoną z detekcją elektrochemiczną, fluorymetryczną lub spektrometrią masową. Szybkość analizy, wysoka czułość analityczna, prostsze przygotowanie próbek i minimalne koszty powodują, że metoda chromatografii cieczowej ze spektrometrią mas [LC-MS-liquid chromatography-mass spectrometry] jest obecnie najczęściej stosowana [21]. Miciak i wsp. [15] podają, że ta metoda ma największą wartość diagnostyczną, a wraz z chromatografią cieczową z wychwytem elektronów [LC-ECD-liquid chromatography electron capture] jest „złotym standardem”, do pomiarów stężeń katecholamin, który pozwala uniknąć interakcji z lekami [15]. Nie zaleca

się pomiarów stężeń amin katecholowych na immunoanalizatorach, gdyż cechują się one niedokładnością i niedoszacowaniem stężeń metanefryn [21]. W tabeli 5 przedstawiono główne zalety i wady metody LC-MS, LC-ECD i immunoanalizatorów.

Czynniki wpływające na wyniki oznaczeń katecholamin

Właściwa interpretacja prób biochemicznych wymaga znajomości czynników, które mogą interferować z oznaczeniami katecholamin i ich metabolitów. Na wyniki stężeń amin katecholowych w osoczu i w moczu wpływają m.in. zażywane leki, związki chemiczne zawarte w diecie, stres i wysiłek fizyczny oraz warunki pobierania materiału do badań [12, 5].

Leki

Mechanizm działania leków na wyniki stężeń katecholamin może wynikać z bezpośredniego wpływu farmaceutyków na układ katecholamin lub z oddziaływania na autonomiczny układ nerwowy. Środki pobudzające, sympatykomimetyki, blokery wychwyty zwrotnego noradrenaliny, a także antagoniści receptorów α_2 -adrenergicznych czy leki przeciwpyschotyczne w znacznym stopniu mogą interferować z oznaczeniami katecholamin i ich metabolitów w osoczu lub moczu, skutkując ich wzrostem. W związku z tym zaleca się odstawienie takich leków na około 24 godziny przed pobraniem krwi lub przed rozpoczęciem dobowej zbiórki moczu. Szczegółowe działanie tych substancji i ich wpływ na oznaczenia katecholamin przedstawia tabela 6 [22].

Tab. 5. 5 Zalety i wady LC-MS w porównaniu z LC-ECD i immunoanalizami, na podstawie [21]

5 Zalety i wady LC-MS w porównaniu z LC-ECD i immunoanalizami na podstawie [21]		LC-ECD	Immunoanalizatory
Zalety	5 Zalety i wady LC-MS w porównaniu z LC-ECD i immunoanalizami na podstawie [21]	- Minimalne koszty materiałów eksploatacyjnych - Względna prostota obsługi - Umiarkowana wrażliwość analityczna - Można zidentyfikować zakłócenia	- Minimalne koszty urządzeń pomiarowych - Proste w konfiguracji metody zestawu - Wymagane minimalne doświadczenie operatora
Wady	5 Zalety i wady LC-MS w porównaniu z LC-ECD i immunoanalizami na podstawie [21]	- Umiarkowany koszt kapitałowy urządzeń pomiarowych - Uciążliwe przygotowanie próbek - Podatny na zakłócenia analityczne	- Wysokie koszty materiałów eksploatacyjnych - Długi czas przygotowania /analizy próbki - Każdy metabolit należy mierzyć osobno - Trudno zidentyfikować obecność zakłóceń - Niska dokładność - Niska czułość - Nie można zmierzyć metoksytyraminy

Tab. 6. Działanie i wpływ wybranych leków na układ katecholamin- na podstawie [22]

Kategoria leku	Działanie	Główny wpływ
Środki pobudzające		
Nikotyna	Aktywacja receptorów cholinergicznym nikotynowych	Zwiększone wydzielanie adrenaliny przez nadnercza, wzrost adrenaliny w osoczu, przy mniejszym wzroście noradrenaliny
Kofeina	Mobilizacja wewnątrzkomórkowych zasobów wapnia	Zwiększone wydzielanie adrenaliny przez nadnercza, wzrost adrenaliny i metanefryn w moczu sympatykomimetyki
Sympatykomimetyki		
Amfetamina i metamfetamina	- Zwiększone uwalnianie monoamin z pęcherzykowych zasobów nerwów współczulnych - Hamowanie monoaminioksydazy - Blokada transporterów noradrenaliny w błonie komórkowej neuronów	Zwiększone stężenie noradrenaliny w cytoplazmie neuronów, odwrócony transport noradrenaliny z cytoplazmy do przestrzeni pozakomórkowej (może powodować wzrost metanefryn w moczu)
Efedryna, pseudoefedryna	- Aktywacja receptorów alfa i beta- adrenergicznych - Hamuje wychwyt zwrotny noradrenaliny	Zwiększone uwalnianie noradrenaliny (wzrost wydalania z moczem) Blokery wychwyty zwrotnego noradrenaliny
Blokery wychwyty zwrotnego noradrenaliny		
Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne Wenlafaksyna	Blokada transporterów noradrenaliny błony komórkowej neuronów Centralnie pośredniczące hamowanie synaptyczne	Zmniejszone wyładowania nerwów współczulnych i wydzielanie noradrenaliny z nerwów współczulnych, ale zwiększone uwalnianie noradrenaliny z wychwyty zwrotnego, wzrost stężenia noradrenaliny w osoczu i moczu
Antagoniści receptora alfa 2-adrenergicznego		
Inhibitory monoaminoaksydazy	Blokada deaminacji metabolitów O-metylowanej katecholaminy	Zwiększone stężenie metanefryn w osoczu i moczu przy prawidłowym stężeniu katecholamin
Fenoksybeznazmina, mirtazapina	Antagonizm receptorów α_2 - adrenergicznych w centralnych miejscach hamujących układ sympatyczny i na neuronach współczulnych	Zwiększone wydzielanie noradrenaliny przez nerwy współczulne (wzrost noradrenaliny i normetanefryn w osoczu)
Atypowe leki przeciwpyschotyczne		
Kwetiapina, klopazyna, risperidon	Hamowanie receptorów dopaminergicznym, adrenergicznych Antagonizm wobec receptorów alfa2- adrenergicznych	Zwiększone wydzielanie noradrenaliny z nerwów współczulnych, mogą powodować wzrost metanefryn w osoczu i moczu

Warto dodać, że paracetamol, niektóre antybiotyki (tetracyklina, erytromycyna, sulfonamidy), leki przeciwhistaminowe czy jodowe środki kontrastowe również mogą interferować z oznaczeniami katecholamin w osoczu i w moczu, dlatego należy je odstawić przed badaniem [5].

Dieta

Na 2 dni przed badaniem katecholamin pacjent powinien powstrzymać się od spożywania: kawy, czarnej herbaty, alkoholu, bananów, cytrusów, serków waniliowych, migdałów, orzechów, czekolady. Wpływ dietetycznych katecholamin na poziom wolnej adrenaliny i noradrenaliny i ich metabolitów w osoczu i moczu nie jest istotny. Największe znaczenie mają L-DOPA, dopaminy i inne aminy, powszechnie występujące w wielu produktach spożywczych, ponieważ zwiększają one stężenie dopaminy i ich sprzężonych z siarczanem metabolitów w osoczu i w moczu. Takie związki chemiczne mogą prowadzić nie tylko do wzrostu wydalania z moczem normetanefryny i metoksytyraminy, ale również wolnej metoksytyraminy w osoczu [21, 22]. Dopamina w dużych ilościach jest obecna przede wszystkim w bananach, ale występuje również w innych owocach i warzywach, których spożywanie może znacząco interferować z oznaczeniami dopaminy i jej metabolitów. W związku tym, jak napisali Eisenhofer i wsp. [22] stężenia metoksytyraminy w osoczu są znacząco wyższe u pacjentów nie będących na czczo niż u tych, którzy przestrzegali całonocnego postu.

Lewodopa i pokarmy zawierające wanilinę zawyżają wynik kwasu wanilinomigdałowego w moczu, ponieważ substancja ta interferuje z endogennym kwasem. Ponadto kwas kofeinowy zawarty w czarnej kawie i jego metabolit – kwas dihydrokofeinowy bezpośrednio interferują z oznaczeniami katecholamin w osoczu, powodując ich wzrost [5].

Stres i wysiłek fizyczny

Aktywność fizyczna jest silnym aktywatorem układu współczulnego i rdzenia nadnerczy, co może skutkować wzrostem katecholamin w osoczu. Ćwiczenia fizyczne są związane ze wzrostem wolnych metanefryn w osoczu, głównie normetanefryny i w mniejszym stopniu metanefryny. Z tego względu należy unikać intensywnego wysiłku podczas dobowej zbiórki moczu, a także na kilka godzin przed pobraniem krwi [22].

Ostre reakcje na stres emocjonalny również mogą powodować fałszywie dodatnie wyniki pomiarów katecholamin. Reakcje na stres psychiczny skutkują wzrostem adrenaliny w osoczu. Mniej istotny jest wpływ stresu psychicznego na pomiary katecholamin w moczu dobowym [22].

Pobieranie krwi do badań

Pobieranie próbek do badań powinno odbywać się w godzinach porannych. Wskazane jest, aby pacjent pozostał na czczo oraz bez intensywnego stresu i wysiłku fizycznego. W celu zminimalizowania stresu zaleca się co najmniej 20 minutowy odpoczynek w pozycji leżącej. (jest to minimalny czas odpoczynku przed

pobraniem krwi). Krew pobiera się przez uprzednio założone miękkie wkłucie dożylnie, u pacjenta leżącego [5]. Ma to istotne znaczenie, ponieważ siedząca pozycja jest silnym bodźcem do aktywacji układu współczulnego, co skutkuje podwyższonymi stężeniami noradrenaliny i normetanefryny w osoczu [21]. Próbkę krwi powinno się pobierać do schłodzonych probówek zawierających heparynę lub EDTA i pozostawić w lodzie do czasu odwirowania. Odwirowane próbki należy optymalnie przechowywać w temperaturze – 80°C do czasu analizy [12].

Dobowa zbiórka moczu (DZM)

Badanie polega na zbieraniu wszystkich porcji moczu uzyskanych w ciągu 24 godzin, do dużego, czystego pojemnika, przechowywanego w temperaturze 2–4°C. Zbiórkę dobową rozpoczyna się rano od drugiej porcji moczu (pierwszą należy odrzucić). Następnie do pojemnika, w którym gromadzi się moczu należy dodać środek konserwujący, 6 N HCl (10 ml), który zapobiega rozkładowi katecholamin poprzez utrzymanie kwaśnego pH. Każdą kolejną porcję moczu oddaną w ciągu dnia, wieczoru czy nocy należy dolewać do pojemnika. Badanie kończy się oddaniem pierwszej porannej porcji moczu w dniu następnym. Po zakończeniu zbiórki należy wymieszać dokładnie zawartość pojemnika, zmierzyć jego objętość i odlać próbkę moczu (ok. 70 ml) do mniejszego pojemnika, opatrzonego etykietą (imię, nazwisko, data urodzenia, ilość DZM) oraz dostarczyć do laboratorium. Pojemnik można przechowywać w temperaturze 2–4°C do 48 godzin po zakończonej zbiórce. Po upływie tego czasu trzeba zamrozić porcję moczu. Materiał powinno się transportować w torbie termoizolacyjnej z wkładem chłodzącym [23].

Podsumowanie

Katecholaminy – adrenalina, noradrenalina i dopamina są neurotransmiterami szeroko rozpowszechnionymi w ludzkim organizmie, które pełnią szereg kluczowych funkcji. Kontrolują przebieg procesów metabolicznych, regulują pracę wielu układów i narządów poprzez receptory adrenergiczne. Wpływają m.in. na układ sercowo-naczyniowy, na pracę mięśni, gospodarkę węglowodanową, lipidową, a także na aktywność organizmu. Badania wykazały także udział tych związków w reakcjach immunologicznych. Nadprodukcja amin katecholowych może być wywołana guzem chromochłonnym, który najczęściej lokalizuje się w nadnerczach. Jest to rzadki nowotwór. Jego wczesna diagnoza ma istotne znaczenie, gdyż pozwala uchronić pacjenta przed groźnymi powikłaniami. Guz chromochłonny należy podejrzewać u osób uskarżających się na napadowe nadciśnienie, bóle głowy, kołatanie serca czy nadmierne pocenie się. U niektórych chorych nowotwór ten nie wywołuje żadnych objawów klinicznych. Oznaczanie amin katecholowych ma kluczowe znaczenie dla właściwego rozpoznania *Pheochromocytoma*. Największą wartość diagnostyczną ma obecnie oznaczanie stężenia metanefryn wolnych w osoczu i w dobowej zbiórce moczu. W przypadku niejednoznacznych wyników, aby poszerzyć diagnostykę, zaleca się wykonanie testów

czynnościowych np. testu hamowania klonidyną. Najczęściej stosowaną metodą pomiarów stężeń katecholamin jest chromatografia cieczowa ze spektrometrią mas [LC-MS], której główną zaletą jest m. in. skrócony czas analizy. Spośród czynników przedanalizacyjnych, wpływających na wyniki oznaczeń katecholamin należy wymienić przede wszystkim: leki, dietę, wysiłek fizyczny i stres oraz warunki pobierania materiału do badań. Dlatego na 24 godziny przed badaniem pacjent powinien odstawić leki, które interferują z oznaczeniem katecholamin (paracetamol,

niektóre antybiotyki, inhibitory MAO, trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne, sympatykomimetyki). Zaleca się także [około 2 dni wcześniej] dietę bez kawy i czarnej herbaty, cytrusów, orzechów, czekolady, pokarmów zawierających wanilinę. Pobieranie krwi powinno się odbywać u pacjenta pozostającego na czczo, po uprzednim odpoczynku w pozycji leżącej. Krew pobiera się do próbek zawierających EDTA lub heparynę. Dobową zbiórkę moczu pacjent gromadzi sam, do odpowiedniego pojemnika z dodatkiem środka konserwującego w postaci 6 N HCl. ●

PIŚMIENNICTWO

- [1] Rudnicki K., Rutkowska A., Wieczorek M., *Poziom katecholamin w ślinie podczas stresu egzaminacyjnego i wysiłku poznawczego*, Acta Universitatis Lodzensis Folia Psychologica, 2015;19: 89–107.
- [2] Przybylska I., Kania D., Tymosiewicz P. i wsp., *Post-translacyjne i post-transkrypcyjne mechanizmy regulacji aktywności tyrozynowej ośrodkowym układzie nerwowym – wpływ wysiłku fizycznego*, Postępy biochemii, 2021;67(3): 278–286.
- [3] Ławnicka I., *Polimorfizm rs12402521 genu PDC a poziom katecholamin u chorych przewlekle hemodializowanych- wybrane aspekty*, rozprawa doktorska, promotor prof. dr hab. dr h.c. mult. Andrzej Książek, Lublin 2022, s. 30–35.
- [4] Mrozowski T., *Farmakologiczne leczenie jaskry*, Nowa Medycyna, 2007;2: 22–35.
- [5] Szosland K., Kopff B., Lewiński A., *Pheochromocytoma – guz chromochłonny*, Endokrynol Pol., 2006;1(57): 54–62.
- [6] Górski J., Knapp M., *Udział hormonów w regulacji metabolizmu substratów energetycznych w czasie wysiłku*, Kosmos, 2020; 69(4): 765–777.
- [7] Denisewicz K., *Zaburzenia tolerancji glukozy u pacjentów z guzem chromochłonnym*, Przegląd Kardiodiabetologiczny, 2009; 4(2): 87–89.
- [8] Gołuch-Koniuszy Z., Fugiel J., *Rola składników diety w syntezie wybranych neurotransmiterów*, Kosmos, 2016; 65(4): 525.
- [9] Wierońska J., Cieślak P., *Homeostatyczna regulacja snu – rola amin biogennych, neuropeptydów i GABA*, Kosmos, 2020; 69(3): 423.
- [10] Ściubisz A., Szostek M., Skotnicki A. i wsp., *Katecholaminy w układzie immunologicznym- identyfikacja i funkcja*, Postępy biologii komórki, 2001; 28(16): 171–180.
- [11] Gaskill PJ, Khoshbouei H., *Dopamine and norepinephrine are embracing their immune side and so should we*, Curr Opin Neurobiol., 2022 Dec; 77:102626.
- [12] Januszewicz A., Januszewicz W., Jarzab B. i wsp., *Wytyczne dotyczące diagnostyki i leczenia chorym z guzem chromochłonnym*, Nadciśnienie tętnicze, 2006; 10(1): 1–8.
- [13] Kosiński P., Dobrowolski P., *Nadciśnienie wtórne – przyczyny, diagnostyka, leczenie*, Kardiologia na co Dzień, 2008; 3(1): 25–30.
- [14] Januszkiewicz W., Prejbisz A., Januszkiewicz A. i wsp., *Guz chromochłonny – choroba o wielu obliczach*, Arterial Hypertension, 2002; 6(3): 217–225.
- [15] Miciak M., Jurkiewicz K., Kaliszewski K., *Postępy w leczeniu guza chromochłonnego nadnerczy – krótki przegląd*, Nowotwory, Czasopismo Onkologiczne 2024; 74(1): 34–41.
- [16] Rezkallah E., Elsaify A., Elsaify W., *The role of matanefrines in the diagnosis of Pheochromocytoma*, International Journal of Oncology Sciences, 2021; 3(1): 05–09.
- [17] Pęczkowska M., Januszewicz W., Januszewicz A. i wsp., *Diagnostyka guza chromochłonnego z perspektywy 2008 roku*, 2009; 1: 22–27.
- [18] Eisenhofer G., Prejbisz A., Peitzsch M. i wsp., *Biochemical Diagnosis of Chromaffin Cell Tumors in Patients at High and Low Risk of Disease: Plasma versus Urinary Free or Deconjugated O-Methylated Catecholamine Metabolites*, Clinical Chemistry, November 2018; 64(11): 1646–1656.
- [15] Miciak M., Jurkiewicz K., Kaliszewski K., *Postępy w leczeniu guza chromochłonnego nadnerczy – krótki przegląd*, Nowotwory, Czasopismo Onkologiczne 2024; 74(1): 34–41.
- [19] Garcia-Carbonero, R., Matute Teresa F., Mercader-Cidoncha E. i wsp., *Wielodyscyplinarne wytyczne praktyki dotyczące diagnozy, poradnictwa genetycznego i leczenia pheochromocytomas i paragangliomas*, Clin Transl Oncol 23, 1995–2019 (2021).
- [20] Farrugia FA, Martikos G., Tzanetis P. i wsp., *Pheochromocytoma, diagnosis and treatment: Review of the literature*, Endocrine Regulations, 2017; 51(3): 168–181.
- [21] Eisenhofer G., Peitzsch M., McWhinney B., *Impact of LC-MS/MS on the laboratory diagnosis of catecholamine-producing tumors*, TrAC Trends in Analytical Chemistry, 2016; 84: 106–116.
- [22] Eisenhofer G., Pamporaki Ch., Lenders J., *Biochemical Assessment of Pheochromocytoma and Paraganglioma*, Endocrine Reviews, 2023; 44(5): 862–909.
- [23] <https://www.czd.pl/upload/pages/273/attachments/instrukcja-dzm.pdf>

● mgr Kornelia Szponar¹● dr n. farm. Edyta Ciebien¹● mgr Julia Maklakiewicz¹● mgr Jakub Maklakiewicz²● dr n. farm. Kinga Skrzypek¹

FOSFOMYCINA W TERAPII ZAKAŻEŃ – SPEKTRUM DZIAŁANIA, OCENA WRAŻLIWOŚCI I INTERPRETACJA KLINICZNA

Wstęp

W dzisiejszych czasach obserwuje się znaczny wzrost oporności drobnoustrojów na powszechnie stosowane antybiotyki oraz chemioterapeutyki. Dlatego oprócz wdrażania terapii najnowszymi lekami przeciwdrobnoustrojowymi, których działanie nakierowane jest na szczepy wielolekooporne klinicyści coraz częściej powracają do stosowania starszych antybiotyków, takich jak aminoglikozydy, tetracykliny czy fosfomycyna [1].

Jedną z najczęstszych infekcji pozaszpitalnych jest zakażenie układu moczowego (ZUM). Do czynników etiologicznych bakteryjnych ZUM zalicza się m.in.: *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella spp.*, *Citrobacter spp.*, *Enterobacter spp.*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Enterococcus spp.* [2]. Popularnymi lekami przeciwdrobnoustrojowymi stosowanymi w terapii ZUM są: β -laktamy, fluorochinolony, trimetoprim-sulfametoksazol. Jednak duży odsetek izolowanych bakterii wykazuje oporność na wspomniane antybiotyki i chemioterapeutyki. Antybiotykiem charakteryzującym się dużą aktywnością bakteriobójczą wobec drobnoustrojów najczęściej wywołujących ZUM jest fosfomycyna [3–5]. Ma ona także zastosowanie: w terapii powikłanych ZUM, infekcyjnego zapalenia wsierdza, zakażeń kości i stawów, szpitalnego zapalenia płuc, powikłanych zakażeń skóry i tkanek miękkich, bakteryjnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, powikłanych zakażeń wewnątrzbrzusznych, bakteriemii (związanej z którymkolwiek ze wspomnianych zakażeń) oraz w terapii skojarzonej zakażeń wywołanych przez wielolekooporne drobnoustroje z rzędu *Enterobacterales* [6].

Pochodzenie i budowa fosfomycyny

Fosfomycyna została wyizolowana, scharakteryzowana i opracowana w ramach wspólnego programu firmy Merck i hiszpańskiej firmy farmaceutycznej CEPA (hiszp. Compañía Española de Penicilina y Antibióticos) w 1969 roku [7, 8].

Antybiotyk ten produkują niektóre gatunki bakterii z rodzaju *Streptomyces* oraz *Pseudomonas*, takie jak: *Streptomyces fradiae*, *Streptomyces viridochromogenes*, *Streptomyces wedmorensis*, *Pseudomonas viridiflava* czy *Pseudomonas syringe* [7].

Jest to antybiotyk syntetyczny, wysoce polarna pochodna kwasu fosfonowego (kwas cis-1,2-epoksypropylofosfonowy) zawierająca pierścień epoksydowy, który jest strukturalnie napięty i reaktywny chemicznie, co nadaje cząsteczce dobre działanie przeciwbakteryjne. Należy podkreślić jej niską masę cząsteczkową (138g/mol), co odróżnia ją od innych środków przeciwdrobnoustrojowych i sprawia, że reprezentuje własną klasę antybiotyków [7, 9].

¹ Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, Pracownia Bakteriologii, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie, ul. Prof. A. Gębali 6, 20-093 Lublin

² Dział laboratoryjny, Oddział Badań Mikrobiologicznych, Pracownia Diagnostyki Medycznej, Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Lublinie, ul. Pielęgniarek 6, 20-708 Lublin

Postaci farmaceutyczne

Fosfomycyna występuje w postaci doustnej (sól disodowa fosfomycyny) i doustnej. Początkowo jako formę doustną stosowano sól wapniową fosfomycyny, jednak to jej późniejsza forma (trometamol fosfomycyny) wykazała się zwiększoną dostępnością biologiczną (30–40%) i stała się wiodącym preparatem do stosowania doustnego [7, 10, 11].

Zgodnie z aktualnym „Wykazem produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej” z dnia 20 grudnia 2024 r., w Polsce dostępne są produkty lecznicze zawierające fosfomycynę w postaci granulatu do sporządzania roztworu doustnego (trometamol fosfomycyny) oraz proszku do sporządzania roztworu do infuzji (sól disodowa fosfomycyny) [6, 12].

Spektrum działania

Fosfomycyna wykazuje aktywność *in vitro* wobec szerokiej gamy drobnoustrojów zarówno Gram-ujemnych jak i Gram-dodatnich (Tab. 1). Są to m. in. pałeczki z rzędu *Enterobacterales* i pałeczki *Pseudomonas spp.*, ale także ziarenkowce, np. *Enterococcus spp.* czy *Staphylococcus spp.* włączając w to szczepy wielolekooporne.

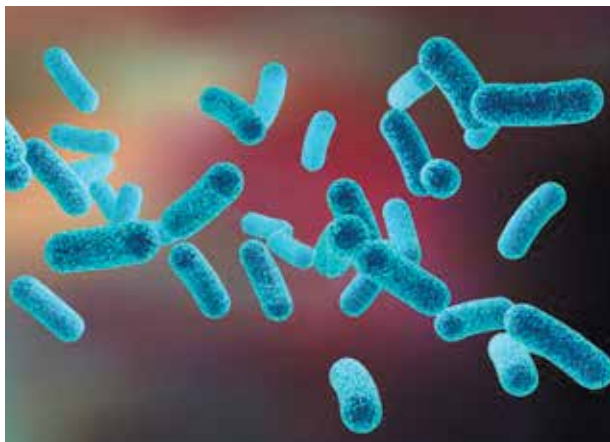
Tab. 1. Spektrum działania fosfomycyny [6, 13, 14]

Pałeczki Gram-ujemne	Ziarenkowce Gram-dodatnie
<i>Enterobacterales</i> (m.in. <i>Escherichia coli</i> , <i>Citrobacter spp.</i> , <i>Klebsiella spp.</i> , <i>Proteus spp.</i> , <i>Serratia spp.</i>) <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	<i>Enterococcus faecalis</i> <i>Enterococcus faecium</i> <i>Staphylococcus spp.</i> (wyjątek: <i>Staphylococcus capitis</i> , <i>Staphylococcus saprophyticus</i>)

W praktyce fosfomycyna w postaci doustnej jest stosowana w terapii skojarzonej, a interpretacja lekowrażliwości jest skomplikowana i zależy m. in. od rodzaju zakażenia i czynnika etiologicznego [6, 7, 10]. Zastosowanie formy doustnej fosfomycyny jest dopuszczalne tylko przy niepowikłanym ZUM. EUCAST (ang. *European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing*), podaje wartości graniczne w tym przypadku wyłącznie dla *E. coli*, natomiast Zespół Roboczy ds. oznaczania lekowrażliwości zgodnie z zaleceniami EUCAST dodatkowo pozwala wykonać oznaczenie dla *Enterococcus faecalis* stosując interpretację wg CLSI (ang. *Clinical and Laboratory Standards Institute*) [6, 15, 16].

Wykonanie oceny lekowrażliwości oraz interpretacja

Metodę referencyjną w ocenie wrażliwości badanego szczepu na fosfomycynę stanowi metoda rozcieńczeń w agarze. W codziennej praktyce w laboratoriach mikrobiologicznych w Polsce stosowane są metody: dyfuzyjno-krażkowa (metoda jakościowa) oraz z użyciem pasków z gradientem stężeń antybiotyku (metoda ilościowa z oznaczeniem wartości MIC – najmniejszego stężenia hamującego) [6].



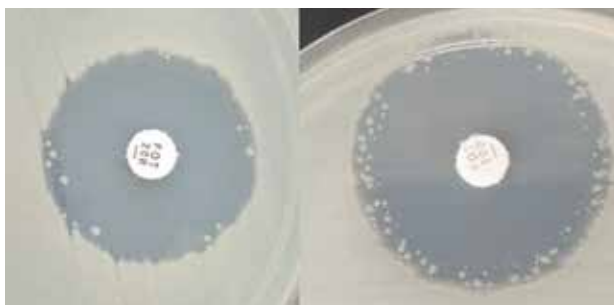
Pierwszą z metod (metoda dyfuzyjno-krażkowa) można zastosować wyłącznie dla *E. coli* i *E. faecalis* w leczeniu niepowikłanych ZUM (podanie doustne, w przypadku *E. coli* również podanie doustne). Metodę z wykorzystaniem pasków z gradientem stężeń celem oznaczenia rzeczywistej wartości MIC stosuje się dla *E. coli* w leczeniu niepowikłanych ZUM (podanie doustne lub doustne) oraz dla: *E. coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *P. mirabilis*, *Serratia marcescens*, *Acinetobacter baumannii*, *P. aeruginosa*, *E. faecalis*, *Enterococcus faecium* oraz *Staphylococcus aureus* m.in. w leczeniu powikłanych zakażeń dróg moczowych, skóry, tkanek miękkich, zakażeń wewnątrzbrzusznych, infekcyjnego zapalenia wsierdza, bakteriemii, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych czy zakażeń kości i stawów (podanie doustne w terapii skojarzonej) [6, 16] (Tab. 2).

Tab. 2. Fosfomycyna – opcje terapeutyczne w zależności od drogi podania [6]

Droga podania	Rodzaj zakażenia
Doustna	niepowikłane ZUM
Dożylna	- powikłane ZUM - infekcyjne zapalenie wsierdza - zakażenia kości i stawów - szpitalne zapalenie płuc - powikłanie zakażenia skóry oraz tkanek miękkich - zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych o etiologii bakteryjnej - powikłane zakażenia wewnątrzbrzuszne bakteriemia (związana z wystąpieniem któregośkolwiek z powyższych zakażeń)

Oznaczenie lekowrażliwości w większości wymaga zastosowania standardowych metod tj. wykonywane jest przy użyciu podłoża Mueller-Hinton z zastosowaniem zawiesiny 0,5 w skali McFarlanda. Inkubacja w warunkach tlenowych powinna trwać między 16 a 20 godzin w temperaturze 34–36°C. Jedyny wyjątek i jednocześnie bardzo istotny element oznaczenia stanowi konieczność obecności glukozy-6-fosforanu w podłożu bądź komercyjnie dostępnym pasku z gradientem stężeń [6, 16]. Strefy zahamowania wzrostu oraz wartość MIC należy odczytać z tyłu płytki na ciemnym tle przy świetle odbitym poszukując miejsca całkowitego zahamowania wzrostu. Należy podkreślić konieczność zignorowania obecności pojedynczych kolonii wewnątrz strefy zahamowania wzrostu w przypadku oznaczania wrażliwości dla *E. coli*. W takiej sytuacji mierzona powinna być jej zewnętrzna krawędź [Zdj. 1.] [17].

Zdj. 1. Oznaczenie wrażliwości na fosfomycynę metodą dyfuzjno-krążkową dla *E. coli* – zgodnie z rekomendacjami EUCAST należy zignorować pojedyncze kolonie występujące wewnątrz strefy zahamowania wzrostu (fot. autor)



Pomimo szerokiej gamy możliwości zastosowania fosfomycyny, należy pamiętać o podawaniu wartości MIC bez interpretacji w przypadku zakażeń, w których możliwe jest zastosowanie jedynie jej formy dożyłnej w skojarzeniu z innym lekiem (nie dotyczy *E. coli* izolowanej z ZUM oraz zakażeń, które wywodzą się z dróg moczowych) [6, 16].

Wrażliwość na fosfomycynę

Oporność na fosfomycynę u *E. coli* jest niska i wynosi nawet <1% [3, 4]. W przypadku szczepów wytwarzających ESBL (β-laktamazy o rozszerzonym spektrum substratowym) odsetek szczepów opornych *E. coli* i *K. pneumoniae* jest nieznacznie wyższy i wynosi ok. 5–20% wg różnych źródeł, przy czym skuteczność jest zazwyczaj wyższa w stosunku do *E. coli* [7, 10, 18]. W leczeniu zakażeń wymagających podania leku w postaci dożyłnej (wywołane przez szczepy wielolekooporne oraz zakażenia uogólnione) fosfomycyna nie powinna być stosowana w monoterapii [4, 6, 11].

Mając na uwadze ryzyko wystąpienia mutacji i rozwoju oporności zaleca się terapię skojarzoną. Najczęściej stosuje się połączenia z meropenemem (szczególnie w zakażeniach o etiologii *P. aeruginosa* również wielolekoopornych), fluorochinolonami czy kolistyną. Wobec *S. aureus* opornych na metycylinę (MRSA) oraz *Enterococcus spp.* udokumentowano skuteczność terapii fosfomycyny z dodatkiem glikopeptydu, linezolidu lub daptomycyny. Inter-

esujące może okazać się połączenie fosfomycyna-tobramycyna z uwagi na zaobserwowaną redukcję biofilmu po 24 godzinach w porównaniu z monoterapią [2, 4, 11].

Mechanizmy oporności

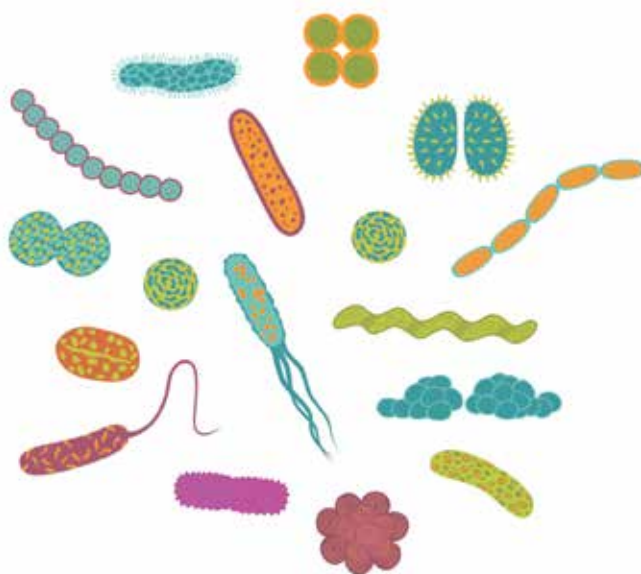
Bakterie prezentują trzy główne mechanizmy oporności na fosfomycynę:

- upośledzenie (utrudnienie lub zablokowanie) transportu fosfomycyny do komórki w wyniku mutacji w genach chromosomalnych transporterów GlpT i UhpT,
- zmiany w miejscu docelowym dla fosfomycyny (Mur A) spowodowane mutacją punktową skutkującą nadekspresją genu *murA*. Taki mechanizm jest częstym zjawiskiem u *E. coli*. Rzadszym mechanizmem jest nadprodukcja Mur A, którego ilość jest wprost proporcjonalna do poziomu oporności.
- mechanizmem o największym znaczeniu epidemiologicznym jest inaktywacja enzymatyczna przez metaloenzymy (FosA, FosB i FosX) [7, 8, 10].

Możliwość oporności krzyżowej fosfomycyny z innymi grupami antybiotyków jest znikoma [10, 19].

Niektóre drobnoustroje charakteryzują się naturalną opornością na fosfomycynę, zalicza się do nich: *S. saprophyticus*, *S. capitis*, *Corynebacterium spp.*, *A. baumannii*, *Acinetobacter pittii*, *Acinetobacter nosocomialis*, *Burkholderia cepacia complex*, *Stenotrophomonas maltophilia*, *Leclercia adecarboxylata* [14].

Na uwagę zasługuje *A. baumannii*, który z jednej strony jest uznawany za naturalnie oporny na fosfomycynę, a z drugiej dopuszcza się oznaczenie jego wrażliwości na ten lek w niektórych przypadkach. Jest to spowodowane bardzo wysokim procentem oporności przy zastosowaniu monoterapii. Istnieją jednak badania sugerujące wystąpienie synergizmu przy skojarzeniu fosfomycyny z innymi lekami, głównie z amikacyną, ale również np. z kolistyną



czy sulbaktamem przy odpowiedniej wartości MIC fosfomycyny. Poszukiwanie nowych opcji terapeutycznych jest konsekwencją występowania wielolekoopornych szczepów *A. baumannii* [1, 6, 20].

Podsumowanie

W obliczu stale narastającej oporności drobnoustrojów bardzo ważne jest budowanie świadomości na temat racjonalnej antybiotykoterapii nie tylko wśród klinicystów, ale także pacjentów. Nadmierne i nieprawidłowe stosowanie leków przeciwdrobnoustrojowych sprzyja izolacji szczepów wielolekoopornych, które będąc czynnikiem etiologicznym zakażenia mogą zagrażać nie tylko zdrowiu, ale i życiu chorego.

Powyższa praca prezentuje szeroki wachlarz możliwości zastosowania znanego od wielu lat antybiotyku, który posiada szerokie spektrum działania i ma wiele wskazań do zastosowania w terapii. Fosfomycyna ze względu na synergistyczne działanie z innymi znanymi antybiotykami jest nadzieją w terapii zakażeń drobnoustrojami wysoce opornymi. ●

PIŚMIENNICTWO

- [1] Falagas M. E., Vouloumanou E. K., Samonis G., Vardakas K. Z., *Fosfomycin*, Clinical Microbiology Reviews, 2016 Apr;29(2):321–347.
- [2] *Rekomendacje diagnostyki, terapii i profilaktyki zakażeń układu moczowego u dorosłych* pod redakcją: prof. dr hab. med. Walerii Hryniewicz i dr hab. med. Michała Holeckiego, Narodowy Instytut Leków, Warszawa, 2015.
- [3] Sharma S., Verma P. K., Rawat V., Varshney U., Singh R. K., *Fosfomycin versus Nitrofurantoin for the Treatment of Lower UTI in Outpatients*, Journal of Laboratory Physicians, 2021 Jun;13(2):118–122.
- [4] Zhanel G. G., Zhanel M. A., Karlowsky J. A., *Oral and Intravenous Fosfomycin for the Treatment of Complicated Urinary Tract Infections*, Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology, 2020 Mar 28;2020:8513405.
- [5] Sojo-Dorado J., López-Hernández I., Hernández-Torres A., Retamar-Gentil P., Merino de Lucas E., Escolà-Vergé L., Bereciartua E., García-Vázquez E., Pintado V., Boix-Palop L., Natera-Kindelán C., Sorlí L., Borrell N., Amador-Prous C., Shaw E., Jover-Saenz A., Molina J., Martínez-Álvarez R. M., Dueñas C. J., Calvo-Montes J., Lecuona M., Pomar V., Borreguero I., Palomo-Jiménez V., Docobo-Pérez F., Pascual Á., Rodríguez-Baño J., *Effectiveness of fosfomycin trometamol as oral step-down therapy for bacteraemic urinary tract infections due to MDR Escherichia coli: a post hoc analysis of the FOREST randomized trial*, Journal of Antimicrobial Chemotherapy, 2023 Jul 5;78(7):1658–1666.
- [6] Stanowisko Zespołu Roboczego ds. oznaczania lekowrażliwości zgodnie z zaleceniami EUCAST w sprawie najczęściej zgłaszanych pytań dotyczących stosowania rekomendacji EUCAST, wersja 7.0, 31 marca 2024.
- [7] Cao Y., Peng Q., Li S., Deng Z., Gao J., *The intriguing biology and chemistry of fosfomycin: the only marketed phosphonate antibiotic*, The Royal Society of Chemistry, 2019 Dec 19;9(72):42204–42218.
- [8] Díez-Aguilar M., Cantón R., *New microbiological aspects of fosfomycin*, Official Journal of the Spanish Society of Chemotherapy, 2019 May;32 (Suppl 1):8–18.
- [9] Di Stefano A. F. D., Radicioni M. M., Morano F., Gentili A., Mallat E., Cuomo D., Mazzarella T., Di Fonzo V., *Fosfomycin Pharmacokinetic Profile in Plasma and Urine and Quantitative Estimation in Prostate and Seminal Vesicles after One and Two Consecutive Doses of Oral Fosfomycin Trometamol in Healthy Male Volunteers*, Antibiotics (Basel), 2022 Oct 22;11(11):1458.
- [10] López-Montesinos I., Horcajada J. P., *Oral and intravenous fosfomycin in complicated urinary tract infections*, Official Journal of the Spanish Society of Chemotherapy, 2019 May;32 (Suppl 1):37–44.
- [11] Candel F. J., Matesanz David M., Barberán J., *New perspectives for reassessing fosfomycin: applicability in current clinical practice*, Official Journal of the Spanish Society of Chemotherapy, 2019 May; 32 (Suppl 1):1–7.
- [12] Obwieszczenie Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych z dnia 20 grudnia 2024 r. w sprawie ogłoszenia Urzędowego Wykazu Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, Załącznik nr 1, Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia, Warszawa, dnia 20 grudnia 2024 r. (poz. 141).
- [13] Charakterystyka produktu leczniczego Monural, granulát do sporządzania roztworu doustnego.
- [14] EUCAST – *Expected Resistant Phenotypes*. Version 1.2 January 2023.
- [15] Tutone M., Bjerklund Johansen T. E., Cai T., Mushtaq S., Livermore D. M., *SUSceptibility and Resistance to Fosfomycin and other antimicrobial agents among pathogens causing lower urinary tract infections: findings of the SURF study*, International Journal of Antimicrobial Agents, 2022 May;59(5):106574.
- [16] European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing Breakpoint tables for interpretation of MICs and zone diameters, Version 15.0, valid from 2025-01-01.
- [17] Antimicrobial susceptibility testing EUCAST disk diffusion method Version 13.0 January 2025.
- [18] Abbott I. J., van Gorp E., Wijma R. A., Meletiadis J., Roberts J. A., Mouton R. W., Peleg A. Y., *Oral Fosfomycin Efficacy with Variable Urinary Exposures following Single and Multiple Doses against Enterobacterales: the Importance of Heteroresistance for Growth Outcome*, Antimicrobial Agents and Chemotherapy, 2020 Feb 21;64(3):e01982–19.
- [19] Cai T., Novelli A., Tascini C., Stefani S., *Rediscovering the value of fosfomycin trometamol in the era of antimicrobial resistance: A systematic review and expert opinion*, International Journal of Antimicrobial Agents, 2023 Dec;62(6):106983.
- [20] Leite G.C., Oliveira M.S., Perdigão-Neto L.V., Rocha C.K., Guimarães T., Rizek C., Levin A.S., Costa S.F., *Antimicrobial Combinations against Pan-Resistant Acinetobacter baumannii Isolates with Different Resistance Mechanisms*, PLOS ONE, March 21, 2016, 11(3):e0151270.



nam obce poświęcenie dla naszej wspólnej sprawy zawodowej, tj. samorządu zawodowego, nie było siły wewnętrznej i zewnętrznej, by nasze pragnienie i marzenia unicestwić.

Poniżej przedstawiam tekst redakcyjny zawarty w Biuletynie „Analityka Medyczna”, nr 6/92:

Dotychczasowe działania Ogólnopolskiego Komitetu Organizacyjnego Izby Diagnostów Laboratoryjnych za pośrednictwem Redakcji w „Biuletyn Analityka” zmierzały ku rozpoznaniu zainteresowania w środowisku diagnostów laboratoryjnych możliwością realizacji Izby. Obserwowany proces dojrzewania zainteresowań i zaistnienia w świadomości społeczności potrzeby Izby ukazuje, iż ma on charakter oddolny. Oczekiwania i postulaty z tą ideą związane stawały się coraz żywsze i zataczały coraz szersze kręgi, obejmując całą mapę naszego kraju. Przeczy to dotychczasowym mniemaniom, iż każda myśl integrująca środowisko winna mieć reprezentantów i przywódców. Sposób uobecniania się w naszej świadomości i działań podjętych dla realizacji idei Izby dowodzi, iż możliwe są struktury tworzone przez uświadomioną potrzebę wspólnego mianownika dla społeczności diagnostów laboratoryjnych. Pomysł i sposób manifestowania, iż istnieje taki wspólny mianownik dla społeczności diagnostów zawarty jest w deklaracjach składanych przez ponad 3 tysiące pracowników zatrudnionych w diagnostyce laboratoryjnej. Socjologicznym i psychologicznym badaniom przysługiwało stwierdzić co motywuje tak liczną grupę dla postulowania zaistnienia Izby reprezentującej ich odmienną i specyficzną pracę w służbie zdrowia. Poczucie nieodzowności powołania identyfikującej instancji o prawnym charakterze, która by reprezentowała środowisko, a również kanalizowała i postulowała wartości humanizujące jest tym bardziej powszechniejsze, im częstsze są zgłaszane obawy o zagubienie klasycznych norm z przysięgi Hipokratesa. To myślenie ożywia nasze działanie i inspiruje do zadość czynienia postulatów z deklaracji. Spodziewamy się, że z ośrodków laboratoryjnych nadal napływać będą dalsze deklaracje.

Przyszłością będzie rozważenie założeń ideowo-moralnych przyszłej Izby Diagnostów, co mogłoby być owocem postulatów i dyskusji na łamach naszego Biuletynu. Redakcja ma nadzieję, że tak jak i deklaracje zgłaszane będą propozycje z zakresu deontologii i wartości moralnych. Z powodu szczupłości formatu wydawniczego Redakcja nie jest w stanie zamieszczać wszystkich nadsyłanych uwag, co mogłoby być możliwe przy zwiększeniu objętości pisma.

W niniejszym numerze zwracamy szczególną uwagę na artykuł traktujący o zapisach w prawie stanowionym w Polsce odnośnie diagnostyki. Z dużą radością Redakcja zamieszcza poparcie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wyrażone w liście do Kom-

Scripta manent. Pro Memoria! odc. III

Rys historyczny samoorganizacji samorządu zawodowego Diagnostów Laboratoryjnych w skrócie

„Życia nie da się wyprasować
Życie z natury jest pomięte
Tu w każdym zgięciu nowa droga
i niespodzianka za zakrętem”

Bard ze Starachowic, Tomasz Kordeusz

Drodzy Diagnosto Laboratorijni,
Szanowni Państwo,
Drodzy Studenci,

W poprzednich wpisach „Scripta manent. Pro memoria” (odc. I i II) przedstawiłem w skrócie, jak oddolnie, spontanicznie rodziło się poczucie solidarności zawodowej (apel Grzegorza Gorzkiewicza z Łodzi) odnośnie utworzenia samorządu zawodowego diagnostów laboratoryjnych. W tym dziejowym czasie 1989/1990 zauważalne i rzeczywiście widoczne poczucie solidarności zawodowej objawiło się nie tylko w uczuciu, ale prowadziło do czynu i do działania. Jak grzyby po deszczu na terenie całej Polski ujawnili się diagności laboratorijni i zdecydowanie wyrazili wolę, by zaistnieć w ochronie zdrowia jako zorganizowana grupa zawodowa na wzór już istniejących samorządów medycznych. Nie mieliśmy deficytu rozumu, oznaczaliśmy się logiką myślenia i zdecydowanie stawaliśmy na gruncie zdrowego rozsądku i woli działania, by właściwie ocenić istniejącą wówczas rzeczywistość diagnostyczną, by z odwagą walczyć o właściwe miejsce dziedziny diagnostyki laboratoryjnej w polskim systemie ochrony zdrowia. Rzeczywiście, tak, byliśmy zdecydowani, odważni, pomimo rzucanych kłód przez przeciwników idei naszego samorządu. Pomimo złożonych sytuacji potrafililiśmy się świadomie zjednoczyć, posiadając świadomość celu i strategii działania. Nie było

tetu Organizacyjnego. Odnotowujemy także na łamach naszego Biuletynu głos reprezentowany przez liczną grupę pracowników zespołów diagnostycznych.

Każdy zamieszczony artykuł jest godny polecenia. Redakcja zwraca się z prośbą o uważne śledzenie dyskusji na łamach Biuletynu.

Redakcja

Post scriptum

W pierwszym samoistnym odruchu diagności tworzący Ogólnopolski Komitet Organizacyjny Diagnostów Laboratoryjnych stawiali sobie pytanie w zetknięciu z rozpoznawaną rzeczywistością diagnostyczną czy w okresie przemian dziejowych w Polsce jesteśmy przedmiotem czy podmiotem w wykonywaniu czynności diagnostyki laboratoryjnej. Na fali wówczas uświadamiania naszej roli zawodu diagnosty laboratoryjnego w polskim systemie ochrony zdrowia, wymuszało to, by tą rzeczywistość głębiej uświadomić, wyjaśnić i zaprogramować zmiany. Pytanie nasze jaka jest miara uprzedmiotowienia członków naszego zawodu i jaka jest miara upodmiotowienia, było to konsekwencją i uświadomieniem status quo diagnostów laboratoryjnych. Rzeczywiście nasze ludzkie (zawodowe poznanie) stawia podstawowe pytania, które domaga się wyjaśnienia. Było nas w przybliżeniu łącznie z technikami diagnostyki laboratoryjnej ok. 23 tys. (nikt nie wiedział ile Nas jest, nawet Ministerstwo Zdrowia nie miało tej wiedzy).

Zamieszczam poniżej artykuł redakcyjny „Biuletynu Analityka” nr 1/7/93, który charakteryzuje nasz stan poznawczy świadomości zawodowej diagnostów laboratoryjnych w tamtym okresie.

W kolejnym numerze „Biuletynu Analityka” możemy zauważyć znaczną krystalizację opinii i stanowiska w kwestii zainicjowania niezależnej Izby Diagnostów Laboratoryjnych.

Zauważamy pozytywne nastawienia wyrażone w poglądach w środowiskach tych, które dotąd prezentowały ambiwalencję, bądź powściągnięty negatywizm wobec naszej Idei. Co zdecydowało przemieszczeniu się emocji w tych środowiskach mogą Państwo odczytać w załączonych artykułach. Bowiem nie podnosi się już wyraźnej opozycji powołania Izby Diagnostów Laboratoryjnych, ale zgłaszane są pytania jak funkcjonować miałyby taka Izba, kogo zrzeszać, jakie uprawnienia posiadać oraz jaki byłby jej stosunek do innych formalnych struktur reprezentujących środowisko Służby Zdrowia. Równocześnie pozytywnie postrzega się nieodzowność określenia warunków funkcjonowania laboratoriów diagnostycznych w nowej koncepcji Służby Zdrowia prywatnej i publicznej. Także zgłaszane są dezyderaty, aby o powoływaniu laboratoriów decydowały środowiska kompetentne w zakresie dyscyplin istotnych dla pracy diagnosty. Myśli się także o stopniach nowych specjalizacji i zapoznawaniu się z osiągnięciami nauk przyrodniczych i ich możliwymi wdrożeniami dla

służby w interesie człowieka, antycypując dostrzegalne symptomy choroby. Ideałem współczesnej sztuki w świecie medycznym jest wyprzedzanie rozpoznania procesów chorobotwórczych, by wcześniej podjąć profilaktykę. Temu służą chemia kliniczna, diagnostyka laboratoryjna i szereg interdyscyplin w polu fizyki, biologii, chemii. To one są w stanie sygnalizować proces chorobotwórczy w organizmie. Pełne i kompetentne umiejętności odczytywania tychże sygnałów leżą po stronie dobrze wykształconych i przygotowanych analityków medycznych. Ta perspektywa wymaga nowego podejścia do studiów tak ogólnolekarskich jak i analityków. W literaturze przedmiotowej dostrzega się konieczność takiego kształcenia w tychże zawodach by adepci znajdowali więcej wspólnych płaszczyzn działania niżeli różnic kompetencyjnych.

Nasi Rzecznicy spraw Izby Diagnostów Laboratoryjnych zechcą wybaczyć, że i tym razem zaniechaliśmy umieszczenia artykułu prof. Bobilewicz. Stało się to na skutek nieoczekiwanych ilości głosów w powyższych kwestiach, które sygnalizujemy. Apelujemy i prosimy o nadsyłanie własnych przemyśleń i pomysłów odnoszących się do Izby Diagnostów Laboratoryjnych. Jednym z postulatów naszych jest by Izba mając osobowość prawną była uprawniona do działalności gospodarczej.

Redakcja

Post scriptum

Wszelkie zdarzenia i działania związane z aktywnością środowiska diagnostów laboratoryjnych były rejestrowane w Biuletynie Analityka w tym posiedzenia OKOIDL.

Poniżej fragment posiedzenia OKOIDL.

Dużą aktywność przejawiał Ogólnopolski Komitet Organizacyjny Izby Diagnostów Laboratoryjnych. Na spotkaniu, który się odbył w Łodzi 31.03.1993 r. zaaprobował dwa dokumenty:

1. Tekst listu do Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej i jego Oddziałów.
2. Apel do posłów i posłanek Sejmowej Komisji Zdrowia

Zobowiązanie ośrodka wrocławskiego

Jednocześnie Ośrodek Wrocławski zobowiązał się do docierania z informacją do wszystkich województw. To działalności tego niezwykle prężnego Ośrodka zawdzięczamy ukazanie się już 6 numeru „Biuletynu Analityka” przesyłanego bezpłatnie do laboratoriów całej Polski. Wydanie biuletynu złamało monopol informacyjny Biuletynu PTDL jak słusznie zauważył delegat z Wrocławia; przekazuje informacje z codziennego życia diagnostyki polskiej. Jest duże zainteresowanie biuletynem, który może się stać profesjonalnym pismem dla naszego środowiska zawodowego. Wobec jednoczesnej potrzeby wprowadzenia systemu ewidencji diagnostów laboratoryjnych, zebrani postanowili zwrócić się do środowiska o dobrowolne składki na rzecz prowadzenia dalszej

ZAKŁADKA HISTORYCZNA

działalności. Fundusze te złożone na książeczce PKO na koncie *a vista* (konieczne powołanie Komisji Rewizyjnej – 3 osoby) pozwolą na zakup znaczków pocztowych, ksero, telefony itp. wydatki konieczne w prowadzeniu akcji informacyjnej. Liczymy na życzliwość środowiska. Już niewielkie składki (10 zł) pozwolą rozwiązać wiele problemów finansowo-organizacyjnych.

Ostatnim punktem zebrania były wolne głosy; delegaci, którzy przybyli po raz pierwszy na spotkanie podzielili się z obecnymi swoimi uwagami nt. obu projektów ustaw. Uwagi dotyczyły spraw, które zostały już przez nas omówione na poprzednich spotkaniach o czym poinformowano zainteresowanych, motywując jednocześnie takie brzmienie projektów ustaw aktualną sytuacją prawną oraz wcześniejszymi ustaleniami delegatów.

Jednocześnie zwrócono się do zebranych o nadsyłanie swoich uwag dotyczących tych aktów prawnych na piśmie na adres sekretariatu w Łodzi lub Wrocławiu.

Zorganizowanie następnego spotkania powierzono Ośrodkowi Poznańskiemu, termin ustalono na 31 marca 1993 r. w czasie trwania Salmed-u.

Ewa Tuszeńska, Poznań

Ad.1. Tekst listu do Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej i jego Oddziału

Szanowni Państwo,

Obserwując organizowanie się samorządów różnych grup zawodowych w naszym kraju, możemy stwierdzić, że większość aktów prawnych określających ich struktury organizacyjne powstała w ostatnich kilku latach. Wśród pracowników Służby Zdrowia utworzona została Izba Lekarska, Izba Aptekarska oraz Izba Pielęgniarek i Położnych. Dużą grupą zawodową są pracownicy laboratoriów medycznych.

W Polsce istnieje około 2300 laboratoriów o bardzo zróżnicowanej wielkości i strukturze organizacyjnej. Pracują w nich absolwenci różnych kierunków studiów: lekarze (10–15%), farmaceuci, analitycy medyczni, biolodzy, chemicy, fizycy oraz inni.

Ta różnorodność zatrudnienia łączy się ściśle z funkcją współczesnego laboratorium, w której wyłania się wiele wąskich specjalności grupujących specjalistów. Pracownicy Ci pozbawieni są własnej reprezentacji oraz możliwości jakiegokolwiek działania we własnym imieniu.

Od 1990 roku trwają prace w kierunku utworzenia własnego samorządu t.j. Izby Diagnostów Laboratoryjnych. Powołano Ogólnopolski i Regionalne Komitety Organizacyjne. Opracowano projekt ustawy o zawodzie i Izbie Diagnostów Laboratoryjnych. W tej sprawie odbyło się spotkanie w Sejmowej Komisji Zdrowia. Z ankiety przeprowadzonej wśród pracowników laboratoriów w Polsce wynika, że idea powołania Izby Diagnostów Laboratoryjnych ma bardzo silne poparcie.

Izba Diagnostów Laboratoryjnych oprócz funkcji integrującej środowisko zawodowe oraz reprezentowania pracowników wobec władz resortowych, lokalnych, stowarzyszeń naukowych i innych Izb znaczący udział powinna mieć w tworzeniu przyszłego modelu organizacyjnego diagnostyki laboratoryjnej. Diagnostyka laboratoryjna stanowi około 25% kosztów leczenia pacjenta. Stąd decyzje dotyczące zakresu wykonywanych badań jak i stosowanej metodyki i zakupu aparatury powinny być podejmowane przy współudziale pracowników diagnostyki laboratoryjnej. Uporządkowania wymagają także sprawy kształcenia podyplomowego, pragniemy współuczestniczyć w zapowiadanej reformie służby zdrowia.

Ogólnopolski Komitet Organizacyjny Izby Diagnostów Laboratoryjnych zwraca się z apelem do Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej, Zarządów Oddziału PTDL i innych Towarzystw Naukowych o poparcie naszych wieloletnich starań na rzecz powołania naszego samorządu zawodowego.

prof. dr hab. Zygmunt Kopczyński

Ad.2. Apel do posłów i posłanek Sejmowej Komisji Zdrowia

Do Szanownych Posłanek i Szanownych Posłów
Sejmowej Komisji Zdrowia
ul. Wiejska, Warszawa

Szanowni Państwo,

W środowisku diagnostów laboratoryjnych już od 1990 r. trwają działania na rzecz zaistnienia prawnych i formalnych struktur organizacyjnych, które zrzeszać będą pracowników laboratoriów diagnostycznych. W pracy nad przyszłym modelem Służby Zdrowia: publicznej i prywatnej, taka organizacja prawna staje się bardzo ważnym elementem upodmiotowienia licznej grupy ludzi, pracującej w zaciszu laboratoryjnym, a dotąd słabo słyszalnej.

Istotą naszych działań jest to, by stać się współpartnerem środowiska medycznego w określeniu miejsca i praw pracowników laboratorium, podobnie jak jesteśmy istotnym członem w rozpoznawaniu i diagnozowaniu schorzeń nękających człowieka. Będąc obecnym w sensie prawnospołecznym, będziemy mogli wpływać także na ukształtowanie takiego modelu Służby Zdrowia, który chronić winien i dostrzegać przede wszystkim pacjenta, nie zapominając jednocześnie o wszystkich grupach zawodowych pracujących na jego rzecz. Społeczność diagnostów laboratoryjnych jest w istotny sposób zespolona z człowiekiem cierpiącym, stąd nie możemy być pozbawieni prawa współudziału w wyrażaniu troski o pacjenta.

Sięganie po wyłączność reprezentowania pracowników Służby Zdrowia przez Izbę Lekarską i odmawianie współtworzącym Służbę Zdrowia prawa do samodzielnego współopinowania i współpracowania przyszłych koncepcji dla Służby Zdrowia

upoważnia Ogólnopolski Komitet Organizacyjny Izby Diagnostów Laboratoryjnych do zwrócenia się z apelem do Parlamentarzystów o wyrażenie poparcia dla naszych już wieloletnich (od 1990 r.) starań na rzecz powstania samorządu zawodowego. Oczekujemy, że zgodnie z wcześniejszymi ustaleniami Sejmowej Komisji Zdrowia z lipca 1992 r. sprawa będzie w najbliższym czasie rozpatrzona i tym samym otrzymamy identyczne prawo do reprezentacji zawodowej w samodzielnej Izbie, jakie zyskali inni pracownicy Służby Zdrowia: lekarze, aptekarze, pielęgniarki.

Dla pełności obrazu naszych starań pozwalamy sobie przesłać na ręce Państwa „Biuletyny Analityka” redagowane społecznie przez wyłonioną oddolnie grupę inicjatywną.

Za Ogólnopolski Komitet Organizacyjny Izby Diagnostów Laboratoryjnych, mgr Jolanta Bukowińska sekretarz OKOIDL

Post scriptum

W OKOIDL mieliśmy świadomość, że nie działamy w próżni, stąd podejmowaliśmy działania informacyjne zwracające się do różnych instytucji społecznych a przede wszystkim tych, które są sformalizowane i istniejące w oparciu o ustanowione prawo: związki zawodowe (ustawa o związkach zawodowych), stowarzyszenia (ustawa o stowarzyszeniach), czy ustawy samorządowe zawodów medycznych. Mówiąc językiem obecnego czasu podejmowaliśmy działania sektorowe, by unaocznic, że przede wszystkim jesteśmy, że spełniamy zadania publiczne dotyczące bezpieczeństwa zdrowia naszych obywateli i że jako liczna grupa zawodowa (niesformalizowana) walczy o wyrazistą wolność zawodową to znaczy podmiotowość formalno-prawną by sposób oczywisty i niezależny odpowiadający swojemu wykształceniu postawą obywatelską zawodową przejąć pełną odpowiedzialność za wykonywane czynności diagnostyki laboratoryjnej w interesie państwa polskiego dla dobra obywateli naszego kraju zgodnie z maksymą *Salus Aegroti Suprema Lex*. Dlatego będę sygnalizował niektóre nasze działania odzwierciedlające/podejmujące zrozumienie przestrzeni publicznej, że sposób odpowiedzialny przejmujemy te zadania publiczne w interesie państwa jako grupa zawodowa diagnostów laboratoryjnych. Było to ogromne zadanie i temu wyzwaniu stawiliśmy zbiorowe „Czoło” Diagnostów Laboratoryjnych.

Życia nie da się złożyć w kostkę
Żeby trzymała zawsze fason
Z reguły idzie się na oślep
Na przeciw całkiem nowym czasom
Bard ze Starachowic, Tomasz Kordeusz

Poniżej uwagi pani prof. Dagny Bobilewicz do projektu ustawy o zawodzie diagnosty laboratoryjnego.

Uwagi na temat projektu ustawy o zawodzie diagnosty laboratoryjnego

Pojęcie diagnostyka laboratoryjna jest umownym skrótem myślowym nie odzwierciedlającym rzeczywistego powiązania tej dziedziny z medycyną. Pełniejszym określeniem, stosowanym w nomenklaturze zawodowej jest termin „medycyna laboratoryjna” co w innym nieco świetle stawia problemy, przedstawione w projekcie ustaw. Celem medycyny laboratoryjnej jest dostarczenie wyników badań pomocniczych w rozpoznaniu, prognozowaniu i monitorowaniu przebiegu choroby. W wielu krajach w skład tej gałęzi medycyny wchodzi również anatomia patologiczna i histopatologia, a dominującą grupę pracowników, zatrudnionych w medycynie laboratoryjnej stanowią lekarze.

W Polsce w ostatnich 10–15 latach obserwowano gwałtowny spadek ilości lekarzy, podejmujących specjalizację z analityki klinicznej a potem diagnostyki laboratoryjnej, co stało się powodem wprowadzenia kierunku analityki klinicznej na Wydziałach farmacji, a następnie otwarcie w kilku Akademich Medycznych Wydziałów Analityki Medycznej.

Zarządzenie Ministra Zdrowia z 1986 r. umożliwiło podejmowanie specjalizacji również pracownikom z wykształceniem niemedycznym oraz lekarzom weterynarii, pracującym w laboratoriach z zaleceniem uzupełnienia podstaw z zakresu fizjologii człowieka. Obecnie pierwszy stopień nosi dla wszystkich nazwę analityki i obejmuje podstawy metodyczne, drugi zaś dla lekarzy i mgr analityki to diagnostyka laboratoryjna z założeniem, że osoby te są przygotowane do interpretacji klinicznej wyników. Dla pozostałych jest to nadal analityka z większym naciskiem położonym na stronę metodyczną.

W chwili obecnej nie lekarze stanowią większość pracowników laboratoriów aczkolwiek kadra o najwyższych kwalifikacjach zawodowych, zajmująca stanowiska kierownicze (w tym również konsultantów wojewódzkich) to w dużej mierze lekarze, a ostatnio również absolwenci Wydziałów Analityki, im też najłatwiej nawiązać kontakt z klinicystami ze względu na najszersze podstawy medyczne, jakie wynieśli ze studiów.

Niejednorodność grupy pracowników laboratoriów medycznych jest niedostrzegana ani przez Ministerstwo Zdrowia, ani przez Izby Lekarskie, ani przez Sejm czego wyrazem było nieuwzględnienie w 1991 r. zwolnienia od podatku na równi z lekarzami innych pracowników, dyżurujących na tych samych zasadach w laboratoriach szpitalnych. Nie ulega dla mnie kwestii, że problem sprecyzowania praw i obowiązków różnych grup zawodowych, pracujących w laboratoriach powinien być jak najszybciej rozwiązany. Natomiast w moim przekonaniu w imię podniesienia autorytetu zawodu formy samorządu powinny być związane w sposób zgodny z prawem z Izbami Lekarskimi tak, jak proces diagnozowania jest nierozdzielnie związany z postacią lekarza nie np. chemika. Wszyscy pracownicy laboratoriów lekarze i nie lekarze muszą sobie zdawać sprawę, że stanowią służbę pomocniczą, czasem zwaną „służbą służb”, niezbędną oczywiście

ZAKŁADKA HISTORYCZNA

dla funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, ale nie na nich spoczywa odpowiedzialność za życie i zdrowie pacjenta, są tylko jednym z trybów maszyny, działającej pod hasłem „medycyna”. Pomijając samą zasadność powołania Izby Diagnostów Laboratoryjnych, co oczywiście może być sprawą dyskusyjną (nigdy nie brałam udziału w tego rodzaju dyskusji) przedstawiony projekt zawiera szereg nieścisłości, a jednocześnie kryje w sobie niebezpieczeństwo obniżenia rangi tej dyscypliny medycznej i pogorszenie jakości świadczonych usług.

Uwagi szczegółowe, dotyczące tylko meritum sprawy:

1. Art. 2 pkt 1 mówi o placówkach diagnostyki laboratoryjnej natomiast art.3 wprowadza pojęcie diagnostyki medycznej nie precyzując różnicy, można więc w to włączyć niemedycznych pracowników np. pracowni rentgenowskich. Co Autorzy rozumieją pod pojęciem „medycyna nuklearna”? Czy włączają w to terapię izotopową, badania diagnostyczne *in vivo* (scyntygrafia) czy też laboratoria wykonujące np. oznaczenia hormonów metodami izotopowymi? Co oznaczają „laboratoria toksykologiczne”, obejmują również np. laboratoria określające skażenie środowiska?

2. Nie ma, bo też przy takich generalnych założeniach Ustawy nie może być, ścisłego sprecyzowania gdzie zatrudnieni pracownicy będą obligatoryjnie należeć do Izby. Czy np. dr chemii, pracujący na etacie naukowym w Zakładzie Biochemii, określający z racji posiadanej aparatury, w ramach programów badawczych profil aminokwasów w materiale biologicznym będzie miał jakiegokolwiek korzyści z przynależności do Izby? On poza tym, że jest pracownikiem jednostki medycznej nie jest opłacany z siatki płac służby zdrowia, nie ma pojęcia o laboratorium analitycznym (i nie musi) i odległe są mu problemy tego środowiska.

Włączanie również pracowników ochrony środowiska ma na celu jedynie zwiększenie liczebności członków Izby i tym samym uzasadnienie konieczności jej powstania, ponieważ nie ma innych logicznych przesłanek, aby tę grupę pracowników niezwiązaną z resortem opieki zdrowotnej zrzeszać w Izbie. W moim przekonaniu nie ma możliwości szczegółowego sprecyzowania kto musi być członkiem Izby i fakt ten będzie powodem wielu sprzeciwów i kontrowersji i z pewnością nie wpłynie korzystnie na integrację środowiska, co jest, jak rozumiem, jednym z celów Projektodawców.

3. Przeróżająca jest, zgodnie z Ustawą, wizja, że ponieważ wszyscy członkowie Izby mają, czynne i bierne prawo wyborcze (art.8) może dojść do sytuacji, kiedy we władzach znajdą się głównie prężni i mniej obciążeni pracą zawodową chemicy i biolodzy bez specjalizacji, którzy będą decydować o kształcie tej rzeczywistej diagnostyki laboratoryjnej, nadawaniu specjalizacji, sposobach szkolenia itp.

4. Wszystkie znane mi przypadki samorządu jak Izby zrzeszają ludzi o tym samym wykształceniu kierunkowym, wobec różnorodności zawodów, które Autorzy projektu chcą określić mianem „diagnosty * laboratoryjnego” musi zostać zastosowane jakieś

dotatkowe kryterium zawodowe, którym w tym przypadku powinny być specjalizacje, prawo wykonywania które mają wszystkie wymienione w projekcie grupy pracowników. Moim zdaniem za diagnostę laboratoryjnego można uznać osoby pracujące w laboratoriach wymienionych w projekcie (z wyjątkiem ochrony środowiska) mające tytuł lekarza medycyny, mgr analityki oraz mgr farmacji po kierunku analityki, ponieważ tylko te osoby posiadają podstawowe kwalifikacje w tym kierunku. Wszyscy pozostali pracownicy laboratoriów mogą być uznani za pracowników fachowych (diagnostów laboratoryjnych) dopiero po uzyskaniu przez nich pierwszego stopnia specjalizacji. W szczególnych przypadkach można by rozważyć uznanie długiego (min. 10-letniego) stażu pracy w laboratorium. (Jeśli chodzi o laboratorium mikrobiologiczne należałoby te wymagania pewnie trochę sprofilować).

5. Wątpliwości budzi możliwość, w tym również i prawna przynależności lekarzy do dwóch Izb: Lekarskiej i Diagnostycznej. Wykluczenie lekarzy pracujących w diagnostyce laboratoryjnej z Izby Diagnostów byłoby oczywistym nonsensem i oznaczałoby pozbawienie ich jakiegokolwiek wpływu na tę dziedzinę medycyny. W podsumowaniu chcę podkreślić, że sprawy różnorodności zawodowej pracowników laboratoriów diagnostycznych i wynikających z tego problemów wymagają prawnego rozwiązania, natomiast nie może się odbywać kosztem profesjonalizmu, ani obniżenia autorytetu, czym grozi przedstawiony projekt Ustawy. W oparciu o wieloletnie doświadczenie pracy w jednym z największych laboratoriów w Polsce, a także dydaktyczne, pozwalające na dobrą znajomość środowiska uważam, że:

- Izba powinna być w zgodny z prawem sposób związana z Izbą Lekarską.
- Izba powinna zrzeszać wyłącznie pracowników fachowych (patrz wyżej) zatrudnionych w jednostkach, uczestniczących bezpośrednio w procesie diagnozowania, wykluczyłoby to wszystkich pracowników naukowych tzw. zakładów teoretycznych, umożliwiając uczestnictwo pracownikom naukowym, zaangażowanym w pracę usługową (otrzymującym lub kwalifikującym się do otrzymania wynagrodzenia za tzw. godziny usługowe).

Powyższe uwagi wyrażają moje osobiste zdanie.

prof. dr med. Dagna Bobilewicz
Warszawa, 11.10.1992 r.

Uwagi Redakcji o „Uwagach” Pani Profesor.

Artykuł, który zamieszczamy, Pani prof. Dagny Bobilewicz stanowi szczególny przyczynek do sprawy, którą jest zainteresowana społeczność diagnostów laboratoryjnych.

Wyrażamy podziękowania za trud Pani Profesor i za niektóre myśli wyrażane w „Uwagach”. Przewodnią myślą tego opracowania jest problem, jaki widzi Pani Profesor, nie tyle z utworzeniem Izby Diagnostów Laboratoryjnych, ale konsekwencje jakie rodzić może ta ucieleśniona idea. Autorka „Uwag” kieruje swe spostrzeżenia znaczeniowej treści niektórych pojęć i określić

[terminów]. Rzeczywiście jest potrzeba taka, by wydobyć właściwą treść znaczeniową terminów, które wypełniają słownictwo o środowisku Służby Zdrowia.

Do takich terminów należą określenia: diagnostyka laboratoryjna, medycyna laboratoryjna, analityka kliniczna, specjalizacje w obrębie tychże funkcji zawodowych, pojęcie fachowości, profesjonalizmu, autorytetu a przede wszystkim terminu lekarz. O ile wobec wszystkich wyrazów poprzedzających termin lekarz Pani Profesor żąda cyzelacji pojęć, znaczeń oraz formalizacji ustawą prawną, o tyle nie dostrzega wieloznaczności słowa lekarz. Termin ten według słowników lingwistycznych posiada więcej znaczeń od lekarza dusz... do uleczenia gospodarki kraju będącego w zapaści ekonomicznej. Oczywiście rzeczą jest, że problem nie tkwi w desygnatach i ich odpowiednikach. Bowiem strategia Pani Profesor wyraża to jasno, wobec idei Izby Diagnostów Laboratoryjnych mówi: tak, ale. Dostrzega Pani Profesor racje dla powstania samorządu środowiska diagnostów analityków i tych wszystkich, którzy wchodzi do Służby Zdrowia z innych dyscyplin naukowych. Przyzwalając Pani Profesor przestrzega przed komplikacjami płynącymi z wprowadzenia do decydującego schematu w Służbie Zdrowia lekarz–pacjent struktur formalno-społecznych może ważnych dla procesu diagnozy, ale burzących dotychczasowe relacje w Służbie Zdrowia. Mniej Pani Profesor dostrzega, że współczesne osiągnięcia medyczne są częściej owocem dociekań nauk pozamedycznych i trudno byłoby dowodzić, jak chciałaby Pani Profesor, iż proces diagnozowania jest nierozzerwalnie związany wyłącznie z postacią lekarza. Wystarczy spojrzeć na różnorodną aparaturę, w którą wyposażone są szpitale, kliniki, przychodnie, a one nie są jednak dziełem lekarza a przeważnie interdyscyplinarnych osiągnięć nauk szczegółowych, których częściej reprezentantami są fizycy, chemicy, biolodzy, biochemicy, elektrycy, matematycy i inni.

Służba człowiekowi a w tym Służba Zdrowia/człowieka, zawiera w sobie tradycję myśli ludzkiej wszystkich pokoleń i różnych zawodów. Wszyscy są zainteresowani leczeniem bóleczek, które nękają człowieka od zarania jego dziejów. Dlatego nie można koncentrować się na szczególnej roli lekarza w procesie terapii a należy uobecnić starania tych wszystkich zawodowych grup społecznych, które współtworzą podwaliny i dane dla finalnego elementu jakim jest wkład lekarza w proces leczenia. Poszukiwania wspólnego mianownika przynależności do Izby w jednorodności kierunkowego wykształcenia np. lekarza jest niezrozumieniem zmian, które zaszły w świadomości i pragmatyce społeczeństw wolnych od formalizowania wszystkich fragmentów życia (jak to było i jest w państwach totalitarnych). Demokratyczność polega bardziej na samoistnym powstawaniu mechanizmów regulujących życie społeczne i indywidualnego człowieka i tworzeniu samorządów, oparta jest na przekonaniu, iż każdy człowiek obdarzony rozumem jest władny rozpoznać dobro i zło, prawdę i fałsz, niż urządzaniu społeczności rozumnych istot według woli i pomysłu władcy. Obawy Pani Profesor przed usamodzielnieniem się znacznej grupy pracowników Służby

Zdrowia od placetu Izby Lekarskiej wynikają z monopolistycznego myślenia o zadaniach i roli lekarza i Służby Zdrowia w społeczeństwie. Podobnie ma się rzecz z kryteriami, które dotyczyć miałyby specjalizacji dla pracowników grup nielekarskich. Ogólny sens uwag Pani Profesor zamykałby się w koncepcji Służby Zdrowia nakierowanej na grupę jedyną i kompetentną w orzekaniu, co jest, co być powinno, a które to orzekanie powinno spoczywać na decyzjach lekarza. Wielu zapomniało, że medycyna jest bardziej sztuką niż nauką i wiedzą. Dobrym lekarzem w odczuciu społecznym jest ten, który rozumuje, iż on jest także przedmiotem działań medycznych a nie tylko podmiotem. Dla dobra społeczności Służby Zdrowia i pacjentów jest konieczne by dokonała się symbioza grup uczestniczących w procesie diagnozowania i leczenia. Taki model zagwarantuje niepartularne traktowanie podwórka Służby Zdrowia a dotąd anektowany przez grupę zawodową lekarzy. Dopóki to nie nastąpi, Społeczność Diagnostów Laboratoryjnych musi upodmiotowić się jak to już uczyniła Społeczność: Lekarska, Aptekarska i Pielęgniarska.

Redakcja

Post scriptum

Poniżej przedstawiam tekst, który został opracowany i przedłożony posłom Sejmowej Komisji Zdrowia. Tych opracowań było wiele, zawarte jako uzasadnienia do projektu ustaw o zawodzie i samorządzie diagnostów laboratoryjnych. Ponieważ wówczas w Sejmie Rzeczypospolitej polskiej w różnych kadencjach było wielu posłów lekarzy, więc musieliśmy być przygotowani by obalać mity i stereotypy myślenia płynące z tego środowiska. Z posłami o edukacji podstawowej nielekarskiej rozmowy były bardziej przystępne racjonalne i na ogół znajdowaliśmy rozumienie naszej sprawy. W tamtym czasie był obowiązujący regulamin procedowania nad nowymi ustawami, gdzie jako przedstawiciel wnioskodawców (czyli środowiska diagnostów laboratoryjnych) uczestniczyłem w posiedzeniach klubów poselskich czy kół poselskich, gdzie odpowiadałem na zadawane pytania, wielokrotnie musiałem odpowiadać na pytania w trybie złośliwym czy polemicznym. Było to dla mnie ogromne doświadczenie publiczne. Do tych przesłuchań przygotowywałem się starannie korzystając z pomocy moich doradców Staszka Krężela (filozofa i psychologa klinicznego) oraz dr Marka Zagrosika z Wydziału Prawa Uniwersytetu Wrocławskiego. Nabywałem umiejętności socjotechniczne, nie ukrywam, że wykorzystałem całe swoje doświadczenie życiowe by sprostać temu zadaniu. Jeszcze wrócę do tego doświadczenia w kolejnych wpisach.

Przesłanki uzasadniające terminologię stosowaną w projekcie ustawy o zawodzie Diagnosty Laboratoryjnego.

Współczesny nam stan nauk i wiedza społeczna nie pozwalają na utrwalenie dotychczasowej koncepcji Służby Zdrowia. Była i jest ona pasywną reagującą w przeważającej części dopiero na zaistniałe zagrożenia dla zdrowia człowieka. Ten archaizm, nader kosztowny z ekonomicznego punktu widzenia, winien być zastąpiony rozwiązaniami lepiej przystosowanymi do współczesnych

ZAKŁADKA HISTORYCZNA

wymogów dyktowanych przez potrzeby Ochrony Zdrowia. W ramach tych nowych rozwiązań, miejsce naczelne spełniać będzie profilaktyka i jej fundamentalne człony: analiza i diagnostyka tych wszystkich czynników, które stanowić mogą o warunkach zdrowia i sanacji w wypadku choroby.

Ochrona Zdrowia stawać się będzie czynnym parametrem działań odpowiednich grup zawodowych. Miejsce znaczące pełnić winien zespół ludzi, który w porę sygnalizować będzie społeczeństwu i służbom państwowym stany zagrożeń i sposoby zapobiegania im.

Analityka i diagnostyka to wzajemnie dopełniające się – komplementarne pojęcia z nauk szczegółowych, służebnych także w ochronie zdrowia. Analityka medyczna zwana też kliniczną jest narzędziem wstępnego rozpoznania zjawisk, w których fundamentalną część stanowią metody analityczne. W ujęciu niektórych strategów zmierzających do zmian Służby Zdrowia pojawia się termin diagnostyki klinicznej bądź zamiennie diagnostyki medycznej jako termin ekwiwalentny do laboratoryjnej. Nieprecyzyjność tych terminów zmusza środowisko do pełniejszej ich cyzelacji w zakresie i treści, stosownie do wymogów logicznych. Wstępne przesłanki niniejszego projektu do zawodu diagnosty laboratoryjnego są podyktowane potrzebą takich wyjaśnień.

Diagnostyka medyczna, o ile jest pojęciem przedmiotowym, to staje się bardziej par excellence operantem pojęciowym służącym do określania tego, co w zakresie działań medycznych (w fazie terapii) nosi miano diagnozy. W procesie terapii wyróżnia się następujące składowe elementy: diagnostykę, diagnozę – ordynowanie leczenia, farmakoterapię i logoterapię oraz pielęgnację. Któryż z tych elementów jest w stanie realizować jedna grupa zawodowa bez nieodzownego udziału tak diagnosty laboratoryjnego, farmaceuty, pielęgniarki jak i ordynującego lekarza? Proces choroby podobnie jak proces leczniczy, nie jest jednostkowy, a wymiar ma społeczny, a w skutkach indywidualny.

Diagnostyka laboratoryjna w medycynie jest syntezą danych z analizy odnoszoną do procesów zdrowia i choroby. Synteza ta jest możliwa przy dostatecznej wiedzy nauk ogólnych i stosowanych. [–] Przedmiotem badań laboratoryjnych są wybrane cechy fizyczne, morfologiczne, biochemiczne, immunologiczne i inne, przydatne w różnicowaniu zdrowia i choroby oraz w ocenie funkcji poszczególnych narządów i tkanek. Rodzaj i liczba tych wskaźników są zmienne i uwarunkowane aktualnym stanem wiedzy zarówno w zakresie znajomości procesów metabolicznych jak i możliwości metodycznych.

O ile w poprzednim modelu statycznym (pasywnym) Służba Zdrowia pojmowana była jako gotowość do świadczenia pomocy cierpiącemu, o tyle w nowej wersji Ochrony Zdrowia Obywatela analityka i diagnostyka spełniać będą rolę systemu wczesnego ostrzegania zagrożeń dla zdrowia organizmu ludzkiego.

Post scriptum

Zakończę ten wpis moim przesłaniem „przemyslenia tożsamościowe”. Wydaje mi się, że mamy kłopoty tożsamościowe, nie

wiemy co konstytuuje naszą rzeczywistość, co go ukształtowało, co ma chwalić a co ganić, jakie są jego możliwości, jaka jest nasza rola i miejsce w naszej rzeczywistości medycznej/zawodowej, z czego w przyszłości powinniśmy czerpać, jakie wyzwania przed nami stoją. Nasza odpowiedź była. Staliśmy się w znacznym stopniu podmiotem historii, również naszego zawodu, a nie wyłącznie przedmiotem historii, jak do tej pory było to jest laborantami w rozumieniu systemu, stąd zadawaliśmy pytania kim chcemy być? Odpowiedź była jednoznaczna – diagnostami laboratoryjnymi. Mieliśmy się by współtworzyć rzeczywistość zgodnie z naszymi oczekiwaniami i poczuciem zasady słuszności. Tak było od 1989 do 2010 roku, a potem moc rozwojowa ostygła, bo władza wybieralna KIDL-u w III, IV i V Kadencji podeszła z lekceważeniem do przeszłości historycznej (twórców KIDL-u) organy KIDL miały poczucie rezygnacji i przystosowania do minimalizmu. Co zrobić! Trzeba otworzyć umysłowy, społeczny i duchowy stan posiadania okresu tworzenia w moc rozwojową. Tworzyliśmy samorząd, budowaliśmy zaplecze materialne, budynek „Diagnosty Laboratoryjnego” (wtedy składka samorządowa wynosiła 10 zł, bardzo oszczędzaliśmy), infrastrukturę, bo posiadaliśmy świadomość jego wartości. Tworzyliśmy samoświadomość, czym jest, jaką ma wartość dla diagnosty, jaką rolę ma do spełnienia. Inspirowaliśmy najpierw grupę diagnostów świadomych swojego posłannictwa, dynamiczną, twórczą, która już wtedy wywierała znaczący wpływ na całą naszą społeczność diagnostyczną i nas system ochrony zdrowia. Nie brakowało nam marzeń, które prowadziły do celu. Dopiero w VI Kadencji KRDL mogłem pisać w naszej gazecie „Diagnosta Laboratoryjny”, bo wcześniej byłem traktowany jako *persona non grata*.

Gdy idea pojawia się we właściwym czasie, może przerodzić się w rzeczywistość, bo byliśmy przepełnieni siłą płynącą z poczucia słuszności naszej sprawy. Tak rzeczywiście było.

Zakończę trzecią zwrotką wiersza Barda ze Starachowic:

Ale dobrze żyć
Czuć i być
I marzyć
Ale dobrze żyć
Istnieć z duszą w parze
Ale dobrze żyć
Śnić o drodze mlecznej
Zanim skończy list
Serca pióro wieczne

P.S.

W niniejszym tekście przedstawiłem/cytowałem treści/teksty i wypowiedzi, które są dostępne w bibliotece Akademii Medycznej Wydziału Farmacji (materiały były gromadzone na etapie powstawania samorządu diagnostów laboratoryjnych).

Henryk Owczarek
Wrocław, 27.05.2025 r.

Scripta manent. Pro Memoria! odc. IV

Rys historyczny samoorganizacji samorządu zawodowego Diagnostów Laboratoryjnych w skrócie

Drodzy Diagnosto Laboratorijni,
Szanowni Państwo,
Drodzy Studenci,

Trzeba umieć ludzi pokochać,
jeśli nie ogień, ustami wyrzucić jasność,
życie jak rana wybucha,
wybuchło, zgasło.

Krzysztof Kamil Baczyński

Tak, trzeba ludzi pokochać by, rzucić się na spienione wody niechęci, by głosić, że to wszystko wypływa z naszej tożsamości rozumnej/zawodowej, że to nasze esencjonalne/istotowe postępowanie dla chorego człowieka, któremu mamy służyć. To również była zdobywana wiedza o sobie, o naszym zawodzie i umiejscowienie go w wymiarze społecznym i jednostkowym. W poprzednich odcinkach I, II, III przedstawiłem ewolucję działań; myślę, że opanowaliśmy metody działania sprawnego, że z naszego doświadczenia życiowego potrafiliśmy projektować działania społeczne, by krok po kroku osiągać cel zamierzony. Wiedzieliśmy, że nie będzie łatwo, że musimy opanowywać nasze emocje i oprzeć nasze działania o wartości, które przede wszystkim wynieśliśmy z domu i one były skuteczne, efektywne, racjonalne, ekonomiczne (sponsоровane przez nas samych), dostrzegali to inni, to tworzyło przekonanie, że to my mamy rację. Mieliliśmy intuicyjne przeświadczenie, że musimy coś zrobić, co by od Nas zależało (cyt. z dramatu *Wyzwolenie*, Stanisława Wyspiańskiego). Było widoczne w OKOIDL poczucie chęci niezłomnej oraz kompetencje wspólnotowe. To dawało siłę i moc a u rozmówców/adwersarzy w Ministerstwie Zdrowia czy w Sejmie RP przekonanie, że jesteśmy środowiskiem w pełni odpowiedzialnym a w stosunku do elity diagnostycznej nie było koncesjonowania ich stanowisk, byliśmy stanowczy, ponieważ byliśmy przygotowani. Z czego ta umiejętność wypływała do działania społecznego? Myślę, że mieliśmy świadomość budowania swojej roli, ponieważ tożsamość zawodowa cementowała Nas: zgodnie z powiedzeniem: pełna tożsamość – większa świadomość zawodowa, lepsze zrozumienie, rzeczy rozumienia i respektowania prawa, etosu zawodowego czy pewności etycznej, jak spostrzegamy zawód w szerszym kontekście; bo tożsamość pomocą w rozwoju zawodowym, rozwija zdolności interdyscyplinarne, logiczne oraz kreatywność.

Post scriptum

Poniżej przedstawiam list otwarty do Prezydium Sejmu RP (Poznań 31.03.1993 r.) zamieszczony w „Biuletynie Analityka” nr 2 (8/93 w IV roku zaistnienia grupy inicjatywnej diagnostów laboratoryjnych).

LIST OTWARTY DO PREZYDIUM SEJMU RP

Szanowni Państwo,

W imieniu pracowników diagnostyki laboratoryjnej zwracamy się do Państwa o przyspieszenie rozpatrzenia projektów ustaw: o zawodzie diagnosty laboratoryjnego i o izbach diagnostów laboratoryjnych, opracowanych społecznie przez wyłonioną oddolnie grupę inicjatywną. Pozostajemy nadal grupą zawodową służby zdrowia, pozbawioną własnego samorządu, a więc także realnego wpływu na kształt diagnostyki laboratoryjnej, stojącej dziś, jak cała służba zdrowia, w obliczu niezbędnej reformy.

Istotą podjętych przez nas już w 1990 r. działań jest to, by stać się współpartnerem środowiska medycznego w określeniu miejsca i praw pracowników laboratorium. Jesteśmy przekonani, że utworzenie Izby Diagnostów Laboratoryjnych przyczyni się do fachowego rozwiązywania problemów diagnostyki w interesie pacjentów, służby zdrowia i samych diagnostów laboratoryjnych. Zgodnie z ustaleniami Sejmowej Komisji Zdrowia z lipca 1992 r. sprawa miała być rozpatrywana ponownie na posiedzeniu w listopadzie ub.r. Do dzisiaj spotkanie takie nie odbyło się.

Zdajemy sobie sprawę, że Sejm RP ma wiele pilnych i ważnych ustaw do rozpatrzenia. Nie możemy jednak pogodzić się z bezterminowym odsuwaniem załatwienia naszej sprawy. Oczekujemy więc, że projekty wspomnianych ustaw będą w najbliższym czasie rozpatrzone i tym samym otrzymamy identyczne prawo do reprezentacji zawodowej w samodzielnej Izbie, jakie już uzyskali lekarze, aptekarze i pielęgniarki.

Przedstawiciele Regionalnych Komitetów Organizacyjnych
Izb Diagnostów Laboratoryjnych:

Maciej Opilewicz, Poznań
Adam Bujnowski, Suwałki
Regina Kołakowska, Białystok
Julianna Kurlenda, Gdańsk
Zdzisława Binder, Katowice
Lucyna Kurek, Poznań
Lidia Pietrasik, Radom
Jacek Golański, Łódź
Ewa Stodólna, Inowrocław
Jadwiga Rucińska, Szczecin
Henryk Owczarek, Wrocław

ZAKŁADKA HISTORYCZNA

Włodzimierz Adam, Poznań
Frąckowska Łucja, Słupsk
Piotr Kokoszka, Poznań
Wiesław Rytarowski, Rzeszów
Irena Aleksandrowicz, Gdańsk
Tadeusz Adam Leżak, Opole
Renata Zygmuntowicz, Wrocław
Grzegorz Gorzkiewicz, Łódź
Henryk Grela, Lublin
Anna Ptak, Płock
Liliana Przybyła, Zielona Góra
Ewa Tuszeńska, Poznań
Elżbieta Okoń, Poznań
Zygmunt Kopczyński, Poznań
Mieczysław Janiszewski, Jelenia Góra
Anna Krawczyńska, Gorzów Wielkopolski

Poznań, 31 marca 1993 r.

Post scriptum

W kolejnym roku funkcjonowania OKOIDL zdaliśmy sobie sprawę, że musimy usystematyzować i prawniczo/formalnie ukierunkować nasze działania. W związku z tym, ponieważ ośrodek wrocławski miał możliwość konsultacji prawnej przez moje osobiste przyjacielskie kontakty na Wydziale Prawa Uniwersytetu Wrocławskiego [oczywiście bezpłatne, bo nie mieliśmy pieniędzy, a zrozumienie społecznego wymiaru diagnostyki laboratoryjnej u moich przyjaciół prawników było budujące – bo jak mówili nie wyobrażają sobie medycyny bez diagnostyki i jako pacjenci to rozumieją, to we własnej obronie to czynią – stąd będą Nas wspomagać. Ich stanowisko i pomoc była tak budująca, dodawała Nam skrzydeł by jeszcze większą determinacją walczyć o formułę samorządu zawodowego diagnostów laboratoryjnych i stąd intensywne naciski na Sejm RP w drodze projektu poselskiego. Na wniosek dr. Marka Zagrosika [prawnika Wydziału Prawa Uniwersytetu Wrocławskiego] podjęliśmy rozeznanie i wyszukiwania posłów by podjęli się dalszej realizacji wprowadzenia naszego projektu [już opracowanego i skonsultowanego z nami 29.02.1992 r. w Kowalowej koło Wałbrzycha]. Byliśmy przygotowani i zdecydowani by podjąć działania prawodawcze. Funkcji posła sprawozdawcy podjął się poseł Jarosław Kurzawa z klubu parlamentarnego PSL z okręgu Świdnica z woj. dolnośląskiego. Młody, energiczny poseł z entuzjazmem podszedł do swej roli i po zebraniu kilkudziesięciu podpisów posłów złożył w sekretariacie Sejmu w imieniu OKOIDL tj. wnioskodawców do Sejmu RP w 1994 r.

Poniżej tekst, który został skierowany do Sejmu RP i Senatu RP

Memoriał do obu Izb Parlamentarnych

Szanowni Państwo, kierujemy ku uwadze Państwa, memoriał, będący apelem licznej społeczności pracującej w Służbie Zdrowia Społeczności Laboratoriów diagnostycznych całego kraju małych ośrodków zdrowia, miejskich szpitalnych, a także naukowo-badawczych.

Stanowimy, fundamentalną bowiem bazę dla Służby Zdrowia, reprezentując wykształcenie nierzadko ze stopniami naukowymi. Są to interdyscyplinarne dziedziny nauk przyrodniczych i fizyko-chemicznych, które są fundamentem dla nauk medycznych. Mimo, iż wywodzimy się z uniwersyteckich wydziałów dla medycznych i weterynaryjnych to łączy nas wspólna idea Służby Zdrowia i troska o człowieka cierpiącego.

Kierujemy ku Państwu ten memoriał będący apelem tejże, społeczności zatroskanej o przyszły model ochrony zdrowia naszych współobywateli.

Sygnalizowane przez Ministerstwo Zdrowia projekty odnoszące się do przekształceń państwowej opieki zdrowotnej w publiczną i prywatną wydaje się wyrażać intencję i cele nielicznej grupy zainteresowanych problemem. Przedstawiane projekty posiadają piętno zawodowego zniekształcenia. Płyne ono z dużej presji środowiska lekarskiego. W odczuciu wielu środowisk społecznych a również stanowiących część społeczności Służby Zdrowia /pielęgniarskiej, diagnostycznej, farmaceutycznej stomatologicznej itp. i niektórych przedstawicieli ogólnolekarskich brak jest postrzegania problemu zdrowia, człowieka, i choroby z perspektywy człowieka cierpiącego i grup uczestniczących bezpośrednio w tym cierpieniu. Bowiem model wykształcenia absolwentów kierunku ogólnolekarskiego oparty został na koncepcji ordynującego i diagnozującego sposób leczenia, pacjenta. Od tego schematu postępowania współczesne społeczeństwa pierwszego kręgu cywilizacyjnego odchodziły, tworząc nową kulturę, w której relacja pacjent – leczenie, włączony został cały krąg ludzi o różnym stopniu zaangażowania i przygotowania; Medycyna była, jak i dziś bardziej sztuką niż nauką. Do osiągnięć współczesnej nauki medycznej istotniejszy wkład mieli, badający zjawiska choroby i zdrowia organizmu człowieka, przedstawiciele nauk przyrodniczo-fizyko-chemicznych niż medycznych. Bowiem w obszarze nauk niemedyycznych wypracowany został arsenał skutecznych środków przeciw bólowi nękającym człowieka. Medycyna, w niezrozumieniu owego arsenału i jego niefrasobliwego nadużywaniu /antybiotyki/ – tworzyła nowe generacje, chorób nieznane dawnym populacjom. To interdyscyplinarne, nauki w obszarze: biologii, fizyki i chemii a w szczególności: chemia, kliniczna, immunologia, biologia molekularna, farmakologia, kliniczna itd. pozwalają na racjonalne stosowanie farmakologii i umiarkowane nadzieje w zwalczaniu chorób. Społecznością w Służbie Zdrowia jak dotąd niema jest zespół kilku tysięcy ludzi, pracujących w laboratoriach za parawanami gabinetów lekarskich, która chce wносить nowy aspekt w tworzeniu koncepcji opieki zdrowotnej;

W tej perspektywie modelu przyszłej Służby Zdrowia jest mowa o oszczędnych sposobach diagnozowania chorób a także o innej organizacji społeczno-prawnej Służby Zdrowia tak socjalnej jak i prywatnej. Postulaty społeczności Diagnostów laboratoryjnych by mogły być w pełni zrozumiane nie mogą być wyrażone innymi ustami jak tylko reprezentantami tejże społeczności. Bowiem tylko to zagwarantuje ich autentyczność, prawdziwość i fundamentalne znaczenie dla nowych koncepcji Służby Zdrowia. Ta idea była przed trzema laty powodem starań powołania Izby Diagnostów Laboratoryjnych podobnie jak /aptekarskiej, pielęgniarskiej/ niezależnej od lekarskiej; Dla pełności obrazu starań społeczności Diagnostów laboratoryjnych pozwalamy sobie przesłać do zapoznania się Biuletyny „Analityka” redagowane przez wyłonioną grupę inicjującą realizację; idei niezależnej Izby społeczności Diagnostów laboratoryjnych pracującej w różnych miejscach Polski, dużych, średnich i małych ośrodkach Służby Zdrowia. Jest to przykładem rodzenia się struktur społecznych w oparciu o demokrację i potrzeby prawno-formalnych reprezentacji szczebla ogólnokrajowego. Działamy w imię tworzenia Samorządu w obrębie Służby Zdrowia. Nasza działalność jest przykładem, iż możliwe jest powstawanie niezależnych organizacji społecznych bez inspiratorów i dyrektyw, a także i funduszy pozyskiwanych z zewnątrz.

Realizujemy idee, powołania niezależnej Izby Diagnostów Laboratoryjnych bez poparcia Społeczności lekarskiej (Izby Lekarskiej), ale przy licznych pozytywnych głosach i deklaracjach pracowników Służby Zdrowia, także lekarzy; Nasz projekt ośmielamy się przedstawić Panu Marszałkowi i Izbowi Parlamentarnym, by w zrozumieniu pełnego obrazu o stanie Służby Zdrowia w naszym Kraju i kondycji Człowieka Zdrowego i Chorego nie zabrakło głosu licznej społeczności pracującej na rzecz Zdrowia Pacjenta i przyszłego pokolenia Polaków;

Liczymy, iż nasza prośba będzie uważnie rozpoznana i Przedstawiciele Obywateli Rzeczypospolitej dostrzegają racje tych, którzy dotąd nie mówili własnym głosem;

W załączeniu pozwalamy sobie dołączyć Projekt Statutu Izby Diagnostów Laboratoryjnych i Projekt o Zawodzie Diagnosty.

W imieniu OKOIDL
dr Henryk Owczarek

Post scriptum

Wówczas, po 5 latach zaistnienia w przestrzeni publicznej udowodniliśmy, że wiemy o co walczymy, mieliśmy argumenty za, stąd wskaźnik podmiotowości obywatelskiej/zawodowej rósł u Nas jak na drożdżach. Wiedzieliśmy, że podmiot oznacza poczucie świadomości własnego, indywidualnego/zbiorowego wpływu na życie publiczne/zawodowe. Do tej pory Ministerstwo Zdrowia i Izba Lekarska (już jako samorząd odtworzony) redukowało Nas do laborantów (do pozycji laboranta). Pomimo, że byliśmy bardzo rozdrobnieni to jednak komunikacja międzyludzka/zawodowa potęgniała między nami, co autentycznie powodowało zdolność poznawczą/wzajemną i cementowało Nas, stąd osiągaliliśmy

powolne sukcesy. Był to fenomen sui generis. Myślę, że już w 1993 r. osiągnęliśmy punkt historii, gdzie mieliśmy poczucie, że otwiera się przed nami alternatywna historia zawodu (co w niedalekiej przyszłości okazało się właściwe – wybór jedną z wielu specjalizacji. To wszystko wynikało już wtedy z naturalnego zaufania, które jest częścią budowy wspólnoty zawodowej. Czuliśmy, że w zbiorowisku diagnostów laboratoryjnych historia bezalternatywna może będzie przeszłością. Czy przejmowanie laboratoriów diagnostycznych w outsourcing służy budowaniu podmiotowości diagnostów laboratoryjnych czy jego obniżenia podmiotowości, wymaga analizy socjologicznej tego zjawiska.

Uzasadnienie do projektu o Izbie Diagnostów Laboratoryjnych

Społeczność zadeklarowana w Ogólnopolskim Komitecie działającym na rzecz powołania Izby Diagnostów Laboratoryjnych, domaga się, by wieloletnie jej dążenia zostały sformalizowane ustawą sejmową o Izbach. Przemiany społeczne w Naszym Kraju ostatnich lat uświadomiły, iż transformacja Społecznej Służby Zdrowia nie może dokonywać się bez udziału licznej rzeszy pracowników laboratoriów w Przychodniach, w Szpitalach czy w Sanatoriach i Uczelniach Medycznych, która spostrzega obowiązek swój w przedstawieniu Praw Pacjenta do przedmiotowej opieki i pełnej diagnozy.

Diagnostyka Laboratoryjna to szerokie spektrum zawodowe współczesnej medycyny. W licznych krajach specjaliści pracujący w tej płaszczyźnie to analitycy, diagności, lekarze, biolodzy kliniczni. W zawodzie tym występują dwie grupy pracownicze, które wywodzą swój tytuł do pracy: pierwsza ze studiów akademickich, uzyskując stopnie i prawa do specjalizacji I i II stopnia oraz prawo do badań naukowych indywidualnych i zespołowych w zakresie rozwiązań ważnych dla medycyny diagnostycznej, druga – z kształcenia zawodowego, czemu odpowiadał – letnie pomaaturalne studium medyczne. Specyficzność i wymogi stawiane przez skomplikowany rodzaj pracy w diagnostyce nie mogły być spełnione przez grupy uzyskujące dyplomy lekarza i farmaceuty, stąd powstały Oddziały Analityki Medycznej. Szczególny rodzaj wymogów stawianych w czasie uzyskiwania specjalizacji uprawnia absolwentów innych kierunków akademickich do wykonywania tego zawodu.

W środowisku Służby Zdrowia pozostała duża zbiorowość ludzi zatrudniona w obszarze diagnostyki laboratoryjnej i nie pozostaje ona w żadnych formalnych związkach poza tym, jakim jest umowa o pracę bądź o dzieło.

Środowisko to przez swoją specyfikę zawodową i proces kształcenia posiada własną odrębność i rodzajowość wynikającą z rodzaju i toku studiów. Państwowe uczelnie medyczne kształcące magistra analityki medycznej usankcjonowały odrębność tej grupy zawodowej od farmaceutów i lekarzy „de iure” i „de facto” jako niezależną i fundamentalną dla procesu diagnostyki i terapii w medycynie. Regulacje prawne stworzyły możliwość uzyskiwania specjalizacji podobnych do aptekarskich i lekarskich, skut-

ZAKŁADKA HISTORYCZNA

kiem czego podkreślona została autonomiczność tej grupy zawodowej i społeczności uzyskującej prawa do wykonywania zawodu. Brak jest tylko instytucjonalnych regulacji, które wynikają z samorządowego statutu Izby.

Regulacja w obrębie tej grupy zawodowej (różnorodnej ze sposobu uzyskiwania uprawnień zawodowych) nie może być przedmiotem penetracji i sterowania przez środowiska nie znające specyficzności immanentnej pracy i dróg prowadzących do uprawnień zawodowych. Nie istnieje zatem przeszkoda prawna dla zaistnienia reprezentacji zawodowej w postaci samorządu, gdyż istnieje wydzielona grupa studiujących i uzyskujących uprawnienia dyplomowe, a odrębna od grupy lekarskiej i farmaceutycznej. Sposoby i drogi wiodące dla każdej z grup wykształcenia spoza medycznych uczelni winny być przedmiotem regulacji ustawowej i samorządu zawodowego.

Konieczne jest powierzenie istniejącemu samorządowi kontroli nad działalnością laboratoriów świadczących usługi diagnostyczne. Leży to w interesie Państwa i Samorządu Zawodowego. Nadzór nad merytorycznością bez samorządu jest iluzją. Iluzją jest także pozostawienie nadzoru w kompetencji grup innych, nie posiadających znajomości specyfiki pracy i przygotowania naukowego. Brak nadzoru wyklucza możliwość stosowania sankcji, szczególnie wobec pojawiających się prywatnych laboratoriów wykonujących badania na zlecenie prywatnych gabinetów lekarskich. Gwarantem wiarygodności tych badań musi być zawodowy i samorządowy nadzór, Udział Społeczności Diagnostów Laboratoryjnych w transformacji Służby Zdrowia i Praw Pacjenta do Ochrony Zdrowia w modelu społecznym i prywatnym będzie możliwy poprzez uznaną Izbę, jako partner obok dotychczasowych trzech Izb działających w płaszczyźnie Ochrony Zdrowia. Współczesna medycyna bardziej jako fundamentalny traktuje proces diagnozy aniżeli terapię, ponieważ patologiczne zjawiska wymagają przede wszystkim określenia ich przyczyn, stąd ważniejsza jest profilaktyka niż kuracja poprzez usuwanie skutków. Kuracja farmakologiczna staje się kosztowna, stąd zwrot ku profilaktyce. Rozpoznanie przyczyn patogennych to analityka i diagnostyka. Dlatego prestiż tej grupy zawodowej i poziomu kształcenia nie może spoczywać w rękach osób nieprzygotowanych. Znaczenie Izby Diagnostów Laboratoryjnych dla tej Społeczności jest dlatego tak ważne z przyczyn społecznych.

Współczesna medycyna w większości przypadków to diagnostyka i wynikające z jej rozpoznania parametry terapii. Anachroniczność rodzimej struktury Służby Zdrowia ukazuje dotychczasowy fakt nieobecności tej grupy w transformacji Społecznej Służby Zdrowia. Brak także dotąd formalnych zapisów ustawowych o zawodzie diagnosty laboratoryjnego. Tak jak nikt nie kwestionuje zawodu lekarza, farmaceuty, pielęgniarki (choć brak także zapisów formalnych, ustawowych o tych zawodach, stąd próżnię tę wypełniły Izby pojawiające się nie w drodze inspiracji samorządowych), tak nikt nie kwestionuje zawodu i roli we współczesnym leczeniu diagnosty laboratoryjnego. Trybem podobnym, może być sformalizowanie tego zawodu jak wyżej wspomnianych, jednak poprzez proces oddolnych dążeń (inte-

gracji) poprzez samorząd do Izby. Zaistniałe już Izby: aptekarska, lekarska, pielęgniarska są bowiem świadectwem działań administrujących Państwa, usankcjonowane ustawą sejmową.

Implikacje społeczne i gospodarcze powołania Izby Diagnostów Laboratoryjnych poprzez wprowadzenie tej społeczności w dialog nad reformą w Służbie Zdrowia dziś już jawią się jako wymierne. Oczywistą sprawą dla rozumiejących tendencję ku profilaktyce w medycynie ukazują spore korzyści finansowe z przemodelowania Służby Zdrowia, z leczenia skutków na zapobieganie. Pozwoli to w perspektywie lat uczynić działania sanacyjne oszczędniejszymi. Pozwoli to także na uchwycenie parametrów finansowych leczenia pacjentów. Analityka i diagnostyka włączone w badania źródeł patologii organizmu człowieka i jego funkcjonowania to badanie i działanie na rzecz ochrony środowiska, zdrowej żywności.

Regulacja prawna dana Społeczności Diagnostów Laboratoryjnych wprowadzi nowego ducha i nowe spojrzenie na strukturę dotychczasowej Służby Zdrowia. Ożywi to i wyartykułuje te myśli, które w sposób nieautorski były przedstawione przez innych, chociaż wciąż niesłuchane.

Tak jak inicjatywa utworzonego Samorządu Zawodowego Społeczności Diagnostów Laboratoryjnych nie uszczupla dotąd budżetu Państwa, tak też postulowana przez nas Izba jest w stanie funkcjonować, będąc wspierana funduszem tejże Społeczności Diagnostów Laboratoryjnych. Redagowany i publikowany Biuletyn „Analityka” w obrębie Społeczności Diagnostów Laboratoryjnych i w Służbie Zdrowia dowodzi możliwości tego środowiska. Własnym sumptem jest redagowany i wydawany Biuletyn „Analityka” w ilości ponad trzy tysiące egzemplarzy dociera w całym kraju do odległych laboratoriów i Zespołów Opieki Zdrowia. Posiadamy już dziś wizję, jak przekształcić dotychczasowy informacyjny i publicystycznie-naukowy biuletyn w czasopismo periodyczne o ambitniejszych zakresach, którego łamy będą wyrażać zagadnienia Służby Zdrowia w oku Diagnostyki Laboratoryjnej. Możliwości te uzasadnia liczebność naszej społeczności i jej organizacja samorządowa. Dotychczasowe dobrowolne składki wnoszone okazjonalnie na potrzeby związane z formalizowaniem się Izby w przyszłości mogłyby być obligatoryjne za zgodą członków Izby. Rzesza ponad dwudziestotysięczna uwiarygadnia siły i zamiary tej społeczności.

Dążenie środowiska do sformalizowania naszego samorządu zawodowego Diagnostów Laboratoryjnych w Izbę trwają od czterech lat. Perturbacje związane z tym są przykładem jak trudno jest inicjatywom oddolnym, samorządowym uzyskać prawo głosu w społecznym wymiarze. Również ukazuje, jak wiele szumów zagłusza te inicjatywy, które acz ważne społecznie (Zdrowie Społeczeństwa) dotąd artykułowane były przez jedną grupę zawodową. Chcemy, aby w mówieniu o losie i prawach pacjenta i naszych był słyszalny głos nasz własny.

Post scriptum

Poniżej tekst wystąpienia Posła Sprawozdawcy na posiedzeniu Sejmu w dniu 6.02.1995 r.

Panie Marszałku, Wysoka Izbo!

Z inicjatywy grupy posłów staje przed Wysoką Izbą problem Służby Zdrowia dotąd nieporuszany, niemający charakteru finansowego, który by pociągnął za sobą wydatki z budżetu, problem środowiska Służby Zdrowia pracującego od wielu lat niestrudzenie i bez rozgłosu, a także bez splendoru, licznej rzeszy specjalistów, nierzadko z cenzusami naukowymi a przede wszystkim z wykształceniem od wyższego akademickiego po średnie techniczne.

W czasie dzisiejszej debaty chciałbym przedstawić rolę środowiska zaplecza Służby Zdrowia, bez którego udziału nie można pojąć nowoczesnej i współczesnej medycyny. Mówić będę o diagnostach laboratoryjnych – analitykach, którzy jak dotąd nigdy nie podnosili na forum Parlamentu spraw swojego zawodu i zagadnień związanych z funkcjonowaniem ich w obszarze Służby Zdrowia.

Środowisko Diagnostyki Laboratoryjnej to rzesza ponad dwudziestotysięczna absolwentów szkół wyższych.

Swoją różnorodnością często prezentowanych specjalności, od absolwentów fizyki, chemii, biologii, farmacji, analityki medycznej, aż po absolwentów kierunków technicznych, będąc zatrudnieni w Służbie Zdrowia uzyskują specyficzny wymiar a przez to nadają cechy współczesności wszystkim działaniom służącym trosce o człowieka cierpiącego i umożliwiają medycynie profilaktyczne działania. To co nazywamy umownie medycyną, jest możliwe w zastosowaniu dzięki tej sporej grupie, różnych specjalistów, którzy przychodzą do Służby Zdrowia. Społeczność ta od szeregu lat poszukiwała sposobu stworzenia ram i gwarancji rozwoju, jak również poszerzenia strefy badawczej, a także możliwości wdrażania w służbę dla medycyny osiągnięć znanych w różnych dyscyplinach nauki. To nauki szczegółowe wprowadzały zmiany w przedmiotach badań medycznych, jak i w poszukiwaniu skuteczniejszych sposobów i środków w zwalczaniu chorób.

Współczesne odkrycia wokół DNA, genetyki wyraźnie ukazują jak istotny wpływ dla możliwości leczniczych mają nauki szczegółowe. Środowisko to uważa, że jednym z istotnych gwarantów w zmieniającej się strukturze Kraju, jest usankcjonowanie istniejących i oddolnie, demokratycznie tworzonych struktur samorządowych Środowiska Diagnostów Laboratoryjnych w Izbę, na wzór istniejących a zrzeszających pokrewne grupy zawodowe w łonie Służby Zdrowia. Izba pracowników Diagnostyki Laboratoryjnej pozwoli zafunkcjonować tej licznej grupie w świadomości społecznej, jak również umożliwi jej stać się partnerem w dyskusji nad programami reformującymi Służbę Zdrowia.

Tak, jak dziś, nigdy nie był oczywistym dla wszystkich zainteresowanych Służbą Zdrowia fakt, iż w dobrze pojętej Służbie Medycznej nie może zabraknąć Diagnosty Laboratoryjnego.

Każda jednostka chorobowa, poważniejsza dla organizmu ludzkiego, wymaga wcześniej badań laboratoryjnych – diagnostycznych, które mogą być podstawą w rozpoznaniu etiologii i skutecznego leczenia.

Dotąd w naszych wyobrażeniach Służbę Zdrowia pojmowaliśmy jako gotowość tkwiącego w ambulatorium lekarza ze swoim personelem do świadczenia pomocy w sensie porady, rozpoznawania i ordynowania leku. Ten pasywny i pozycyjny model Służby Zdrowia stał się tak ekonomicznożerny, że z trudem dziś znajdujemy środki finansowe na utrzymanie istniejących jednostek Służby Zdrowia i leczenie farmakologiczne, także szpitalne. Obiektywność tego stanu rzeczy – niewydolność ekonomiczna naszej gospodarki, która nie znajduje finansów na dalsze utrzymywanie istniejących form opieki zdrowotnej, tak otwartej jak i zamkniętej, skłaniać musi nas do poszukiwania rozwiązań, które będą zapewniać opiekę medyczną nie uszczuplając jej, ale bez nadmiernych kosztów, i które by przynosiły oczekiwane skutki.

Panie Marszałku, Wysoka Izbo!

Środowisko, w imieniu którego występuję dziś przed Państwem, wnosząc projekt ustawy o Izbach Diagnostów Laboratoryjnych, chce proponować otwarty model Ochrony Zdrowia. To, co dotąd, w dotychczasowej koncepcji pozycyjnej, pasywnej Służbie Zdrowia, łącznie z prowadzonymi „białymi niedzielami dla ludności” a nazywanej na wzór innych krajów profilaktyką, było jedynie marginalnym i pozorowanym działaniem w obszarze medycyny. Medycyna nastawiona była na przyjmowanie i ordynowanie leczenia. Jak zgubne są te modele dostrzegamy dziś po skutkach finansowych.

Współczesne działania społeczne na polu ochrony zdrowia według środowiska, które reprezentuję, winne być zorientowane na zapobieganie temu wszystkiemu, co nieść może zaburzenia w organizmach a wcześniej rozpoznawać warunki w jakich możliwe jest zachowanie zdrowia przez człowieka.

Reprezentanci nauk szczegółowych, którymi są diagności laboratoryjni – analitycy, którzy wprzęgnięci są w schemat służebny medycynie nie mają do dziś możliwości, tak jako społeczność, jak i jednostki, wpływu na to, co się dzieje w Służbie Zdrowia jak również na jej model. Wykorzystane było jedynie w części ich dyspozycyjne przygotowanie do badań, analiz i rozwiązań syntetycznych istotnych dla ochrony zdrowia. Proponowany przez diagnostów laboratoryjnych model ochrony zdrowia jest aktywnym programem, który chce te środowisko wprowadzić w zmieniające się struktury medyczne naszego Kraju. Nie możemy być afonami, gdy bardzo istotna grupa wykształconych obywateli proponuje rozwiązania w sprawach tak ważkich, jak kondycja zdrowotna społeczeństwa polskiego. By jednak mogło to środowisko przedkładać przemyślane i rodzące się projekty potrzebuje uzyskać osobowość prawną, a istniejący od lat samorząd wymaga uznania przez Parlament Rzeczypospolitej Polskiej jako Izby Diagnostów Laboratoryjnych.

Sprawa udziału tej rzeszy pracowników w rozwiązywaniu problemów związanych z ochroną zdrowia obywateli naszego Kraju

ZAKŁADKA HISTORYCZNA

nie może być tym razem pominięta, potencjał intelektualny tej grupy i zaangażowanie społeczne mogą ruszyć do przodu jałowe tryby młyna przemielającego problem sanacji zdrowotnej naszego społeczeństwa i ukazać nowe aspekty rozwiązań w tej kwestii. Problem reformy w Służbie Zdrowia jest ciągle aktualną kwestią, być może dlatego, że nie uwzględnia się tego środowiska, które z natury swej edukacji wnosi nowe spojrzenie. W naukach służebnych medycynie szczególne odkrycia dokonywane były przez badaczy i pracowników przychodzących z zewnątrz do środowiska. Dla tej licznej grupy pracowników nie istnieją schematy i stereotypy zawodowe.

Panie Marszałku, Wysoka Izbo!

Idea samorządu zawodowego Diagnostów Laboratoryjnych, stanowi napędowy czynnik dla stworzenia paralelnej regulacji do samorządu farmaceutycznego, lekarskiego i pielęgniarstwa w postaci Izby. Potrzeba taka płynie z kilku pobudek:

1. W środowisku służby zdrowia pozostała duża zbiorowość ludzi zatrudniona w obszarze diagnostyki laboratoryjnej i nie pozostaje ona w żadnych formalnych związkach poza tym, jakim jest umowa o pracę, bądź dzieło.
2. Środowisko to przez swoją specyfikę zawodową i proces kształcenia posiada własną odrębność i specyficzność wynikającą z rodzaju i toku studiów.

Ten rodzaj specyficzności jest nietożsamy do sposobu uzyskiwania praw do wykonywania zawodu przez grupy obecnie reprezentowane w trzech izbach. Państwowe uczelnie medyczne kształcące absolwentów analityki medycznej usankcjonowały odrębność tej grupy zawodowej „de iure” i „de facto” jako niezależną i fundamentalną dla procesu terapii i diagnostyki w medycynie. Regulacje prawne stworzyły możliwość uzyskiwania specjalizacji podobnych do lekarskich i aptekarskich, skutkiem czego podkreśla autonomiczność tej grupy zawodowej i społeczności uzyskującej prawa do wykonywania zawodu. Brak jest tylko instytucjonalnych regulacji, które wynikają z samorządowego statutu Izby.

3. Regulacja w obrębie tej grupy zawodowej (różnorodnej ze sposobu uzyskiwania uprawnień zawodowych) nie może być przedmiotem penetracji i sterowania przez środowiska nie znające specyficzności immanentnej pracy i dróg prowadzących do uprawnień zawodowych. Nie istnieje zatem przeszkoda prawna dla zaistnienia reprezentacji zawodowej w postaci Izby, gdyż istnieje wydzielona grupa studiujących i uzyskujących uprawnienia dyplomowe, a odrębna od grupy lekarskiej i farmaceutycznej. Sposoby i drogi wiodące dla innych grup wykształcenia winnych być przedmiotem regulacji samorządu zawodowego.

4. Konieczne jest powołanie izby dla prowadzenia kontroli nad działalnością laboratoriów świadczących usługi diagnostyczne, leży to w interesie Państwa i Samorządu Zawodowego. Nadzór nad merytorycznością bez samorządu jest iluzją. Iluzją jest także pozostawienie nadzoru w kompetencji grup innych, nie posiadających znajomości specyfiki pracy i przygotowania naukowego. Brak nadzoru wyklucza możliwość stosowania sankcji. Proces

tworzenia i budowania świadomości integracyjnej środowiska trwa od 1989 roku i posiada znamiona samorządu zawodowego, znaczny potencjał naukowy, zawodowy, zrozumienie zadań i celów Służby Zdrowia, możliwości i świadomość dróg naprawy.

Swymi działaniami dowodzi możliwości realizowania idei demokratyzacji i budzenia zaangażowania w społeczne cele i wyraża troski o przyszłość Narodu i Kraju.

Zwracam się do Wysokiej Izby o skierowanie projektu ustawy o Izbach Diagnostów Laboratoryjnych do właściwych komisji.

Poseł Sprawozdawca

Jarosław Kurzawa

Post scriptum

Trzeba podkreślić zaangażowanie – wówczas młodego Posła. Spełniło się moje marzenie 6.01.1995 r. w dniu Trzech Króli – znamienna data, Sejm RP przedłożył pod obrady projekt ustawy o Samorządzie zawodowym Diagnostów Laboratoryjnych. Przyjechało do Sejmu kilkunastu diagnostów laboratoryjnych. Po raz pierwszy polska diagnostyka mogła usłyszeć relację z procedowania projektu ustawy (TV transmitowała relację z posiedzenia Sejmu). Henryk Greła z Lublina przywiózł na to posiedzenie wynajętym małym busiem około 10 diagnostów. Klub poselski PSL wykazał swoją gościnność udostępniając pomieszczenie sejmowe, racząc Nas sejmową kawą oraz dowoli kosztami jabłek. Przed południem dyskusja nad naszym projektem, a wieczorem głosowanie. Odwiedzali Nas zaprzyjaźnieni posłowie, życzliwi naszej inicjatywie. W dyskusji nad naszym projektem ustawy była widoczna polaryzacja stanowisk, niektórzy posłowie związani z elitami diagnostyki laboratoryjnej tworzyli aurę przeciwną idei samorządu zawodowego. Głosowanie okazało się niekorzystne dla naszej społeczności tj. nie uznało naszych postulatów, pragnień i marzeń. Spotkaliśmy się po głosowaniu w sali obok plenarnej, towarzyszyli nam posłowie wspierający nas, wtedy poseł sprawozdawczy Jarosław Kurzawa zaproponował by tymczasowo powołać Stowarzyszenie Pracowników Diagnostyki Laboratoryjnej. Organizacji tego stowarzyszenia podjęła się Ewa Tuszevska z Poznania. Osobiście byłem zwolennikiem kontynuacji działania jako OKOIDL. I tak się stało, były dwa podmioty wzajemnie się uzupełniające. W moim wystąpieniu w tej sali, w której na czołowej ścianie widniał napis „Salus Rei Publicae Suprema Lex”.

Wówczas powiedziałem „nie deprymujmy się, czujmy się jak magowie jedźmy w Polskę, na pewno zwyciężymy i nie podzielimy się, wzmacniamy wszyscy szeregi i siły, racja jest po naszej stronie”.

Czas pokazał, że mieliśmy rację, ale omówienie w następnych częściach...

Proces tworzenia i budowania świadomości integracyjnej Diagnostów Laboratoryjnych

Post scriptum

Proces debaty i nasza ocena dyskusji nad naszym projektem ustawy – poniżej – został omówiony w dwóch wystąpieniach zamieszczonych w Biuletynie Analityki – Diagnosty Laboratoryjnego nr 14 rok 1994/1995.

Trwa on od 1989 r. i posiada znamiona samorządu zawodowego, znaczny potencjał naukowy i zawodowy. Posiada także nasze Środowisko zrozumienie zadań i celów Służby Zdrowia, posiada także możliwości i świadomość dróg naprawy obecnej sytuacji, jaka jest w Środowisku Służby Zdrowia.

Być może właśnie to zdecydowało o postawach wielu posłów uczestniczących i wychodzących przed głosowaniem, w wyniku których bilans głosów za Izba Diagnostów Laboratoryjnych i przeciwników był dla nas niekorzystny.

Należy uświadomić sobie, że idea Izby Diagnostów Laboratoryjnych zrzeszająca grupę ludzi z wyższym wykształceniem i niezależną w sensie trybu kształcenia i zakresu działań zawodowych jest kolidująca jedynie ze sposobem, modelem myślenia części środowiska lekarskiego, które chce widzieć wyłączne i zastrzeżone pole działania w Służbie Zdrowia dla własnej grupy zawodowej. Jak przesłanka ta jest obecna w strategii działania tego środowiska, nielicznego spośród lekarzy, wystarczy prześledzić te działania którymi potrafiło zdominować swoją opcją te kręgi posłów, w których liczne są reprezentacje tej grupy zawodowej; czyli SLD, UP i UW.

Biuletyn kolejny, który przedstawiamy zamierzeniem naszym ma ukazać, że zrozumienie dla naszych działań i ich miejsca w strukturze Ochrony Zdrowia jest tak żywe, iż otrzymujemy instrukcje z kręgu grup poselskich, które były w całości przeciwne, by projekty łącznie z projektem o zawodzie ponownie przedłożyć do sejmu. Tę strategię dostrzegaliśmy jako zasadną, gdyby rzecznicy Izby Lekarskiej potrafili zablokować skierowanie naszego projektu o Izbach Diagnostów Laboratoryjnych do właściwej komisji.

Przed debatą sejmową znane były stanowiska Zarządu Głównego PTDL, Izby Pielęgniarskich, Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Parazytologicznego oraz zapewnienie o przychylności wobec projektu o Izbie Diagnostów Laboratoryjnych aktualnego Ministra Zdrowia P.T. J. Zochowskiego. Stanowiska te były popierające i zapewniające o zasadności i celowości powołania dla środowiska Diagnostów Laboratoryjnych Izby Diagnostów Laboratoryjnych. Mimo to, kilku posłów z przedstawiających stanowiska klubów poselskich budowało negatywne opinie wobec celowości Izby Diagnostów Laboratoryjnych powołując się na opinię PTDL. Stanowisko negatywne, że cele Izby Diagnostów Laboratoryjnych zostaną spełnione przez tworzące się i działające Kolegium Medycyny Laboratoryjnej, wyraził przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia. Szczytem pokrętności i nielojalności wobec wielu osób, a także przedstawiciela klubu PSL, było zachowanie Ministra Zdrowia Jacka Zochowskiego. Wyrażał w szeregu rozmowach, w ministerstwie, zainteresowanie inicjatywą postulując nadesłanie do Ministerstwa wszystkich materiałów dotyczących Izby

i działań Ogólnopolskiego Kolegium Organizacyjnego, by mógł zapoznać się i bronić przed przeciwnikami powołanie Izby Diagnostów Laboratoryjnych. Sam Pan Minister wyraził opinię, iż nie będzie przeciwny projektowi Izby, ani też nie będzie wyrażać w stanowisku Ministerstwa przed Komisją Zdrowia czy w debacie sejmowej negatywnej opinii.

Rola Ministra Zdrowia w odrzuceniu tego projektu oraz pracowników Ministerstwa szczególnie pani mgr Strzyżewskiej, z Departamentu Polityki Zdrowia kwalifikuje się do oddzielnego omówienia w kategoriach prawnych i w kategoriach moralnych. Polityka zdrowotna nie zasada się na kłamstwie i chowaniu nadsyłanych materiałów do szuflady i niezapoznawaniu się z nimi. Pomijając role innych mówców owej debaty w dniu 6 I 1995 roku, Redakcja Biuletynu zapewnia wszystkich sympatyków idei Izby Diagnostów Laboratoryjnych, iż nie będzie sposobu zablokowania możliwości edycyjnych Biuletynu, mimo usilnych starań i nacisków tych grup, które są poruszone i przerażone działaniami i celami Diagnostów Laboratoryjnych i ich agendą, czyli Biuletynem Analityki – Diagnosty Laboratoryjnego.

Redakcja [Henryk Owczarek, Jarosław Maroszek]

Wystąpienie podczas zebrania Oddziału PTDL

Wrocław, styczeń 1995 rok

Proszę Państwa!

Koleżanki i Koledzy!

Z okazji spotkania PTDL chcę Państwu przedstawić aktualny stan naszych, wieloletnich, inicjatyw Środowiska Diagnostów Laboratoryjnych; inicjatyw których naczelną wolą i pragnieniem było i jest zaistnienie Izby Diagnostów Laboratoryjnych. Znana jest większości z Państwa sprawa tejże inicjatywy, która była przedmiotem debaty sejmowej w dniu 6 stycznia 1995 roku. Zanim przedstawię Państwu pewien szczególny koloryt tej debaty, chcę odnieść się do niektórych sugestii, tłumaczących wprowadzenie projektu ustawy o Izbach Diagnostów Laboratoryjnych na wokandę sejmową.

Niektóre kręgi Służby Zdrowia podnosiły tę sprawę widząc w tym pewne polityczne podłoże, dla którego Minister Zdrowia miał przyspieszyć rozpatrywanie tego projektu. Okolicznością szczególną według tychże miały być trwające strajki głodowe pracowników Służby Zdrowia i wciąż aktualna debata nad budżetem dla Służby Zdrowia. Polemika z tego typu sugestiami nie wytrzymuje siły argumentu, gdy uwzględni się wynik głosowania i zachowanie Pana Ministra Zdrowia wobec inicjatywy klubu poselskiego PSL; klubu koalicyjnego obecnej ekipy Rządu. Pan Minister Zochowski, mimo, że solennie zapewniał jeszcze w czerwcu, iż nie tylko, że nie będzie przeciwny powołaniu Izby ale wspierać będzie ten zamysł poprzez uobecnianie argumentacji naszej, przedstawionej mu w rozmowie bezpośredniej w Ministerstwie jak i w materiałach nadsyłanych.

ZAKŁADKA HISTORYCZNA

Pan Minister wychodzi z debaty sejmowej. W głosowaniu nie bierze udziału, lecz wyraża negatywne stanowisko Ministerstwa przez jednego z pracowników; wyraża negatywną opinię Ministerstwa Zdrowia o zasadności powołania Izby Diagnostów Laboratoryjnych. Proszę Państwa, projekt o Izbie naszej nie kierował swoich ostrzy przeciwko jakiegokolwiek grupie zawodowej w obrębie Służby Zdrowia. Przeciwnikami naszymi nie jest, ani grupa lekarzy, ani pielęgniarek, czy aptekarzy. Uwikłani są w taką samą mizериę ekonomiczną jak każdy z nas. Przeciwnikiem okazał się, czego od początku spodziewaliśmy się, nie lekarz praktyk, nie lekarz działający w Służbie Zdrowia.

Przeciwnikiem okazał się i to bezwzględny, wyrachowany, pokrętny; bo co innego przyrzeka w rozmowach w innym miejscu a inne zajmuje stanowisko na sali sejmowej.

Tym przeciwnikiem jest lekarz administrator, lekarz urzędnik, ten który, ani nie zapoznał się dobrze z funkcjonującym dotychczasowym modelem Służby Zdrowia i miejscem w nim Diagnostyki Laboratoryjnej, ani też nie jest skory obecnie, w trakcie transformacji Służby Zdrowia, zrezygnować z wyrokowania o tym co jest, co jest potrzebne i konieczne dla współczesnego modelu Ochrony Zdrowia.

To grupa, administrująca Służbę Zdrowia lekarzy, przeciwna jest Izbie Diagnostów Laboratoryjnych i w trosce tylko prawdopodobnie o własne interesy sprawili, że kluby poselskie SLD, UP, BBWR w całości, a Unia Wolności w większości zagłosowały przeciw Izbie. Podnoszone kwestie, w wypowiedziach ich reprezentantów, nie dotyczyły meritum przedłożonych argumentów za Izbą, lecz podnoszone były znane już nam wcześniej obawy tych przeciwników, iż Izba może wnieść niesnaski w Środowisko i by konfliktorydny elementem. Pełny serwis informacji otrzymają Państwo w kolejnym Biuletynie, a zainteresowanych zapraszam do kontaktów z redakcją Biuletynu. Posiadamy szczegółowy serwis informacji, tak co do treści wystąpień *in extenso* przeciwników i sympatyków, jak także osobowy zestaw oddanych głosów za i przeciw Izbie. Po debacie sejmowej miały miejsce spotkanie i rozmowy w gmachu Sejmu (przy sali obrad) sporej grupy przybyłych na ten dzień do Warszawy pracowników Diagnostyki Laboratoryjnej z całego kraju,

z posłem sprawozdawcą i innymi posłami. W toku rozmów została wyrażona deklaracja obecnego Komitetu Organizacyjnego Izby Diagnostów Laboratoryjnych pod naciskiem pozostałych obserwatorów debaty a także i posłów, by działania na rzecz Izby nie zostały uśmierzone i wygaszone, lecz by Komitet zadeklarował wolę doprowadzenia do Izby Diagnostów Laboratoryjnych bez względu na pojawiające się tendencje anektowania części postulatów projektu o naszej Izbie przez różnorakie ugrupowania ubiegające się w reprezentację Diagnostów Laboratoryjnych. Środowisko Diagnostów Laboratoryjnych, zatem Proszę Państwa, nie zostało pozbawione doprowadzenia tej inicjatywy do uznania naszego Samorządu zawodowego w Izbę.

Obserwator i Konsultant Posła Sprawozdawcy
Henryk Owczarek

Niniejsze opracowanie zakończę zwrotką wiersza Krzysztofa Kamila Baczyńskiego „Trzeba umieć ludzi kochać”:

Jeszcze by trzeba pokochać mocniej,
dech jak sztandar rozwinąć szerzej, jaśniej,
czas jak płomień pochłania,
pochłonął, gaśnie.
A ty stoisz, cieśla niemrawy,
stygnał łuki wiatrów nietkniętych,
tężeją niebios białe ławy.
O boży cieślo! tnij raz jeszcze,
ze struga wiór jak grom się zwiże,
już go chwytają, wzięli, unieśli,
upadł, przepalił serca – więc żyjesz.

Krzysztof Kamil Baczyński

My, Diagnostyci Laboratoryjni, dbajmy o siebie, szanujmy się wzajemnie...

dr Henryk Owczarek
Wrocław, 16.06.2025 r.

„MEDIACJA – TO PROCES LUDZKI, NIE SĄDOWY”

Mediacja oznacza każde postępowanie, w którym strony dobrowolnie postanawiają dążyć do rozstrzygnięcia sporu przy pomocy osoby trzeciej, zwanej „Mediatorem”. Mediator pomaga stronom zidentyfikować obszary sporu i określić wspólne punkty, co stwarza przestrzeń dla porozumienia, wyjaśnienia, dialogu.

Mediacja w kontekście jej zasad

Mediacja jest dobrowolnym, poufnym i akceptowalnym sposobem porozumiewania się stron będących w konflikcie przy udziale mediatora.

Dobrowolność, poufność, bezstronność, neutralność, akceptowalność są podstawowymi zasadami - fundamentem mediacji.

Dobrowolność, poufność, bezstronność, neutralność, akceptowalność to zasady mediacji.

Dobrowolność – zgoda obu stron konfliktu na udział w mediacji; strony mogą wycofać się z mediacji w każdym momencie bez podania uzasadnienia.

Poufność – nie przekazuje się informacji uzyskanych w trakcie mediacji stronom trzecim; obowiązek zachowania poufności spoczywa na mediatorze i stronach.

Bezstronność – obie strony konfliktu są traktowane przez mediatora w taki sam sposób; zachowana jest dbałość o równowagę stron.

Neutralność – mediator nie narzuca stronom rozwiązań.

Akceptowalność – zgoda na zasady mediacji.

Mediacja ma na celu stworzenie stronom warunków umożliwiających osiągnięcie dobrowolnego porozumienia, wypracowaniem rozwiązań dostosowanych indywidualnie do potrzeb stron.

Strony mediacji mają bezpośredni wpływ na jej przebieg i rozwiązanie sporu.

W mediacji strony sporu samodzielnie kształtują treść ugody, a nie jest ona „narzucana” z zewnątrz.

„Mediacja – szansą na dialog i znalezienie zaakceptowanego przez obie strony rozwiązania”

Korzyści z mediacji

Mediacja sprzyja uzyskaniu przez strony konfliktu akceptowanego dla nich rozwiązania. Mediacja umożliwia nie tylko rozwiązanie konfliktu, udrożnienie/usprawnienie komunikacji między stronami, ale także pozwala na poprawę relacji uczestników postępowania, zmianę sposobu myślenia o konflikcie, zaistniałej sytuacji; mediacja stwarza przestrzeń dla porozumienia, wyjaśnienia, dialogu. Wpływa także na skrócenie czasu postępowania. Zawarcie porozumienia w drodze mediacji jest szybsze i mniej kosztowne (w każdym wymiarze) niż postępowanie sądowe.

Postępowanie mediacyjne w KIDL

Mediator: dr n.med. Monika Pintal-Ślimak

Adres email mediatora: m.pintal-slimak@kidl.org.pl

Uchwała Nr 118/VI/2023 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 19 maja 2023 roku w sprawie powołania mediatora

Ustawa o medycynie laboratoryjnej – art. 92. 1. Rzecznik w czasie postępowania wyjaśniającego albo Sąd Diagnostów Laboratoryjnych albo Wyższy Sąd Diagnostów Laboratoryjnych w czasie postępowania przed sądem może, z inicjatywy lub za zgodą stron, skierować sprawę do postępowania mediacyjnego między pokrzywdzonym i obwinionym, o którym mowa w art. 105 ust. 1 lub diagnostą laboratoryjnym, którego dotyczy postępowanie. ●

INFORMATOR O UCHWAŁACH ORGANÓW KRAJOWEJ IZBY DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH

Informujemy, że Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych VI Kadencji podjęła następujące uchwały:

1. Uchwała Nr 213/VI/2025 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 4 kwietnia 2025 roku w sprawie powołania przedstawiciela Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych do Zespołu do spraw opracowania propozycji zmian standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego;
2. Uchwała Nr 214/VI/2025 z dnia 4 kwietnia 2025 roku.
Dotyczy: Powołania przedstawiciela KRDL do Zespołu ds. opracowania propozycji zmian standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego. KRDL powołała swojego przedstawiciela – prof. Milenę Dąbrowską, która będzie uczestniczyć w pracach nad aktualizacją standardów kształcenia, co ma kluczowe znaczenie dla jakości edukacji przyszłych diagnostów;
3. Uchwała Nr 215/VI/2025 z dnia 10 kwietnia 2025 roku.
Dotyczy: Postępowania z dokumentem „Prawo Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego” w razie jego utraty, uszkodzenia lub potrzeby wymiany. KRDL określiła jasne procedury dotyczące wydawania duplikatów lub nowych dokumentów, zwiększając bezpieczeństwo obiegu dokumentacji oraz sposobu wymiany dokumentu na PWZDL w formie karty poliwęglanowej;
4. Uchwała Nr 216/VI/2025 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 12 maja 2025 roku w sprawie powołania Komisji Mandatowo Wyborczej;
5. Uchwała Nr 217/VI/2025 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 12 maja 2025 roku w sprawie powołania Komisji Skrutacyjnej;
6. Uchwała Nr 218/VI/2025 z dnia 12 maja 2025 roku.
Dotyczy: Procedowania uchwał w trybie stacjonarnym z wyłączeniem zasady jawności i indywidualności głosowań. Decyzja umożliwia głosowanie tajne podczas posiedzeń, np. w sprawach osobowych;
7. Uchwała Nr 219/VI/2025 z dnia 12 maja 2025 roku.
Dotyczy: Wyboru nowego Wiceprezesa KRDL. Uchwała formalizuje wynik głosowania nad wyborem dr n. med. i n. o zdr. Katarzyny Ziółkowskiej na stanowisko Wiceprezesa KRDL;
8. Uchwała Nr 220/VI/2025 z dnia 12 maja 2025 roku.
Dotyczy: Regulaminu pracy w KIDL. KRDL zatwierdziła zaktualizowany regulamin pracy, porządkujący kwestie organizacyjne zatrudnienia i funkcjonowania pracowników Biura KIDL;
9. Uchwała Nr 221/VI/2025 z dnia 12 maja 2025 roku.
Dotyczy: Regulaminu wynagradzania w KIDL. Uchwała aktualizuje wprowadza zasady przyznawania wynagrodzeń, nagród i dodatków dla pracowników Biura KIDL.
10. Uchwała Nr 222/VI/2025 z dnia 12 maja 2025 roku.
Dotyczy: Zatwierdzenia sprawozdania z działalności samorządu za 2024 rok. Sprawozdanie zostaje formalnie zatwierdzone i przesłane Ministrowi Zdrowia, zgodnie z obowiązkiem ustawowym;
11. Uchwała Nr 223/VI/2025 z dnia 12 maja 2025 roku.
Dotyczy: Rezygnacji z przedłużenia umowy na usługi wirtualnego centrum danych (3S CLOUD2B). KRDL wyraża zgodę na zakończenie współpracy z dotychczasowym dostawcą usług data center.
12. Uchwała Nr 224/VI/2025 z dnia 13 maja 2025 roku.
Dotyczy: Określenia składu Zespołu do spraw Młodych Diagnostów. Wskazano konkretne osoby reprezentujące środowiska akademickie i zawodowe w zespole doradczym przy KRDL.
13. Uchwała Nr 225/VI/2025 z dnia 13 maja 2025 roku.
Dotyczy: Odmowy uznania kwalifikacji zawodowych diagnosty laboratoryjnego. KRDL uznała, że przedstawione dokumenty nie spełniają wymogów pozwalających na uznanie kwalifikacji.
14. Uchwała Nr 226/VI/2025 z dnia 13 maja 2025 roku.
Dotyczy: Zmiany uchwały w sprawie szkoleń organizowanych przez KIDL. Zmodyfikowano zasady realizacji szkoleń dla diagnostów, w tym kwestie dokumentacji, oceny i finansowania.
15. Uchwała Nr 227/VI/2025 z dnia 13 maja 2025 roku.
Dotyczy: Odwołania członka z Komisji ds. opracowania standardów dotyczących powierzenia czynności i kategoryzacji laboratoriów. KRDL dokonała zmiany kadrowej w jednej z kluczowych komisji eksperckich w związku z rezygnacją.
16. Uchwała Nr 228/VI/2025 z dnia 13 maja 2025 roku.
Dotyczy: Odwołania członków Zespołu ds. laboratoryjnej hematologii medycznej. Zmiany osobowe w zespole w związku z rezygnacją członków.

17. Uchwała Nr 229/VI/2025 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 17 czerwca 2025 roku w sprawie ustalenia podziału czynności między członków Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych VI Kadencji;
18. Uchwała Nr 230/VI/2025 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 17 czerwca 2025 roku w sprawie przedstawienia kandydata na członka Zespołu Ekspertów ds. opracowania programu specjalizacji w dziedzinie zdrowia publicznego. ●

Informujemy, że Prezydium KRDL VI Kadencji podjęło następujące uchwały:

1. Uchwała Nr 1971-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 24 marca 2025 roku w sprawie procedowania uchwał Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych podczas XXXII posiedzenia w dniu 24 marca 2025 roku;
2. Uchwała Nr 1972-1976-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 24 marca 2025 roku w sprawie przyznania Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego;
3. Uchwała Nr 1977-2047-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 24 marca 2025 roku w sprawie stwierdzenia utraty prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego i skreślenia z rejestru diagnostów laboratoryjnych;
4. Uchwała Nr 2048-2053-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 24 marca 2025 roku w sprawie wpisu medycznego laboratorium diagnostycznego do ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
5. Uchwała Nr 2054-2062-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 24 marca 2025 roku w sprawie wykreślenia medycznego laboratorium diagnostycznego z ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
6. Uchwała Nr 2063 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 24 marca 2025 roku w sprawie odmowy wpisu medycznego laboratorium diagnostycznego do ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
7. Uchwała Nr 2064 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 24 marca 2025 roku w sprawie odmowy wpisu medycznego laboratorium diagnostycznego do ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
8. Uchwała Nr 2065-2097-P/VI/2024 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 24 marca 2025 roku w sprawie określenia wysokości zaległości z tytułu składek członkowskich diagnosty laboratoryjnego wraz z należnymi odsetkami za opóźnienie;
9. Uchwała Nr 2098-2100-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 24 marca 2025 roku w sprawie skierowania na przeszkolenie;
10. Uchwała Nr 2101 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 24 marca 2025 roku w sprawie uchylenia Uchwały Nr 1501-P/VI/2024 z dnia 10 września 2024 roku w sprawie stwierdzenia utraty prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego i skreślenia z rejestru diagnostów laboratoryjnych;
11. Uchwała Nr 2102-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 14 kwietnia 2025 roku w sprawie procedowania uchwał Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych podczas XXXIV posiedzenia w dniu 14 kwietnia 2025 roku;
12. Uchwała Nr 2103-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 14 kwietnia 2025 roku w sprawie przyznania Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego;
13. Uchwała Nr 2104-2148-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 14 kwietnia 2025 roku w sprawie stwierdzenia utraty prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego i skreślenia z rejestru diagnostów laboratoryjnych;
14. Uchwała Nr 2149-2151-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 14 kwietnia 2025 roku w sprawie wpisu medycznego laboratorium diagnostycznego do ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
15. Uchwała Nr 2152-2154-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 14 kwietnia 2025 r. w sprawie wykreślenia medycznego laboratorium diagnostycznego z ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
16. Uchwała Nr 2155-2187-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 14 kwietnia 2025 roku w sprawie określenia wysokości zaległości z tytułu składek członkowskich diagnosty laboratoryjnego wraz z należnymi odsetkami za opóźnienie;
17. Uchwała Nr 2188-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 9 maja 2025 roku w sprawie procedowania uchwał Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych podczas posiedzenia w trybie obiegowym w dniu 9 maja 2025 roku;

18. Uchwała Nr 2189-2193-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 9 maja 2025 roku w sprawie przyznania Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego;
19. Uchwała Nr 2194-2270-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 9 maja 2025 roku w sprawie stwierdzenia utraty prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego i skreślenia z rejestru diagnostów laboratoryjnych;
20. Uchwała Nr 2271-2272-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 9 maja 2025 roku w sprawie wpisu medycznego laboratorium diagnostycznego do ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
21. Uchwała Nr 2273-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 9 maja 2025 roku w sprawie wykreślenia medycznego laboratorium diagnostycznego z ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
22. Uchwała Nr 2276-2308-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 9 maja 2025 roku w sprawie określenia wysokości zaległości z tytułu składek członkowskich diagnosty laboratoryjnego wraz z należnymi odsetkami za opóźnienie;
23. Uchwała Nr 2309-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 9 maja 2025 roku w sprawie zatwierdzenia decyzji Komisji Nagród i Odznaczeń Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych;
24. Uchwała Nr 2310-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 9 maja 2025 roku w sprawie skierowania na przeszkolenie;
25. Uchwała Nr 2311-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 6 czerwca 2025 roku w sprawie procedowania uchwał Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych podczas posiedzenia w trybie obiegowym w dniu 9 czerwca 2025 roku;
26. Uchwała Nr 2312-2314-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 9 czerwca 2025 roku w sprawie przyznania Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego;
27. Uchwała Nr 2315-2351-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 9 czerwca 2025 roku w sprawie stwierdzenia utraty prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego i skreślenia z rejestru diagnostów laboratoryjnych;
28. Uchwała Nr 2352-2356-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 9 czerwca 2025 roku w sprawie wykreślenia medycznego laboratorium diagnostycznego z ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
29. Uchwała Nr 2357-2359-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 9 czerwca 2025 roku w sprawie wpisu medycznego laboratorium diagnostycznego do ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
30. Uchwała Nr 2360-2361-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 9 czerwca 2025 roku w sprawie skierowania na przeszkolenie. ●



#JestemDiagnostą