

DIAGNOSTA

laboratoryjny

Rok XXIII nr 4 (80) Grudzień 2025

BEZPŁATNA GAZETA KRAJOWEJ IZBY DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH

ISSN 2084-1663



W JEDNOŚCI SIŁA –
STOP PRZEMOCY



TRWAJĄ PRACE NAD RZETELNĄ
OCENĄ POTENCJAŁU KADROWEGO
MLD W KONTEKŚCIE POTRZEB
SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA
W POLSCE



KRAJOWA IZBA
DIAGNOSTÓW
LABORATORYJNYCH
BENEFICJENTEM
PROJEKTU



W tym wyjątkowym czasie
Świąt Bożego Narodzenia,
w imieniu Krajowej Rady
Diagnostów Laboratoryjnych
pragne złożyć Państwu życzenia zdrowia,
spokoju i radości.
Niech spędzone w rodzinnym gronie chwile
staną się okazją do odpoczynku,
dzielenia się dobrem i wzajemną życzliwością.
Oby nadchodzący Nowy Rok przyniósł
zdrowie oraz spełnienie wszelkich planów,
zarówno zawodowych, jak i osobistych.

Z najlepszymi życzeniami,

Monika Pintal-Šlimak

Prezes KRDL
Dr n med. Monika Pintal-Šlimak



Szanowni Państwo,

za nami czas bardzo intensywnej pracy, licznych spotkań i ważnych dyskusji, które jednoznacznie pokazują, że głos medycyny laboratoryjnej jest dziś nie tylko słyszany, ale realnie obecny w debacie o przyszłości ochrony zdrowia w Polsce. Jednocześnie mam pełną świadomość, że samo uczestnictwo w wydarzeniach na najwyższym szczeblu nie wystarczy. Potrzebujemy decyzji, które będą miały odzwierciedlenie w codzienności pacjentów i diagnostów.

W grudniu wzięłam udział zarówno w Szczycie Zdrowotnym w Pałacu Prezydenckim, jak i w rządowym Szczycie Medycznym. Doceniam te zaproszenia, jednak od początku akcentuję, że zależy mi przede wszystkim na tym, aby głos naszego środowiska skutecznie przekładał się na działania, a nie jedynie na deklaracje. Od miesięcy przedstawiamy spójne postulaty i ponownie podkreślam, że walczymy o ich wdrożenie, nie tylko dla dobra diagnostów, lecz przede wszystkim dla bezpieczeństwa obywateli.

Podczas obu szczytów jasno wskazywałam, że nowoczesna medycyna laboratoryjna stanowi fundament zdrowia publicznego. Szczególnie w obszarach związanych z badaniami genetycznymi brak jednoznacznych regulacji i ciągnący się od lat brak finalizacji prac legislacyjnych tworzą niepotrzebną przestrzeń niepewności. Podkreślałam konieczność pilnego doprowadzenia do końca ustawy o badaniach genetycznych i ochronie genomu ludzkiego, zgodnie z propozycjami przygotowanymi przez ekspertów. Tylko jasne standardy, właściwy nadzór i ochrona danych mogą zapewnić pacjentom bezpieczeństwo oraz wysoką jakość procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Bez stabilnych podstaw prawnych trudno oczekiwać, aby diagnostyka mogła w pełni wspierać lekarzy i pacjentów oraz odpowiadać na potrzeby współczesnej medycyny.

Samorząd diagnostów laboratoryjnych pozostaje neutralny politycznie i nie działa w interesie żadnej ze stron. Naszym jedynym punktem odniesienia jest dobro pacjentów, diagnostów i zdrowia publicznego. Oczekuję, że rekomendacje składane podczas szczytów przełożą się na konkretne decyzje, szczególnie tam, gdzie brak spójnych przepisów zwiększa ryzyko błędów, nadużyć czy niewłaściwego wykorzystania danych, m.in. w in vitro, diagnostyce prenatalnej czy sekwencjonowaniu genomu.

Podnosiłam również kwestię wynagrodzeń. Ustawa o minimalnym wynagrodzeniu po raz pierwszy uwzględniła naszą grupę zawodową, zapewniając diagnostom godne płace. Uważam, że wypracowany standard musi zostać utrzymany. Nie zgodzimy się na próby cofania zmian, które były efektem wieloletniej pracy środowiska.



Równolegle w naszym samorządzie trwały intensywne działania merytoryczne. Podczas XIX posiedzenia KRDL omówiliśmy najważniejsze inicjatywy, wyzwania legislacyjne oraz kierunki dalszej pracy. Z dumą odnotowaliśmy również wzrost liczby diagnostów laboratoryjnych. Już ponad 18 tysięcy osób współtworzy nasz samorząd, co pokazuje rosnącą siłę i znaczenie naszego zawodu.

Minione tygodnie obfitowały też w wydarzenia naukowe, konferencje, dyplomatoria oraz liczne szkolenia praktyczne. Warsztaty hematologiczne, szkolenia z cytomorfologii, „Płyny z jam ciała”, a także konferencje regionalne i ogólnopolskie. Wszystkie te inicjatywy potwierdzają, jak dynamicznie rozwija się nasz samorząd i jak duże jest zapotrzebowanie na wiedzę oraz podnoszenie kompetencji.

Nie zabrakło również działań społecznych i inicjatyw symbolicznych, takich jak odsłonięcie figurki „Tomka” w Lublinie czy prace Forum Zawodów Zaufania Publicznego, które wzmacniają widoczność diagnostów w przestrzeni publicznej i budują świadomość roli naszego zawodu.

Wszystkie te działania prowadzą do jednego, nadrzędnego celu: zagwarantowania pacjentom bezpiecznego i stabilnego systemu opieki zdrowotnej. Bez silnej, odpowiednio regulowanej i finansowanej medycyny laboratoryjnej nie zbudujemy odpornej ochrony zdrowia. Dlatego będę obecna tam, gdzie zapadają decyzje, aby jasno i konsekwentnie przypominać, jakie rozwiązania są konieczne tu i teraz dla dobra zdrowia publicznego.

dr n. med. Monika Pintał-Ślimak
Prezes KRDL VI kadencji

Drodzy Czytelnicy,

Coraz częściej dostaję od Państwa zapytania mailowe odnośnie tego jak ma wyglądać artykuł, dlatego w tym numerze zamieszczamy Uchwałę Nr 241/VI/2025 z dnia 18 października 2025r. dotyczącą Regulaminu gazety, w której to można zapoznać się z wytycznymi. Z inicjatywy Pani Prezes nowością jest rubryka „Publikacje naukowe” – w aktualnym numerze prezentowana jest monografia naukowa „Cukrzyca – podstawy diagnostyki i terapii” prof. dr hab. n.med. i n. o zdr. Grażyna Sygítowicz. Ponadto, w tym wydaniu zamieściliśmy 5 ciekawych artykułów. Zachęcam również do sekcji Samorząd, gdzie znajdują się artykuły Pani Prezes dr n. med. Moniki Pintał-Ślimak oraz dwóch Wiceprezesów: dr n. med. i n. o zdr. Katarzyny Ziółkowskiej oraz mgr Anny Lipnickiej. Warto również przeczytać Zakładkę historyczną dr Henryka Owczarka, Honorowego Prezesa KRDL.

Rok 2025 powoli dobiega końca. Z okazji Świąt Bożego Narodzenia składam wraz z Zespołem Redakcyjnym serdeczne życzenia zdrowia, radości i wszelkiej pomyślności. Niech nadchodzący Nowy Rok przyniesie Państwu wiele sukcesów, satysfakcji z podejmowanych działań oraz owocnych możliwości rozwoju.

Anna Grudniewska
Redaktor naczelny „Diagnosty Laboratoryjnego”



Szanowni Państwo, drodzy Diagnosty, Koleżanki i Koledzy,

pragnę serdecznie podziękować wszystkim diagnostom laboratoryjnym za sumienne i terminowe regulowanie składek członkowskich, które stanowią fundament niezależności finansowej naszego samorządu. Ponadto dziękuję tym diagnostom, którzy wykazali się godną pochwałą samokontrolą i z własnej inicjatywy, bez dodatkowych wezwań, uregulowali powstałe w przeszłości zaległości. Dziękuję także osobom, które po otrzymaniu skrupulatnych wyjaśnień ze strony Działu Spraw Wierzyielskich KIDL, zrozumiały wagę sytuacji i niezwłocznie uzupełniły wszystkie brakujące wpłaty na swoje subkonta.

W Biurze KIDL trwa obecnie ostateczna, szczegółowa weryfikacja salda każdego członka samorządu, mająca na celu precyzyjne przygotowanie Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz Biura KIDL na nowy rok obrachunkowy. W związku z tym, w przyszłym roku planujemy kolejną wysyłkę indywidualnych informacji do ostatniej grupy osób zalegających z płatnościami. Jednocześnie gorąco proszę tych z Państwa, którzy już wyrównali historyczne zaległości, aby pamiętać o konieczności regularnego opłacania bieżącej składki.

Aktualny stan (30 września br.) wygęzkwowanych składek w roku 2025:

	zaległe składki	odsetki	razem
styczeń	105 277,90 zł	16 922,44 zł	122 200,34 zł
luty	89 096,56 zł	14 307,38 zł	103 403,94 zł
marzec	127 317,58 zł	25 920,32 zł	153 237,90 zł
kwiecień	127 754,98 zł	22 069,43 zł	149 824,41 zł
maj	146 945,13 zł	21 040,24 zł	167 985,37 zł
czerwiec	82 145,12 zł	12 592,42 zł	94 737,54 zł
lipiec	148 278,11 zł	26 826,31 zł	175 104,42 zł
sierpień	76 834,56 zł	12 997,11 zł	89 831,67 zł
wrzesień	105 497,07 zł	17 898,97 zł	123 396,04 zł
październik	93 337,07 zł	13 822,59 zł	107 159,66 zł
listopad	103 492,99 zł	15 896,20 zł	119 389,19 zł
Razem	1 205 977,07 zł	200 293,41 zł	1 406 270,48 zł

Kontakt: W razie pytań Dział Spraw Wierzyielskich KIDL służy pomocą: ms@kidl.org.pl

Wszystkim Diagnostom Laboratoryjnym życzę, aby nadchodzące Święta Bożego Narodzenia przyniosły wiele spokoju, odpoczynku i radości w rodzinnym gronie. Niech Nowy Rok będzie dla całego naszego środowiska czasem zawodowych sukcesów, stabilizacji i wszelkiej pomyślności.

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



DIAGNOSTA

laboratoryjny

W NUMERZE:

3 SŁOWO PREZESA

Monika Pintał-Ślimak

AKTUALNOŚCI

6 Aktualności od 26 września do 11 grudnia

PUBLIKACJE NAUKOWE

14 „Cukrzyca – podstawy diagnostyki i terapii”

prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Grażyna Sygittowicz

WYDARZENIA

16 Spotkania na szczycie

17 82 urodziny Honorowego Prezesa Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych dr Henryka Owczarka

DIAGNOSTYKA

18 Rola koncentratu granulocytarnego w terapii neutropenii. Praktyczne aspekty leczenia infekcji bakteryjnych i grzybiczych u pacjentów z obniżoną odpornością

mgr Monika Borek, mgr Katarzyna Oleksy

Chorobom nowotworowym często towarzyszą problemy natury hematologicznej, które mogą być następstwem zarówno choroby podstawowej, jak i powikłaniem stosowanego leczenia. Dlatego też w celu uzupełnienia niedoborów krwinek czerwonych, płytkowych i leukocytów u pacjentów konieczne bywa wykorzystanie możliwości jakimi dysponuje współczesna transfuzjologia. W niniejszym artykule opisano dwa przypadki kliniczne.

22 Makro-TSH jako nowe źródło interferencji w sytuacji fałszywie podwyższonego stężenia TSH

mgr Patrycja Broda

Najnowsze badania wskazują, że przyczyną fałszywie zawyżonego stężenia TSH może być obecność we krwi wielkomolekularnych kompleksów hormonu, tzw. makro-TSH. Makroformy tyreotropiny występują bardzo rzadko we krwi osób z podwyższonym stężeniem TSH, jednak ich obecność w istotny sposób zmienia wyniki oznaczeń stężenia hormonu i może wpływać na proces diagnostyczno-terapeutyczny.

25 Błędy fazy przedanalizycznej jako istotny czynnik zakłócający przebieg procesu diagnostycznego

mgr Agnieszka Janus, mgr Paulina Zubala

Artykuł zawiera cenne praktyczne zagadnienia obejmujące codzienną pracę diagnostów laboratoryjnych. W procesie diagnostycznym bardzo ważne jest szybkie zidentyfikowanie błędów mogących wpływać na wyniki, niezwłoczna i skuteczna ich eliminacja oraz podjęcie działań w kierunku zapobiegania ich pojawianiu się w przyszłości. Niniejszy artykuł zawiera zalecenia związane z prawidłową techniką pobierania materiału do badań, opisuje najczęstsze przyczyny odrzucenia próbki a także działania zapobiegawcze w odniesieniu do fazy przedanalizycznej.

29 Znaczenie współwystępowania alloprzeciwciał przeciwytricytarnych i przeciweukocytarnych u kobiet w ciąży – opis przypadków

mgr Karolina Kilian, mgr Danuta Bochenek – Jantczak

W artykule znajdują się trzy przypadki kliniczne, dwóch kobiet ciężarnych z krwawieniem oraz jednej w czwartej ciąży, która w poprzednich ciążach wytworzyła przeciwciała odpornościowe anty-D i anty-G z układu Rh.

35 Markery serologiczne wirusowego zapalenia wątroby typu B

mgr Marta Witkowska, mgr Monika Sienkiewicz,

mgr Magdalena Zapalska

Wirusowe zapalenie wątroby stanowi globalny problemem zdrowotny, który dotyka setek milionów ludzi i jest związany ze znaczną śmiertelnością. Diagnostyka serologiczna zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B jest wieloparametrowa i pozwala określić fazę infekcji. Wykrywając przeciwciała i antygeny pojawiające się podczas zakażenia wirusem HBV, można ustalić, czy ma ono charakter ostrego, przewlekłego czy przebiegającego, oraz precyzyjnie określić stan odporności poszczepiennej.

Dynamika pojawiania się i zanikania antygenów oraz przeciwciał jest kluczowym narzędziem w monitorowaniu odpowiedzi immunologicznej. Dzięki znajomości profilu markerów serologicznych, można ustalić w jakim okresie zachorowania znajduje się pacjent, a także ustalić rokowanie.

SAMORZĄD

40 W jedności siła – stop przemocy, czyli umyślnemu zachowaniu, które narusza prawa drugiego człowieka

dr n. med. Monika Pintał-Ślimak, Prezes KRDL VI Kadencji

42 Trwają prace nad rzetelną oceną potencjału kadrowego MLD w kontekście potrzeb systemu ochrony zdrowia w Polsce

dr n. med. i n. o zdr. Katarzyna Ziółkowska

43 Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych Beneficjentem Projektu

mgr Anna Lipnicka, Wiceprezes KRDL VI Kadencji

44 Regulamin gazety „Diagnosta Laboratoryjny”

– Uchwała Nr 241/VI/2025 z dnia 18 października 2025 r.

HONOROWY PREZES KRDL DR HENRYK OWCZAREK ZAKŁADKA HISTORYCZNA

50 Scripta manent. Pro memoria (odc. VII)

56 Termin „diagnostyka laboratoryjna” w aktach prawnych polskiego ustawodawstwa

62 Podmiotowość w sensie zawodu zaufania publicznego

INFORMATOR DIAGNOSTY

70 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

WRZESIEŃ 2025

26–28 września uczestniczyliśmy w VII edycji konferencji „Śląskie Dni Medycyny Stanów Nagłych”, która odbyła się pod honorowym patronatem Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych. Konferencja miała bogaty program i wysoki poziom merytoryczny. Już na etapie przygotowaliśmy dr n. o zdr. Jarosław Madowicz oraz dr n. med. Monika Pintał-Ślimak podkreślali znaczenie współpracy samorządów zawodowych z towarzystwami naukowymi. Organizatorzy zwrócili szczególną uwagę na potrzebę kształcenia podyplomowego w zawodach medycznych. Jednym z ważnych punktów programu była debata: „Zawody zaufania publicznego – czy możemy bezpiecznie wykonywać swój zawód?”. W debacie uczestniczyła mgr Beata Janiga, MBA, specjalista laboratoryjnej transfuzjologii medycznej, która zwróciła uwagę na rolę rozwoju zawodowego dla bezpieczeństwa pacjentów i podzieliła się swoim doświadczeniem jako diagnosta laboratoryjny oraz kierownik Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej i Banku Krwi. Podkreśliła też ważną rolę towarzystw naukowych – zarówno w rozwoju zawodowym, jak i we współpracy z samorządami.



PAŹDZIERNIK 2025

2 października – Apel do Prezesa Rady Ministrów w sprawie sytuacji finansowej ochrony zdrowia. Przedstawiciele najważniejszych organizacji reprezentujących pracodawców, personel medyczny oraz zarządzających placówkami medycznymi podpisali wspólny apel do Prezesa Rady Ministrów Pana Donalda Tuska.

Sygnatariusze zwracali uwagę na dramatyczną sytuację finansową systemu ochrony zdrowia oraz brak środków w wysokości 14 miliardów złotych, które są niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego Polek i Polaków. W apelu podkreślono, że niedobór finansowania grozi ograniczeniem dostępności świadczeń, zamykaniem oddziałów szpitalnych oraz destabilizacją całego systemu. Podpisane organizacje oczekują pilnych działań rządu, które ustabilizują sytuację i zagwarantują środki na funkcjonowanie placówek medycznych. Sygnatariusze apelu:

Waldemar Malinowski – Prezes Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych;
 Mariola Łodzińska – Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych;
 Agnieszka Stępień – Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów;
 Monika Pintał-Ślimak – Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych;

Alina Górecka – Wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej;
 Zofia Czyż – I Wiceprzewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych;
 Bartosz Kulczykiewicz – Zastępca Dyrektora Biura Polityki Zdrowotnej Urzędu m.st. Warszawy;
 Adam Styczeń – Prezes Stowarzyszenia Szpitali Małopolski;
 Maciej Sokołowski – Wiceprezes Zarządu Głównego Stowarzyszenia Zarządzających w Ochronie Zdrowia.



4 października odbyła się 2. edycja warsztatów hematologicznych „Od wykonania do sprawozdania z badań” organizowanych przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych pod kierownictwem dr n. farm. Anety Wrzyszczy. Uczestnicy z entuzjazmem biorą udział w zajęciach i podkreślają praktyczny charakter szkolenia. Warsztaty cieszą się dużym zainteresowaniem wśród diagnostów laboratoryjnych, co potwierdza potrzebę dalszego rozwijania tej tematyki.



6 października odbyła się uroczysta Inauguracja Roku Akademickiego 2025/2026 na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. W wydarzeniu uczestniczyła Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych dr n. med. Monika Pintal-Ślimak.



15 października – obchody Europejskiego Dnia Przywracania Czynności Serca, którego celem była popularyzacja wiedzy o pierwszej pomocy oraz zwiększanie świadomości społecznej na temat nagłego zatrzymania krążenia. Z tej okazji Wielkopolska Izba Lekarska włączyła się w akcję Fundacji WOŚP. Na terenie siedziby Izby przy ul. Feliksa Nowowiejskiego 51 w Poznaniu odbyło się bicie rekordu w jednoczesnym prowadzeniu resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO). W wydarzeniu wzięli udział również dr n. med. Łukasz Kuszel, Członek Wyższego Sądu Diagnostów Laboratoryjnych, reprezentujący samorząd diagnostów laboratoryjnych.



18 października w Auli Wydziału Nauk Farmaceutycznych w Sosnowcu odbyły się uroczyste obchody Dyplomatorium absolwentów kierunków: analityka medyczna, biotechnologia oraz kosmetologia Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. W wydarzeniu uczestniczyła Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintal-Ślimak, która w swoim wystąpieniu podkreśliła, że młodzi specjaliści odgrywają niezwykle istotną rolę w systemie ochrony zdrowia, ponieważ ich wiedza, dokładność i etyka zawodowa stanowią fundament nowoczesnej diagnostyki i medycyny opartej na faktach.

20–21 października – XXI Forum Rynku Zdrowia: w wydarzeniu udział wzięła Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintal-Ślimak, która na zaproszenie organizatorów uczestniczyła w sesji zamkniętej a także w dyskusji zorganizowanej na zaproszenie Rzecznika Praw Pacjenta Bartłomieja Chmielowca. Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych pozostaje w stałej i konstruktywnej współpracy z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta, wspólnie podejmując działania na rzecz poprawy jakości i dostępności medycyny laboratoryjnej w Polsce.



22 października na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym odbyły się mini targi JustPharm! – wydarzenie dedykowane studentom analityki medycznej i farmacji. Była to doskonała okazja, by dowiedzieć się więcej o perspektywach zawodowych diagnosty laboratoryjnego, możliwościach rozwoju oraz roli, jaką diagności odgrywają w systemie ochrony zdrowia. Na pytania uczestników odpowiadała Członkini Prezydium KRDL – Ewa Brzezińska, która z pasją przybliżyła studentom kulisy i potencjał tego zawodu. Cieszymy się, że możemy być częścią wydarzeń, które inspirują przyszłych diagnostów do wyboru tej wyjątkowej ścieżki kariery.



22 października – Konferencja „Kierunki rozwoju Medycyny Laboratoryjnej na Lubelszczyźnie”. W Urzędzie Wojewódzkim w Lublinie odbyła się konferencja poświęcona rozwojowi medycyny laboratoryjnej w regionie. W wydarzeniu wzięli udział kierownicy laboratoriów z Lubelszczyzny, przedstawiciele Urzędu Wojewódzkiego, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, KIDL, PTDL oraz reprezentanci środowisk naukowych. Prelekcję wygłosiła Prezes KRDL dr n. med.



Monika Pintał-Ślimak, która omówiła kierunki działań KIDL i KRDL na rzecz rozwoju medycyny laboratoryjnej. W wydarzeniu uczestniczyła także Wiceprezes KRDL Anna Lipnicka. Serdecznie dziękujemy Konsultant Wojewódzkiej w Dziedzinie Diagnostyki Laboratoryjnej, Wiceprzewodniczącą PTDL Oddział Lublin, zastępcy Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej – Pani Agnieszce Chojeć, za współorganizację i merytoryczne wsparcie wydarzenia.

23–25 października odbyły się Wrocławskie Dni Cytologiczne – wydarzenie poświęcone najnowszym osiągnięciom i praktycznym aspektom cytologii, współorganizowane przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych. Program konferencji obejmował część wykładową oraz część warsztatową. W części wykładowej poruszano tematykę dotyczącą różnych technik cytologicznych oraz diagnostyki cytologicznej różnych narządów, m.in.: tarczycy, płuc, szyjki macicy i układu moczowego. Wykłady prowadzili zarówno lekarze patomorfologów specjalizujący się w cytopatologii, jak i diagnostki laboratoryjni. Odbyła się również sesja anglojęzyczna z udziałem wybitnych cytopatologów współtworzących międzynarodowe standardy cytologiczne – Ivany Kholovej, Danijeli Vrdoljak-Mozetič oraz Evy Wojcik. W części warsztatowej uczestnicy mieli okazję doskonalić swoje umiejętności podczas zajęć praktycznych z zakresu cytologii szyjki macicy, tarczycy, głowy i szyi, płynów z jam ciała oraz cytologii moczu.



W wydarzeniu aktywny udział wzięli diagnostki laboratoryjni. Obecny był także Sekretarz KRDL Mateusz Chmielarz, który wraz z Zespołem ds. Cytomorfologii Medycznej działającym przy KRDL uczestniczył w roboczym spotkaniu poświęconym kompetencjom, problemom i wyzwaniom stojącym przed diagnostami specjalizującymi się w cytomorfologii medycznej.

24 października miało miejsce uroczyste odsłonięcie figurki „Tomka” – Diagnosty Laboratoryjnego. Nowy koziołek dołączył do wyjątkowej rodziny Lubelskich Koziołków, promując znaczenie badań laboratoryjnych i profilaktyki zdrowotnej. „Tomek” stanął przy Collegium Universum, ul. Dr Witolda Chodźki 1 w Lublinie, i od tego dnia przypomina, jak ważne jest, by dbać o zdrowie i badać się regularnie. Przypominamy, że spacerując po Lublinie, można natknąć się na



niewielkie figurki przedstawiające koziołki. To część Szlaku Koziołków Lubelskich – projektu realizowanego od 2022 roku przez Fundację „Lubelskie Koziołki”. Szlak ten zyskał uznanie mieszkańców i turystów, łącząc w sobie elementy sztuki miejskiej, lokalnych legend i historii miasta.

25 października w Auli B Centrum Dydaktycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie odbyła się uroczysta promocja magistrów Wydziału Farmaceutycznego WUM kierunku analityka medyczna. Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych reprezentowały: dr n. med. Monika Jabłonowska oraz dr n. farm. Aldona Wierzbicka-Rucińska. W wydarzeniu uczestniczyły również m. in.: prof. Grażyna Sygitowicz, przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej w imieniu prof. Katarzyny Winsz-Szczotki, oraz prof. Olga Ciepela.

Wszystkim absolwentom serdecznie gratulujemy ukończenia studiów oraz życzymy wielu sukcesów zawodowych i osobistych. Szczególne gratulacje kierujemy do mgr Magdaleny Wojtczuk, najlepszej absolwentki kierunku analityka medyczna.



28–29 października odbyło się dwudniowe XIX posiedzenie Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych. Prezydium KRDL przedstawiając sprawozdanie z działalności za okres od 4 sierpnia do 27 października 2025 r., omówiło najważniejsze wydarzenia i szkolenia, a także przedstawiło aktualne dane dotyczące samorządu. Z rejestru prowadzonego przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych wynika, że liczba diagnostów laboratoryjnych wzrosła do 18 025 osób. Cieszy nas sukcesywny wzrost liczby diagnostów laboratoryjnych w Polsce. Ma to szczególne znaczenie w dobie braku kadrowych w systemie opieki zdrowotnej. – To najlepszy dowód na rosnące znaczenie grupy zawodowej, która w przyszłości może odciążyć system i świadczyć dodatkową pomoc na rzecz pacjentów, udzielając im np. porady diagnostycznej – podsumowała prezes KRDL dr n. med. Monika Pintał-Ślimak.

Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintał-Ślimak przedstawiła także informację na temat planowanych do podjęcia przez samorząd działań, w tym o charakterze legislacyjnym.

W pierwszym dniu Posiedzenia głosowaniu poddany został także wniosek o zwołanie nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Diagnostów Laboratoryjnych. Wniosek nie uzyskał większości wobec 19 głosów

przeciw i 8 głosach za. Sekretarz KRDL Mateusz Chmielarz poinformował, że zgodnie z planem Krajowy Zjazd Diagnostów Laboratoryjnych zostanie zwołany w 2026 r.



30 października odbyło się spotkanie z Wiceminister Zdrowia Katarzyną Kęcką, poświęcone współpracy z Samorządami Zawodów Medycznych. W spotkaniu udział wzięła Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych dr n. med. Monika Pintał-Ślimak. Podczas spotkania omówiono prace Ministerstwa Zdrowia nad projektem wykorzystania kompetencji zawodów medycznych oraz przedstawiono propozycje kierunków zmian w kształceniu podyplomowym. Poszczególne samorządy wskazały również osoby, które będą wspierać prace zespołu ministerialnego w tym zakresie. To dobry krok w stronę wzmocnienia dialogu i partnerskiej współpracy na rzecz systemu ochrony zdrowia.



LISTOPAD 2025

6 listopada – II Konferencja „Medycyna z Diamentami”, podczas której przyznawane są i wręczane statuetki Nagrody Zaufania Złoty OTIS z Diamentami 2025, wyróżniające osoby i instytucje szczególnie zasłużone w budowaniu zaufania w ochronie zdrowia. W programie konferencji znalazły się wykłady uznanych autorów, m.in.: prof. Marka Rękasa, prof. Lucyny Ostrowskiej, prof. Mariusza Bidzińskiego, prof. Grażyny Rydzewskiej-Wyszkowskiej, prof. Iwony Hus, prof. Ireny Waleckiej, prof. Witolda Owczarka

i prof. Pawła Bogdańskiego. Szczególne miejsce poświęcono tematyce cukrzycy – w ramach programu edukacyjnego „Uczniowie zmieniają cukrzycę”, realizowanego w globalnej inicjatywie „Miasta dla zdrowia” firmy NovoNordisk. W debacie „Gdzie jesteśmy w eliminacji HPV w Polsce?” udział wzięli przedstawiciele świata nauki, polityki i mediów, m.in. posłanka Alicja Łepkowska-Gołaś, poseł Marek Hok, dr Paweł Grzesiowski, prof. Mariusz Bidziński, doc. Tomasz Dzieciatkowski, dyr. Kuba Sękowski, Barbara Pepke, Jagoda Towalska i Natalia Smuś. Środowisko diagnostów laboratoryjnych w Jury Nagrody Zaufania Złoty OTIS z Diamentami 2025 reprezentowała Wiceprezes KRDL Anna Lipnicka – zaznaczając znaczenie medycyny laboratoryjnej w systemie ochrony zdrowia.

Serdecznie gratulujemy wszystkim nominowanym i laureatom Nagrody Zaufania Złoty OTIS z Diamentami 2025! To wydarzenie łączy naukę, etykę i zaufanie – fundamenty nowoczesnej medycyny.



07 listopada – Dyplomatorium na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym i wręczenie dyplomów ukończenia studiów absolwentom kierunku analityka medyczna rocznika 2020–2025. KRDL reprezentowała Członkini Prezydium KRDL mgr Alicja Utracka, która wręczyła dyplomy i nagrody laureatkom tegorocznego konkursu prac magisterskich na kierunku analityka medyczna. Otrzymały je: Karolina Sławnik za zajęcie I miejsca, Anna Włodarczyk za zajęcie II miejsca, Weronika Kucięba za zajęcie III miejsca oraz wręczyła nagrodę ufundowaną przez KRDL za najwyższą średnią ocen za cały okres studiów Zuzannie Rudaś.



7–8 listopada w Warszawie odbyła się ogólnopolska konferencja naukowo-szkoleniowa „Zdrowie kobiety zapisane w genach”, zorganizowana przez Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej z udziałem Sekcji Laboratoryjnej Genetyki Medycznej PTDL. Była to pierwsza konferencja nowo powstałej Sekcji, której tematyka obejmowała kluczowe zagadnienia, takie jak: niepłodność, zaburzenia płodności, diagnostyka prenatalna oraz onkologia — obszary, w których diagnostyka genetyczna odgrywa istotną rolę. Konferencję otworzyły Prezes PTDL prof. dr hab. n. med. Katarzyna Winsz-Szczotka oraz Wiceprezes KRDL dr n. med. Katarzyna Ziółkowska, Przewodnicząca Sekcji. W wydarzeniu uczestniczyła również Konsultant Krajowa w dziedzinie Laboratoryjnej Genetyki Medycznej dr hab. n. med. Edyta Borkowska, a wśród gości znaleźli się przedstawiciele Zarządu Głównego PTDL: dr n. med. Kornelia Kuźnik-Trocha oraz dr hab. n. med. Ewa Wysocka, a także członkowie Sekcji LGM PTDL: dr hab. n. med. Bartek Budny i dr n. med. Anna Przybyłowicz-Chalecka. Patronat honorowy nad wydarzeniem objęła Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych, kierowana przez Prezesa KRDL dr n. med. Monikę Pintał-Ślimak, która zainicjowała powstanie Sekcji Laboratoryjnej Genetyki Medycznej. Wydarzenie wyróżniał wysoki poziom merytoryczny i interdyscyplinarny charakter. Wykłady prowadzone przez uznanych ekspertów — diagnostów laboratoryjnych, specjalistów z zakresu laboratoryjnej genetyki medycznej, perinatologii, genetyki klinicznej i ginekologii — stworzyły przestrzeń do inspirującej wymiany wiedzy i doświadczeń między przedstawicielami różnych dziedzin medycyny. W konferencji uczestniczyli reprezentanci laboratoriów genetycznych z całego kraju. Ożywione dyskusje potwierdziły potrzebę kontynuowania tego typu spotkań, które bez wątpienia przyczyniają się do rozwoju i doskonalenia jakości diagnostyki genetycznej w Polsce.



11 listopada diagności świętowali Dzień Niepodległości. W całej Polsce odbywały się obchody upamiętniające odzyskanie przez Polskę niepodległości. To dzień, w którym łączy nas pamięć o przeszłości i poczucie wspólnej odpowiedzialności za wolną Polskę. Diagności laboratoryjni wzięli udział w uroczystościach, oddając hołd tradycji i wspólnie świętując niepodległość — także poprzez udział w 35. Biegu Niepodległości, wyrażającym ducha wspólnoty, wytrwałości i zaangażowania.



Niech ten dzień skłania do refleksji nad tym, co nas łączy, i umacnia w poczuciu wspólnoty oraz odpowiedzialności za innych.

17 listopada rozpoczęła się część praktyczna szkolenia „Płyny z jam ciała”, prowadzona przez wybitną specjalistkę dr hab. n. med. Olę M. Koper-Lenkiewicz. W piątek, 14 listopada, uczestnicy wzięli udział w części online, a trzy dni później mieli okazję zdobywać praktyczne umiejętności pod okiem ekspertki, łącząc teorię z doświadczeniem. Zainteresowanie warsztatami przerosło nasze oczekiwania, dlatego już planujemy kolejne edycje!



17 listopada odbyło się spotkanie Prezes KRDL dr n. med. Moniki Pintał-Ślimak z Ministrem do Spraw Nadzoru nad Wdrażaniem Polityki Rządu dr. Maciejem Berkiem. Podczas rozmowy Prezes Monika Pintał-Ślimak przedstawiła najważniejsze zagadnienia dotyczące samorządu oraz kluczowe wyzwania stojące przed zawodem diagnosty laboratoryjnego. Obecna kadencja KRDL pod jej przewodnictwem konsekwentnie koncentruje swoje działania na wzmacnianiu prestiżu zawodu i podnoszeniu jakości medycyny laboratoryjnej w Polsce. Prowadzone są stałe rozmowy z najważniejszymi instytucjami i podmiotami decyzyjnymi, a podejmowane inicjatywy mają jeden cel: realne wzmocnienie pozycji diagnostów i skuteczna reprezentacja ich interesów, mając na uwadze wytyczne Krajowego Zjazdu dot. dzia-



łania samorządu diagnostów laboratoryjnych. Diagnosty laboratoryjni mają jasno określone postulaty, a zadaniem KRDL jest systematyczna, wymagająca praca na rzecz ich realizacji. Samorząd nie ustaje w działaniach, dążąc do poprawy warunków wykonywania zawodu, wzmocnienia odpowiedzialności zawodowej oraz budowania profesjonalnego, stabilnego systemu medycyny laboratoryjnej.

17 listopada Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintał-Ślimak spotkała się z prof. Krzysztofem J. Filipiakiem, dyrektorem CMKP, oraz prof. Dorotą Kozieł, zastępcą dyrektora CMKP ds. pielęgniarstwa i innych zawodów medycznych – prorektor. Spotkanie poświęcono zagadnieniom kształcenia podyplomowego oraz rozwojowi zawodowemu diagnostów laboratoryjnych, a także aktualnym potrzebom środowiska. W trakcie rozmów omówiono m. in. kierunki dalszej współpracy między CMKP a KRDL, rozwój programów szkoleniowych oraz działania mające zapewnić, by kształcenie podyplomowe diagnostów lepiej odpowiadało na rosnące wymagania i wyzwania współczesnej opieki zdrowotnej.



24 listopada odbyła się ceremonia otwarcia VII edycji Kongresu Zdrowie Polaków. Tegoroczne hasło przewodnie brzmiało: „Zdrowie – każdy element ma znaczenie”, a główne przesłanie wydarzenia to: „Nauka dla zdrowia społeczeństwa”. Samorząd diagnostów laboratoryjnych reprezentowała Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintał-Ślimak. Celem Kongresu było przedstawienie szerokiemu gronu odbiorców – w tym decydentom, pacjentom oraz przedstawicielom środowiska medycznego – najnowszej wiedzy, dobrych praktyk oraz kluczowych wyzwań w obszarze medycyny, zdrowia publicznego, nauk o zdrowiu i polityki zdrowotnej.



26 listopada odbyła się druga edycja Kongresu Zdrowia Medonet. Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintał-Ślimak uczestniczyła w panelu „Genetyczny dług zdrowotny. Ile będzie kosztować Polskę nadrobienie dekady zaległości względem innych krajów UE i USA?”. Podczas kongresu poruszono kluczowe dla systemu ochrony zdrowia

tematy. Polska stoi dziś przed jednym z najtrudniejszych wyzwań w swojej historii – rosnące koszty leczenia, starzejące się społeczeństwo i narastająca skala chorób cywilizacyjnych wymuszają trudne pytania o to, jak gospodarować ograniczonymi zasobami. Na co powinniśmy postawić: na profilaktykę, skuteczną diagnostykę czy edukację zdrowotną? Jakie rozwiązania wdrożyć i kto ostatecznie poniesie koszty koniecznych zmian? Czy część odpowiedzialności za zdrowie powinna zostać przesunięta z systemu na konkretnego pacjenta?



28 listopada rozpoczęło się szkolenie „Podstawy oceny cytomorfologii szpiku – mielogram”, prowadzone przez mgr Renatę Staniec (Członka KRDL V Kadencji) – doświadczoną specjalistkę analityki klinicznej i zdrowia publicznego, od wielu lat zajmującą się oceną preparatów szpiku kostnego. Jej ogromna wiedza oraz praktyczne spojrzenie na zagadnienie pozwoliły uczestnikom zgłębiać temat w sposób jasny, uporządkowany i angażujący. Uczestnicy mieli możliwość szczegółowego zapoznania się z procesem oceny mielogramu i rozwijania swoich umiejętności pod okiem prowadzącej. Cieszymy się z widocznej satysfakcji osób biorących udział w szkoleniu. Zainteresowanie warsztatami jest ogromne, dlatego już przygotowujemy kolejne edycje, by jeszcze więcej diagnostów mogło skorzystać z tej formy kształcenia.



29 listopada odbyła się XXIV Ogólnopolska Debata Studentów Analityki Medycznej w Białymstoku. Spotkanie rozpoczęły dwa wykłady – dr hab. Małgorzaty Rusak i dr hab. Tomasza Rusaka, a także Krzysztofa Łangowskiego – które w przystępny sposób przybliżyły zagadnienia dotyczące funkcjonowania krwi oraz zasad nadzoru pracy laboratoriów. Następnie odbyła się część oficjalna, w której rozmawiano o roli diagnosty laboratoryjnego i o wpływie nowych technologii na codzienną pracę w laboratoriach. W części nieoficjalnej studenci wymieniali się doświadczeniami i dyskutowali o przyszłych kierunkach działania STDL. W wydarzeniu uczest-

niczył również Sekretarz KRDL Mateusz Józef Chmielarz, który w Radzie reprezentuje głos młodych diagnostów laboratoryjnych. Po zakończeniu Debaty odbyły się warsztaty oraz spotkanie integracyjne. Dziękujemy organizatorom oraz prelegentom, partnerom i gościom za udział i zaangażowanie w to wydarzenie!



GRUDZIEŃ 2025

1 grudnia w siedzibie Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych odbyła się druga, praktyczna część szkolenia I edycji warsztatów „Płyn z jam ciała”, prowadzona przez wybitną specjalistkę – dr hab. n. med. Olę M. Koper-Lenkiewicz. Podczas warsztatów uczestnicy analizowali przypadki i ćwiczyli praktyczne metod oceny, które mają bezpośrednie zastosowanie w codziennej pracy diagnostycznej. Zainteresowanie tą tematyką okazało się bardzo duże, dlatego trwają prace nad przygotowaniem kolejnych edycji. Zachęcamy do obserwowania naszego profilu na Facebooku oraz strony internetowej, aby być na bieżąco z terminami szkoleń.



1 grudnia odbyło się niezwykle owocne spotkanie Forum Małopolskich Zawodów Zaufania Publicznego. Mieliliśmy okazję wspólnie obejrzeć cykl filmów przygotowanych przez poszczególne Izby – materiał, który już wkrótce pomoże młodzieży z małopolskich szkół średnich lepiej poznać świat zawodów zaufania publicznego



i świadomie planować swoją przyszłość. Już na wiosnę planujemy oficjalne uruchomienie cyklu! Zapowiada się naprawdę wartościowy projekt. W wydarzeniu uczestniczył również Małopolski Kurator Oświaty, Pan Artur Pasek, co dodatkowo podkreśla wagę i potencjał naszej inicjatywy. Spotkaniem tym zakończyliśmy również prezydencję diagnostów w Małopolsce w ramach małopolskiego Forum Zawodów Zaufania Publicznego. Dziękujemy wszystkim za zaangażowanie i współpracę.

4 grudnia odbył się Szczyt Medyczny „Bezpieczny Pacjent”, organizowany przez Ministerstwo Zdrowia. W wydarzeniu uczestniczyli m. in.: Premier Donald Tusk, Minister Finansów Andrzej Domański, Minister Zdrowia Jolanta Sobierańska-Grenda, przedstawiciele kierownictwa MZ, MSWiA, MON, Narodowego Funduszu Zdrowia, samorządowcy, dyrektorzy szpitali oraz reprezentanci samorządów medycznych. Prezydenta Karola Nawrockiego reprezentował szef Kancelarii Prezydenta, Zbigniew Bogucki.

Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintał-Ślimak zabrała głos, podkreślając potrzebę stworzenia nowoczesnych regulacji dla genetyki medycznej – obszaru, którego szybki rozwój i spadek kosztów sekwencjonowania DNA nie znajdują obecnie odzwierciedlenia w obowiązującym prawie. Towarzyszyła jej prof. Edyta Borkowska, konsultant krajowa w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej. W obradach uczestniczyła również dr Barbara Przybył-Hac. Diagnostów reprezentowała także Dorota Kowalczyk-Cyran, diagnosta laboratoryjny, kierownik PAM, ZDH w IHiT Instytut Hematologii i Transfuzjologii, Wiceprzewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pracowników Diagnostyki Medycznej i Fizjoterapii. Uczestnicy szczytu omawiali sytuację systemu ochrony zdrowia w ostatnich latach, plany reform oraz działania służące poprawie bezpieczeństwa pacjentów. Podczas wydarzenia ogłoszono również, że rok 2026 zostanie ustanowiony Rokiem Profilaktyki.



5 grudnia w siedzibie Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych rozpoczęła się 7. edycja warsztatów hematologicznych „Rozmaz krwi – identyfikacja i klasyfikacja limfocytów” [5–6 grudnia 2025], prowadzona przez dr n. farm. Anetę Wrzyszczy. Szkolenie jak zawsze cieszy się dużym zainteresowaniem – uczestnicy już po pierwszych godzinach podkreślali praktyczny charakter zajęć, możliwość pracy na realnych przypadkach oraz świetną atmos-

ferę sprzyjającą nauce i wymianie doświadczeń. Cieszymy się, że kolejne osoby rozwijają swoje kompetencje w zakresie diagnostyki hematologicznej właśnie z nami.



5 grudnia Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintał-Ślimak wzięła udział w rządowym Szczycie Medycznym oraz w Szczycie Zdrowotnym w Pałacu Prezydenckim. Podczas obu wydarzeń stanowczo wskazała, że medycyna laboratoryjna stanowi jeden z kluczowych filarów zdrowia publicznego. Samorząd oczekuje realnych działań, a nie jedynie deklaracji. Prezes zwróciła uwagę na konieczność finalizacji ustawy o badaniach genetycznych i ochronie genomu ludzkiego, wskazując, że brak spójnych regulacji zwiększa ryzyko błędów i nadużyć oraz wpływa na bezpieczeństwo pacjentów. Prezes przypomniała również o znaczeniu utrzymania godnych wynagrodzeń diagnostów laboratoryjnych. Podkreśliła, że silna i właściwie regulowana medycyna laboratoryjna jest niezbędna dla stabilnego i bezpiecznego systemu ochrony zdrowia.



8 grudnia W Szczecinie odbyło się Spotkanie Kierowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych –Zachodniopomorskie 2025 KIDL oraz spotkanie naukowo-szkoleniowe Oddziału Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej w Szczecinie. Podczas wydarzenia eksperci omówili kluczowe zagadnienia aktualnej sytuacji laboratoriów medycznych w woj. zachodniopomorskim. Ponadto poruszony został temat aktualnych zaleceń dotyczących profilaktyki raka szyjki macicy ze szczególnym uwzględnieniem testów HR-HPV (dr n. med. Adriana Jędrzychowska). Spotkanie otworzyli organizatorzy: Skarbnik KRDL dr n. med. Konrad Grzeszczak oraz Członkini KRDL dr n. med. Katarzyna Fischer. W dalszej części głos zabrali również: Konsultant Wojewódzka ds.

diagnostyki laboratoryjnej dr n. med. Ewa Czerska, Dyrektor ds. Medycznych Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Szczecinie dr Anna Lipińska oraz Dziekan Wydziału Farmacji, Biotechnologii Medycznej i Medycyny Laboratoryjnej PUM prof. dr hab. n. med. Izabela Gutowska.

Spotkanie było także okazją do złożenia i przekazania świątecznych życzeń od Prezes KRDL dr n. med. Moniki Pintał-Ślimak oraz do podkreślenia znaczenia wspólnych działań na rzecz rozwoju medycyny laboratoryjnej.



8 grudnia odbyła się gala IV edycji konkursu Medyczne Wydarzenie Roku – Eskulapy Mazowsza, podczas której uhonorowano osoby szczególnie zasłużone dla ochrony zdrowia w regionie. W kapitule konkursu zasiadała m.in. Prezes KRDL Monika Pintał-Ślimak, obok innych reprezentantów środowisk medycznych. Podczas wydarzenia Prezes KRDL reprezentowała dr n. farm. Monika Jabłonowska, konsultant wojewódzka w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej dla Mazowsza, podkreślając rangę i znaczenie obecności diagnostów w tym prestiżowym konkursie. Wśród nominowanych znalazła się także diagnosta laboratoryjny mgr Martyna Grądzka z MLD Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie, wyróżniona w kategorii „Wschodząca nadzieja medycyny”. To ważny sygnał doceniający rolę i rozwój młodego pokolenia diagnostów. Podczas gali była obecna także Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie Agnieszka Kujawska-Misiąg, doceniająca i wspierająca pracę diagnostów laboratoryjnych. Wydarzenie ponownie pokazało, jak różnorodne środowiska medyczne współtworzą system ochro-



ny zdrowia na Mazowszu i jak ważne jest docenianie wszystkich zawodów medycznych – także diagnostów laboratoryjnych.

11 grudnia we Wrocławiu odbyła się II Konferencja naukowo-szkoleniowa „Współczesna diagnostyka laboratoryjna – różnorodność siłą synergii”, połączona ze spotkaniem świąteczno-noworocznym diagnostów laboratoryjnych z województw dolnośląskiego i lubuskiego. Wydarzenie stanowiło ważną przestrzeń wymiany wiedzy, doświadczeń oraz integracji środowiska zawodowego. Konferencja została współorganizowana przez Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej – Oddział Wrocław oraz Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych. Program naukowy obejmował aktualne zagadnienia z zakresu diagnostyki laboratoryjnej, w tym rolę diagnosty laboratoryjnego w cytologii klinicznej, wyzwania immunologii transfuzjologicznej, nowoczesne podejście do diagnostyki zakażeń układu moczowego, prawa i obowiązki diagnosty laboratoryjnego, a także znaczenie nieinwazyjnych metod w diagnostyce chorób wątroby i kliniczne spojrzenie na niedokrwistości. W wydarzeniu uczestniczyli przedstawiciele Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych: mgr Piotr Brzyśkiewicz oraz dr Jacek Pulit, podkreślając wagę dialogu środowiskowego oraz bieżących prac nad regulacjami dotyczącymi zawodu diagnosty laboratoryjnego. Podczas otwarcia konferencji odczytano list skierowany do uczestników od Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych dr n. med. Moniki Pintał-Ślimak, w którym zwrócono uwagę na znaczenie współpracy, interdyscyplinarności oraz ciągłego podnoszenia kompetencji w dynamicznie zmieniającym się systemie ochrony zdrowia. Dziękujemy wszystkim prelegentom, uczestnikom oraz partnerom wydarzenia za merytoryczne wystąpienia, zaangażowanie i wspólnie spędzony czas, który sprzyjał zarówno dyskusji naukowej, jak i integracji środowiska diagnostów laboratoryjnych.



Szanowni Państwo,
z inicjatywy Prezes KRDL dr n. med. Moniki Pintał-Ślimak oddajemy nową rubrykę **Publikacje naukowe/Monografie naukowe**.

Pierwsza prezentowana monografia naukowa **„Cukrzyca – podstawy diagnostyki i terapii”** wpisuje się w 2025 Rok Edukacji Zdrowotnej i Profilaktyki.

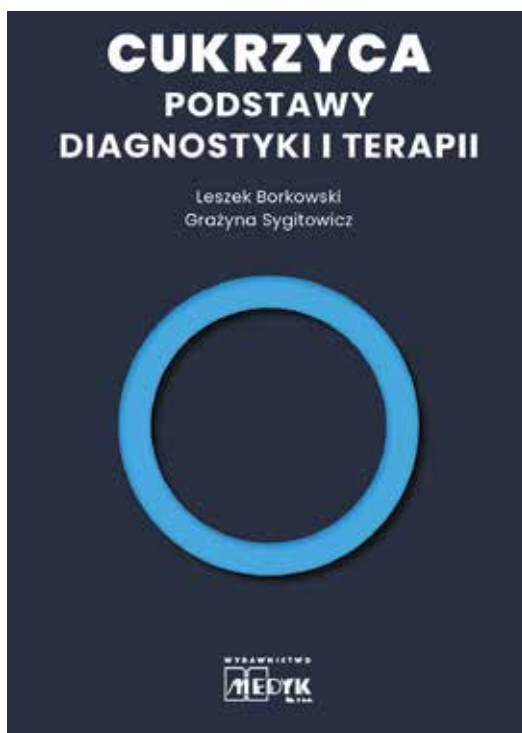
Redakcja

● prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Grażyna Sygitowicz

„CUKRZYCA – PODSTAWY DIAGNOSTYKI I TERAPII”

Szanowni Diagnosto Laboratoryjni,

Z wielką przyjemnością pragnę zarekomendować Państwu monografię pt. **„Cukrzyca – podstawy diagnostyki i terapii”** autorstwa **dr n. farm. Leszka Borkowskiego oraz prof. dr hab. n. med. Grażyny Sygitowicz**. Czynię to w poczuciu obowiązku włączenia się w rozwój strategii prewencyjnych, intensyfikację kampanii edukacyjnych oraz wprowadzanie ulepszeń w leczeniu cukrzycy, która jest jednym z największych zabójców ludzkości i jedyną, uznaną przez WHO niezakaźną epidemią, zbierającą z roku na rok coraz to większe żniwo. Na cukrzycę choruje już nawet 3 mln Polaków, a kolejne 5 mln zmagają się z stanem przedcukrzycowym. Aż 1,5 mln rodaków nie ma świadomości, iż występujące u nich objawy wskazują na cukrzycę. Cukrzyca jest niezwykle podstępą dolegliwością, ponieważ na jej wczesnym etapie nie powoduje istotnych objawów klinicznych. Ponadto, sama choroba przestaje być ściśle powiązana z wiekiem albowiem zapadają na nią coraz to młodszy pacjenci. W prezentowanej monografii Autorzy omawiają istotne zagadnienia związane z rozpoznawaniem, monitorowaniem cukrzycy, zwracając szczególną uwagę na stan przedcu-



krzycowy i cukrzycę w ciąży. Autorzy położyli szczególny nacisk na powikłania cukrzycy oraz schorzenia jej towarzyszące, ukazując odmienności diagnostyczne w przebiegu tych zaburzeń. Oprócz zagadnień diagnostycznych, nieodzownym elementem odpowiedniego prowadzenia pacjenta chorego na cukrzycę jest właściwy dobór postępowania terapeutycznego i jego monitorowanie. W monografii zamieszczono przykłady interferencji cukrzycy jako choroby podstawowej z lekami stosowanymi z innej przyczyny, a które zaburzą glikemię. Przedstawiono także przykładowe produkty lecznicze stosowane w cukrzycy, wybrane leki przeciwcukrzycowe oraz przeciwwskazania do stosowania niektórych produktów leczniczych w terapii u chorych na cukrzycę. Opisano przeglądy lekowe, tzw. przeglądy koncyliacyjne pacjentów z cukrzycą (jako chorobą podstawową) oraz z wielochorobowością i towarzyszącą jej polifarmakoterapią. Mam nadzieję, że rekomendowana monografia przyczyni się do uzupełnienia i pogłębienia wiedzy, do wdrożenia systemowych działań prewencyjnych mających na celu wczesne wykrycie cukrzycy, a także systemu skutecznego leczenia i zapobiegania powikłaniom, które prowadzą do ciężkiego kalectwa, takiego jak: pogorszenie widzenia aż do ślepoty włącznie, utrata kończyn czy zaburzenia funkcji nerek. ●

Monografia jest już dostępna na stronie
www.medyk.com.pl

BIOGRAM



Prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Grażyna Sygitowicz

jest absolwentką kierunku Analityka Medyczna Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Warszawie. Bezpośrednio po ukończeniu studiów podjęła pracę w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym (niegdyś Akademii Medycznej w Warszawie), gdzie nadal pracuje oraz w Centralnym Laboratorium Centralnego Szpitala Klinicznego WUM. Jest specjalistą w zakresie laboratoryjnej diagnostyki medycznej oraz zdrowia publicznego. Zainteresowania naukowe prof. dr hab. Grażyny Sygitowicz skupiały się początkowo na badaniach metabolizmu lipidowego i węglowodanowego, a następnie wokół molekularnych mechanizmów chorób sercowo-naczyniowych. Aktywnie uczestniczy w pracach interdyscyplinarnych zespołów badawczych, realizujących projekty naukowe finansowane w drodze konkursów krajowych. Od wielu lat, wchodzi w skład wielu medycznych towarzystw naukowych oraz samorządów zawodowych diagnostów laboratoryjnych i aptekarzy, pełniąc w nich znaczące funkcje w kolejnych Kadencjach. Jej pozycja naukowa i zawodowa znalazła odzwierciedlenie w powołaniu do grona ekspertów lekarskich towarzystw naukowych, opracowujących zalecenia w dziedzinie diagnostyki i terapii zaburzeń lipidowych w Polsce. Jest często zapraszana do wygłoszenia wykładów/seminariów na zaproszenie, na forum lekarskich towarzystw naukowych oraz Konferencji Naukowo-Szkoleniowych o zasięgu ogólnopolskim.

PREZES KRDL KONSEKWENTNIE ZABIERA GŁOS W IMIENIU DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH NA NAJWYŻSZYCH SZCZEBLACH

W listopadzie i grudniu Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych dr n. med. Monika Pintał-Ślimak, uczestniczyła w spotkaniach na najwyższych szczeblach decyzyjnych państwa – ministerialnym, rządowym oraz prezydenckim. Każde z nich było okazją do przedstawienia spójnych postulatów środowiska diagnostów laboratoryjnych oraz podkreślenia roli medycyny laboratoryjnej jako jednego z kluczowych filarów bezpieczeństwa zdrowotnego państwa. Samorząd diagnostów laboratoryjnych konsekwentnie wykorzystuje każdą dostępną przestrzeń dialogu, aby głos diagnostów był słyszalny tam, gdzie zapadają decyzje istotne dla zdrowia publicznego.

Spotkanie z Ministrem do Spraw Nadzoru nad Wdrażaniem Polityki Rządu

Jednym z kluczowych wydarzeń było spotkanie Prezes KRDL z Ministrem do Spraw Nadzoru nad Wdrażaniem Polityki Rządu dr. Maciejem Berkiem. Rozmowa dotyczyła roli samorządu diagnostów laboratoryjnych w systemie ochrony zdrowia oraz najważniejszych wyzwań legislacyjnych i organizacyjnych, przed którymi stoi zawód diagnosty laboratoryjnego.

Prezes KRDL podkreślała potrzebę wzmocnienia prestiżu zawodu, stabilnych regulacji prawnych oraz skutecznej reprezentacji diagnostów laboratoryjnych w procesach decyzyjnych. Zaznaczała również, że działania samorządu realizowane są w oparciu o wytyczne Krajowego Zjazdu Diagnostów Laboratoryjnych.

Głos medycyny laboratoryjnej na najwyższych forach debaty zdrowotnej

Równolegle Prezes Pintał-Ślimak wzięła udział w Szczycie Zdrowotnym w Pałacu Prezydenckim oraz w rządowym Szczycie Medycznym. Podczas obu wydarzeń akcentowała, że nowoczesna medycyna laboratoryjna stanowi jeden z kluczowych elementów zdrowia publicznego i powinna być realnie uwzględniana w projektowanych reformach systemu ochrony zdrowia.

Podkreślała, że środowisko diagnostów laboratoryjnych od miesięcy przedstawia spójne postulaty i konkretne propozycje rozwiązań. Oczekiwania samorządu dotyczą wdrażania realnych decyzji, a nie wyłącznie deklaracji, które nie przekładają się na poprawę bezpieczeństwa pacjentów ani jakości diagnostyki.

Ustawa o badaniach genetycznych – brak regulacji realnym zagrożeniem

Jednym z najistotniejszych tematów poruszanych podczas spotkań była konieczność finalizacji ustawy o badaniach genetycz-

nych i ochronie genomu ludzkiego. Brak spójnych i jednoznacznych przepisów w obszarach takich jak: diagnostyka genetyczna, badania prenatalne, procedury in vitro czy sekwencjonowanie genomu od lat powoduje niepewność prawną i zwiększa ryzyko błędów oraz nadużyć. Prezes KRDL konsekwentnie wskazuje, że jasne zasady wykonywania badań genetycznych, ich nadzór oraz właściwa ochrona danych genetycznych są warunkiem bezpieczeństwa pacjentów i wysokiej jakości procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Bez stabilnych podstaw prawnych medycyna laboratoryjna nie może w pełni wspierać lekarzy ani rozwijać się zgodnie z potrzebami współczesnej medycyny.

Godne wynagrodzenia i stabilność zawodu diagnosty laboratoryjnego

Podczas rozmów poruszono również kwestię utrzymania standardów wynikających z ustawy o minimalnym wynagrodzeniu w ochronie zdrowia, która po raz pierwszy jednoznacznie objęła diagnostów laboratoryjnych. Prezes KRDL, reprezentując samorząd diagnostów laboratoryjnych, wyraźnie zaznacza brak zgody na jakiegokolwiek próby cofania wcześniej uzgodnionych rozwiązań. Stabilne warunki pracy i odpowiednie finansowanie diagnostyki laboratoryjnej są – jak podkreślano – niezbędne dla zapewnienia jakości badań i bezpieczeństwa pacjentów.

Bezpieczeństwo pacjentów i dalsze działania samorządu

We wszystkich wystąpieniach Prezes KRDL akcentowała, że bezpieczeństwo pacjentów musi pozostawać punktem wyjścia wszystkich reform w ochronie zdrowia. Bez silnej, odpowiednio finansowanej i jasno uregulowanej medycyny laboratoryjnej nie jest możliwe zbudowanie stabilnego systemu ochrony zdrowia, odpornego na kryzysy i zdolnego do reagowania na współczesne zagrożenia.

Głos diagnostów laboratoryjnych jest dziś słyszalny na najwyższych szczeblach decyzyjnych, a dotychczasowe spotkania stanowią element szerszego, długofalowego dialogu. Planowane są kolejne spotkania na poziomie rządowym i centralnym, podczas których samorząd będzie nadal przedstawiał swoje postulaty oraz monitorował realizację zgłaszanych rekomendacji.

Samorząd diagnostów laboratoryjnych pozostaje neutralny politycznie i konsekwentnie działa w interesie diagnostów, pacjentów oraz zdrowia publicznego, wykorzystując każdą możliwość obecność tam, gdzie zapadają decyzje kluczowe dla przyszłości medycyny laboratoryjnej w Polsce. ●



82 urodziny Honorowego Prezesa Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych dr Henryka Owczarka

11 grudnia 2025 roku, 82. urodziny obchodził Honorowy Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych **dr Henryk Owczarek**, współzałożyciel samorządu zawodowego diagnostów laboratoryjnych, Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych I i II Kadencji.

Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych VI Kadencji dr n. med. Monika Pintał-Ślimak z okazji 82. rocznicy urodzin, w imieniu całej społeczności samorządu zawodowego diagnostów laboratoryjnych złożyła życzenia niesłabnących sił, zdrowia, wszelkiej pomyślności, dalszej aktywnej obecności w naszym życiu, czego doświadczamy czy przez bezpośredni kontakt, czy czytając teksty w naszej gazecie.

Podziękowała za dorobek na rzecz budowy naszego samorządu zawodowego, współtworzenia od podstaw warunków do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego, zawodu zaufania publicznego, kształtowania w odbiorze społecznym wizerunku i autorytetu osób wykonujących zawód diagnosty laboratoryjnego.

Rozmowa, symboliczne kwiaty, były wyrazem naszej pamięci, szacunku. Jubilatowi życzymy dużo zdrowia, radości oraz wszelkiej pomyślności.



ROLA KONCENTRATU GRANULOCYTARNEGO W TERAPII NEUTROPENII. PRAKTYCZNE ASPEKTY LECZENIA INFЕКCJI BAKTERYJNYCH I GRZYBICZYCH U PACJENTÓW Z OBNIŻONĄ ODPORNOŚCIĄ



● mgr Monika Borek

Pracownia Serologii
Transfuzjologicznej
z Bankiem Krwi
Szpital Spec. im.
J. Śniadeckiego
w Nowym Sączu

Chorobom nowotworowym często towarzyszą problemy natury hematologicznej, które mogą być następstwem zarówno choroby podstawowej, jak i powikłaniem stosowanego leczenia. Dlatego też w celu uzupełnienia niedoborów krwinek czerwonych, płytkowych i leukocytów u pacjentów konieczne bywa wykorzystanie możliwości jakimi dysponuje współczesna transfuzjologia [1, 2].



● mgr Katarzyna Oleksy

Pracownia Serologii
Transfuzjologicznej
z Bankiem Krwi
Szpital Spec. im.
J. Śniadeckiego
w Nowym Sączu

Stosowanie agresywnej chemioterapii i radioterapii w trakcie leczenia chorób nowotworowych powoduje przejściowe stłumienie czynności szpiku, w wyniku czego rozwija się niedokrwistość, małopłytkowość i leukopenia. W leczeniu niedokrwistości dużą poprawę przynosi przetoczenie krwinek czerwonych, natomiast krwotoki i zakażenia nadal są najczęstszymi przyczynami śmierci chorych z nowotworami układu krwiotwórczego [3].

W związku z tym, opierając się o wyniki badań eksperymentalnych rozpoczęto próby stosowania koncentratów płytkowych i granulocytarnych. Niestety krew pełna nie jest wydajnym źródłem krwinek płytkowych, a tym bardziej granulocytów, co przyczyniło się do rozwoju technik separacji krwi opartych na metodzie aferezy. Podczas pobierania krwi pełnej od dawcy, dzieli się ją na poszczególne składniki, które następnie można zatrzymać lub przetoczyć zwrócić. Dzięki tej metodzie, polegającej na poddaniu preparatyce odpowiednio dużej objętości krwi jednego dawcy, możliwe jest uzyskanie od niego składnika o wysokiej jakości [4].

Jak już wcześniej wspomniano, stosowanie u pacjenta chemioterapii w większości przypadków prowadzi do wystąpienia u niego leukopenii, której jedną z odmian jest neutropenia.

Neutropenia to stan, w którym liczba neutrofili – granulocytów obojętnochłonnych – spada poniżej $1500/\text{mm}^3$ krwi. Komórki te odgrywają kluczową rolę w odpowiedzi immunologicznej, stanowiąc pierwszą linię obrony organizmu przed infekcjami bakteryjnymi i grzybiczymi. Prawidłowy poziom neutrofili waha się w granicach $1500\text{--}8000/\text{mm}^3$, a jego wartość może zmieniać się w zależności od wieku. Stopień ciężkości neutropenii zależy od liczby neutrofili – wartości poniżej $500/\mu\text{l}$ określa się jako agranulocytozę, co oznacza skrajnie osłabioną odporność i wysokie ryzyko ciężkich infekcji [5]. Neutropenia może mieć różne podłoże – od czynników toksycznych po choroby nowotworowe i zakaźne. Do jej najczęstszych przyczyn należą:

- toksyczne działanie leków stosowanych w terapii,
- mielotoksyczne efekty radioterapii,
- naciekanie szpiku kostnego przez procesy chorobowe,
- neutropenia związana z infekcjami [6].

Stopień zaawansowania neutropenii determinuje ryzyko wystąpienia infekcji oraz sposób postępowania terapeutycznego (tabela 1).

Tab. 1. Rodzaje neutropenii

Wyszczególnienie	Bezwzględna liczba neutrofilii	Charakterystyka
Neutropenia łagodna	1,5–1,0 G/l	Umiarkowanie zwiększa podatność na zakażenia bakteryjne i grzybicze, szczególnie w przypadku jej długotrwałego utrzymywania się
Neutropenia umiarkowana	<0,5 G/l	Wymaga profilaktycznej antybiotykoterapii, np. cyprofloksacyny lub kotrimoksazolu, w celu zapobiegania infekcjom
Neutropenia ciężka	<0,1 G/l	Stan zagrożenia życia, ponieważ nawet niegroźna infekcja może szybko przerodzić się w posocznice i wstrząs septyczny

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: [7].

Z uwagi na wysokie ryzyko powikłań, pacjenci z ciężką neutropenią wymagają hospitalizacji oraz wdrożenia ścisłej profilaktyki przeciwniekcyjnej.

Neutrofile, jako jeden z kluczowych elementów układu odpornościowego, powstają z multipotencjalnych komórek macierzystych i wykazują zdolność do fagocytozy. Ich główną funkcją jest eliminacja patogenów. Dzięki obecności pseudopodiów wykazują zdolność migracji do miejsc zakażenia w odpowiedzi na obecność czynników chemotaktycznych. Aktywacja neutrofilii następuje pod wpływem interleukiny 8 (IL-8), chemokin CXC, G-CSF [czynnik stymulujący tworzenie kolonii granulocytów] oraz GM-CSF [czynnik stymulujący tworzenie kolonii granulocytów i makrofagów], dzięki czemu nabywają właściwości cytotoksycznych, co umożliwia im skuteczną eliminację drobnoustrojów [9].

Określenie „granulocyty” obejmuje zarówno granulocyty obojętne (neutrofile), kwasochłonne (eozynofile) oraz zasadochłonne (bazofile) [14]. Jednakże to właśnie neutrofile (stanowiąc 50-70% wszystkich leukocytów) dominują i jako pierwsze biorą udział w walce z chorobotwórczymi bakteriami i grzybami. Świadczą o tym późniejsze kliniczne następstwa zaburzeń ich liczby i funkcji. Neutropenia poniżej $1 \times 10^9/l$ znacznie zwiększa ryzyko wystąpienia zakażeń, i to w stopniu tym większym, im bardziej jest nasilona i im dłużej trwa [10].

Na początku XXI wieku koncentrat granulocytarny (KG) stał się przedmiotem badań nad możliwościami jego wykorzystania zarówno w leczeniu, jak i w profilaktyce zakażeń u chorych z neutropenią [15].

Koncentrat granulocytarny to preparat krwiopochodny zawierający granulocyty, a także inne elementy morfotyczne krwi, takie jak erytrocyty, limfocyty i płytki krwi. Jest on uzyskiwany metodą aferezy od pojedynczego dawcy [11]. Ze względu na wysoką zawartość erytrocytów w koncentracie ($>2 \times 10^{10}/jednostkę$), przed jego zastosowaniem konieczne jest wykonanie próby

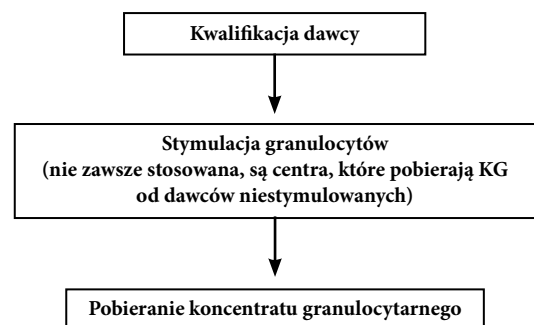
zgodności krwinek czerwonych między dawcą a biorcą. Ponadto koncentraty granulocytarne w znacznym stopniu są zanieczyszczone limfocytami, co zwiększa ryzyko wystąpienia choroby przeszczep przeciw gospodarzowi (GvHD). Aby zapobiec temu groźnemu powikłaniu, preparat poddawany jest napromienianiu dawką 25 Gy [12, 13]. Zaleca się również, aby pacjent CMV(-) otrzymywał koncentrat granulocytarny od dawcy CMV(-), co minimalizuje ryzyko przeniesienia zakażenia cytomegalowirusem. U kobiet w wieku rozrodczym unika się przetoczenia koncentratu granulocytarnego RhD+ w celu zapobiegania immunizacji antygenem D z układu Rh, a w razie konieczności podania takiego preparatu stosuje się profilaktyczną immunoglobulinę anti-D [12, 13].

Koncentrat granulocytarny jest składnikiem rzadko stosowanym w praktyce klinicznej, a liczba jego pobrań jest ograniczona – w Polsce rocznie wykonuje się około 100 takich procedur. Ze względu na krótki okres przydatności do użycia preparat powinien być podawany pacjentom natychmiast po jego uzyskaniu [11]. Podstawowym wskazaniem do zastosowania koncentratu granulocytarnego jest ciężka neutropenia połączona z gorączką, utrzymującą się przez 24–48 godzin, pomimo stosowania antybiotykoterapii i leków przeciugrzybiczych. Preparat może być również stosowany u pacjentów z hipoplazją szpiku lub zaburzeniami funkcji granulocytów, jeśli inne metody leczenia nie przynoszą oczekiwanych rezultatów [12, 13].

Koncentrat granulocytarny nie powinien być stosowany u pacjentów, u których infekcja dobrze reaguje na standardowe leczenie antybiotykami, immunoglobulinami dożylnymi (IgIV) lub czynnikami wzrostu granulocytów (G-CSF).

Pobranie koncentratu granulocytarnego odbywa się (jak już wspomniano) metodą leukaferazy, czyli procesu polegającego na selektywnym oddzieleniu granulocytów od pozostałych składników krwi [11]. Dawca może oddać koncentrat jedynie na wezwanie centrum krwiodawstwa, a cała procedura obejmuje kilka etapów, co zaprezentowano na rycinie 1.

Ryc. 1. Procedura pobrania koncentratu granulocytarnego



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: [11].

Aby zostać dawcą koncentratu granulocytarnego, kandydat musi spełniać standardowe wymagania zdrowotne, jakie są wymagane przy oddaniu krwi pełnej. Osoby, które miały już wykonaną transfuzję krwi bądź były w ciąży nie mogą oddawać koncentratu granulocytarnego, ze względu na ryzyko wytworzenia przeciwciał anty-HLA. Proces kwalifikacji obejmuje ocenę stanu zdrowia dawcy, badanie lekarskie, laboratoryjne oraz próbę zgodności serologicznej krwinek czerwonych dawcy z surowicą biorcy. Po ich pomyślnym przejściu dawca otrzymuje formularze niezbędne do przeprowadzenia stymulacji i pobrania koncentratu granulocytarnego [11].

W celu zwiększenia liczby granulocytów w krwi obwodowej dawca otrzymuje podskórnie czynnik wzrostu granulocytów (G-CSF). Obecnie brak jest dowodów na to, aby jednorazowe podanie G-CSF powodowało trwałe skutki uboczne dla dawcy [11].

Zabieg leukaferazy przeprowadza się dzień po podaniu czynnika wzrostowego. Dawca zgłasza się do centrum krwiodawstwa, gdzie po wykonaniu niezbędnych badań rejestrowany jest do procedury pobrania. Sam zabieg trwa około 2–3 godziny i polega na separacji granulocytów z krwi pełnej przy użyciu separatora komórkowego. Po zakończeniu donacji, zgodnie z nowymi przepisami, honorowym dawcom krwi przysługuje zwolnienie od pracy zarówno w dniu oddania krwi, jak i w dniu następnym, a także na czas niezbędny do przeprowadzenia zaleconych przez stację krwiodawstwa okresowych badań lekarskich [18]. Dokumentem poświadczającym to uprawnienie jest zaświadczenie wydane przez regionalne centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa, Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa lub Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa utworzone przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych [art. 9a ust. 3 pkt 1 ustawy].

Do oddania należy się odpowiednio przygotować:

- być wyspanym i wypoczętym,
- unikać wysiłku fizycznego,
- wypić minimum 2 l płynów oraz maksymalnie 1 h przed oddaniem zjeść lekki posiłek,
- nie spożywać alkoholu w ciągu 24 h przed oddaniem [11].

Koncentrat granulocytarny wymaga specjalnych warunków przechowywania i transportu. Może być magazynowany w temperaturze 20–24°C, bez mieszania przez maksymalnie 24 godziny, jednak zaleca się jego natychmiastowe przetoczenie. Transport powinien odbywać się w specjalnych pojemnikach termicznych, które zabezpieczają składnik przed wahaniami temperatury. Na 30 minut przed podaniem, koncentrat granulocytarny należy wyjąć z pojemnika transportowego i pozostawić w temperaturze pokojowej [12, 13].

Jak każda terapia krwiopochodna, również przetoczenie koncentratu granulocytarnego może wiązać się z ryzykiem powikłań. Do najczęstszych należą:

- niehemolityczne reakcje poprzetoczeniowe, takie jak gorączka, dreszcze czy reakcje alergiczne,
- alloimmunizacja w wyniku kontaktu z antygenami HLA, HPA i antygenami krwinek czerwonych,

- ryzyko przeniesienia infekcji, m.in. CMV, EBV, wirusów hepatotropowych (HBV, HCV), kiły czy zakażeń pierwotniakowych (malaria, toksoplazmoza),
- poprzetoczeniowa ostra niewydolność oddechowa (TRALI),
- posocznica w wyniku mimowolnego skażenia bakterieryjnego preparatu [12, 13].

Przypadek nr 1

W dniu 05.11.2024 roku na oddział hematologiczny Szpitala Specjalistycznego im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu trafił 61-letni mężczyzna z podejrzeniem choroby nowotworowej, ze współistniejącą chorobą niedokrwienną serca, cukrzycą typu 2 i nadciśnieniem tętniczym. W trakcie diagnostyki u pacjenta stwierdzono także zmiany naciekowe w płucach, płyn w jamach opłucnowych. W dniu 08.11.2024 roku zdiagnozowano u niego ostrą białaczkę szpikową AML-M1. Rozpoczęto cykl chemioterapii indukującej DA 2+5, po której wartość bezwzględna neutrofilii spadła do poziomu 0,00 [$10^3/\mu\text{l}$]. Zdecydowano, by podać pacjentowi koncentrat granulocytarny. W tabeli 2 zaprezentowano przebieg leczenia koncentratem granulocytarnym.

Tab. 2. Przebieg leczenia koncentratem granulocytarnym (przypadek nr 1)

Data	Podanie koncentratu granulocytarnego	Oznaczenie morfologii – wartość bezwzględna neutrofilii [$10^3/\mu\text{l}$]
04.12.2024	2 jednostki	
05.12.2024		0,26
06.12.2024		0,02
06.12.2024	2 jednostki	
07.12.2024		0,12
09.12.2024		0,02
09.12.2024	2 jednostki	
10.12.2024		0,12
10.12.2024	1 jednostka	
11.12.2024		0,22
11.12.2024	1 jednostka	
12.12.2024	1 jednostka	
12.12.2024		1,02
13.12.2024	1 jednostka	
13.12.2024		1,28
14.12.2024		2,23

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: [7].

Pacjentowi przetoczono łącznie 10 jednostek koncentratu granulocytarnego. Obecnie pacjent jest po dwóch cyklach chemioterapii VenAza, którą dobrze toleruje. Po pierwszym cyklu (chemioterapia przeprowadzona w dniach 03–09.01.2025) neutrofile na poziomie 7,52 [$10^3/\mu\text{l}$], po drugim cyklu chemioterapii (31.01–06.02.2025) wartość bezwzględna neutrofilii na poziomie 1,75 [$10^3/\mu\text{l}$]. Pacjent przygotowywany jest do przeszczepu szpiku.

Przypadek nr 2

Mężczyzna, lat 21 (z wcześniejszym rozpoznaniem VSAA – anemii aplastycznej, NNH – nocnej napadowej hemoglobinurii) przyjęty na oddział hematologiczny Szpitala Specjalistycznego im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu z powodu gorączki i objawów infekcji dróg oddechowych. W badaniach przeprowadzonych na

oddziale stwierdzono niedokrwistość, małopłytkowość, agranulocytozę oraz wysokie wskaźniki zapalne. Włączono antybiotykoterapię o szerokim spektrum działania, leki przeciwgrzybiczne, leki przeciwwirusowe, G-CSF, a także podano NUKKCZ, NUKKP. Wszelkie dostępne środki nie umożliwiły zbitcia gorączki neutropenicznej. U pacjenta zdecydowano się na podanie koncentratu granulocytarnego. Przed podaniem koncentratu granulocytarnego oznaczono morfologię z wartością bezwzględną neutrofili na poziomie 0,03 [$10^3/\mu\text{l}$]. W tabeli 3 zaprezentowano przebieg leczenia koncentratem granulocytarnym.

Tab. 3. Przebieg leczenia koncentratem granulocytarnym (przypadek nr 2)

Data	Podanie koncentratu granulocytarnego	Oznaczenie morfologii – wartość bezwzględna neutrofili [$10^3/\mu\text{l}$]
16.01.2025	2 jednostki	
17.01.2025		0,13
19.01.2025		0,05
21.01.2025	1 jednostka	
22.01.2025		0,07

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez Szpital Specjalistyczny im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu.

Z uwagi na brak odpowiednich dawców pacjentowi łącznie przetoczono 3 jednostki koncentratu granulocytarnego. Nie uzyskano znacznego wzrostu liczby neutrofili, natomiast uzyskano znaczną poprawę ogólnego stanu zdrowia pacjenta. Udało się zbić gorączkę i obniżyć wskaźniki zapalne [CRP spadło z poziomu 160,5 mg/l [13.01] do 10,4 mg/l [30.01]]. Po ustąpieniu objawów infekcji, spadku gorączki i podaniu preparatów krwio pochodnych, chory został wypisany do domu w stanie dobrym. Obecnie trwają poszukiwania dawców szpiku dla niego w kraju i za granicą.

Podsumowanie

Koncentrat granulocytarny stanowi rzadko stosowaną, ale istotną opcję terapeutyczną w leczeniu ciężkiej neutropenii i zakażeń opornych na standardową antybiotykoterapię [11–13]. Decyzję o rozpoczęciu przetoczeń koncentratu granulocytarnego należy podejmować indywidualnie, po uwzględnieniu zagrażających życiu zakażeń bakteryjnych i grzybiczych u chorych z ciężką neutropenią lub z zaburzeniami funkcji granulocytów [16, 17]. Procedura jego pobrania i podania wymaga jednak szczególnej ostrożności, zarówno pod względem kwalifikacji dawcy, jak i doboru biorcy, ze względu na potencjalne powikłania immunologiczne i zakaźne [11–13]. W przypadku podjęcia decyzji o leczeniu granulocytami, należy zadbać o efektywność przetoczeń. Dobowa dawka granulocytów powinna wynosić $2\text{--}4 \times 10^{10}$, ale nie mniej niż 1×10^{10} . Przetoczenia powinny być kontynuowane codziennie, do czasu wznowienia czynności szpiku chorego, zwalczania zakażenia, braku poprawy pomimo stosowania odpowiednio dużych dawek koncentratu granulocytarnego albo do czasu pojawienia się poważnych niepożądanych reakcji poprzetoczeniowych [16, 17]. Wciąż trwają badania nad skutecznością tej metody terapii, co może w przyszłości wpłynąć na jej szersze zastosowanie w praktyce klinicznej [11–13]. ●

PIŚMIENNICTWO

- [1] Webb I. J., Anderson K. C., *Transfusion support in acute leukemia*, „Seminars in Oncology”, 1997, 24, s. 141–146.
- [2] Webb I. J., Anderson K. C. *Risks, costs, and alternatives to platelet transfusions*, „Leukemia & Lymphoma”, 1999, 34, s. 71–84.
- [3] Hersh E. M., Bodey G. P., Nies B. A., Freireich E. J., *Causes of Death in acute leukemia. A 10-year study of 414 patients from 1954–1963*, JAMA 1965, 193, s. 105–109.
- [4] Abel J., Rowntree L. G., Turner B. B., *Plasma removal with return of corpuscles (plasmapheresis)*, „The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics”, 1914, 5, s. 628–641.
- [5] Gibson, Ch., Berliner, N., *How we evaluate and treat neutropenia in adults*, „Blood”, 2014, 124(8), s. 1251–1258.
- [6] Kamińska, A., Szalek, E., Spychalski, Ł., Grześkowiak, E., Gracz, J., *Wykorzystanie granulocytarnych czynników wzrostu w leczeniu neutropenii*, „Farmacja Polska”, 2010, 66(2), s. 112–116.
- [7] de Walden-Gałuszko, K., Ciałkowska-Rysz, A., *Medycyna paliatywna*, PZWL, Warszawa 2015, s. 141–147.
- [8] Gołąb, J., Jakóbsiak, M., *Immunologia*, PWN, Warszawa 2015, s. 234–235.
- [9] Ebru, R., Yalcinkaya-Erdemci, Z., Burcak Cehreli, S., *Oral findings and clinical implications of patients with congenital neutropenia: a literature review*, „Turkish Journal of Pediatrics”, 2013, 55(3), s. 241–245.
- [10] Bodey, G. P., Buckley, M., Sathe, Y. S., Freireich, E. J., *Quantitative relationships between circulating leukocytes and infection in patients with acute leukemia*, „Annals of Internal Medicine”, 1966, 64, s. 328–340.
- [11] *Informator dla dawcy koncentratu granulocytarnego*, Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Krakowie, 2023, <https://krwiodawcy.org/informator-dla-dawcy-koncentratu-granulocytarnego> [data dostępu, 09.02.2025].
- [12] *Koncentrat granulocytarny otrzymany metodą aferezy (KG) napromieniowany*, Ulotka informacyjna o składniku krwi, Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Gdańsku, <https://krew.gda.pl/koncentrat-granulocytarny,323.pl.html> [data dostępu, 09.02.2025].
- [13] *Koncentrat granulocytarny otrzymany metodą aferezy (KG) napromieniowany*, Ulotka informacyjna, Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Krakowie, 2020, <https://rckik.krakow.pl/ulotki-informacyjne-dot-skladnikow-krwi> [data dostępu, 09.02.2025].
- [14] Sawicki W., Krew. *Histologia*, PZWL, Warszawa 1993.
- [15] Łętowska M., Rosiek A., *Stosowanie komórkowych składników krwi w onkologii*, „Onkologia w Praktyce Klinicznej”, Tom 2, Nr 1, s. 6–17.
- [16] Strauss R. G., *Przetaczanie koncentratów granulocytarnych*, [w:] Mintz P. D., (red.), *Leczenie krwią. Zasady postępowania klinicznego*, Sekcja Transfuzjologiczna PTHiT, Warszawa 2001, s. 91–108.
- [17] Klein H. G., Strauss R. G., Schiffer C. A., *Granulocyte transfusion therapy*, „Seminars in Hematology”, 1996, 33, s. 359–368.
- [18] Ustawa z 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej, art. 9a ust. 3 pkt 1 (Dz. U. z 2024 r. poz. 1208)



● mgr Patrycja Broda

LM USK nr 2 w Łodzi

MAKRO-TSH – JAKO NOWE ŹRÓDŁO INTERFERENCJI W SYTUACJI FAŁSZYWIE PODWYŻSZONEGO STĘŻENIA TSH

Pomiar stężenia TSH jako przesiewowe badanie w kierunku zaburzeń pracy tarczycy

Oznaczanie stężenia tyreotropiny (ang. *thyroid stimulating hormone* – TSH) we krwi jest podstawowym testem diagnostycznym stosowanym do oceny funkcji tarczycy. Może ono wskazać na różne zaburzenia, takie jak nadczynność (hipertyreoza) lub niedoczynność tarczycy (hipotyreoza) [1]. Oznaczanie stężenia hormonu wykonuje się przy użyciu testów immunochemicznych, które obarczone są możliwością występowania interferencji co może dawać wyniki fałszywie dodatnie jak i fałszywie ujemne. Najnowsze badania wykazały, że przyczyną fałszywie zawyżonego stężenia TSH może być obecność we krwi wielkocząsteczkowych kompleksów hormonu, tzw. makro-TSH [2].

TSH – synteza i rola

Tyreotropina jest glikoproteiną o masie cząsteczkowej 28 kDa, wydzielaną przez komórki tyreotropowe przedniego płata przysadki. Synteza i uwalnianie TSH są regulowane poprzez układ sprzężeń zwrotnych pomiędzy podwzgórzem, przysadką i tarczycą, co wiąże się ze zmianami poziomu hormonów wydzielanych przez tarczycę tj. trijodotyroniny (ang. *triiodothyronine* – T3) i tyroksyny (ang. *thyroxine* – T4) oraz ich wolnych frakcji – [ang. *free triiodothyronine* – fT3], [ang. *free thyroxine* – fT4] [1]. Występowanie we krwi prawidłowych, fizjologicznych stężeń TSH i hormonów tarczycy określane jest jako stan eutyreozy. Natomiast zaburzenia osi podwzgórze – przysadka – tarczyca prowadzą do nadczynności (hipertyreozy) lub niedoczynności (hipotyreozy) tarczycy i mogą mieć charakter pierwotny, wtórny lub trzeciorzędowy [3]. Zakres wartości referencyjnych dla tyreotropiny zależy od testu, jaki stosuje się do jej oznaczenia, jednakże według danych literaturowych prawidłowe stężenia hormonu TSH w surowicy osób dorosłych mieszczą się najczęściej w przedziale od 0,3 do 5,0 $\mu\text{IU/mL}$ [4]. Zaburzenia czynności tarczycy należą do najczęstszych chorób, a subkliniczna niedoczynność

tarczycy dotyka nawet 10% populacji dorosłych [5]. W Polsce współczynnik zapadalności rejestrowanej wyniósł od 751,7/100 tys. do 1 148,7/100 tys. jak wynika z Mapy Potrzeb Zdrowotnych w latach 2015–2018 z 2018 roku w grupie „choroby tarczycy” [6]. W związku z tym, że pomiar stężenia TSH w surowicy jest pierwszym etapem oceny stanu tarczycy, ważne jest poznanie metod oznaczania tego hormonu i możliwych interferencji. Jak pokazują badania jedną z przyczyn fałszywie zawyżonego stężenia TSH może być obecność we krwi wielkocząsteczkowych kompleksów hormonu, tzw. makro-TSH [2]. Celem tego artykułu jest opisanie metod oznaczania TSH i występujących interferencji oraz wyjaśnienie budowy i metody wykrywania kompleksu makro-TSH.

Metody oznaczania TSH

Oznaczenia stężenia TSH są wykonywane metodami immunochemicznymi, opartymi na reakcji antygenu (ang. *antigen* – Ag) ze swoistym przeciwciałem (ang. *antibody* – Ab) i powstaniu kompleksu antygen-przeciwciała. Ocena ilości powstałych kompleksów Ag–Ab wymaga wyznakowania jednego ze składników za pomocą znacznika, czyli substancji wywołującej powstanie określonego sygnału, mierzonego następnie odpowiednim systemem detekcyjnym [1, 7].

Ryc. 1. Schemat działania metod immunochemicznych



Źródło: Opracowanie własne

Historia oznaczeń TSH sięga lat 60. XX wieku, a jedną z pierwszych metod wykrywania tego hormonu przysadkowego w surowicy krwi była kompetycyjna metoda radioimmunologiczna

(ang. *radioimmunoassay* – RIA) zaliczana do testów I generacji o niskiej czułości 1 $\mu\text{IU/mL}$. Wraz z rozwojem technik immunochemicznych powstały testy II, III i IV generacji [8], które opisano na Ryc 2. Obecnie to właśnie metody immunochemiczne oparte o pomiar luminescencji – wzbudzonej w wyniku reakcji enzymatycznej czy impulsu elektrycznego – są najczęściej wykorzystywane do oznaczania stężenia hormonów, w tym także TSH [9].

Ryc. 2. Podział metod oznaczania tyreotropiny

HISTORIA METOD OZNACZANIA TSH

I GENERACJA	II GENERACJA	III GENERACJA IV GENERACJA
metoda radioimmunologiczna ang. <i>radioimmunoassay</i> RIA	metoda immunoradiometryczna ang. <i>immunoradiometric assay</i> IRMA	metoda immunochemiluminometryczna ang. <i>immunochemiluminometric assay</i> ICMA
	immunoenzymatyczna ang. <i>enzym immunoassay</i> EIA	immunochemiluminescencyjna ang. <i>chemiluminescent immunoassay</i> CLIA
	immunofluorescencyjna ang. <i>fluorescent immunoassay</i> FIA	elektrochemiluminescencyjna ang. <i>electrochemiluminescence</i> ECL, ECLIA
niska czułość 1 $\mu\text{IU/mL}$	czułość 0,1 $\mu\text{IU/mL}$	czułość 0,001 $\mu\text{IU/mL}$

Źródło: Opracowanie własne

Interferencje w testach immunochemicznych

W przebiegu reakcji immunochemicznych, ze względu na specyfikę łączenia się antygenu z przeciwciałem, mogą wystąpić różnego rodzaju interferencje. Samo pojęcie interferencji najprościej zdefiniować jako wpływ substancji obecnej w próbce, powodującej zmianę prawdziwej wartości wyniku. Substancje interferujące są obecne praktycznie w każdym materiale biologicznym, jednakże stanowią one problem przede wszystkim wtedy, gdy ich stężenie w próbce jest wysokie [4]. W przypadku pomiarów stężenia TSH najczęstszą przyczyną zakłóceń jest obecność przeciwciał interferujących (przeciwciała heterofilowe, przeciwciała antyzwierzęce), wysokie stężenie biotyny we krwi oraz heterogenność oznaczanego analitu. Rzadziej na wynik oznaczenia wpływają reakcje krzyżowe, efekt matrycowy czy efekt wysokiej dawki. Najnowsze badania wykazały, że przyczyną fałszywie zawyżonego stężenia TSH może być obecność we krwi wielkocząsteczkowych kompleksów hormonu, tzw. makro-TSH [8].

Pierwsze doniesienia na ten temat pochodzą już z lat 80. XX w. i dotyczą noworodków, u których w ramach przesiewowych ba-

dań uzyskano podwyższone stężenia TSH, pomimo klinicznych i biochemicznych (prawidłowe wartości fT3 i fT4) cech eutyreozy. Podobną sytuację kliniczną stwierdzono także u rodzących kobiet. Przeprowadzone szczegółowe badania wykazały we krwi dzieci, a także we krwi ich matek, obecność immunoglobulin klasy G, które wiążąc się z cząsteczkami TSH, powodowały interferencje w oznaczeniach stężenia tego hormonu [10, 11]. Obecnie wielkocząsteczkowe kompleksy złożone z TSH i immunoglobuliny G określane są mianem makro-TSH. Ze względu na dużą masę cząsteczkową (ok. 150 kDa) aktywność biologiczna tej izoformy jest prawdopodobnie znikoma [6–9]. Z drugiej strony, rozmiar kompleksu sprawia, że makro-TSH nie jest efektywnie filtrowana w kłębuszkach nerkowych, co powoduje jej kumulację w osoczu. W związku z tym immunotesty stosowane do oznaczania TSH nie rozróżniają monomerycznej cząsteczki hormonu od postaci związanej z immunoglobuliną, obecność makro-TSH we krwi prowadzi do zawyżonego stężenia hormonu. Jak już wspomniano, makro-TSH nie wykazuje aktywności biologicznej, zatem, nie wpływa też na stężenie tyroksyny i trijodotyroniny we krwi. Jej obecność może prowadzić do uzyskania wyników podwyższonego stężenia TSH i prawidłowych wartości wolnych hormonów tarczycy. Wyniki takie są typowe dla subklinicznej niedoczynności tarczycy, dlatego też u pacjentów z takim rozpoznaniem występowanie makroform TSH jest prawdopodobne. Jak podają dane literaturowe interferencja spowodowana obecnością makro-TSH występuje dość rzadko, bo jedynie u 0,6–1,6% osób z podwyższonym stężeniem TSH, ale biorąc pod uwagę liczbę osób na świecie chorujących na pierwotną niedoczynność tarczycy (1–6% populacji ogólnej), to ilość pacjentów u których są obecne makroformy TSH może być znacząca [12]. W tych sytuacjach klinicznych może dojść do postawienia niewłaściwej diagnozy i wdrożenia niepotrzebnego leczenia, które jako terapia substytucyjna stosowane jest do końca życia pacjenta [8]. Z tych właśnie powodów istotna wydaje się ocena możliwości występowania makrokompleksów tego hormonu w próbkach pacjentów, u których podwyższonym wartościom TSH nie towarzyszy obniżone stężenie hormonów tarczycy ani objawy dysfunkcji gruczołu tarczowego. Do technik umożliwiających określenie zawartości makro-TSH w próbce wykorzystywane są zazwyczaj metody chromatografii żelowej lub precypitacji glikolem polietylenowym (ang. *polyethylene glycol* – PEG). Glikol polietylenowy powoduje wytrącenie z roztworu dużych cząsteczek – głównie immunoglobulin, a zatem także makroform TSH. Na podstawie stężeń wartości hormonu uzyskanych przed i po precypitacji wylicza się procentowy odzysk monomerycznych cząsteczek TSH lub odsetek tzw. wytrąconej frakcji TSH (odzwierciedlający ilość makro-TSH w próbce) wg poniższych wzorów [13]:

$$\% \text{ odzysk TSH} = \frac{\text{TSH}_{\text{PEG}}}{\text{TSH}} \times 100\%$$

gdzie: TSH – stężenie TSH w próbce natywnej;
TSHPEG – stężenie TSH po precypitacji PEG-iem.

Według danych literaturowych na obecność makro-TSH w próbce wskazuje wartość procentowego odzysku poniżej 25-10%, czyli odsetek wytrąconej frakcji TSH przekraczający 75–90% [7]. Należy dodać, że ze względu na możliwość wytrącania przez PEG nie tylko makroform TSH, ale także przeciwciał heterofilowych i antyzwierzęcych, najlepszym postępowaniem, znacząco bardziej czasochłonnym i droższym jest potwierdzenie obecności makro-TSH w badanej próbce za pomocą chromatografii żelowej [7, 8].

Podsumowanie i wnioski

Podsumowując, makroformy tyreotropiny występują bardzo rzadko we krwi osób z podwyższonym stężeniem TSH, jednak ich obecność w istotny sposób zmienia wyniki oznaczeń stężenia hormonu i może wpływać na proces diagnostyczno-terapeutyczny [13, 14]. Pojawia się coraz więcej opisów przypadków pacjentów, u których mimo podwyższonego stężenia hormonu

tarczycy, przy braku objawów klinicznych, odstąpiono od leczenia farmakologicznego. Dalsza diagnostyka wykazała obecność makro-TSH [8, 15, 16]. Autorzy artykułów podkreślają, że potrzebne są jednak dalsze badania mające na celu opracowanie algorytmu wykrywania makro-TSH i interpretacji uzyskanych wyników. Wprowadzenie do rutynowej pracy metod oznaczania makro-TSH wiązałoby się ze wzrostem kosztów i czasu procedury oznaczenia stężenia hormonu tyreotropiny [15, 16]. Należy mieć na uwadze możliwość występowania opisanej interferencji zwłaszcza w sytuacji, kiedy wyniki badań diagnostycznych nie są skorelowane z objawami obserwowanymi u pacjenta. ●

PIŚMIENNICTWO

- [1] Pirahanchi Y, Toro F, Jialal I. Physiology, *Thyroid Stimulating Hormone*. StatPearls PubMed. 2024 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29763025/> [dostęp 5.11.2024].
- [2] Larsen CB, Petersen E, Overgaard M, et al. *Macro-TSH: A Diagnostic Challenge*. European Thyroid Journal. 2020; 10(1): 1–5, doi: 10.1159/000509184.
- [3] *Profilaktyka chorób tarczycy Podsumowanie analizy dowodów naukowych i danych dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania nienowotworowych chorób tarczycy*. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Warszawa maj 2024 <https://www.aotm.gov.pl/wp-content/uploads/2024/05/Materialy-informacyjne-dla-JST-Profilaktyka-chorob-tarczycy.pdf> [dostęp 5.11.2024].
- [4] Fitzgerald SP, Bean NG, Falhammar H, Tuke J. *Clinical Parameters Are More Likely to Be Associated with Thyroid Hormone Levels than with Thyrotropin Levels: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Thyroid. 2020 Dec;30(12):1695–1709.
- [5] Inoue K, Ritz B, Brent GA, et al. *Association of Subclinical Hypothyroidism and Cardiovascular Disease With Mortality*. JAMA Netw Open. 2020; 3(2): e1920745, doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.20745, indexed in Pubmed: 32031647.
- [6] Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów (art. 48aa ust. 1 Ustawy) nr OT.434.5.2022 pn. „Profilaktyka chorób tarczycy”, data ukończenia raportu: wrzesień 2022.
- [7] Pluta D, Bedkowska-Szczepanska A, Madej P, Zubelewicz-Szkodzinska B. *Macro-TSH — tips and tricks for gynecologists*. Ginekologia Polska 2022, vol. 93, no. 7, 601–602.
- [8] Chiardi I, Rotondi M, Cantù M, Keller F, Trimboli P. *Macro-TSH: An Uncommon Explanation for Persistent TSH Elevation That Thyroidologists Have to Keep in Mind*. J Pers Med. 2023 Oct 8;13(10):1471. doi: 10.3390/jpm13101471
- [9] Larsen C.B., Petersen E.R.B., Overgaard M., Bonnema S.J. *Macro-TSH: A Diagnostic Challenge*. Eur. Thyroid. J. 2021;10:93–97. doi: 10.1159/000509184
- [10] Lazarus JH, John R, Ginsberg J, Hughes IA, Shewring G i wsp. *Transient neonatal hyperthyrotrophinaemia: a serum abnormality due to transplacentally acquired antibody to thyroid stimulating hormone*. British Medical Journal. 1983; 286: 592–594.
- [11] Loh TP, Kao SL, Halsall DJ, Toh SA, Chan E, Ho SC, i wsp. *Macro-thyrotropin: a case report and review of literature*. J Clin Endocrinol Metab. 2012; 97: 1823–1828.
- [12] Woźniak MJ, Matyjaszek-Matuszek B. *Najczęstsze błędy w diagnostyce i leczeniu chorób tarczycy*. Lekarz POZ. 2022;8(5).
- [13] Larsen CB, Petersen E, Overgaard M, et al. *Macro-TSH: A Diagnostic Challenge*. European Thyroid Journal. 2020; 10(1): 1–5.
- [14] Patel MM, Patel DK, Patel LB, Dharaiya CB et al. *Macro-Thyrotropin Syndrome: Prevalence and Clinical Profile of an Under-Recognised Rare Entity in Thyroidology*. Indian J Endocrinol Metab. 2025 Feb 28;29(1):95–100.
- [15] Chiardi I, Rotondi M, Cantu M, et al. *Macro-TSH: An Uncommon Explanation for Persistent TSH Elevation That Thyroidologists Have to Keep in Mind*. J Pers Med. 2023 Oct 8; 13(10):1471.
- [16] Lassoued N, Mariem S, et al. *Macro-TSH: a case report*. Endocrine Abstracts (2024) 99 EP958 | DOI: 10.1530/endoabs.99.EP958, ECE2024 Eposter Presentations Thyroid.



● mgr Agnieszka Janus
Medyczne Laboratorium Diagnostyczne
Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy



● mgr inż. Paulina Zubala
Medyczne Laboratorium Diagnostyczne
Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy

BŁĘDY FAZY PRZEDANALITYCZNEJ JAKO ISTOTNY CZYNNIK ZAKŁÓCAJĄCY PRZEBIEG PROCESU DIAGNOSTYCZNEGO

Badanie laboratoryjne to proces składający się z trzech podstawowych faz: przedanalitycznej, analitycznej i postanalitycznej. Na każdym z tych trzech etapów mogą pojawić się, w mniejszym lub większym stopniu, zakłócające cały proces błędy [1]. Dlatego bardzo ważne jest szybkie zidentyfikowanie błędów procesu diagnostycznego, niezwłoczna i skuteczna ich eliminacja oraz podjęcie skutecznych działań w kierunku zapobiegania ich pojawiania się w przyszłości.

Pętla Lundberga

Badanie laboratoryjne to cykl, na który składa się wiele następujących po sobie czynności. Tworzą one tzw. pętlę Lundberga (Ryc. 1). Niewłaściwe postępowanie na każdym z tych etapów wiąże się z możliwością powstania licznych błędów przedanalitycznych.

Wybrane etapy fazy przedanalitycznej i związane z nimi błędy

Etap przygotowania pacjenta do badania jest bardzo ważny, ale niestety trudny do bezpośredniej kontroli [3]. Kluczowym elementem każdego badania laboratoryjnego jest edukacja wszystkich osób zaangażowanych w jego przebieg, a w sposób szczególny, pacjentów [4]. Należy informować o czynnikach wpływających na wynik badania oraz o źródłach ewentualnych błędów [5]. Konsekwencją wystąpienia błędów, w tym także na etapie pobierania materiału, jest wygenerowanie wyniku zafałszowanego (np. wyniku nieprawidłowego pomimo braku choroby), a co za tym idzie niewłaściwa jego interpretacja [3]. W Tabeli 1. przedstawiono zalecenia dotyczące prawidłowego przygotowania się do badań oraz błędy mogące być wynikiem ich nieprzestrzegania.

Ryc. 1. Pętla Lundberga [2]



Tab. 1. Przykłady błędów przedlaboratoryjnych możliwych do wystąpienia w przypadku nieprawidłowego przygotowania się pacjenta do badań [6, 7]

Zalecenia dotyczące pobierania krwi	Błędy wynikające z nieprzestrzegania zaleceń
Zgłoszenie się na czczo tj. 8–12 godzin od spożycia ostatniego posiłku	Znaczny poposiłkowy wzrost triglicerydów, glukozy, AST
Zgłoszenie się po wypoczynku nocnym, w godzinach porannych	Duża zmienność dobową wielu parametrów laboratoryjnych np. prolaktyny, żelaza, kortyzolu, ACTH
Powstrzymanie się od intensywnego wysiłku fizycznego	Wzrost stężenia kinazy kreatynowej, kwasu moczowego oraz zmiany w morfologii krwi: wzrost liczby leukocytów i trombocytów. W badaniu moczu mogą pojawić się leukocyty i erytrocyty
Pozostanie w pozycji siedzącej w czasie pobrania krwi	Zmiana stężeń białka, bilirubiny, wapnia [6]
W miarę możliwości po odstawieniu leków i zaprzestaniu przyjmowania preparatów witaminowych i wzmacniających	Zmiany wyników badań laboratoryjnych na skutek wpływu biologicznego in vivo (dziurawiec zwyczajny – obniżenie INR) lub chemicznych (fizycznych) interferencji in vitro (wpływ biotyny na wyniki badań) [7]
Zachowanie dotychczasowej diety [6]	Intensywne głodzenie przed pobraniem krwi powoduje wzrost stężenia kwasów tłuszczowych, obniżenie stężenia glukozy i insuliny [6]

Poza odpowiednim przygotowaniem pacjenta do badań laboratoryjnych, które jest kluczowe dla uzyskania wiarygodnych wyników, bardzo ważna jest prawidłowa technika pobierania materiału oraz stosowanie się do wszelkich wytycznych z nią związanych [4].

Zalecenia związane z prawidłową techniką pobierania materiału do badań, których przestrzeganie pozwoli na zminimalizowanie prawdopodobieństwa pojawienia się błędu przedlaboratoryjnego:

1. Przed pobraniem materiału należy zdezynfekować miejsce wkłucia (70% alkoholem etylowym lub – w przypadku oznaczenia etanolu/metanolu – innym środkiem odkażającym) w celu uniknięcia kontaminacji patogenami bytującymi na skórze. Konieczne jest odczekanie co najmniej 60 sekund do wyschnięcia środka odkażającego [8].
2. Staza powinna zostać umieszczona 7–10 cm powyżej zgięcia łokciowego, a następnie zwolniona bezpośrednio po rozpoczęciu napełniania pierwszej probówki [9]. **Czas użycia stazy powinien być skrócony do poniżej 1 minuty** [8].
3. Należy pamiętać, że ważne jest pobieranie krwi z użyciem igły o odpowiedniej średnicy. W przypadku pacjentów dorosłych zalecane jest używanie igieł o przekroju 0,9 mm z uwagi na zmniejszone ryzyko wystąpienia mechanicznej hemolizy [9]. Pobranie materiału jest możliwe przy użyciu techniki aspiracyjnej lub próżniowej. Należy jednak pamiętać, że technika aspiracyjna umożliwia delikatne, wolne napełnianie probówki, dzięki czemu znacznie zmniejszone jest ryzyko wystąpienia hemolizy [5].
4. Ważne jest aby uprzedzić pacjenta, żeby **nie zaciskał pięści, ani nie wykonywał dłońmi serii ruchów zaciskających i zwalniających**. W przeciwnym razie może dojść do wystąpienia **pseudohiperkalemii** oraz zaburzenia innych parametrów biochemicznych i hematologicznych [8].

5. Bezwzględnie należy przestrzegać zalecanej kolejności napełniania probówek.

Należy upewnić się, że wszystkie probówki zostały w pełni napełnione (do znacznika na probówce). Stanowczo niezalecane jest niedopełnienie probówek (poniżej 90% ich nominalnej objętości) [8]. Rosada i wsp. opisali wystąpienie podwyższonych wartości LDH, AST, potasu oraz zwiększonego wskaźnika hemolizy w próbkach, które zostały pobrane w objętości mniejszej niż zalecana. Obserwowali oni wyniki znajdujące się powyżej zakresu wartości referencyjnych. Na tej podstawie wnioskowali, że wykonanie analizy w niemiarowo (zbyt mała objętość) pobranej krwi prowadzi do uzyskania wyników fałszywie patologicznych [10].

6. Konieczne jest delikatne wymieszanie próbek krwi bezpośrednio po pobraniu poprzez odwrócenie każdej probówki do góry dnem (o 180 stopni). Ma to na celu odpowiednie wymieszanie krwi z antykoagulantem/aktywatorem skrzepu oraz pozwala zachować jednorodność oraz dobrą jakość próbki [8]. Należy unikać energicznego mieszania próbek krwi, gdyż może to prowadzić m.in. do wystąpienia hemolizy czy aktywacji płytek krwi [8].



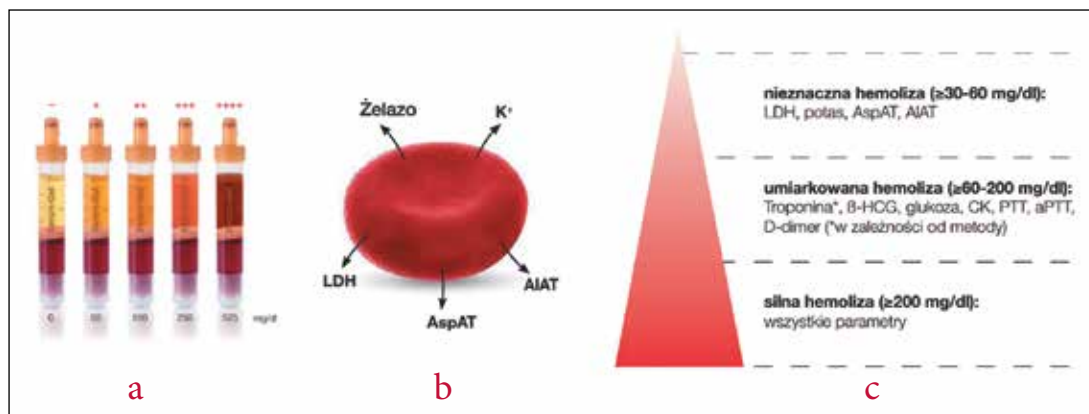
Hemoliza i skrzep jako najczęściej występujące błędy fazy przedlaboratoryjnej

Na podstawie bardzo wielu opracowań można stwierdzić, że najczęstszymi przyczynami odrzucenia próbek do badań jest hemoliza oraz obecność skrzepu w próbkach pobranych na antykoagulant.

Hemoliza powoduje uwolnienie wielu substancji zawartych w komórkach [głównie erytrocytach] m.in. LDH, AST, potasu, fosforu [Ryc. 2]. Dodatkowo hemoglobina wykazuje interferencję optyczną i/lub chemiczną w wielu testach. Jednym z głównych powodów występowania hemolizy jest niewłaściwe pobranie krwi np. z użyciem igły o zbyt małej średnicy, zanieczyszczenie próbki płynem dezynfekcyjnym, zbyt długi ucisk stazy, niewłaściwe wymieszanie próbki – zbyt gwałtowne lub niedostateczne. Niewłaściwy sposób transportu [czas, temperatura], również mogą prowadzić do rozpadu komórek [1].

Ryc. 2. Hemoliza próbek krwi [5]

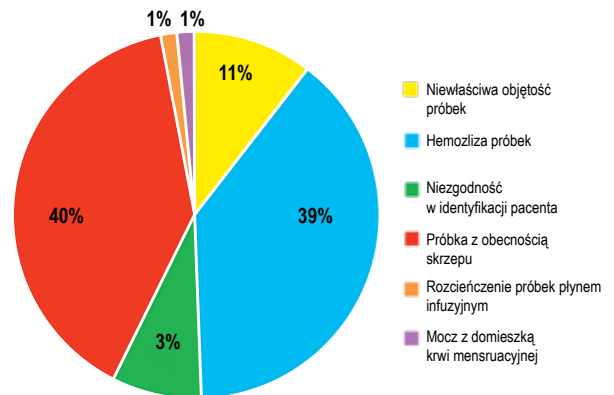
- Stopień nasilenia hemolizy – intensywność czerwonego zabarwienia osocza/surowicy jest proporcjonalna do stężenia wolnej hemoglobiny.
- Uwalnianie zawartości erytrocytu – różnice stężenia – skutkiem są fałszywie wysokie wyniki pomiarowe.
- Wpływ hemolizy o różnym nasileniu na wyniki pomiarów przykładowych parametrów.



Część parametrów laboratoryjnych, w tym na przykład morfologia krwi czy ocena układu krzepnięcia, wymagają próbek w postaci płynnej. Do tego celu wykorzystuje się probówki zawierające substancje przeciwkrzepiwe (antykoagulanty). Ich ilość przewidziana jest dla konkretnej objętości krwi. Nie dość dokładne wymieszanie albo pobranie większej niż przewidziana dla danej próbki objętości krwi, są najczęstszymi przyczynami wystąpienia błędu przedlaboratoryjnego jakim jest wytworzenie skrzepu [6].

W przeprowadzonej analizie rejestru błędów fazy przedlaboratoryjnej w Świętokrzyskim Centrum Psychiatrii w Morawicy wykazano, że najczęstszą przyczyną odrzucenia próbek jest obecność skrzepu i hemolizy [Ryc. 3].

Ryc. 3. Udział procentowy poszczególnych błędów przedlaboratoryjnych w Świętokrzyskim Centrum Psychiatrii w Morawicy w latach 2022–2024



Działania zapobiegawcze w odniesieniu do fazy przedanalizycznej

Ważnym elementem kontroli nad fazą przedlaboratoryjną jest ciągłe monitorowanie oraz wnikliwa kontrola pojawiających się błędów. Bieżąca aktualizacja rejestrów w oparciu o ich analizę powinna dostosowywać procedury do potrzeb danej jednostki [1]. Ocena zarejestrowanych błędów pozwala na wprowadzenie

działań korygujących, co niewątpliwie przyczynia się do zmniejszenia występowania tego typu błędów. To z kolei przekłada się na bezpieczeństwo pacjenta oraz niższe koszty pracy [11]. Faza przedanalizyczna jest niezwykle trudna do monitorowania. Odbyna się poza bezpośrednim nadzorem personelu laboratorium oraz cechuje się dużą ilością, niekiedy złożonych czynności i dużą liczbą osób biorących w niej udział [3, 12]. Dlatego, aby zapewnić wysoką jakość, a przez to również wiarygodność wykonywanych analiz, bardzo istotne jest sporządzenie szczegółowych procedur zawierających konkretne wytyczne oraz będących źródłem niezbędnej wiedzy dla każdego uczestnika fazy przedanalizycznej [1, 13].

Jednym z bardzo ważnych elementów kontroli nad fazą przedanalityczną są także cyklicznie odbywające się szkolenia personelu. Szkolenia takie powinny przede wszystkim obejmować zagadnienia związane ze:

- a) zlecaniem badań,
- b) przygotowaniem pacjenta do badań,
- c) przygotowaniem odpowiednich probówek,
- d) pobieraniem materiału biologicznego,
- e) postępowaniem z materiałem po pobraniu,
- f) transportem,
- g) rodzajami błędów przedlaboratoryjnych (ze szczególnym uwzględnieniem ich potencjalnego wpływu na wyniki badań pacjentów i ryzyko z tym związane).

Ustawiczne szkolenia, prowadzące do opanowania wprowadzonych zmian, mogą doprowadzić do zmniejszenia liczby błędów w tym zakresie [1]. Szkolenia wewnątrzszpitalne prowadzone przez pracowników laboratorium, służą nie tylko pogłębianiu wiedzy, ale przyczyniają się także do poprawy komunikacji pomiędzy ich uczestnikami.

W Świętokrzyskim Centrum Psychiatrii w Morawicy szkolenia dotyczące zagadnień związanych z błędem przedlaboratoryjnym są prowadzone cyklicznie, przynajmniej jeden raz w roku. Spotkania tego typu służą nie tylko usystematyzowaniu wiedzy z zakresu fazy przedlaboratoryjnej, ale także wymianie doświadczeń pomiędzy personelem szpitala (Ryc. 4).

Ryc. 4. Na zdjęciu autorki artykułu: Agnieszka Janus i Paulina Zubala na jednym ze szkoleń dla personelu pielęgniarstwa w Świętokrzyskim Centrum Psychiatrii w Morawicy



Wnioski i podsumowanie

Ustawiczne dążenie do minimalizowania liczby popełnianych błędów przedanalitycznych niewątpliwie poprawia jakość wyników badań, obniża znacząco koszty całego procesu diagnostycznego oraz prowadzi do sprawnego zarządzania materiałem biologicznym pacjenta. W osiągnięciu powyższych celów niezbędna jest standaryzacja wytycznych dotyczących pobierania, transportu i przechowywania materiału do badań. Bardzo ważne jest również prowadzenie i bieżąca ocena rejestru błędów przedlaboratoryjnych. Kluczowe znaczenie ma także dobra komunikacja pomiędzy personelem medycznym oraz regularnie odbywające się szkolenia i warsztaty. ●

PIŚMIENNICTWO

- [1] *Analiza błędów fazy przedanalitycznej w wybranych medycznych laboratoriach diagnostycznych.* A. Rak-Pasikowska, D. Goniwiecha, I. Bil-Lula; 2019; 55(2): 91-98; Diagnostyka Laboratoryjna.
- [2] *Benchmarking medical laboratory performance on a global scale;* Huf W., Mohns M., Almeta E., Lister R., Buchta C., Demyanets S., Buchberger W., Ettl B.; 2024; 12-2024; Frontiers in Public Health.
- [3] *Errors in clinical laboratories or errors in laboratory medicine?* M. Plebani; 2006;44(6):750-9; Clinical Chemistry and Laboratory Medicine.
- [4] *Preanalytical Errors in Clinical Laboratory Testing at a Glance: Source and Control Measures;* N. Nordin, S. Ab Rahim, W. Wan Omar, S. Zulkarnain, S. Sinha, S. Kumar, M. Haque, 2024,16(3):e57243, Cureus. Journal of Medical Science.
- [5] *Faza przedanalityczna – wskazówki i porady.* Sarstedt; R. Lichthagen; 2015; https://www.sarstedt.com/fileadmin/user_upload/99_Broschuren/NEU/453/53_453_0100_901_tips_tricks_PL_1222.pdf - data dostępu: 22.10.2025.
- [6] *Diagnostyka laboratoryjna w pielęgniarstwie i położnictwie;* Ciepiela O.; 2022; 110–111,114; PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- [7] *Próbki: od pacjenta do laboratorium;* Guder W.G., Narayanan S., Wisser H., Zawta B.; 2009; 114–115; Medpharm Polska.
- [8] *Rekomendacje EFLM – COLABIOCLI dotycząca pobierania krwi żyłnej z roku 2018;* <https://zpp.wum.edu.pl/sites/zpp.wum.edu.pl/files/2025-03/pobieranie-krwi-zylnaj.pdf> - data dostępu: 22.10.2025.
- [9] *Błędy przedlaboratoryjne w praktyce pielęgniarstwa;* E. Jaksz-Recmanik, R. Bobiński; 2011; Problemy pielęgniarstwa; 19 (3): 386–390; Via Medica.
- [10] *Underfilled blood collection tubes as pathologizing factor for measured laboratory parameters in older patients;* Rosada A., Prpic M., Spiess M., Friedrich K., Neuwinger N., Mueller-Werdan U., Kapper K.; 2024; 72,5, 1553–1556; Journal of the American Geriatrics Society.
- [11] *Pre-analytical variability in laboratory studies. Monitoring and evaluation of pre-analytical error on the example of collected data at the West Pomeranian Cancer Center in Szczecin in Poland;* B. Rodziejewicz, M. Kołodziej, B. Pala, M. Spieszny, M. Sołtyński, T. Pala, B. Kołodziej, M. Piotrowski; 2022;68(3):23–33; Pomeranian Journal of Life Sciences.
- [12] *Pre-Analytical Variation. The Leading Cause of Error in Laboratory Medicine;* M. Ghaedi, J.M. El-Khoury; 2016; Association for Diagnostics & Laboratory Medicine; <https://myadlm.org/cln/articles/2016/july/preanalytical-variation-the-leading-cause-of-error-in-laboratory-medicine> - data dostępu: 22.10.2025.
- [13] *Wiedza pielęgniarstwa w zakresie pobierania materiału biologicznego do badań laboratoryjnych;* Kózka M., Nawalana A., Majda A., Wermińska A.; 2015; Problemy Pielęgniarstwa; 23 (1): 34–39; Via Medica.

- mgr Karolina Kilian
- mgr Danuta Bochenek-Jantczak

ZNACZENIE WSPÓŁWYSTĘPOWANIA ALLOPRZECIWCIAŁ PRZECIWERYTROCYTARNYCH I PRZECIWLEUKOCYTARNYCH U KOBIET W CIĄŻY – OPIS PRZYPADKÓW



Każda ciąża obarczona jest ryzykiem konfliktu serologicznego matczyno-płodowego, czyli wytworzenia przez organizm kobiety ciężarnej alloprzeciwciał odpornościowych skierowanych do pochodzących od ojca antygenów krwinek czerwonych obecnych na erytrocytach płodu. Układ odpornościowy matki traktuje antygeny płodu jako obce i wytwarza przeciwciała do tych antygenów, których kobieta nie posiada na powierzchni własnych erytrocytów [1].

Przeciwciała powstają na skutek przedostania się krwinek płodu do krwiobiegu matki. Jest to naturalne zjawisko fizjologiczne, które może pojawić się w każdej ciąży i określane jest jako przeciek płodowo-matczyny. Do sytuacji zwiększających ryzyko przecieku należą: inwazyjne procedury prenatalne (takie jak: amniopunkcja, biopsja kosmówki czy kordocenteza), krwawienia w ciąży (np. w przypadku łożyska przodującego, przedwczesnego odklejenia łożyska), ciąża bliźniacza lub wielopłodowa oraz urazy. W tych przypadkach ryzyko wystąpienia immunizacji ciążowej znacznie wzrasta. Wytworzone przez ciężarną kobietę przeciwciała przeciwko antygenom płodu, mogą przenikać przez łożysko i atakować krwinki czerwone dziecka wywołując chorobę hemolityczną płodu/novorodka (ChHPN). Przyczyną ChHPN w bieżącej ciąży mogą być również przeciwciała powstałe w wyniku wcześniejszych przetoczeń składników krwi lub przebytych ciąż [1, 2]. Przeciwciała odpornościowe klasy IgG, pochodzące od matki, mogą z łatwością przenikać przez łożysko do krążenia płodu, co może prowadzić do niszczenia jego krwinek czerwonych. Niskie wartości hemoglobiny wskazują na wystąpienie choroby hemolitycznej płodu/novorodka, która może mieć różny stopień nasilenia, od łagodnych przypadków wymagających jedynie fototerapii, po ciężkie, wymagające transfuzji wewnątrzmacicznej lub wymiennej po urodzeniu. Stopień ciężkości ChHPN w dużej mierze zależy od swoistości przeciwciał. W ciężkich przypadkach ChHPN dochodzi do uszkodzenia wątroby, niewydolności serca, obrzęków, a nawet do śmierci płodu. Po urodzeniu u dziecka dodatkowo może wystąpić żółtaczka, wynikająca z nadmiernego poziomu bilirubiny, produkowanej podczas rozpadu krwinek czerwonych [2].

Najczęstszą przyczyną choroby hemolitycznej płodu/novorodka jest niezgodność w zakresie antygeny D z układu Rh. Z tego względu, w wielu krajach (w tym w Polsce), wszystkie ciężarne nieposiadające antygeny D na powierzchni erytrocytów, objęte są profilaktyką śródciążową, polegającą na podaniu immunoglobuliny anti-RhD. Przyczyną immunizacji mogą być również pozostałe antygeny z układu Rh oraz antygeny należące do innych układów grupowych krwinek czerwonych, takich jak: Kell, Duffy, Kidd, czy MNS, dlatego badania w kierunku wykrycia obecności przeciwciał powinny obejmować wszystkie ciężarne. Należy także pamiętać, że kobiety RhD ujemne, które wytworzyły przeciwciała odpornościowe do innych antygenów czerwonych, powinny zostać objęte profilaktyką w zakresie antygeny D. Podanie immunoglobuliny anti-RhD może w tej sytuacji zapobiec dodatkowej immunizacji i związanym z nią powikłaniom, co ma kluczowe znaczenie dla zdrowia matki, płodu oraz dla przyszłych ciąż [2]. Odpowiednio wczesne wdrożenie diagnostyki ciążowej jest jedynym skutecznym sposobem zabezpieczenia zarówno kobiet ciężarnych, jak i ich dzieci przed ewentualnymi skutkami konfliktu serologicznego. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej,

wszystkie kobiety do 10 tygodnia ciąży powinny mieć wykonane oznaczenie grupy krwi oraz immunohematologiczne badanie przeglądowe w kierunku wykrycia alloprzeciwciał odpornościowych. Screening przeciwciał należy powtórzyć pomiędzy 21–26 tygodniem ciąży oraz między 27–32 tygodniem ciąży u wszystkich kobiet ciężarnych RhD-ujemnych. W przypadku wykrycia alloprzeciwciał odpornościowych, konieczne jest określenie ich swoistości i poziomu (miana). Diagnostyka konfliktu serologicznego powinna obejmować również badanie ojca dziecka [3]. Pozwala ono ustalić, czy dziecko mogło odziedziczyć antygen, do którego matka wytworzyła przeciwciała, czy do immunizacji doszło np. na skutek przebytych transfuzji lub podczas wcześniejszych ciąży z innym partnerem. Wzrost miana przeciwciał u kobiety ciężarnej może być skutkiem przecieku płodowo-matczynego i dowodem na obecność na krwinkach dziecka, antygenu immunizującego kobietę. Ciężarne, u których zostały zdiagnozowane klinicznie istotne przeciwciała, powinny mieć wykonane USG dopplerowskie z oceną przepływu w tętnicy środkowej mózgu płodu. Badanie to pozwala ustalić stopień niedokrwistości jaka rozwinęła się u płodu. Nieleczona niedokrwistość płodu może doprowadzić do wystąpienia wielu poważnych zaburzeń, takich jak: uogólniony obrzęk płodu, niedotlenienie wewnątrzmaciczne, niewydolność serca, ciężka żółtaczka, a nawet obumarcie płodu. Jej skutkiem może być również wiele powikłań neurologicznych, w tym mózgowe porażenie dziecięce [4].

Wczesne wykrycie i zidentyfikowanie alloprzeciwciał odpornościowych oraz oznaczenie ich miana pozwala na odpowiednie monitorowanie ciąży i umożliwia wprowadzenie odpowiedniego leczenia, zanim dojdzie do poważnych komplikacji. Skuteczna terapia, jaką jest stosowanie transfuzji dopłodowych, daje dużą szansę na prawidłowy przebieg ciąży i zmniejszenie ryzyka wystąpienia nieprawidłowości rozwojowych u dziecka. Jeśli istnieje wyraźne wskazanie, transfuzje można wykonać na każdym etapie ciąży już od 18 aż do 34–35 tygodnia ciąży, dlatego wczesna diagnostyka ciężarnych i czuwanie nad ich bezpieczeństwem na wszystkich etapach ciąży jest tak ważne [5].

Oprócz immunizacji antygenami czerwonych krwinek, każda ciąża może być przyczyną wytworzenia przez organizm kobiety przeciwciał skierowanych do antygenów zgodności tkankowej HLA [ang. *Human Leukocyte Antigen*]. Przeciwciała anty-HLA odgrywają ogromną rolę w transplantologii ze względu na ich udział w ostrym i przewlekłym odrzuceniu przeszczepu. Często stanowią również przyczynę niektórych niehemolitycznych reakcji poprzetoczeniowych czy oporności na przetoczenia Koncentratu Krwinek Płytkowych (KKP). Do wytworzenia przeciwciał anty-HLA dochodzi wskutek kontaktu z allogenicznym antygenem po przeszczepieniu, transfuzji i najczęściej w trakcie ciąży [6–8]. Ciąża jest jedynym naturalnym mechanizmem immunizacji antygenami HLA. W trakcie fizjologicznej ciąży płód jest tolerowany przez układ odpornościowy matki. Może jednak dojść do rozwinienia się odpowiedzi humoralnej na obce antygeny pochodzące od ojca, na skutek kontaktu komórek odpornościowych matki z trofoblastem płodu [9]. Wpływ ciąży na częstość wystę-

powania immunizacji anty-HLA nie jest dokładnie poznany. Poda się, że przeciwciała anty-HLA występują u 10–75% ciężarnych. Dotychczasowe badania sugerują, że liczba przebytych ciąży ma istotny wpływ na wytworzenie przeciwciał anty-HLA, a ryzyko wytworzenia przeciwciał z każdą kolejną ciążą jest większe [9]. Rozbieżności w wynikach badań nad częstością występowania przeciwciał anty-HLA u ciężarnych wynikają z różnej czułości stosowanych metod badawczych. Sytuację dodatkowo utrudnia fakt, że badanie w kierunku wykrycia tych przeciwciał nie jest wykonywane w ciąży rutynowo. Należy więc liczyć się z tym, że w wielu przypadkach przeciwciała anty-HLA pomimo ich wytworzenia pozostają niewykryte. Istotnym czynnikiem jest również czas, który upłynął od porodu do momentu pobrania próbki. Udowodniono, że przeciwciała anty-HLA mają tendencję do zanikania, dlatego część przeciwciał mogła nie zostać wykryta z powodu zbyt późnego pobrania materiału do badań. Warto pamiętać, iż pomimo tego, że miano przeciwciał spadnie poniżej progu wykrywalności, to nadal mogą one mieć istotne znaczenie w przypadku kolejnych ciąży, czy ewentualnego przeszczepu [7]. W badaniach *in vitro* wykazano, że przeciwciała anty-HLA blokują receptory monocytów FcγRI, które mają wysokie powinowactwo do IgG. Blokowanie funkcji monocytów w śledzionie płodu może zapobiegać wiązaniu opłaszczonych przeciwciałami erytrocytów dziecka do receptorów FcγRI, tym samym zmniejszać hemolizę. Mechanizm ten może być wyjaśnieniem, dlaczego w niektórych przypadkach mimo wysokiego miana przeciwciał u ciężarnej, u płodu/noworodka można obserwować łagodną postać ChHPN. Blokowanie FcγRI prawdopodobnie zachodzi poprzez tworzenie kompleksu trójskładnikowego, składającego się z alloantygenem (obcego antygenem), przeciwciałami anty-HLA i FcγRI, który jest blokowany przez region Fc przeciwciała [8][9][10][11].

Szczegółową diagnostykę u kobiet ciężarnych, u których w rutynowym badaniu wykryte zostały przeciwciała odpornościowe, przeprowadzają najczęściej pracownice konsultacyjne działające w strukturach Centrów Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa. W artykule opisano nietypowe przypadki pacjentek badanych w Pracowni Konsultacyjnej (PK) Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa (RCKiK) w Katowicach, u których w trakcie ciąży doszło do immunizacji. W przypadkach tych, dodatkowo poszerzono diagnostykę o wykonanie badania w kierunku wykrycia przeciwciał antyleukocytarnych.

Przypadek I

Ciężarna 35-letnia kobieta trafiła na oddział ginekologiczny jednego ze szpitali. Powodem jej hospitalizacji było krwawienie wywołane przodującym łożyskiem w 23 tygodniu VII ciąży. Grupa krwi pacjentki: A RhD-ujemny. Kobieta otrzymała immunoglobulinę anty-RhD w trakcie ciąży. Z powodu silnego krwawienia konieczne było wykonanie transfuzji i pacjentka otrzymała 2 jednostki koncentratu krwinek czerwonych (KKCz) A RhD-. Podczas wykonywania kolejnych prób zgodności w szpitalnej pracowni serologii/immunologii transfuzjologicznej uzyskano dodatnie reakcje ze wszystkimi krwinkami wzorcowymi.



Próbki krwi pacjentki wraz ze skierowaniem na identyfikację wykrytych przeciwciał i zleceniem na wykonanie próby zgodności zostały dostarczone do PK. W trakcie wykonywania badań stwierdzono, że surowica pacjentki daje reakcje dodatnie z większością krwinek wzorcowych w pośrednim teście antyglobulinowym (PTA) z odczynnikami anty-IgG+C3d i anty-IgG oraz w teście enzymatycznym. Oznaczono fenotyp pacjentki w układzie Rh i dalszych układach grupowych: cceeK- Fy(a-b+) Jk(a+b-) M+S+s+. W surowicy pacjentki stwierdzono obecność alloprzeciwciał odpornościowych anty-Fya z układu Duffy i anty-Jkb z układu Kidd. W badanej próbce wykryte zostały również przeciwciała anty-D z układu Rh, pochodzące najprawdopodobniej z podanej immunoglobuliny anty-RhD. Po analizie reakcji ujemnych wykluczono obecność innych istotnych klinicznie przeciwciał odpornościowych. Z powodu dodatkowych, słabo dodatnich reakcji otrzymanych w trakcie badania, zdecydowano się na wykonanie alloadsorpcji różnicującej. Niestety nie przyniosło to oczekiwanych efektów, ponieważ surowica pacjentki po adsorpcji nadal dawała reakcje nieswoiste. Oznaczono miano przeciwciał, które wynosiło odpowiednio: anty-Fya: 1024 anty-Jkb: 256 i wykonano próbę zgodności. Do przetoczenia dobrano trzy jednostki KKCz bez antygenów, do których pacjentka wytworzyła przeciwciała, zgodne fenotypowo w układzie Rh, bez antygeny K z układu Kell. Pozostała jednak nadal do wyjaśnienia kwestia niespecyficznych reakcji. Żadne z wykonanych w pracowni testów nie tłumaczyły reakcji dodatnich z krwinkami wzorcowymi, na których nie było antygenów, do których pacjentka wytworzyła przeciwciała. Zdecydowano o wykonaniu badań w pracowni immunogenetyki układu HLA RCKiK w Katowicach, w celu ustalenia, czy reakcje nie są wynikiem obecności przeciwciał przeciweukocytarnych. Otrzymane wyniki przy użyciu testu przesiewowego LABScreen Mixed Bead Mix, One Lambda jednoznacznie potwierdziły obecność w surowicy pacjentki przeciwciał anty-HLA klasy I i anty-HLA klasy II. Powodem wytworzenia u kobiety przeciwciał anty-HLA mogły być przebyte wcześniej ciąży lub transfuzja. W celu zabezpieczenia pacjentki, do kolejnych transfuzji zalecono dobieranie ubogoleukocytarnych składników krwi.

Przeciwciała anty-Fya w surowicy pacjentów występują bardzo rzadko, a ich obecność jest skutkiem immunizacji podczas ciąży lub w wyniku transfuzji. Przeciwciała anty-Fya najczęściej są przeciwciałami klasy IgG, rzadko występują w klasie IgM. Antygeny Fya pojawiają się na krwinkach płodu na wczesnym etapie ciąży około 6 tygodnia. Przeciwciała skierowane do tego antygeny mogą być przyczyną wystąpienia ChHPN, która przyjmuje zazwyczaj postać łagodną [12].

Przeciwciała anty-Jkb mogą być przyczyną ciężkich, ostrych lub opóźnionych reakcji hemolitycznych po transfuzji, rzadko jednak są powodem wystąpienia ChHPN, nawet przy wysokim mianie. Są to zazwyczaj przeciwciała klasy IgG, co oznacza, że mogą przechodzić przez łożysko i wiązać dopełniacz, powodując hemolizę zarówno wewnątrzmaciczną, jak i zewnątrzmaciczną. Nie zawsze są wykrywane w rutynowych testach, ze względu na tendencję do szybkiego zanikania. Natomiast po kolejnym kontakcie z antygenem ich poziom szybko rośnie. Większość przypadków ChHPN spowodowanych przeciwciałami anty-Jkb ma charakter łagodny do umiarkowanego i zwykle rokowanie jest dobre [12, 13].

Dwa tygodnie później do pracowni dostarczono nowe próbki pacjentki oraz próbki krwi ojca dziecka. Wykonano oznaczenie miana przeciwciał: anty-Fya: 128, anty-Jkb: 8, tak duży spadek miana mógł być skutkiem przejścia przeciwciał do krążenia płodu i związania się z antygenami obecnymi na jego krwinkach. Z materiału pobranego od ojca wykonano oznaczenie grupy krwi: 0 RhD+ dodatni i fenotypu: ccEeK- Fy(a-b+) Jk(a-b+). Stwierdzono na jego krwinkach obecność obu antygenów odpowiedzialnych za immunizację ciężarnej. Z powodu wcześniejszych przetoczeń KKCz u pacjentki, nie można było jednoznacznie stwierdzić, że do immunizacji doszło na skutek przecieku płodowo-matczynego.

Rozpoczęto poszukiwania krwi o odpowiednim fenotypie w celu zabezpieczenia pacjentki na wypadek konieczności wykonania kolejnych przetoczeń, oraz krwi ORhD- ujemny o fenotypie cceeK-Fy(a-b+) Jk(a-b-) do ewentualnej transfuzji dopłodowej.

Do przetoczeń wewnątrzmacicznych, w celu zabezpieczenia dziecka stosuje się składniki krwi ubogoleukocytarne i napromieniowane. Użyty do ich wytworzenia KKCz nie może mieć więcej niż 5 dni od momentu poboru, a filtracja czyli usunięcie leukocytów musi zostać przeprowadzona do 48 godzin od momentu poboru, co stanowi dodatkową komplikację. Pracownicy pracowni konsultacyjnej czuwali nad ilością i jakością zabezpieczonych jednostek KKCz dla matki i dziecka. Po upływie dwóch tygodni, ze względu na ciągłe krwawienia, lekarze podjęli decyzję o konieczności wykonania kolejnej transfuzji u matki. Z dostarczonego materiału wykonano oznaczenie miana przeciwciał anty-Fya: 64 i anty-Jkb: 8 i wykonano próbę krzyżową z 4 jednostkami ubogoleukocytarnego koncentratu krwinek czerwonych (UKKCz). Miesiąc od momentu, w którym pacjentka po raz pierwszy została skierowana na badania do PK, lekarze podjęli decyzję o konieczności wykonania cięcia cesarskiego. Kobieta urodziła dziecko płci żeńskiej, skrajnego wcześniaka z niską wartością hemoglobiny: 11,5g/dl. Dziewczynka wymagała transfuzji uzupełniającej. Wykonano oznaczenie

grupy krwi noworodka: A RhD+ dodatni, BTA dodatni z odczynnikiem IgG [nie stwierdzono obecności podklas IgG1, IgG3]. Eluat wykonany z krwinek dziecka: ujemny, fenotyp: cceeK- Jk{a+b+}. Z powodu dodatniego BTA nie było możliwości oznaczenia fenotypu w układzie Duffy. Wykonano próbę krzyżową z surowicą matki i wydano odpowiedni KKCz do transfuzji uzupełniającej. Trzy dni później konieczne było wykonanie kolejnej transfuzji i było to ostatecznie wykonane przetoczenie. Dziewczynka nie wymagała więcej leczenia krwią.

Przypadek II

25-letnia ciężarna kobieta trafiła do szpitala z krwawieniem. W trakcie wykonywania badań przedtransfuzyjnych wykryto obecność przeciwciał w PTA. Próbkę krwi pacjentki przesłano do badań w Pracowni Konsultacyjnej RCKiK, celem identyfikacji przeciwciał i doboru KKCz do przetoczenia. W badaniach oznaczono fenotyp CceeK- i zdiagnozowano przeciwciała odpornościowe anty-K z układu Kell.

Przeciwciała anty-K z układu Kell są, po przeciwciałach anty-D, najczęstszym powodem występowania ChHPN. Mogą powodować ciężką anemię u płodu niezależnie od wysokości miana. Przeciwciała anty-K hamują czynność szpiku kostnego poprzez działanie na komórki progenitorowe erytrocytów. ChHPN wywołana obecnością przeciwciał anty-K może mieć ciężki przebieg. Ciężce powikłane wystąpieniem tych przeciwciał zazwyczaj muszą być leczone transfuzjami dopłodowymi. W porównaniu z przeciwciałami anty-D w przypadku przeciwciał anty-K transfuzje dopłodowe są potrzebne 3,5 razy częściej, a wykonanie pierwszej transfuzji jest konieczne około 3 tygodnie wcześniej. Często zdarza się również, że po porodzie stan noworodka wymaga leczenia krwią [14]. W przeciwieństwie do antygenu D profilaktyka zapobiegająca alloimmunizacji antygenem K w ciąży nie istnieje. Jedynym możliwym działaniem zapobiegającym immunizacji kobiet jest dobieranie do przetoczeń jednostek KKCz bez antygenu K wszystkim dziewczętom i kobietom do wieku menopauzalnego. Ze względu na niską częstość występowania antygenu K w naszej populacji (9%), jest to działanie, które w stosunkowo łatwy sposób może zabezpieczyć kobiety przed niepotrzebną immunizacją mogącą w istotny sposób wpływać na rozwój przyszłych ciąż.

Pacjentka wymagała transfuzji krwi. Wykonano próbę zgodności i przetoczono 2 jednostki KKCz zgodne fenotypowo w układzie Rh, bez antygenu K. Dwa dni później konieczne było podanie kolejnych 4 jednostek KKCz. Następnego dnia lekarze opiekujący się ciężarną zgłosili wystąpienie niepokojących objawów u pacjentki po przetoczeniu 10 ml jednej z jednostek KKCz. Pacjentka skarżyła się na dreszcze, nudności, wymioty i niepokój.

Do RCKiK dostarczono próbki krwi pacjentki wraz ze zgłoszeniem niepożądanego reakcji poprzetoczeniowej. Przeprowadzone w PK badania wykluczyły reakcję immunologiczną związaną z antygenami krwinek czerwonych jako przyczynę objawów. Zgodnie ze standardową procedurą w przypadku reakcji niepożądanego, surowica pacjentki została wysłana do pracowni immunogenetyki

układu HLA, gdzie w teście limfocytotoksycznym wykazano obecność przeciwciał przeciwleukocytarnych. Próbkę krwi pacjentki przesłano również do Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie. W celu zabezpieczenia pacjentki przed kolejnymi reakcjami niepożądanymi wydano wstępne zalecenia: przetaczanie filtrowanych jednostek KKCz. Poród nastąpił dwa dni później, a tydzień po zgłoszeniu reakcji niepożądanego pacjentka wymagała kolejnej transfuzji. Przetoczono 2 jednostki UKKCz zgodne fenotypowo w układzie Rh, bez antygenu K, bez powikłań.

Noworodek płci męskiej, w stanie ogólnym dobrym nie wymagał leczenia krwią po porodzie. Wykonano natomiast oznaczenie grupy krwi dziecka: B RhD+ dodatni, BTA dodatni z odczynnikiem anty-IgG (4+) oraz oznaczenie fenotypu: CcEeK-. Brak obecności antygenu K na krwinkach dziecka był dużym zaskoczeniem. W celu wyjaśnienia nieoczekiwanych wyników badań zlecono wykonanie badania ojca dziecka. U ojca stwierdzono grupę krwi AB RhD+ oraz fenotyp CcEeKK, co sugerowało, że dziecko powinno odziedziczyć antygen K od ojca. Z krwinek dziecka wykonano eluat z zastosowaniem kwaśnej glicyny; BTA po elucji był ujemny, a w elucie wykryto przeciwciała anty-K z układu Kell. Wątpliwości wzbudził fakt, w jaki sposób krwinki dziecka mogły zostać opłaszczane przeciwciałami anty-K, skoro na powierzchni jego erytrocytów nie wykryto antygenu K. Po upływie 3 miesięcy ponownie wykonano oznaczenie fenotypu dziecka. Wyniki okazały się sprzeczne z tymi otrzymanymi podczas pierwszego badania. Na krwinkach dziecka stwierdzono obecność antygenu K. Najprawdopodobniej alloprzeciwciała odpornościowe anty-K pochodzące od matki, silnie opłaszczły krwinki dziecka uniemożliwiając reakcję z odczynnikami anty-K, dlatego reakcje we wcześniejszym badaniu dały wynik ujemny. Pierwsza transfuzja uzupełniająca u dziecka z powodu niedokrwistości hemolitycznej została wykonana 6 tygodni po urodzeniu. Otrzymane z IHiT w Warszawie wyniki potwierdziły obecność przeciwciał anty-HLA klasy I i anty-HLA klasy II w surowicy matki. Wydane zostały zalecenia: przetaczanie filtrowanych jednostek KKCz oraz KKP od dawców z Krajowego Rejestru Dawców Krwi zgodnych w antygenach HLA klasy I.

Na podstawie stanu zdrowia noworodka oraz wcześniejszych doniesień można przypuszczać, że przeciwciała przeciwleukocytarne wykryte u matki mogły hamować hemolizę opłaszczonych erytrocytów dziecka, poprzez blokowanie receptorów FcγRI. Mogły one tym samym pełnić niejako funkcję ochronną w konflikcie serologicznym.

Przypadek III

Próbki krwi 34-letniej kobiety w czwartej ciąży trafiły do pracowni konsultacyjnej RCKiK. W przebiegu wcześniejszych ciąż pacjentka wytworzyła przeciwciała odpornościowe anty-D oraz anty-G z układu Rh. Z tego powodu już na początkowym etapie ciąży kobieta trafiła do poradni perinatologii i regularnie miała wykonywane badania w celu kontroli miana przeciwciał. Wyniki pierwszego badania miana przeciwciał: anty-D > 2048, anty-G: 16 wskazywały na utrzymujący się wysoki poziom przeciwciał po wcześniej

przebytych ciążach. Wykluczono obecność innych istotnych klinicznie przeciwciał odpornościowych.

W trakcie ciąży konieczne było wykonanie 9 transfuzji dopłodowych, do których dobrano KKCz O RhD- zgodną z fenotypem ciężarnej w dalszych układach grupowych: cceeK- Fy(a+b-) Jk(a+b-) MN Ss.

Antygen G należy do układu grupowego Rh i występuje na krwinkach czerwonych osób posiadających antygeny D lub C albo oba te antygeny. Biorąc pod uwagę wysoką częstotliwość ekspresji antygeny D, można stwierdzić, że większość ludzi posiada antygen G, nawet biorąc pod uwagę mniejszą ekspresję antygeny C. W przypadku pacjentów, którzy nie posiadają na powierzchni erytrocytów antygeny G może dojść do wytworzenia przeciwciał odpornościowych anti-G, które w badaniach będą wskazywały na swoistość do antygenów D i C. W celu identyfikacji przeciwciał skierowanych do antygeny G konieczne jest zastosowanie adsorpcji. Przeciwciała anti-G nie stanowią dużego problemu w przypadku transfuzji, ponieważ każda jednostka KKCz grupy RhD- bez antygeny C, może zostać bezpiecznie przetoczona. Konieczne jest jednak rozróżnienie tych przeciwciał od przeciwciał skierowanych do antygeny D w przypadku kobiet ciężarnych. Pacjentka która w przebiegu ciąży lub w wyniku transfuzji wytworzyła przeciwciała anti-G, ale nie wytworzyła przeciwciał do antygeny D powinna zostać objęta profilaktyką w zakresie antygeny D.

W przebiegu ciąży, w surowicy pacjentki wykryto kolejną swoistość przeciwciał. Zidentyfikowano przeciwciała anti-E z układu Rh o mianie 32, które biorąc pod uwagę, że do transfuzji dobierano krew zgodną fenotypowo musiały zostać wytworzone na skutek przecieku płodowo-matczynego.

W 31 tygodniu ciąży lekarze zdecydowali o konieczności wykonania cięcia cesarskiego. W celu zabezpieczenia noworodka przygotowano odpowiednią jednostkę KKCz do wykonania transfuzji bezpośrednio po porodzie. Okazało się jednak, że dziecko urodziło się w stanie ogólnym dobrym i nie wymagało leczenia krwią na tym etapie. Wykonanie pierwszej transfuzji było konieczne dopiero miesiąc po urodzeniu.

Dobry stan noworodka, który mimo wysokiego poziomu przeciwciał nie wymagał leczenia krwią po porodzie oraz wcześniejsze doświadczenia związane z obecnością przeciwciał przeciweukocytarnych u ciężarnych skłoniły pracowników PK do przekazania próbki do pracowni HLA. W wyniku przeprowadzonych badań wykryto obecność przeciwciał anti-HLA klasy I i anti-HLA klasy II. Jak w poprzednich przypadkach zaczęto się zastanawiać, czy dobry stan dziecka nie mógł po części być wynikiem obecności przeciwciał przeciweukocytarnych. Oczywiście należy zwrócić uwagę na to, że w trakcie ciąży wykonywano regularnie transfuzje dopłodowe, których skuteczność nie podlega dyskusji. Jednak należy rozważyć możliwość, że na stan dziecka mogła mieć również wpływ obecność przeciwciał anti-HLA obecnych w surowicy matki.

Dyskusja

Dyskusja nad konfliktem serologicznym matczyno-płodowym oraz wytwarzaniem przeciwciał anti-HLA u ciężarnych uwidacznia złożoność mechanizmów immunologicznych związanych z ciążą. Konflikt serologiczny jest dobrze zrozumianym zjawiskiem, szczególnie w odniesieniu do układu Rh i antygeny D. Należy jednak pamiętać o potencjalnej roli w konflikcie serologicznym antygenów z innych układów grupowych krwinek czerwonych. Opisane przypadki doskonale pokazują, że rutynowe badania na obecność przeciwciał odpornościowych w celu wykrycia alloimmunizacji istotnymi klinicznie antygenami krwinek czerwonych należy przeprowadzać u wszystkich kobiet w trakcie ciąży. Chociaż ChHPN w przypadku niezgodności w układach grupowych innych niż Rh i Kell zazwyczaj wykazuje łagodne objawy kliniczne i dobre rokowanie, to jednak może prowadzić do wystąpienia poważnych powikłań. Z tego powodu konieczne jest, aby monitorować miano przeciwciał u każdej kobiety, która w przebiegu ciąży wytworzyła przeciwciała odpornościowe.

Niewiele uwagi poświęca się przeciwciałom anti-HLA, które mogą powstawać podczas ciąży. Każda ciąża zwiększa ryzyko wytworzenia tych przeciwciał, co może mieć istotne znaczenie, nie tylko

	Przypadek I	Przypadek II	Przypadek III
Przeciwciała przeciwekocytarne	anty-Fya anty-Jkb	anty-K	anty-D anty-E anty-G
Niedokrwistość u ciężarnej	Tak	Tak	Nie
Transfuzje u ciężarnej	Tak	Tak	Nie
Przeciwciała przeciweukocytarne	anty-HLA klasy I anty-HLA klasy II	anty-HLA klasy I anty-HLA klasy II	anty-HLA klasy I anty-HLA klasy II
Antygen odpowiedzialny za immunizację ciężarnej na erytrocytach ojca	obecny	obecny	obecny
Antygen odpowiedzialny za immunizację matki na erytrocytach dziecka	obecny	obecny	nie badano
Transfuzje dopłodowe	Tak	Nie	Tak
BTA u dziecka	dodatni	dodatni	nie badano
Eluat z krwinek/erytrocytów dziecka	ujemny	dodatni	nie badano
Transfuzje uzupełniające	Tak	Tak	Tak
Postać ChHPN	łagodna	łagodna	łagodna

w kontekście przyszłych ciąż, ale także ewentualnych przeszczepów narządów. Obecność przeciwciał anti-HLA u ciężarnych kobiet stanowi poważne wyzwanie diagnostyczne i kliniczne, zwłaszcza w kontekście przetaczania krwi i monitorowania przebiegu ciąży. Przeciwciała anti-HLA mogą powodować reakcje nieswoiste w testach serologicznych, tak jak było to opisane w pierwszym przypadku. W diagnostyce kobiet ciężarnych, u których dochodzi do immunizacji antygenami krwinek czerwonych, obecność przeciwciał anti-HLA może utrudniać interpretację wyników. W takich przypadkach konieczne jest przeprowadzenie dodatkowych badań, takich jak testy w kierunku wykrycia przeciwciał antyleukocytarnych, aby odróżnić reakcje wynikające z alloimmunizacji antygenami czerwonych krwinek od odpowiedzi na inne antygeny.

Z drugiej strony, obecność przeciwciał anti-HLA może przynosić korzyści kliniczne, zwłaszcza w kontekście hemolizy erytrocytów płodu. Badania sugerują, że przeciwciała te mogą blokować receptory FcγRI na powierzchni monocytów płodu, co prowadzi do łagodzenia objawów hemolizy. Ta blokada receptorów FcγRI może dzia-

łać ochronnie, zmniejszając nasilenie ChHPN i poprawiając rokowania dla płodu. Choć ten efekt nie eliminuje ryzyka, to jednak może wpływać na łagodniejszy przebieg choroby i zmniejszyć liczbę transfuzji. Obecność przeciwciał anti-HLA w przedstawionych przypadkach (patrz tabela) może tłumaczyć występowanie łagodnej postaci ChHPN, mimo wysokiego miana przeciwciał.

Wnioski

Przeciwciała anti-HLA, które powstają u ciężarnych w wyniku kontaktu z antygenami płodu odziedziczonymi od ojca, mogą odgrywać potencjalnie ochronną rolę w kontekście ChHPN. Choć mechanizm ochronny przeciwciał anti-HLA nie jest jeszcze w pełni zrozumiany, badania sugerują, że w niektórych przypadkach mogą one łagodzić przebieg ChHPN. Jednak ze względu na złożoność układu immunologicznego matki i płodu oraz różne interakcje między przeciwciałami, potrzebne są dalsze badania, aby wyjaśnić te mechanizmy i lepiej zrozumieć ich potencjalne znaczenie kliniczne. ●

PIŚMIENNICTWO

- [1] Fabijańska-Mitek J, Bochenek-Jantczak D, Grajewska A. *Badania immunohematologiczne w transfuzjologii – kompendium*. Fundacja Pro Pharmacia Futura Warszawa 2023.
- [2] Fabijańska-Mitek J. *Przeciek płodowo-matczyny: skutki kliniczne i metody oceny*, „Acta Haematologica Polonica” 2011,42, Nr 3, str. 445–451.
- [3] Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 czerwca 2023 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.
- [4] Dębska M, Kretowicz P, Tarasiuk A, Dangel J, Dębski R. *Successful intrauterine treatment and good long-term outcome in an extremely severe case of fetal hemolytic disease*. J Ultrason. 2014 Jun;14(57):217–22. doi: 10.15557/JoU.2014.0021. Epub 2014 Jun 30. PMID: 26673879; PMCID: PMC4579700.
- [5] Korsak J, Łętowska M. *Transfuzjologia kliniczna*. Alfa Medica Press.
- [6] Fabijańska-Mitek J., Nowak J. *Immunogenetyczne podstawy doboru dawców oraz przeszczepiania komórek krwiotwórczych i narządów*. OINPHARMA Warszawa 2007.
- [7] Masson E, Vidal C, Deschamps M, Bongain S, Thevenin C, Dupont I, Rietmulder D, Pouthier F, Mongaillard G, Chabod J, Ferrand C, Tiberghien P, Rebibou JM. *Incidence and risk factors of anti-HLA immunization after pregnancy*. Hum Immunol. 2013 Aug;74(8):946–51. doi: 10.1016/j.humimm.2013.04.025. Epub 2013 Apr 27. PMID: 23628391.
- [8] Brady, C.A., Ford, L.B., Moss, C. et al. *Virtual crossmatching reveals upregulation of placental HLA-Class II in chronic histiocytic intervillitis*. Sci Rep 14, 18714 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41598-024-69315-5>.
- [9] Burbulla C, Llinàs-Mallol L, Vázquez S, Pérez-Sáez MJ, Arias-Cabrales C, Buxeda A, Hernandez JL, Riera M, Sanz S, Alari-Pahissa E, Federico-Vega J, Eguía J, Pascual J, Redondo-Pachón D, Crespo M. *Dynamics of HLA and angiotensin II type 1 receptor antibodies during pregnancy*. Hum Immunol. 2024 Mar;85(2):110749. doi: 10.1016/j.humimm.2024.110749. Epub 2024 Jan 18. PMID: 38238229.
- [10] Shepard SL, Noble AL, Filbey D, Hadley AG. *Inhibition of the monocyte chemiluminescent response to anti-D-sensitized red cells by Fc gamma RI-blocking antibodies which ameliorate the severity of haemolytic disease of the newborn*. Vox Sang. 1996;70(3):157–63. doi: 10.1111/j.1423-0410.1996.tb01315.x. PMID: 8740008.
- [11] Dooren MC, Kuijpers RW, Joekes EC, Huiskes E, Goldschmeding R, Overbeeke MA, von dem Borne AE, Engelfriet CP, Ouwehand WH. *Protection against immune haemolytic disease of newborn infants by maternal monocyte-reactive IgG alloantibodies (anti-HLA-DR)*. Lancet. 1992 May 2;339(8801):1067–70. doi: 10.1016/0140-6736(92)90661-I. PMID: 1349101.
- [12] Reid M.E., Lomas-Francis Ch., Olsson M., *The Blood Group Antigen Facts Book*.
- [13] Velasco Rodríguez D, Pérez-Segura G, Jiménez-Ubieto A, Rodríguez MA, Montejano L. *Hemolytic disease of the newborn due to anti-jkb: case report and review of the literature*. Indian J Hematol Blood Transfus. 2014 Jun;30(2):135–8. doi: 10.1007/s12288-012-0202-7. Epub 2012 Oct 9. PMID: 24839369; PMCID: PMC4022923.
- [14] Luken JS, Folman CC, Lukens MV, Meekers JH, Ligthart PC, Schonewille H, Zwaginga JJ, Janssen MP, van der Schoot CE, van der Bom JG, de Haas M. *Reduction of anti-K-mediated hemolytic disease of newborns after the introduction of a matched transfusion policy: A nation-wide policy change evaluation study in the Netherlands*. Transfusion. 2021 Mar;61(3):713–721. doi: 10.1111/trf.16276. Epub 2021 Feb 2. PMID: 33528025; PMCID: PMC7986406.



● Marta Witkowska¹



● Monika Sienkiewicz¹



● Magdalena Zapalska²

¹ Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, Szpital Powiatowy im. Marii Skłodowskiej-Curie w Skarżysku-Kamiennej

² Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej, Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przysusze

MARKERY SEROLOGICZNE WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU B

Wirusowe zapalenie wątroby stanowi globalny problemem zdrowotny, który dotyka setek milionów ludzi i jest związany ze znaczną śmiertelnością. Scharakteryzowano szczegółowo pięć głównych wirusów pierwotnie hepatotropowych: wirus zapalenia wątroby typu A (HAV), wirus zapalenia wątroby typu B (HBV), wirus zapalenia wątroby typu C (HCV), wirus zapalenia wątroby typu D (HDV) i wirus zapalenia wątroby typu E (HEV). Różnią się one budową, drogami przenoszenia i przebiegiem zakażenia. Podczas, gdy każdy z nich może powodować ostre zapalenie wątroby, tylko HBV, HDV i HCV powodują zapalenie wątroby typu przewlekłego [1, 2].

Według danych World Health Organization (WHO) w 2022 roku liczba osób zakażonych wirusem zapalenia wątroby typu B, osiągnęła na świecie 254 milionów i odnotowano 1,2 miliona nowych zakażeń. Liczbę zgonów szacuje się na około 1,1 miliona rocznie, głównie z powodu marskości wątroby i raka wątrobowokomórkowego, co stanowi 83% wszystkich zgonów z powodu wirusowego zapalenia wątroby [3].

W niniejszym artykule przedstawiono możliwości diagnozowania i interpretację wyników markerów serologicznych w przebiegu wirusowego zapalenia wątroby typu B.

WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU B

Etiopatogeneza

Czynnikiem etiologicznym choroby jest wirus zapalenia wątroby typu B, który powoduje uszkodzenie hepatocytów. Jedynym rezerwuarem wirusa jest człowiek, możliwe jest nosicielstwo [4].

Drogi zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B		
parenteralna	wertykalna	płciowa
na skutek kontaktu z krwią i zanieczyszczonymi narzędziami	z matki na dziecko	podczas kontaktów seksualnych z osobą zarażoną

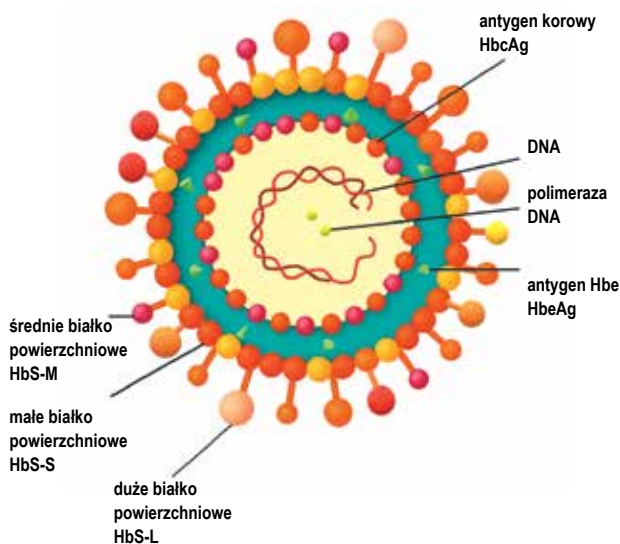
Tab.1.
Drogi zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B [4]

Wśród czynników ryzyka nabycia zarażenia można wymienić bliski kontakt z chorym na WZW typu B (wspólne mieszkanie, partner seksualny), inwazyjne procedury diagnostyczne lub lecznicze, leczenie preparatami krwi, hemodializę, tatuaże i inne zabiegi z naruszeniem ciągłości skóry, wielu partnerów seksualnych, przyjmowanie dożylnych środków psychoaktywnych, narażenie zawodowe na kontakt z krwią i płynami ustrojowymi. Okres wylęgania wirusa wynosi 30-180 dni, średnio jest to 70–80 dni [4].

Budowa wirusa HBV

Wirus zapalenia wątroby typu B (WZW B, ang. *Hepatitis B virus*, HBV) należy do rodziny Hepadnaviridae, jest niewielkim (42 nm), otoczkowym wirusem, który zawiera genom DNA o niepełnej podwójnej nici. Formą zakaźną HBV jest cząsteczka Dane'a, czyli dojrzała postać wirionu (Ryc. 1). Wewnątrz cząsteczki znajduje się kinaza białkowa, polimeraza DNA oraz wirusowe DNA, otoczone białkowym kapsydem zawierającym antygeny Hbc (ang. *core antigen*, antygen rdzeniowy) i HBe (ang. *antigen e*, antygen e). Zewnętrzną część tworzy natomiast otoczka z wbudowanym antygenem powierzchniowym wirusa HBsAg (ang. *surface antigen*, antygen powierzchniowy), występującym w trzech białkowych formach – HBs-S, HBs-M, HBs-L. HBsAg zawiera regiony, za pomocą których cząsteczki wirusa przyłączają się do błony komórkowej oraz epitopy rozpoznawane przez przeciwciała [4, 5].

Ryc. 1. Struktura wirusa HBV [6]



Zakażenie HBV może przebiegać w sposób ostry lub przewlekły, objawowy lub bezobjawowy i zależy od odpowiedzi układu immunologicznego osoby zakażonej. Wirus rozpoczyna replikację w komórkach wątroby w ciągu 3 dni od wnikięcia, wywołując początkowo niewielki efekt cytopatyczny. Objawy mogą pojawić się po około 45 dniach, w zależności od dawki wirusa, drogi zakażenia i ogólnego stanu zdrowia osoby zakażonej [5].

Ostre wirusowe zapalenie wątroby typu B

Na wczesnym etapie zachorowania (ostre WZW typu B) istotną rolę odgrywa silna odpowiedź cytotoksyczna limfocytów T i komórek NK (ang. *natural killers*, naturalna komórka cytotoksyczna) oraz niszczenie hepatocytów przez cytokiny. Objawy tej fazy są wspólne dla wielu zakażeń wirusowych (tzw. objawy grypopodobne) i obejmują: gorączkę z dreszczami, złe samopoczucie, zmęczenie, nudności, wymioty, a także bóle mięśni i stawów. W wyniku uszkodzenia hepatocytów następuje wzrost w surowicy aktywności transferazy alaninowej (ALT) i stężenia bilirubiny, co objawia się wystąpieniem żółtaczki. Silna odpowiedź układu immunologicznego jest odpowiedzialna za wystąpienie symptomów, ale też skutkuje eliminacją zainfekowanych hepatocytów, co prowadzi do wyzdrowienia. Około 5% przypadków ostrego WZW typu B przechodzi w fazę przewlekłą [4, 5].

Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B

Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B definiowane jest jako trwająca powyżej 6 miesięcy choroba wątroby, charakteryzująca się zmianami martwiczo-zapalnymi, wywołana przetrwałym zakażeniem HBV [4]. Rozwój przewlekłego zapalenia wątroby związany jest ze zbyt słabą odpowiedzią immunologiczną na antygeny wirusa. Niedostateczna reakcja limfocytów T powoduje wystąpienie łagodnych objawów (uczucie zmęczenia, brak apetytu), brak eliminacji infekcji i rozwój przewlekłego zapalenia z postępującym uszkodzeniem narządu, które może prowadzić do rozwoju marskości, niewydolności lub raka wątroby. Szczególnie narażone na taki przebieg choroby są niemowlęta i małe dzieci, które posiadają niedojrzałą odporność typu komórkowego i mają mniejszą zdolność do zwalczania zakażenia. Szacuje się, że do 90% dzieci zakażonych w okresie okołoporodowym pozostaje przewlekłymi nosicielami wirusa [5].

MARKERY SEROLOGICZNE

Diagnostyka serologiczna zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu B jest wieloparametrowa i pozwala określić fazę infekcji. Wykrywając przeciwciała i antygeny pojawiające się podczas zakażenia wirusem HBV, można ustalić, czy ma ono charakter ostry, przewlekły czy przebyty, oraz precyzyjnie określić stan odporności poszczepiennej [7]. Do oznaczania antygenów i przeciwciał w wirusowym zapaleniu wątroby można stosować metody:

- immunoenzymatyczne (EIA),
- immunochemiczne (CLIA)
- immunoelektrochemiluminescencyjne (ECLIA) [8].

Materiałem najczęściej używanym do testów jest surowica lub osocze (otrzymane z krwi pełnej pobranej do probówek z cytrynianem sodu lub EDTA). Raport laboratoryjny jest podawany ilościowo, jako wartości sygnału na punkt odcięcia (S/Co) lub ilościowo jako jednostki międzynarodowe (IU). Za pomocą testów serologicznych mamy możliwość wykrycia antygenów wirusa (HBsAg, HBeAg) oraz przeciwciał wytworzonych dzięki odpowiedzi humoralnej (anty-HBc, anty-HBe, anty-HBs) [8].

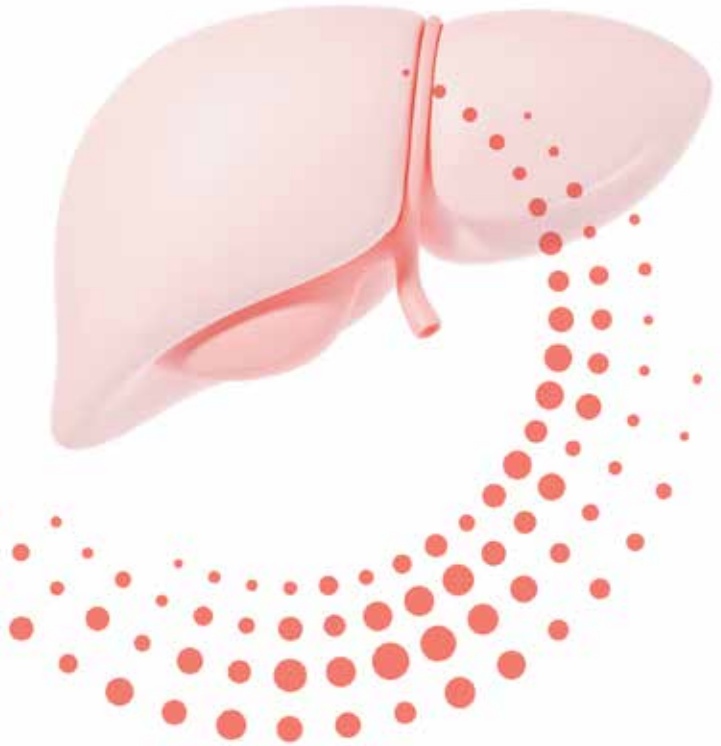
Charakterystyka antygenów i przeciwciał wykrywanych w testach serologicznych

- **HBsAg** – białko otoczki, które jest obecne na powierzchni wirionu. Wykrycie HBsAg w surowicy wskazuje na aktywne zakażenie, jest on powszechnie wykorzystywany w diagnostyce zakażeń HBV i badaniach przesiewowych (u dawców krwi i ciężarnych). HBsAg jest zwykle wykrywany jako pierwszy wskaźnik zakażenia (w 4–12 tyg.) i poprzedza zwiększenie aktywności aminotransferaz (o 1–3 tyg.). W okresie okna immunologicznego HBsAg może być niewykrywalny. Dodatni wynik HBsAg utrzymujący się powyżej sześciu miesięcy, świadczy o przejściu zakażenia w fazę przewlekłą [7, 8].
- **HBeAg** – jest podjednostką antygeny rdzeniowego HBV, jego obecność skorelowana jest z aktywną replikacją wirusa i wskazuje na wysoką zakaźność pacjenta. W surowicy pojawia się on krótko po HBsAg i w ostrym WZW typu B utrzymuje się przez 3–9 tygodni. HBeAg zanika zawsze przed HBsAg. W przypadku mutacji HBV, pomimo replikacji wirusa nie stwierdza się obecności HBeAg w surowicy [7].
- **anty-HBc** – są to przeciwciała produkowane przez organizm w odpowiedzi na kontakt z antygenem korowym c (HBc) wirusa. Wykrycie przeciwciał anty-HBc potwierdza narażenie na HBV i wskazuje na ostrą, przewlekłą lub przebytą infekcję, ale nie na odporność wywołaną szczepieniem. Anty-HBc w klasie IgM są pierwszymi przeciwciałami, które można wykryć w surowicy pacjenta zakażonego HBV (już 2 tyg. po pojawieniu się HBsAg) i utrzymują się około 6 miesięcy od infekcji, anty-HBc w klasie IgG pojawiają się kilka tygodni po anty-HBc IgM i utrzymują się przez wiele lat, wskazując na kontakt z wirusem HBV [7, 8].
- **anty-HBe** – są wykrywalne po zaniku HBeAg, pojawienie się tych przeciwciał wskazuje na niski poziom replikacji wirusa i jest dowodem na ustąpienie zakażenia.
- **anty-HBs** – obecność przeciwciał anty-HBs wskazuje na wyzdrowienie i uodpornienie, zarówno w wyniku szczepienia, jak i wcześniejszego zakażenia HBV. Do oznaczeń przeciwciał anty-HBs, zaleca się stosowanie testów ilościowych, które pozwalają ocenić stężenie wyrażane w IU/l. Wynik >10 IU/l wskazuje na skuteczności cyklu szczepienia przeciwko WZW typu B [7, 8].

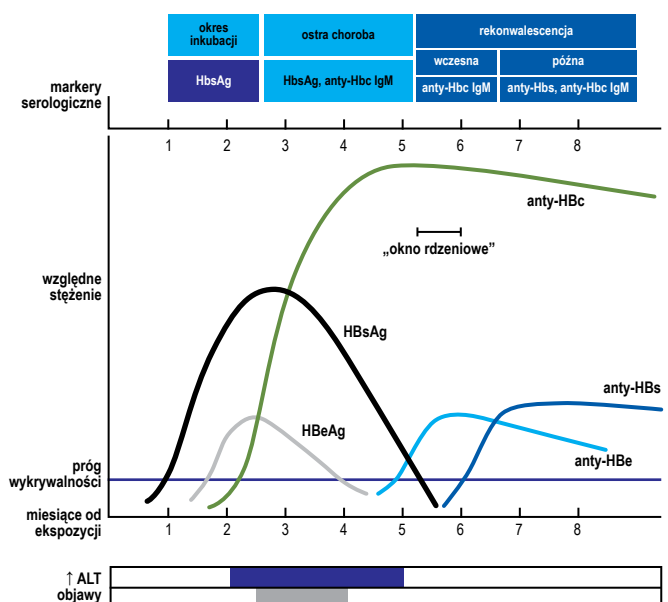
Profil antygenów i przeciwciał

Dynamika pojawiania się i zanikania antygenów oraz przeciwciał jest kluczowym narzędziem w monitorowaniu odpowiedzi immunologicznej. Dzięki znajomości profilu markerów serologicznych, można ustalić w jakim okresie zachorowania znajduje się pacjent, a także ustalić rokowanie (Ryc. 2).

W początkowej fazie zakażenia (ostra infekcja) w surowicy obecne są: HBsAg, HBeAg, przeciwciała anty-HBc klasy IgM oraz odnotowuje się kilkukrotnie podwyższone wartości ALT. Oznaczenie anty-HBc IgM jest bardzo istotne w ocenie zachorowania, gdyż występują one w tzw. oknie rdzeniowym. Jest to okres zachorowania, w którym stężenie antygeny HBs jest już poniżej progu



Ryc. 2. Serologiczne markery ostrego zakażenia HBV [4] (HBsAg – antygen HBs, HBeAg- antygen HBe, anty-HBc – przeciwciała przeciwko antygenowi c, anty-HBs – przeciwciała przeciwko antygenowi s, anty-HBe – przeciwciała przeciwko antygenowi e)



wykrywalności w testach, z kolei przeciwciała anti-HBs dopiero się pojawiają i nie są jeszcze wykrywane (Ryc. 2).

Kolejnym etapem diagnostyki jest ciągłe monitorowanie markerów serologicznych, w celu dalszej oceny rozwoju zakażenia. Wzorce serologiczne w infekcji wirusowego zapalenia wątroby typu B wraz z ich interpretacją przedstawiono w Tabeli 2.

Tab. 2. Typowe wzorce serologiczne w infekcji HBV [4]

Wzorce serologiczne – typowe	Interpretacja
HBsAg (+) HBeAg (+) anti-HBs IgM (+)	ostre WZW typu B, okres wczesny
HBsAg (+) HBeAg (+) anti-HBs IgM (-)	nosiciel HBsAg, duża zakaźność
HBsAg (+) HBeAg (-) anti-HBs IgM (+)	ostre WZW typu B, okres późny
HBsAg (+) HBeAg (-) anti-HBs IgM (-)	nosiciel HBsAg, mała zakaźność
HBsAg (-) anti-HBc IgM (-) anti-HBc (+) anti-HBs (-)	przebyte WZW typu B bez anti-HBs lub nosiciel Hbs (małe miano antygenu)
HBsAg (-) anti-HBc IgM (-) anti-HBc (+) anti-HBs (+)	przebyte WZW typu B, odporność
HBsAg (-) anti-HBc IgM (-) anti-HBc (-) anti-HBs (+)	osoba zaszczepiona przeciwko WZW typu B

Pojawienie się przeciwciał anti-HBe oraz anti-HBs dobrze rokuje i wykazuje na prawidłową odpowiedź układu odpornościowego. Natomiast, aby uznać zakażenie HBV jako przewlekłe, antygen HBsAg musi być wykrywany we krwi, przez co najmniej 6 miesięcy oraz muszą pojawić się przeciwciała anti-HBc. Z kolei antygen HBe może być wykrywalny w okresie dużej zakaźności [4].

Za remisję zakażenia możemy uznać moment, w którym w surowicy zakażonego pojawią się przeciwciała anti-HBe oraz anti-HBs [4, 9].

Trudności w interpretacji wyników i możliwe interferencje

Zdarzają się przypadki, w których na podstawie otrzymanych wyników badań trudno jest ustalić fazę choroby. Najczęstsze przyczyny otrzymania wyników odbiegających od typowych wzorców przedstawiono w Tabeli 3.

Tab. 3.

zmienność genotypowa wirusa	Cząsteczka HbsAg zbudowana jest z deteminanty antygenowej a, której towarzyszy jedna z czterech innych determinant [d, y, w, r] [4]. Zakażenie dwoma różnymi podtypami HBsAg lub zmieniona budowa/konformacja białka HBs, spowodowana mutacjami w genomie wirusa, może być przyczyną otrzymywania wyników fałszywie ujemnych w testach komercyjnych [10].
powstawanie kompleksów antygen-przeciwciała	Wiązanie przeciwciał z antygenami in vivo. W czasie objawowej fazy zakażenia wykrycie przeciwciał anti-HBe i anti-HBs może być niemożliwe, ponieważ są one związane z antygenem w postaci kompleksu immunologicznego [10].
nieprawidłowa odpowiedź immunologiczna pacjenta/ działanie leków wpływających na układ odpornościowy	Stosowanie leków immunomodulujących lub immunosupresyjnych może powodować m.in. hamowanie proliferacji limfocytów (glikokortykosteroidy) oraz hamowanie aktywacji limfocytów (inhibitory kinaz tyrozynowych). Rytuksymab (przeciwciała przeciwko receptorowi CD20) powoduje niszczenie swoistych dla HBV limfocytów B, a w konsekwencji spadek liczby krążących przeciwciał anti-HBV, w tym też neutralizujących skierowanych przeciwko antygenowi HBs [9].
konieczność pobrania dwóch lub więcej próbek od pacjenta w odstępie czasu, w celu oceny dynamiki markerów	W monitorowaniu przebiegu zachorowania, kluczowe jest oznaczanie konkretnych antygenów/przeciwciał w odpowiednim okresie choroby. Nieprzestrzeganie odstępu w czasie, może utrudniać ocenę etapu zachorowania [10].

Nieuwzględnienie wyżej wymienionych warunków może spowodować błędną interpretację wyników, a tym samym prowadzić do niewłaściwej diagnozy [10]. Nietypowe wzorce serologiczne, odbiegające od spotykanych w infekcjach o klasycznym przebiegu wraz z ich interpretacją przedstawiono w Tabeli 4.

Tab. 4. Nietypowe wzorce serologiczne w infekcji HBV [4]

Wzorce serologiczne – nietypowe, rzadko spotykane	Interpretacja
HBsAg (-) anti-HBc IgM (+)	ostre WZW typu B, późny [5% przypadków]
HBsAg (+) anti-HBs (+)	formowanie kompleksów, zakażenie dwoma różnymi podtypami HBsAg – jeden wywołał nosicielstwo, a drugi uległ eliminacji
HBeAg (+) anti-HBe (+)	formowanie kompleksów, HBeAg i anti-HBe wykazują różne determinanty

PODSUMOWANIE

Interpretacja profilu serologicznego wymaga uwzględnienia dynamiki pojawiania się i zanikania antygenów (HBsAg, HBeAg) oraz przeciwciał (anty-HBc, anty-HBe, anty-HBs). Kluczowe znaczenie ma wykrywanie anty-HBc IgM w „oknie serologicznym”, które pozwala odróżnić wczesną fazę zakażenia od fazy zdrowienia. Utrzymywanie się HBsAg powyżej 6 miesięcy jest kryterium rozpoznania przewlekłego WZW typu B. W Tabeli 5 przedstawiono przykładową interpretację otrzymanych wyników.

W praktyce klinicznej:

- oznacza się HBsAg u kobiet w ciąży oraz dawców krwi jako badanie przesiewowe,
- po szczepieniu warto kontrolować poziom przeciwciał anty-HBs, zwłaszcza u osób z obniżoną odpornością,
- przy podejrzeniu ostrego WZW B konieczne jest badanie anty-HBc IgM,
- w monitorowaniu przewlekłego WZW B kluczowe są: HBsAg, HBeAg/anty-HBe oraz HBV DNA. ●

Tab. 5. Przykładowa interpretacja wyników oznaczeń antygenów i przeciwciał w infekcji wirusem HBV

HBsAg	HBeAg	anty-HBc IgM	anty-HBc IgG	anty-HBs	Interpretacja
+	+	+	-	-	Ostre WZW B – faza wczesna
+	-	+	+	-	Ostre WZW B – faza późna
+	+	-	+	-	Nosicielstwo, duża zakaźność
+	-	-	+	-	Nosicielstwo, mała zakaźność / przewlekłe WZW B
-	-	-	+	+	Przebyte zakażenie, odporność naturalna
-	-	-	-	+	Odporność poszczepienna
-	-	-	+	-	Przebyte zakażenie bez nabytej odporności (ryzyko reaktywacji)

Trudności w interpretacji wyników mogą wynikać m.in. z obecności mutacji wirusa, tworzenia kompleksów antygen–przeciwciało czy immunosupresji. Dlatego konieczne jest powtarzanie badań w odstępie czasu oraz zestawienie wyników z obrazem klinicznym i dodatkowymi testami (np. aktywność ALT, badania molekularne HBV DNA).

PIŚMIENNICTWO

- [1] Lanini S, Ustianowski A, Pisapia R, Zumla A, Ippolito G. Viral Hepatitis: *Etiology, Epidemiology, Transmission, Diagnostics, Treatment, and Prevention*. Infect Dis Clin North Am. 2019;33(4), 1045–1062.
- [2] Aguilera Guirao A, Romero Yuste S, Regueiro BJ. *Epidemiología y manifestaciones clínicas de las hepatitis virales [Epidemiology and clinical manifestations of viral hepatitis]*. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2006;24(4), 264–76.
- [3] *Global hepatitis report 2024: Action for access in low- and middle-income countries*. World Health Organization (WHO), <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091672> [dostęp 2025-03-25].
- [4] Szczeklik A, Gajewski P, *Interna Szczeklika*, Medycyna Praktyczna, 2019, Choroby wątroby 910–911.
- [5] Murray P.R, Rosenthal K.S, Pfaller M.A, red. wyd. pol. Przondo-Mordarska A, *Mikrobiologia*, Edra Urban & Partner, 2018, 622–625.
- [6] Opracowanie własne na podstawie: *Diagram of Hepatitis B virus particle structure*. Image Credit: Moonnoon / Shutterstock.
- [7] Szenborn L, *Blaski i cienie diagnostyki serologicznej chorób zakaźnych. Cz. 6: Wirusowe zapalenie wątroby typu A i B*. Medycyna Praktyczna, <https://www.mp.pl>, [dostęp 2025-03-25].
- [8] Guvenir M, Arkan A. *Hepatitis B Virus: From Diagnosis to Treatment*. Pol J Microbiol. 2020;69(4), 391–399.
- [9] Pawłowska M, Flisiak R, Gil L, Horban A, Hus I, Jaroszewicz J, Lech-Marañda E, Styczyński J, *Profilaktyka reaktywacji zakażeń HBV – rekomendacje grupy roboczej profilaktyki reaktywacji HBV*, Acta Haematologica Polonica, 2019, 192–198.
- [10] de Almeida Pondé R.A. *Detection of the serological markers hepatitis B virus surface antigen (HBsAg) and hepatitis B core IgM antibody (anti-HBcIgM) in the diagnosis of acute hepatitis B virus infection after recent exposure*. Microbiol Immunol. 2022;66(1), 1–9.
- [11] Flisiak R, Halota W, Jaroszewicz J, Juszczak J, Małkowski P, Pawłowska M, Piekarska A, Simon K, Tomasiewicz K, Wawrzynowicz-Syczewska M, *Zalecenia Polskiej Grupy Ekspertów HBV dotyczące leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B w 2018 roku*, Hepatologia, 2018; 18: 10–21.



● **dr n. med. Monika Pintał-Ślimak**
Prezes Krajowej Rady
Diagnostów Laboratoryjnych

W JEDNOŚCI SIŁA – STOP PRZEMOCY, CZYLI UMYŚLNEMU ZACHOWANIU, KTÓRE NARUSZA PRAWA DRUGIEGO CZŁOWIEKA

Przemoc wobec osób wykonujących zawody medyczne staje się coraz poważniejszym problemem społecznym. Tragiczne wydarzenia ostatnich miesięcy przypomniły nam, jak kruche bywa poczucie bezpieczeństwa w miejscu pracy i jak wielkiej potrzeby ochrony prawnej wymagają ci, którzy codziennie służą pacjentom. W obliczu tych zagrożeń konieczne są wspólne działania – legislacyjne, organizacyjne i środowiskowe – aby zapewnić poszanowanie godności i bezpieczeństwa tym, którzy ratują życie ludzkie, pracując na rzecz pacjenta.

Wobec okrutnych zdarzeń, jakie miały miejsce w tym roku, w tym śmierć osób wykonujących zawód zaufania publicznego, łączyliśmy się w bólu i wyrażaliśmy stanowczy sprzeciw wobec agresji oraz przemocy kierowanej do drugiego człowieka. Apelowaliśmy do decydentów o podjęcie skutecznych działań, w tym legislacyjnych, aby zapewnić ochronę praw i wolności obywatelskich – zarówno diagnostów laboratoryjnych, jak i innych pracowników ochrony zdrowia, a także pacjentów oraz osób przebywających w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych.

Będąc członkiem Ogólnopolskiego Porozumienia Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego, także wyrażaliśmy stanowczy protest przeciwko wszelkim formom agresji i przemocy wobec osób wykonujących zawód zaufania publicznego, apelując o przyjęcie rozwiązań służących poprawie skutecznego zapewnienia bezpieczeństwa.

W tym roku Prokurator Generalny – mając na uwadze narastającą agresję wobec przedstawicieli zawodów medycznych, po dokonaniu oceny dotychczasowej praktyki prokuratorskiej i analizie postulatów przedstawicieli zawodów medycznych – wydał nowe Wytyczne w sprawie prowadzenia postępowań o przestępstwa popełniane na szkodę osób udzielających świadczeń zdrowotnych. Sprawcy czynów popełnionych na szkodę osób udzielających

świadczeń zdrowotnych powinni być traktowani z należytą surowością w zakresie wymierzanych kar.

Wytyczne uwzględniają także konieczność podejmowania działań o charakterze prewencyjnym, mających zapobiegać popełnianiu przestępstw wobec osób wykonujących zawody medyczne. W tym celu prokuratorzy powinni składać wnioski o podanie wyroków skazujących do publicznej wiadomości.

Zgodnie z Wytycznymi, w Departamencie Postępowania Przygotowawczego Prokuratury Krajowej będą opracowywane coroczne sprawozdania ze ścigania przestępstw popełnionych na szkodę osób udzielających świadczeń zdrowotnych, wraz z wnioskami co do sposobu ich realizacji.

Źródło: Prokuratura Krajowa – Wytyczne Prokuratora Generalnego

Wytyczne Prokuratora Generalnego w sprawie prowadzenia postępowań o przestępstwa popełniane na szkodę osób udzielających świadczeń zdrowotnych – Prokuratura Krajowa – Portal Gov.pl

Potrzebne są rozwiązania, także legislacyjne, które pozwolą na skuteczniejszą walkę z niebezpiecznym zachowaniem. Potrzebujemy silniejszej ochrony prawnej. Konieczna jest ochrona osób wykonujących zawód medyczny oraz tych, którzy reagują na przemoc.

Stosowanie przemocy – naruszenie nietykalności, agresja fizyczna i słowna – powinno być surowo karane, a wyrok oraz sprawca upowszechnione. Tu jesteśmy wszyscy zgodni: większa ochrona należy się tym, którzy ratują zdrowie i życie, czy będąc świadkiem zdarzenia przeciwstawiają się przemocy. Działania prewencyjne, w tym także w zakresie wzmocnienia kar, mogą przyczynić się do wzrostu bezpieczeństwa.

Ważnym zagadnieniem jest, obok potrzeby wprowadzenia zmian legislacyjnych mających na celu wzmocnienie bezpieczeństwa wykonywania zawodu jest opracowanie standardów, materiałów edukacyjnych dotyczących postępowania w stosunku do agresywnych osób, szkolenia, akcje informacyjne. Konieczne jest także wypracowanie standardów zabezpieczeń w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych.

Jesteśmy w kontakcie z organami ścigania, odbyłam spotkania w naszej siedzibie z przedstawicielem Komendy Głównej Policji, Naczelnikiem mł. insp. Marcina Świątkowskiego z Wydziału Dochodzeniowo-Śledczego. Były to ważne spotkania – prezentacja naszego zawodu w kontekście zapewnienia skutecznej ochrony przed agresją i przemocą, identyfikacji zagrożeń oraz podjęcia niezbędnych kroków celem zapewnienia nam bezpieczeństwa, w tym działań prewencyjnych.

**Działajmy:
ZGŁOŚ – NIE CZEKAJ
RAZEM ZATRZYMAJMY AGRESJĘ
e-mail: zgloszenia.agresja@kidl.org.pl
<https://kidl.org.pl/news/view?id=8922>**

Wychodząc naprzeciw potrzebom – monitorowanie agresji jest konieczne – został założony nowy adres e-mail do zgłaszania przypadków agresji i nadużyć wobec diagnostów laboratoryjnych. Zapewniamy również pomoc prawną w trudnych sprawach. Każdy diagnosta laboratoryjny może zgłosić wszelkie przypadki agresji, nadużyć lub naruszeń w miejscu pracy za pośrednictwem poczty elektronicznej. Zgłaszane sprawy będą rejestrowane i niezwłocznie analizowane; na tej podstawie będą sporządzane raporty umożliwiające skuteczne postępowanie i współdziałanie z właściwymi organami.

Ujawniamy przypadki naruszeń, uświadamiamy skalę zagrożeń, zapobiegamy...

Podżeganie do przemocy – czyli inicjowanie lub inspirowanie innych do naruszenia prawa – wszelkie przejawy hejtu w przestrzeni publicznej, jakiegokolwiek formy agresji psychicznej czy fizycznej, naruszają prawa drugiego człowieka i nie mogą być bezkarne.

Zgłoszenia przyczynią się m.in. do rozpoznania skali problemu, opracowania materiałów edukacyjnych we współpracy z odpowiednimi organami.

Dezinformacja – coraz większe wyzwanie

Przemoc w każdej formie jest jednym z najpoważniejszych przejawów naruszeń podstawowych praw i wolności człowieka. Przemoc może przybierać wiele form. Obecnie dużym zagrożeniem jest dezinformacja jako forma przemocy.

Dezinformacja jest definiowana jako celowe, zmanipulowane treści rozpowszechniane w celu wprowadzenia odbiorców w błąd i osiągnięcia określonych celów. Często rozpowszechniają ją osoby, których celem jest podważanie zaufania lub wpływanie na decyzje w konkretnych sprawach.

Dezinformacja zagraża demokracji, ponieważ zniekształca debatę publiczną, prowadzi do polaryzacji społeczeństwa i utrudnia obywatelom podejmowanie świadomych decyzji wolnych od manipulacji i ingerencji.

Nieprawdziwe doniesienia mogą skutkować błędnym odbieraniem rzeczywistości i utrwaleniem się u odbiorców wadliwych przekonań, które trudno skorygować. Bądźmy czujni, weryfikujmy informacje u źródła.

Wychodząc naprzeciw potrzebom i w trosce o zapewnienie dostępu do wiarygodnych wiadomości oraz informacji u źródła – chciałabym w formule stałego bezpośredniego kontaktu (LIVE) dzielić się z Państwem bieżącymi sprawami. Dziękuję za dotychczasowe wspólne „Spotkania Live”.

Razem możemy więcej

Bezpieczeństwo i poszanowanie pracy diagnostów laboratoryjnych to nie tylko kwestia przepisów prawa, ale przede wszystkim wspólnej odpowiedzialności i solidarności. Każdy przypadek zgłoszony, każda reakcja na przemoc, każde wspólne działanie wzmacnia naszą pozycję i sprawia, że zawód diagnosty laboratoryjnego staje się jeszcze bardziej chroniony i szanowany.

Dezinformacja często nie polega na tworzeniu nieprawdziwych historii, tylko na przedstawianiu prawdziwych informacji, zdjęć lub wypowiedzi w oderwaniu od kontekstu, aby wprowadzić w błąd. W takich sytuacjach fakty mogą wydawać się wiarygodne, ale są wykorzystane do manipulacji. Jak zapobiec dezinformacji, jak rozpoznać dezinformację? Warto opierać się na wiarygodnych źródłach¹.

Nie możemy być obojętni wobec zniekształcenia, znieważenia, pomówienia, nawoływania do nienawiści.

W jedności tkwi siła. To dzięki wspólnemu zaangażowaniu możemy skutecznie przeciwstawiać się przemocy, agresji i dezinformacji. Budujemy środowisko oparte na szacunku, odpowiedzialności, etyce zawodowej i wspólnym działaniu – dla dobra diagnostów laboratoryjnych, pacjentów i całej społeczności systemu ochrony zdrowia. ●

¹ Rozpoznawanie dezinformacji: sześć taktik stosowanych do wprowadzania nas w błąd. Parlament Europejski <https://www.europarl.europa.eu/topics/pl/article/20250227ST027081/rozpoznawanie-dezinformacji-szesc-taktik-stosowanych-do-wprowadzania-nas-w-blad>

TRWAJĄ PRACE NAD RZETELNĄ OCENĄ POTENCJAŁU KADROWEGO MEDYCZNEGO LABORATORIUM DIAGNOSTYCZNEGO W KONTEKŚCIE POTRZEB SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W POLSCE



● **dr n.med. i n. o zdr.**
Katarzyna Ziółkowska
Wiceprezes Krajowej Rady
Diagnostów Laboratoryjnych
VI Kadencji

„[...] dzięki zbieranym danym można analizować zmiany, jakie zaszły, a także tworzyć prognozy dotyczące rozwoju potrzeb kadrowych w najbliższych latach [...]”.

Optymalne planowanie i przygotowanie kadr medycznych dla potrzeb systemu ochrony zdrowia oraz pacjentów, adekwatne do dynamicznie zmieniających się potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, stanowi jedno z kluczowych wyzwań w zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego. Proces ten wymaga długofalowej strategii, uwzględniającej zarówno prognozy demograficzne i epidemiologiczne, jak i zmiany organizacyjne, technologiczne oraz społeczne wpływające na funkcjonowanie ochrony zdrowia. Skuteczne zarządzanie zasobami ludzkimi w medycynie jest zatem nieodzownym elementem stabilności i efektywności systemu, warunkującym jakość oraz dostępność świadczeń zdrowotnych. Planowanie liczby poszczególnych specjalistów w systemie ochrony zdrowia, a także organizacja systemu kształcenia poprzedzone powinno być rzetelnym rozpoznaniem potrzeb zdrowotnych obywateli¹.

Istnieje potrzeba zastosowania systemowego podejścia oraz przeprowadzenia rzetelnych analiz opartych na wiarygodnych danych, które umożliwiłyby kompleksową ocenę obecnej sytuacji. Analizy te powinny wykazać, czy dostępne zasoby kadrowe, model kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego, a także organizacja pracy diagnostów laboratoryjnych są wystarczające do zaspokojenia aktualnych oraz prognozowanych potrzeb systemu ochrony zdrowia i pacjentów. Takie podejście stanowi podstawę do formułowania racjonalnych decyzji strategicznych, ukierunkowanych na zapewnienie ciągłości, jakości i bezpieczeństwa świadczeń diagnostycznych w perspektywie długoterminowej.

W Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych trwają prace Zespołu roboczego ds. analizy sytuacji diagnostów laboratoryjnych oraz innych zawodów znajdujących zastosowanie w ochronie zdrowia w zakresie kształcenia przeddyplomowego oraz zatrudnienia w medycznych laboratoriach diagnostycznych (MLD). Przewodnicząca Zespołu: dr n. med. i n. o zdr. Katarzyna Ziółkowska, Wiceprezes KRDL VI Kadencji. Członkowie Zespołu: mgr Piotr Brzyśkiewicz, dr n. farm. Dariusz Duma, dr n. med. Katarzyna Fischer, mgr Marzenna Gruszka dr n. farm. Gabriela Langner.

Zespół w powyższym składzie prowadzi prace nad kompleksową diagnozą stanu obecnego w oparciu o pozyskiwane dane, co będzie stanowiło podstawę merytoryczną dla opracowania założeń dla Raportu o stanie medycyny laboratoryjnej w Polsce, w tym o stanie kadrowym w laboratoriach medycznych w Polsce, kształceniu; określenie priorytetów rozwoju kadry oraz wyzwań stojących przed zabezpieczeniem potrzeb kadrowych. W ramach prowadzonej oceny wykorzystywane są dane dotyczące kadry pochodzące przede wszystkim z rejestru diagnostów laboratoryjnych i ewidencji medycznych laboratoriów diagnostycznych prowadzonych przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych, jak również udostępnione przez Prorektorów uczelni medycznych kształcących studentów na kierunku analityka medyczna oraz Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Analizie poddawane są informacje z rejestru systemu POL-on w zakresie danych:

- o liczbie kandydatów na I rok studiów (jednolite studia magisterskie) na kierunku „analityka medyczna” za rok akademicki 2025/2026;
- o liczbie studentów zarejestrowanych na semestr zimowy roku akademickiego 2025/2026, według stanu na dzień 31 października 2025 roku na kierunku „analityka medyczna” na jednolitych studiach magisterskich;
- dotyczących „limitu przyjęć” – liczba miejsc na kierunku „analityka medyczna” na jednolitych studiach magisterskich.

Optymalne planowanie i przygotowanie kadr medycznych dla potrzeb systemu ochrony zdrowia i pacjentów wymaga szczególnego uwzględnienia roli diagnostów laboratoryjnych jako kluczowej grupy zawodowej. Skuteczne decyzje strategiczne w tym obszarze muszą opierać się na obiektywnych, rzetelnych i łatwo porównywalnych danych, pozwalających na pełne zrozumienie dostępnych zasobów oraz potrzeb kadrowych. Konieczne jest opracowanie kompleksowej, perspektywicznej wizji kształcenia diagnostów laboratoryjnych, uwzględniającej zmiany w systemie ochrony zdrowia.

Prace nad opracowaniem propozycji zmian standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego

Pod kierunkiem dr hab. n. med. Katarzyny Winsz-Szczotki, prof. Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, w ramach Zespołu powołanego Zarządzeniem Ministra Zdrowia, prowadzone są priorytetowe prace nad opracowaniem propozycji zmian w stan-

¹ Ważniejsze wyniki kontroli NIK „Minister Zdrowia. Brak systemowego podejścia do przygotowania kadr medycznych i tworzenia warunków dla ich rozwoju”, Informacja o wynikach kontroli. Zasoby kadry medycznej w systemie ochrony zdrowia, NIK 30.03.2023.



● **Anna Lipnicka**
Wiceprezes Krajowej Rady
Diagnostów Laboratoryjnych VI Kadencji

dardzie kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego, ze szczególnym uwzględnieniem:

- 1) przeprowadzenia analizy standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego oraz opracowanie propozycji zmian zestawu efektów kształcenia w zakresie wiedzy i umiejętności pod kątem dostosowania ich do aktualnych potrzeb rynku pracy;
- 2) sprecyzowanie kompetencji zawodowych absolwentów jednolitych studiów magisterskich na kierunku analityka medyczna;
- 3) opracowanie propozycji zmian dotyczących zajęć praktycznych i praktyk zawodowych².

Analiza zasobów kadry medycznej w systemie ochrony zdrowia w medycznych laboratoriach diagnostycznych jest niezbędna dla efektywnego planowania personelu i zapewnienia odpowiedniej liczby wykwalifikowanych pracowników. Kluczowym zagadnieniem pozostaje kształcenie przyszłych kadr, obejmujące działalność uczelni, funkcjonowanie systemów rekrutacyjnych – w tym limity przyjęć na studia – oraz programy kształcenia uwzględniające standardy i wymogi jakościowe.

Na poziomie podmiotów leczniczych istotne znaczenie mają zarządzanie personelem, organizacja i warunki pracy oraz przestrzeganie obowiązujących standardów jakości. Sprawność funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej zależy od wielu podmiotów, co wymaga ich ścisłej współpracy i koordynacji działań.

Nieodrzeczne jest przyjęcie systemowego podejścia do przygotowania kadr medycznych oraz tworzenia warunków sprzyjających ich rozwojowi³. ●

² Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 marca 2025 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania propozycji zmian standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego.

³ Informacja o wynikach kontroli. Zasoby kadry medycznej w systemie ochrony zdrowia, NIK 30.03.2023.

KRAJOWA IZBA DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH BENEFICJENTEM PROJEKTU

Kursy dla diagnostów laboratoryjnych i pozostałych zawodów medycznych w diagnostyce i terapii chorób
Projekt numer FERS.01.13-IP.07-0025/25

Otrzymałyśmy pozytywny wynik oceny merytorycznej wniosku o dofinansowanie złożonego w ramach naboru niekonkurencyjnego w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego [FERS], pn. **Kursy dla diagnostów laboratoryjnych i pozostałych zawodów medycznych w diagnostyce i terapii chorób** – nastąpiło przyjęcie wniosku do dofinansowania¹. W grudniu br. jest planowany termin podpisania umowy z Ministerstwem Zdrowia, w imieniu Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych przez Prezesa KRDL dr n.med. Monikę Pintał-Ślimak².

Wartość projektu zgodnie z wnioskiem o dofinansowanie wynosi 34 225 144,80 PLN i jest równa kwocie wydatków kwalifikowalnych w projekcie, w tym wartość dofinansowania wynosi 33 198 390,46 PLN.

Celem jest podniesienie kompetencji zawodowych diagnostów laboratoryjnych oraz pozostałej kadry medycznej pracującej w medycznych laboratoriach diagnostycznych; projekt polegający na realizacji cyklu kursów zawodowych, odpowiadających na zidentyfikowane potrzeby edukacyjne.

Okres realizacji projektu: styczeń 2026 r. – październik 2028 r.

Wstępne informacje o projekcie zostały przekazane na spotkaniu 16.12. 2025 r. [LIVE poświęcony aktualnym i istotnym sprawom naszego środowiska] z Prezes KRDL dr n.med. Moniką Pintał-Ślimak.

Szczegółowe informacje dotyczące opisu Projektu będą na bieżąco przekazywane, zostaną przekazane, zamieszczone po podpisaniu umowy, m.in. na stronie internetowej KIDL oraz na stronach mediów społecznościowych.

Chciałabym skierować słowa podziękowania za zaangażowanie i wsparcie przy pracach nad wnioskiem o dofinansowanie projektu do tych Wszystkich, którzy poświęcili swój czas, dzieląc się wiedzą i kompetencjami, co przyczyniło się do pozytywnej oceny naszego wniosku. Jeszcze raz serdecznie dziękujemy.

Przy tej okazji pozwolę sobie złożyć najlepsze życzenia. Niech czas zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia i Nowego Roku będzie czasem wyjątkowym. Niech się dzieje wszystko co dobre, niech radość towarzyszy w te świąteczne dni, a w Nowym Roku niech się darzy... Do zobaczenia przy realizacji Projektu. Zapraszam do śledzenia naszej strony internetowej. ●

¹ <https://www.rozwojspoleczny.gov.pl/strony/aktualnosci/wyniki-oceny-wnioskow-w-naborze-kursy-dla-diagnostow-laboratoryjnych-i-pozostalych-zawodow-medycznych-w-diagnostyce-i-terapii-chorob/>.

² W czasie pisanie niniejszej informacji trwały przygotowania do podpisania umowy o dofinansowanie.

VI Kadencja XIX Posiedzenie KRDL
Uchwała Nr 241/VI/2025 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych
z dnia 28 października 2025 roku w sprawie Regulaminu gazety – „Diagnosta Laboratoryjny”

Na podstawie art. 88 pkt 9 lit. e ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1295) w związku z uchwałą Nr 30/2022 VI Krajowego Zjazdu Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 16 grudnia 2022 r. w sprawie wytycznych działania samorządu diagnostów laboratoryjnych i organów KIDL na lata 2023-2026 w związku z uchwałą Nr 93/V/2020 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 29 maja 2020 roku w sprawie wydawania gazety „Diagnosta Laboratoryjny” wyłącznie w formie elektronicznej oraz w związku z uchwałą Nr 68/VI/2023 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 24 lutego 2023 roku w sprawie powołania Redaktora Naczelnego oraz członków zespołu redakcyjnego gazety „Diagnosta Laboratoryjny” Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych uchwala, co następuje:

§ 1.

Uchwala się Regulamin gazety – „Diagnosta Laboratoryjny” w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Traci moc obowiązującą Załącznik nr 2 do uchwały nr 38/III/2011 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 9 września 2011 roku¹ w sprawie udziału w kosztach za umieszczanie informacji o konkursach i przetargach dotyczących świadczeń zdrowotnych na stronie internetowej Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych oraz prezentacji obrazów i treści zgłoszonych do publikacji w Gazecie KIDL „Diagnosta Laboratoryjny”.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Niniejsza uchwała została podjęta przy udziale 30 członków Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych na ogólną liczbę 38 członków:

- 1) za uchwałą – 30
- 2) przeciw uchwale – 0
- 3) wstrzymało się – 0

Imienny wykaz głosów stanowi załącznik do uchwały.

Sekretarz KRDL Mateusz Józef Chmielarz
Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintal-Ślimak

Załącznik do uchwały Nr 241/VI/2025 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 28 października 2025 roku w sprawie Regulaminu gazety – „Diagnosta Laboratoryjny”

Regulamin Gazety – „Diagnosta Laboratoryjny”

§ 1.

Słowniczek pojęć

Ileć w niniejszym Regulaminie jest mowa o:

- 1) Gazecie należy przez to rozumieć gazetę „Diagnosta Laboratoryjny”;
- 2) KIDL należy przez to rozumieć Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych;
- 3) KRDL należy przez to rozumieć Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
- 4) PKRDL należy przez to rozumieć Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych;
- 5) Prezesie KRDL należy przez to rozumieć Prezesa Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych;
- 6) Redakcji należy przez to rozumieć zespół redakcyjny Gazety;
- 7) Redaktorze należy przez to rozumieć Redaktora Naczelnego Gazety;
- 8) Regulaminie należy przez to rozumieć niniejszy Regulamin gazety – „Diagnosta Laboratoryjny”.

§ 2.

Postanowienia ogólne

1. Niniejszy Regulamin Gazety – „Diagnosta Laboratoryjny” określa ogólne zasady wydawania oraz funkcjonowania gazety „Diagnosta Laboratoryjny”. Ponadto niniejszy Regulamin określa udział w kosztach reklamodawców z tytułu prezentacji obrazu i treści na szpaltach Gazety „Diagnosta Laboratoryjny”.
2. Gazeta jest recenzowanym czasopismem (ISSN: 2084-1663) wydawanym przez KIDL w języku polskim poświęconym tematyce funkcjonowania Samorządu Diagnostów Laboratoryjnych, zagadnieniom dotyczącym medycyny laboratoryjnej oraz aktualnym zagadnieniom prawa medycznego dotyczącym zasad i warunków wykonywania czynności medycyny laboratoryjnej oraz zasad i warunków wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego.
3. Zgodnie z uchwałą Nr 93/V/2020 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 29 maja 2020 roku w sprawie wydawania gazety „Diagnosta Laboratoryjny” wyłącznie w formie elektronicznej Gazeta kierowana do diagnostów laboratoryjnych wydawana jest wyłącznie w formie elektronicznej.
4. Dopuszcza się wydawanie Gazety w formie papierowej mając na względzie cele promocyjne oraz obowiązek przekazania uprawnionym bibliotekom egzemplarzy obowiązkowych Gazety zgodnie z przepisami art. 3 oraz art. 5 ustawy z dnia 7 listopada 1996 o obowiązkowych egzemplarzach bibliotecznych (Dz.U. z 2018 r. poz. 545) w liczbie nieprzekraczającej 200 egzemplarzy przypadających na jeden numer.
5. Wersja elektroniczna Gazety zamieszczana jest na stronie internetowej KIDL w zakładce Gazeta: <https://kidl.org.pl/>. Obie wersje czasopisma są tożsame. Pełne wersje artykułów ukazują się w języku polskim zgodnie z wersją przysланą i zaakceptowaną przez autorów.
6. Gazeta ukazuje się cztery razy w roku.
7. W Gazecie publikuje się artykuły takie jak:
 - 1) prace oryginalne (artykuł naukowy prezentujący wyniki oryginalnych badań);
 - 2) przeglądowe (artykuł naukowy stanowiący podsumowanie aktualnego stanu wiedzy w danym obszarze badawczym, niezawierający oryginalnych wyników badań);
 - 3) komunikaty (krótki, zwykle 1 do 3 stron artykuł naukowy opisujący wstępne rezultaty badań).
8. Ponadto w Gazecie publikowane są też aktualności z działalności oraz wydarzeń KIDL, komunikaty oraz Informator Diagnosty.
9. Koszty wydawania Gazety pokrywa KIDL.
10. W proces wydawania Gazety zaangażowany jest Redaktor oraz członkowie zespołu redakcyjnego (Redakcja).
11. Redaktora oraz członków zespołu redakcyjnego powołuje KRDL.
12. Wszelkie decyzje dotyczące ostatecznej zawartości merytorycznej Gazety podejmuje Redaktor.
13. Redaktor ponosi odpowiedzialność za wszystkie treści publikowane w Gazecie.

§ 3.

Wymogi opublikowania artykułu w Gazecie

1. Ze względu na charakter Gazety, Redakcja przyjmuje jedynie artykuły, których pierwszym autorem jest diagnosta laboratoryjny oraz dopuszcza współautorstwo osób, które nie są diagnostami laboratoryjnymi. W innym przypadku artykuł nie będzie w ogóle przekazany do oceny merytorycznej.

2. Redakcja przyjmuje artykuły od autorów pocztą elektroniczną na adres mailowy Redaktora, poprzez załączenie manuskryptu pracy.
3. Warunkiem koniecznym przyjęcia przez Redakcję artykułu od autora jest rzetelne i terminowe regulowanie należności składkowych wobec KIDL.
4. Artykuł powinien zostać sporządzony w programie do edycji tekstu, takim jak Microsoft Word, zapisany w formacie doc/docx. Interlinia powinna wynosić 1,5 wiersza, a wszystkie strony w dokumencie powinny być numerowane. Tekst powinien być justowany, korzystając z czcionki Arial o rozmiarze 11. Wszystkie marginesy powinny mieć szerokość 2,5 cm. W treści nie należy stosować wcięć akapitowych ani akapitów między interliniami.
5. Artykuł powinien być napisany w sposób zwięzły, stylem właściwym dla opracowań naukowych, z uwzględnieniem zasad gramatyki i ortografii języka polskiego oraz stosowanego nazewnictwa. Wszelkie redakcyjne poprawki są omawiane i uzgadniane z autorami. Każdy artykuł przyjęty do publikacji jest poddawany korekcie językowej i merytorycznej. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości, wyjaśnienia są omawiane wspólnie z autorem.
6. W tekście artykułu należy rozwijać użyte skróty w miejscu ich pierwszego pojawienia się, z wyjątkiem standardowych jednostek miar, które powinny być zapisane w następujący sposób: na przykład FISH (*Fluorescent In Situ Hybridization*).
7. Pomiar długości, wysokości, masy i objętości powinny być podawane w jednostkach metrycznych, takich jak metry, kilogramy, litry i inne. Wyniki badań hematologicznych i biochemicznych powinny być prezentowane w systemie metrycznym, zgodnie z Międzynarodowym Systemem Miar (SI). Ewentualne alternatywne jednostki, które nie są częścią tego systemu, powinny być podane w nawiasach.
8. Metody statystyczne powinny być szczegółowo opisane na końcu części metodycznej. Nie należy powtarzać w tekście wszystkich informacji zawartych w tabelach i rycinach, jednak zaleca się streszczenie i punktowanie najważniejszych z nich. Wykonanie obliczeń statystycznych powinno odbywać się przy wykorzystaniu oprogramowania. Na końcu części metodycznej należy zaznaczyć, którego z ww. programów użyto do wykonania obliczeń statystycznych.
9. Wykaz piśmiennictwa, powinien zawierać tylko niezbędne pozycje, przede wszystkim z ostatnich 10 lat, należy umieścić w pliku z treścią główną. Odwołania do piśmiennictwa powinny być zaznaczone liczbami arabskimi w nawiasie kwadratowym na końcu zdania. Jeżeli jest wymienionych kilka cytowanych pozycji, to należy podać je wzrastająco i oddzielić przecinkiem ze spacją.
10. Piśmiennictwo powinno być umieszczone na końcu tekstu, ponumerowane zgodnie z kolejnością cytowania prac w tekście i opracowane zgodnie z systemem Vancouver. Każda pozycja piśmiennictwa powinna być pisana od nowego wiersza i zawierać w kolejności następujące informacje:
 - 1) nazwiska i inicjały imion autorów cytowanej pracy (gdy liczba autorów przekracza czterech należy po nazwiskach trzech pierwszych umieścić „i wsp.”);
 - 2) pełny tytuł pracy;
 - 3) skrót nazwy czasopisma wg obowiązujących zasad (Medline, Index Medicus, Index Copernicus), jeżeli czasopismo nie figuruje w Medline, Index Medicus lub w Index Copernicus, należy podać jego pełną nazwę;
 - 4) rok, tom, pierwsza i ostatnia strona.
11. Przy cytowaniu podręczników/monografii należy podać nazwiska i inicjały imion autorów, tytuł cytowanego rozdziału, inicjały imion i nazwiska redaktorów, tytuł podręcznika, nazwę firmy wydawniczej, miejsce i rok wydania, strony cytowanego rozdziału.
12. Przy podawaniu danych bibliograficznych po kropce, przecinku i innych znakach drukarskich obowiązuje zachowanie jednego odstępu, tj.:
 - 1) artykuły z czasopism: Zini A, de Lamirande E, Gagnon C. Reactive oxygen species in semen of infertile patients: levels of superoxide dismutase and catalase-like activities in seminal plasma and spermatozoa. *Int J Androl* 1993, 16, 183-188;
 - 2) rozdziały książki: Botham KN, Mayes PA. Bioenergetyka: rola ATP. In: Murray RK, Granner DK, Rodwell VW, (eds.). *Biochemia Harpera*. Wyd Lek PZWL, Warszawa. 2008: 111-117;
 - 3) cytowanie stron internetowych: Rekomendacje European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing EUCAST, Version 2.0, 2012, www.eucast.org.
13. Tabele (czcionka 10, Arial, odstęp 1 wiersz) powinny być czytelne i nie zawierać zbyt wielu danych. Tabele należy numerować cyframi arabskimi według kolejności występowania w tekście. Wszystkie skróty w kolejności alfabetycznej należy objaśnić pod tabelą. Tytuł tabeli powinien znajdować się nad tabelą, a legenda tabeli powinna znajdować się pod tabelą.
14. Ryciny – Fotografie powinny mieć rozdzielczość min. 300 dpi. Złej jakości ryciny i fotografie nie będą przyjmowane. Ryciny należy numerować cyframi arabskimi według kolejności występowania w tekście. Ilustracje pochodzące z innych publikacji mogą być zamieszczone w tekście jedynie pod warunkiem, że autorzy podadzą źródło pochodzenia i przed-

stawia Redakcji pisemną zgodę właściciela praw autorskich na ich wykorzystanie w czasopiśmie. Redakcja może dodatkowo zwrócić się do autora o załączenie wykresów, schematów itp. w plikach źródłowych, np. Excel, doc, docx etc. Wszystkie opisy i oznaczenia na rycinach powinny być w języku polskim; tytuł ryciny powinien znajdować się pod ryciną.

§ 4.

Procedura przyjmowania artykułów publikowanych w Gazecie

1. Redakcja dokonuje oceny formalnej nadesłanego artykułu i decyduje wspólnie z Redaktorem o tym, czy powinien on zostać poddany recenzji.
2. Redakcja powołuje do oceny każdej publikacji co najmniej jednego niezależnego recenzenta spoza jednostki autora/autorów.
3. Redaktor przekazuje artykuł recenzentowi celem sprawdzenia go pod względem wartości merytorycznej i poznawczej, wyznaczając termin dokonania recenzji. Pierwsza i każda kolejna recenzja nie może trwać dłużej niż 14 dni roboczych.
4. Każdy artykuł jest recenzowany z zachowaniem anonimowości osoby dokonującej recenzji (Autorzy i recenzenci nie znają swoich tożsamości (double blind review process). Recenzent nie może być współautorem publikacji.
5. Recenzja musi być sformułowana na piśmie i zakończona jednoznacznym wnioskiem co do dopuszczenia artykułu do publikacji bądź jego odrzucenia.
6. Artykuł nie może wykazywać znamion plagiatu. Wykazanie rażącego poziomu kopiowania tekstu będzie skutkowało natychmiastowym odrzuceniem artykułu oraz zablokowaniem możliwości publikowania przez autora artykułu w Gazecie w przyszłości.
7. Artykuły przesłane do Redakcji, które nie spełniają warunków zawartych w niniejszym Regulaminie, nie będą kwalifikowane do dalszego opracowania redakcyjnego. Poprawiona wersja artykułu może zostać zgłoszona ponownie. Z wyjątkiem przypadku wskazanego w ust. 6 powyżej.
8. Redakcja może bez porozumienia z autorem poprawić błędy mianownictwa i uchybienia stylistyczne, skrócić objętość oraz usunąć zbędne ryciny i wykresy.
9. Zakwalifikowany artykuł poddaje się dalszej ocenie merytorycznej wykonanej przez wybranych recenzentów. Recenzja ma formę pisemną i kończy się wnioskiem recenzenta o odrzucenie lub dopuszczenie manuskryptu do publikacji (po zmianach lub bez zmian).
10. Po zaakceptowaniu artykułu przez recenzenta, Redaktor przesyła mailowo do Działu Finansów i Spraw Pracowniczych (kadry@kidl.org.pl) kwestionariusz osobowy autora celem przygotowania umowy przeniesienia praw autorskich a następnie powiadamia autora w formie elektronicznej o terminie publikacji (rok i numer wydania).
11. KIDL nabywa nieodpłatnie na wyłączność autorskie prawa majątkowe do opublikowanego w Gazecie artykułu na wszystkich polach eksploatacji, o których mowa w art. 50 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz.U. z 2025 r. poz. 24 z późn. zm.).
12. Z autorem artykułu zawierana jest umowa określająca warunki współpracy, którą Dział Finansów i Spraw Pracowniczych przesyła do autora podpisaną ze strony KIDL pocztą lub w formie elektronicznej (oryginał umowy).
13. Autor odsyła podpisany egzemplarz umowy.

§ 5.

Zasady odpłatności za materiały informacyjne

1. Zainteresowane reklamą podmioty (reklamodawcy) mogą odpłatnie w Gazecie zamieszczać materiały informacyjne o tematyce związanej z medycyną laboratoryjną.
2. Reklamodawca zainteresowany reklamą w Gazecie zleca zamieszczenie materiałów informacyjnych Redaktorowi, który dokonuje ich analizy. Materiały informacyjne powinny zawierać tematykę związaną z poszczególnymi dziedzinami medycyny laboratoryjnej.
3. Redaktor po akceptacji materiałów informacyjnych dostarczonych mailowo przez reklamodawcę zgłasza do Dyrektora Biura KIDL prośbę o zawarcie umowy z reklamodawcą na wykonanie usługi, o której mowa w ust. 1.
4. Umowa, o której mowa w ust. 2 uprawnia do wystawienia faktury przez KIDL oraz dokonania płatności przez reklamodawcę. Po zaksięgowaniu środków za promocję towarów lub usług w Gazecie na koncie bankowym KIDL Dział Finansów i Spraw Pracowniczych zawiadamia Redaktora i Skarbnika KRDL o dokonanej przez reklamodawcę płatności.
5. Koszt zamieszczenia materiałów informacyjnych przez reklamodawcę w Gazecie określa Załącznik do niniejszego Regulaminu - Udział w kosztach reklamodawców z tytułu prezentacji obrazu i treści na szpaltach Gazety „Diagnosta Laboratoryjny” edytowanej nakładem własnym przez KRDL.

§ 6.

Obowiązki Redaktora oraz Redakcji

1. Do obowiązków Redaktora należy w szczególności:
 - 1) kierowanie pracami członków zespołu redakcyjnego;
 - 2) przygotowywanie artykułów wstępnych do kolejnych wydań Gazety;
 - 3) zamawianie artykułów u autorów i nadzorowanie terminowości dostarczenia artykułów przez autorów oraz ich jakości merytorycznej;
 - 4) określanie standardów publikowanych artykułów;
 - 5) powoływanie recenzentów;
 - 6) podejmowanie decyzji w przedmiocie publikowania artykułów;
 - 7) zatwierdzanie treści Gazety przed jej wydaniem;
 - 8) zapewnienie terminowego wydania Gazety w liczbie 4 wydań w roku kalendarzowym;
 - 9) pozyskiwanie sponsorów i reklamodawców;
 - 10) kontrola działalności Redakcji pod względem przestrzegania przepisów prawa i zasad etyki;
 - 11) prowadzenie spraw dotyczących planu dochodów i wydatków KIDL w zakresie dotyczącym wydawania Gazety.
2. Po zakończeniu przez Redaktora pełnienia funkcji lub wygaśnięciu umowy Redaktor jest obowiązany przekazać w terminie 14 dni, na piśmie lub przy wykorzystaniu środków komunikacji elektronicznej (e-mail) osobie wybranej do pełnienia funkcji Redaktora lub innej osobie wskazanej przez Prezesa KRDL:
 - 1) informacje o zleconych do przygotowania artykułach oraz ich autorach;
 - 2) informacje dotyczące współpracy ze sponsorami i reklamodawcami, w tym stosowane zasady rozliczeń oraz wykaz sponsorów;
 - 3) informacje o trybie wydawania Gazety;
 - 4) katalog autorów współpracujących z Gazetą wraz z danymi kontaktowymi obejmującymi adresy e-mail oraz numery telefonów;
 - 5) dokumentację dotyczącą publikowania artykułów, w szczególności umowy dotyczące przeniesienia autorskich praw majątkowych do artykułów na KIDL lub umowy licencyjne upoważniające KIDL do publikacji artykułów;
 - 6) informacje o źródłach przychodów Gazety;
 - 7) informacje o kosztach wydawania Gazety;
 - 8) przykładowy kosztorys wydania Gazety.
3. Do obowiązków Redakcji należy w szczególności:
 - 1) dbałość o wysoki poziom Gazety;
 - 2) współpraca z Redaktorem;
 - 3) dokonywanie wstępnej oceny nadesłanego artykułu i decydowanie wspólnie z Redaktorem o tym, czy powinien on zostać poddany recenzji;
 - 4) pomoc Redaktorowi w zapewnieniu starannego i rzetelnego procesu redakcyjnego artykułów publikowanych w Gazecie.

§ 7.

Niniejszy Regulamin Gazety wchodzi w życie z dniem jego uchwalenia.

§ 8.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Niniejsza uchwała została podjęta przy udziale 30 członków Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych na ogólną liczbę 38 członków:

- 1) za uchwałą – 30
- 2) przeciw uchwale – 0
- 3) wstrzymało się – 0

Sekretarz KRDL Mateusz Józef Chmielarz
Prezes KRDL dr n. med. Monika Pintal-Ślimak

Załącznik do Regulamin Gazety – „Diagnosta Laboratoryjny”

Udział w kosztach reklamodawców z tytułu prezentacji obrazu i treści
na szpaltach Gazety „Diagnosta Laboratoryjny” edytowanej nakładem własnym przez KRDL

Format	Udział w kosztach w PLN
Okładka. Informacja barwna	
	4800
Okładka IV	3800
Okładka II	3500
Okładka III	
Rozkładówka. Informacja barwna	
Rozkładówka otwierająca (druga okładka + pierwsza strona)	6000
Rozkładówka (2 strony barwne)	4800
Rozkładówka (2 strony czarno-białe)	4000
Informacja barwna	
1 strona barwna	3000
/ strony barwnej	1400
'A strony barwnej	1000
Tekst promocyjny	
1 strona barwna	2100
1 strona czarno-biała	1300
Ogłoszenia drobne	
Ogłoszenia standardowe (tekst + dane teleadresowe) 1/8 strony czarno-białej)	500
Nietypowe formy reklamy	
Insert luźny wewnętrzny	2500
Insert do wklejania wewnętrznego	4000
Insert naklejany na okładkę	5000
Banderola	4000
Insert naklejany na reklamie	2000
Katalog	Do negocjacji
Płyta CD	Do negocjacji
Wydruk nakładu i kolportaż	Do negocjacji

Rabaty i informacje dodatkowe:

- Jeżeli informacja ukaże się w:
 - 2–3 numerach – 5% rabatu;
 - 4–5 numerach – 10% rabatu;
 - 6–12 numerach – 15% rabatu;
- Wybór miejsce na informację + 10%;
- Opracowanie artykułu informacyjno-prezentującego + 30%.

Uzasadnienie

Zgodnie z art. 88 pkt 9 lit. e ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1295) do zakresu działania Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych należy uchwalanie innych regulaminów zapewniających prawidłowe funkcjonowanie Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych.

Celem niniejszej uchwały jest ustanowienie transparentnych zasad dotyczących wydawania oraz funkcjonowania gazety – „Diagnosta Laboratoryjny”, jak również określenie udziału w kosztach reklamodawców z tytułu prezentacji obrazu i treści na szpaltach Gazety „Diagnosta Laboratoryjny”.



Scripta manent. Pro Memoria (odc. VII)

Rys historyczny samoorganizacji samorządu zawodowego Diagnostów Laboratoryjnych w skrócie

„los nasz – nasze zadania – dźwigną się wysoko
i stoi przed nami olbrzymem”

Kazimierz Wierzyński

Drodzy Diagnostów Laboratoryjni,
Szanowni Państwo,
Drodzy Studenci,

Cały okres od roku 1989 do 1998 – był to czas budowania zrębów solidarności zawodowej, a przez to scalania wspólnoty zawodowej. Podejmowaliśmy samorządne działania jako OKOiDL, które odzwierciedlały kontynuując myśl utworzenia Izby Diagnostów Laboratoryjnych. Utworzenie Izby Diagnostów Laboratoryjnych to uzyskanie podmiotowości prawnej w przestrzeni publicznej i zawodowej. Szczególnie inne podmioty prawne, jak wydziały kształcące studentów – przyszłych pracowników medycznych laboratoriów diagnostycznych czy koryfeusze zasiadających w zarządach głównych towarzystw diagnostycznych, takich jak: PTDL czy PTM, które negowały i blokowały zamysł środowiska diagnostów laboratoryjnych utworzenia Samorządu Zawodowego. Czas dialogu między OKOiDL a wymienionymi podmiotami prawnymi trwał prawie 9 lat. Dużym sukcesem było włączenie się środowiska studenckiego kierunku Analitik Medycznej, szczególnie z wrocławskiego a następnie poznańskiego. Przedstawiliśmy szeroko te działania studentów w poprzednich odcinkach „Scripta manent. Pro memoria”. Dopiero uchwały wyżej wymienionych podmiotów scalały zamysł tworzenia Izby Diagnostów Laboratoryjnych w polskim środowisku diagnostów laboratoryjnych.

Ad. 1. Uchwała VII Konferencji Prodziekanów ds. Analitik Medycznej – 15.11.1987 r.

Uczestnicy VII Konferencji Prodziekanów ds. Analitik Medycznej wyrażają poparcie dla projektu ustawy o zawodzie diagnosty laboratoryjnego i samorządzie zawodowym diagnostów laboratoryjnych. Regulacja wyżej wymienionej ustawy pozwoli absolwentom Oddziału Analitik Medycznej wejść w struktury zawodowo-społeczne posiadające uprawnienia publiczno-prawne. Uważamy za stosowne zwrócić się do Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej i Sejmowej Komisji Zdrowia przy Sejmie RP z apelem o rozwiązanie problemów zawartych w ustawie o zawodzie diagnosty laboratoryjnego i samorządzie zawodowym diagnostów laboratoryjnych.

Ad.2. Uchwała Walnego Zebrania Delegatów na XIII Zjazd PTDL we Wrocławiu – 10.09.1998 r.

Delegaci na XIII Zjazd PTDL reprezentujący środowisko diagnostów laboratoryjnych popierają działania zmierzające do utworzenia samorządu zawodowego diagnostów laboratoryjnych i ustawowe uregulowania statusu prawnego diagnostów laboratoryjnych. W tym celu udzielają wsparcia Ogólnopolskiemu Komitetowi Organizacyjnemu i Diagnostów Laboratoryjnych.

Obydwie Uchwały przyspieszyły procedowanie nad ostatecznym kształtem ustawy o diagnostyce laboratoryjnej (o tym już w następnych odcinkach). Było to skutkiem pełnego poparcia procesu legislacyjnego przez uczelnie medyczne i towarzystwa naukowe PTDL i PTM. Pomimo wielu kontrowersji i różnic na przestrzeni tych lat starań o regulacje ustawowe dla diagnostów laboratoryjnych było możliwe zajęcie wspólnego stanowiska przez członków tak zróżnicowanego i niejednorodnego środowiska zawodowego.

Poniżej przedstawiam Państwu artykuł wstępny Biuletynu Analitik Diagnosty Laboratoryjnego Nr 20/97:

Szanowni Państwo!

Diagnostów laboratoryjni proces wydobywania się z niebytu osobowości prawnej tego środowiska, rozpoczęli znacznie wcześniej niż wiele grup zawodowych spostrzeganych w służbie zdrowia np. anestezjologów. Celem minionych lat było osiągnięcie nie tylko wyodrębnienia się tej grupy zawodowej, ale przede wszystkim integracja i szukanie właściwego miejsca odpowiedniego dla roli i zadania diagnostyki w leczeniu. Wychodzenie z nieokreślonego prawem ani przepisami miejsca diagnostyki w ochronie zdrowia zaczęło się w latach ostatnich. Być może, że proces ten był wynikiem gwałtownej zmiany, jaka nastąpiła w strukturach służby zdrowia. Pojawiły się samorządy i odpowiadające ich dezyderatom ustawy o zawodzie. Takie upodmiotowienie licznie zatrudnionej w służbie zdrowia reprezentacji diagnostów stawało się koniecznością. Wynikało ono z poczucia dążenia do rzetelnej diagnostyki

ZAKŁADKA HISTORYCZNA

w terapii, nie zaś z poczucia niedowartościowania, jak to niektórzy chcieli nam wmawiać.

Przygotowane projekty ustaw o zawodzie i samorządzie diagnosty laboratoryjnego nie miały żadnych odniesień wzorcowych i dlatego stają się one tym bardziej istotne i nowe. Perturbacje wokół zgłoszonych projektów nie wynikały z ich zasadności bądź wartości prawno-literalearnej, ale spotykały się z wysoką niechęcią i wrogością kręgów, tak w naszym środowisku, jak również lekarskim. Projekty nie były i nie są zwrócone przeciw komukolwiek. Zrozumienie znaczenia diagnostyki i tego, kto będzie krystalizować ją w przyszłości, wyrażone zostało w debatach Sejmu, gdzie liczna grupa przeciwników została skruszona argumentacją przedkładaną przez kluby poselskie.

Dziś stoimy wobec konieczności nowelizacji dwu odrębnych projektów w jeden zwarty projekt, który regulowałby prawa zawodowe i samorządowe. Ta nowelizacja projektów tłumaczy się sama w sobie, gdyż Sejm obecny, nie posiadający schematów poprzedniej kadencji (istniejące ustawy lekarzy, aptekarzy i pielęgniarów były poprzedzone odrębnymi, tak w zakresie zawodu i samorządu), dlatego sprawniejsze będzie przedłożenie jednego scalonego projektu pod przyszłą debatę parlamentarną. Tych efektów nie możnaby odnotować, gdyby na wsparcie wielu z Państwa, i gdyby od pierwszych lat działania Ogólnopolskiego Komitetu nie byłoby własnej agendy wydawniczej (20 numerów). Docierała ona do nadal usytuowanych miejsc i położonych laboratoriów.

Polemika często gwałtowna i ostra zawarta w naszych Biuletynach poskromiła realnych i potencjalnych przeciwników. Dużą część wkładu w przedstawianie ważności diagnostyki w leczeniu – „nie ma medyka bez diagnostyka” – mieli studenci kierunku analityki medycznej. Z ich inicjatywy, przy wsparciu władz uczelni i dydaktyków, miały miejsce sympozja poświęcone diagnostyce w terapii. Przedstawiane referaty ukazywały historię kierunków studiów powołanych z zakresu analityki. Również działaniem studentów była analiza przedmiotowa i porównawcza kierunków studiów na wydziale lekarskim i analityce medycznej. Wszystkie inicjatywy pierwotne i zamiary w znacznym stopniu wpisywały się powoli w świadomość otoczenia służby zdrowia i administrujących służbą zdrowia.

Spotkanie w Ministerstwie i korespondencja czynnych zawodowo diagnostów oraz studentów sprawiła, że obecnie w ramach Aktualności PTDL ukazują się informacje i dyskusja wokół projektów zgłoszonych ustaw. Zgłaszane projekty trafiły do Komisji Zdrowia i w ramach tejże odbyły się dyskusje i rozpoznania.

Ukonstytuowany i wybrany nowy parlament będzie szybko przez nas stymulowany przygotowanym już projektem jednorodnym, opisującym zakres i prawa zawodowe i samorządowe. Dla skuteczności naszych działań wspólnych postuluje się, za wzorem już sprawdzonym, docierać do posłów i klubów poselskich aktualizując im problematykę diagnostyki, bez której nie może się obejść

służba zdrowia, chcąc realizować zadanie sanacji i ochrony zdrowia. Projekt przygotowany jest Państwu przedłożony dla głębszej analizy i ewentualnych poprawek, które zechcieliby Państwo wnieść i do Komitetu Dolnośląskiego dostać.

Szanowni Państwo!

Zamiarem Ogólnopolskiego Komitetu Izby Diagnostów Laboratoryjnych, wybranego przed wielu laty przez przedstawicieli Państwa w regionach, jest doprowadzenie do końca projektu ustawy o zawodzie i Izbie Diagnostów Laboratoryjnych, by artykuły zawarte w nim określały w sposób rzeczowy, przedmiotowy i jasny miejsce i rolę diagnosty laboratoryjnego w terapii. Nic z pierwotnych zamysłów nie zagubiliśmy po drodze, a kolejne lata upływające pozwalają państwu i nam dostrzec, jak wielkie zaniedbanie wobec zadań diagnostyki laboratoryjnej zostało dokonane przez dotychczasowych organizatorów służby zdrowia.

Dla efektywności i właściwego rozeznania miejsca diagnostyki w terapii, tak w środowisku służby zdrowia, jak i ogólnie w świadomości społecznej, potrzebna nam jest Izba Diagnostów Laboratoryjnych, która posiadając pewne finanse będzie mogła sponzorować, tak jak to czyni dotąd Izba Lekarska, koordynatorów z naszego środowiska do Izby parlamentarnych samorządowych struktur, aby w ramach tej działalności tworzyli nasi przyszli posłowie i radni właściwą i adekwatną atmosferę dla diagnostyki, zgodnie z jej miejscem w służbie i ochronie zdrowia dla pożytku i korzyści obywateli naszego kraju.

Harmonogram działań podjętych przez Ogólnopolski Komitet Organizacyjny Izby Diagnostów Laboratoryjnych dla wprowadzenia projektu ustawy o „zawodzie diagnosty laboratoryjnego i samorządzie zawodowym diagnostów laboratoryjnych” do procedury legislacyjnej w Sejmie RP III kadencji:

5.12.1997 r. – przekazanie projektu ustawy o „zawodzie diagnosty laboratoryjnego i samorządzie zawodowym diagnostów laboratoryjnych” poseł Sikorskiej-Treli (AWS Gdańsk) celem wprowadzenia do Sejmu trybem poselskim.

21.01.1998 r. – spotkanie Ogólnopolskiego Komitetu Organizacyjnego Izby Diagnostów Laboratoryjnych z Przewodniczącym Sejmowej Komisji Zdrowia posem Stanisławem Grzonkowskim i wiceprzewodniczącym Sejmowej Komisji Zdrowia Andrzejem Wojtyłą. Uzgodniono, że projekt będzie wprowadzony trybem Sejmowej Komisji Zdrowia.

17.03.1998 r. – wprowadzenie projektu ustawy o „zawodzie diagnosty laboratoryjnego i samorządzie zawodowym diagnostów laboratoryjnych” do kalendarza prac sejmowej Komisji Zdrowia, przypuszczalny termin obrad – czerwiec/lipiec 1998 rok. Propozycja wspólnego złożenia naszego projektu do Komisji Sejmowej przez przedstawicieli AWS i SLD z poparciem innych klubów poselskich.

7.04.1998 r. – wprowadzenie projektu ustawy o „zawodzie diagnosty laboratoryjnego i samorządzie zawodowym diagnostów labo-

ratoryjnych” przez grupę posłów SLD do łaski Marszałkowskiej. Do reprezentowania wnioskodawców upoważniona – posłanka Maria Gajeczka-Bożek.

16.07.1998 r. – wspólne posiedzenie Komisji Ochrony Konkurencji i Konsumentów oraz Zdrowia. W porządku obrad:

I czytanie poselskich projektów ustaw:

- zawodzie fizjoterapeuty [druk nr 380]
- zawodzie diagnosty laboratoryjnego i samorządzie zawodowym diagnostów laboratoryjnych.

W posiedzeniu tym uczestniczyli przedstawiciele Ogólnopolskiego Komitetu Organizacyjnego Izby Diagnostów Laboratoryjnych w Polsce.

23.07.1998 r. – w głosowaniu na posiedzeniu obu Komisji projekty przeszły do dalszej procedury legislacyjnej oraz powołano podkomisję Sejmowej Komisji Zdrowia do obu projektów.

P.S. Jak Państwo widzą, był to bardzo intensywny okres legislacyjny, uczestniczyłem we wszystkich posiedzeniach legislacyjnych nad projektem ustawy o zawodzie diagnosty laboratoryjnego oraz samorządzie zawodowym diagnostów laboratoryjnych. Myślę, że po 9 latach intensywnej pracy w polskim Parlamencie udało nam się przekonać wszystkie kluby i koła poselskie do naszego zamyśłu. Odniosłem wrażenie, że wszyscy chcieli trybem poselskim wprowadzać ten nasz projekt, ale niestety, w ówczesnym czasie przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia i przedstawiciele Samorządu Zawodowego Lekarskiego mieli zdanie odrębne i w dalszym ciągu czynili wszystko, byśmy nie zaistnieli jako samorząd. O dalszym losie w sprawie procedowania naszego projektu w następnych odcinkach „Scripta Manent. Pro memoria”.

Henryk Owczarek

Uzasadnienie

Ustawa o zawodzie diagnosty laboratoryjnego i samorządzie zawodowym diagnostów laboratoryjnych ma spełnić dwa podstawowe cele. Pierwszy z nich to uregulowanie zasad wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego.

Obecnie obowiązujące przepisy nie dostrzegają istnienia tej grupy zawodowej. Co prawda zawód „diagnosty laboratoryjnego” został wpisany do opublikowanej przez Ministra Pracy i Polityki Socjalnej w 1996 r. „Klasyfikacji Zawodów i Specjalności”, ale nie ma żadnego umocowania ustawowego. W aktach niższego rzędu osoby wykonujące czynności z zakresu diagnostyki laboratoryjnej określane są różnymi terminami, na przykład: analityka medycznego, laboranta, co nie odpowiada współczesnemu zakresowi tego zawodu. Odnosi się wrażenie, że diagności nadal postrzegani są w przepisach jako osoby o średnim wykształceniu, wykonujące badania i diagnozowanie z zakresu analityki medycznej. Obecna diagnostyka laboratoryjna to wymagająca wysokich kwalifikacji dyscyplina w coraz większym stopniu przesadzająca o procesie leczenia pacjenta. Postawienie przez lekarza prawidłowej diagnozy oraz określenie skuteczności zastosowanej terapii wymaga przeprowadzenia coraz bardziej skomplikowanych badań anali-

tycznych, mikrobiologicznych, toksykologicznych, genetycznych czy z zakresu biologii molekularnej. Wraz z rozwojem medycyny rola tych badań będzie rosła i *vice versa* – badania te będą określać nowe horyzonty i nowe możliwości w medycynie.

Ustawa ma na celu zdefiniowanie zawodu diagnosty laboratoryjnego, określenie wymagań kwalifikacyjnych osób, które go wykonują, zasad kształcenia i dokształcania diagnostów, zasad wykonywania zawodu oraz kontroli i nadzoru nad jego wykonywaniem. Znaczenie, jakie dla życia i zdrowia ludzkiego mają czynności wykonywane przez diagnostów laboratoryjnych, wymaga pilnego uregulowania tych zagadnień, aby nie powstało niebezpieczeństwo wykonywania tych czynności w sposób niewłaściwy, przez osoby nie posiadające odpowiednich kwalifikacji lub naruszające w swej pracy zasady etyki zawodowej.

Zasady wolnego rynku bez uchwalenia ustawy o zawodzie i samorządzie diagnostów laboratoryjnych spowodują zarówno komercjalizację zawodu diagnosty laboratoryjnego jak i działalność bez uprawnień zawodowych lub działalność nielegalną cudzoziemców, często nie posiadających wystarczających kompetencji zawodowych. Przedkładany projekt ustawy ma przeciwdziałać tym niekorzystnym zjawiskom, sprzyjać wysokim standardom zawodu diagnosty laboratoryjnego oraz chronić prawo pacjentów do rzetelnej i fachowej pomocy a także przestrzegania innych praw należnych pacjentowi.

Doniosłość proponowanej ustawy polega także na eliminowaniu skutków wynikających z braku jednorodnego profilu wykształcenia diagnostów laboratoryjnych. Zawód ten wykonują nie tylko absolwenci akademii medycznych (analitycy medyczni, farmaceuci, lekarze) ale również np. uniwersytetów. Ze względu na wieloprofilowość badań diagnostycznych do zawodu trafiają także (i trafiać będą w przyszłości) biolodzy molekularni, mikrobiolodzy, genetycy, chemicy itp. Ustawa przewiduje studia podyplomowe dla absolwentów kończących studia wyższe na uczelniach nie będących akademiami medycznymi w celu uzyskania ogólnej wiedzy medycznej, potrzebnej do należytego wykonywania zawodu. Z kolei system staży podyplomowych, egzaminów państwowych oraz możliwość uzyskiwania stopni specjalizacyjnych będzie zmierzać do stałego podnoszenia kwalifikacji zawodowych.

Drugim ważnym celem ustawy jest utworzenie samorządu zawodowego diagnostów laboratoryjnych. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. przewiduje w art. 17 tworzenie przez osoby wykonujące zawody zaufania publicznego samorządów zawodowych reprezentujących je oraz sprawujących pieczę nad należytym wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.

Zawód diagnosty laboratoryjnego jest niewątpliwie zawodem zaufania publicznego. Przesądza o tym nie tylko szczególna doniosłość społeczna i bardzo doniosłe skutki wykonywanych czynności z zakresu diagnostyki laboratoryjnej. Diagnosty laboratoryjni stanowią, mimo braku ustawowych regulacji, okrzepłą grupę zawodową, która jest fundamentem zarówno profilaktyki zdrowia, jak i nieredukowalną bazą dla rzetelnej i odpowiedzialnej diagno-

ZAKŁADKA HISTORYCZNA

zy lekarskiej oraz całego procesu leczenia i rehabilitacji pacjenta. Błąd popełniony w trakcie czynności diagnostycznych pociąga za sobą zazwyczaj błędną diagnozę postawioną przez lekarza, a na skutek tego nieskuteczną lub wręcz szkodliwą terapię.

W zawodzie diagnosty laboratoryjnego niezwykle rolę odgrywa sfera etyki zawodowej. Ocena prawidłowości wykonywania zawodu możliwa jest w całej pełni jedynie od wewnątrz. Wobec braku samorządu zawodowego, funkcjonujące wśród diagnostów reguły deontologiczne nie mogły zostać skodyfikowane, a brak sądownictwa zawodowego uniemożliwia pociąganie do odpowiedzialności osób, które w swym postępowaniu nie kierują się w należyty stopniu kryteriami deontologicznymi. Za warunek prawidłowego funkcjonowania samorządu zawodowego uznaje się także istnienie grupy zawodowej, która jest w stanie sama zarządzać – w interesie publicznym – swoimi sprawami. Diagnosty laboratoryjni są już taką grupą. Podjęte w poprzedniej kadencji Sejmu działania zmierzające do uregulowania swego statusu prawnego mocniej zintegrowały to środowisko, które wyłoniło różnorakie zinstytucjonalizowane struktury działające w obrębie tej grupy zawodowej. Obok Komitetu Ogólnopolskiego działają także Regionalne Komitety Organizacyjne Izby Diagnostów Laboratoryjnych jak również inne stowarzyszenia. Wydawane jest własne pismo. Zainteresowanie sprawami samorządu jest jednoznaczne. Struktury te, nawiązały współpracę i kontakty konsultacyjne z innymi grupami zawodowymi odpowiedzialnymi za prawidłowe funkcjonowanie służby zdrowia.

Środowisko diagnostów laboratoryjnych, w imię interesu publicznego, proponuje regulacje prawne stawiające osobom wykonującym ten zawód wysokie wymagania zawodowe i etyczne. Pod względem organizacyjnym środowisko diagnostów laboratoryjnych jest już obecnie przygotowane do podjęcia zadań samorządu zawodowego, zarówno na szczeblu centralnym jak i okręgowym. Znowelizowana ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej w wielu kwestiach przewiduje zasięganie opinii organów samorządów zawodów medycznych. Opinie takie mają być zasięgane między innymi w sprawie badań diagnostycznych [art. 29 ust. 2 ustawy o Z.O.Z.]. W tak istotnej dla siebie sprawie diagnosty obecnie nie mogą zająć stanowiska z powodu braku samorządu. Brak samorządu zawodowego stanowi podstawową przeszkodę w negocjowaniu kontraktów na prowadzenie pracowni diagnostycznych. Także w innych ważnych dla środowiska sprawach nie stanowią podmiotu, który reprezentowałby tę liczną grupę zawodową.

W Sejmie II kadencji przedyskutowano w trakcie pierwszego czytania dwa odrębne projekty ustaw: o zawodzie diagnosty laboratoryjnego i o izbach diagnostów laboratoryjnych. Wszystkie ówczesne kluby poparły oba projekty i przegłosowano przekazanie ich do Komisji Zdrowia celem dalszych prac legislacyjnych. Upływ kadencji Parlamentu uniemożliwił uchwalenie tych ustaw. Obecny projekt ustawy stanowi połączenie i udoskonalenie obu wcześniejszych projektów.

Zasadnicze rozwiązania przyjęte w ustawie odpowiadają standardom zawartym w ustawach o zawodach i samorządach już działających: lekarzy, aptekarzy, pielęgniarek i położnych.

Zgodnie z projektem ustawy wykonywanie zawodu diagnosty laboratoryjnego polega na wykonywaniu badań laboratoryjnych, mających na celu określenie właściwości fizycznych i składu płynów ustrojowych, wydzielin, wydaliny i tkanek pobranych od pacjenta dla celów profilaktycznych, leczniczych, diagnostycznych lub sanitarno-epidemiologicznych. Do korporacji zawodowej należeć będą także osoby wykonujące badania mikrobiologiczne wymienionego powyżej materiału biologicznego oraz osoby podejmujące działania zmierzające do przygotowania krwi i preparatów krwiopochodnych do przetoczenia krwi. Osób posiadających odpowiednie kwalifikacje zawodowe i wykonujących powyższe czynności jest ok. 20 000. Jako kryterium wyróżniające diagnostów przyjęto rodzaj wykonywanych czynności, niezależnie od typu placówki ochrony zdrowia, w których czynności te są wykonywane. Wyjątek ustawa czyni tylko dla badań cytologicznych wykonywanych przez lekarzy. Wykonywanie badań cytologicznych jest także wykonywaniem czynności diagnostycznych. Wyłączenie uczynione w art. 2 ust. 3 projektu ustawy ma na celu jedynie ochronić lekarzy, którzy z racji swych specjalności wykonują badania cytologiczne, przed koniecznością przynależności do obligatoryjnego samorządu zawodowego diagnostów.

Ustawa przewiduje egzaminy państwowe dla osób kończących staż podyplomowy, na zasadach zbliżonych do obowiązujących lekarzy, zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza. Także regulacje dotyczące kształcenia, prawa wykonywania zawodu, oraz praw i obowiązków diagnostów w dużej mierze oparte są na obowiązujących już przepisach odnoszących się do innych zawodów medycznych, przy uwzględnieniu rzecz jasna specyfiki zawodu diagnosty laboratoryjnego. Ustawa nie narusza szczególnej roli, jaką w procesie leczenia pacjenta zajmuje lekarz. Nawet przewidziane w art. 22 prawo do odmowy wykonania zlecenia lekarskiego ma jedynie charakter warunkowy i w razie ponowienia zlecenia na piśmie zostanie ono wykonane.

Samorząd diagnostów laboratoryjnych ukształtowany został w sposób zbliżony do samorządów innych zawodów medycznych. Ustawa nakłada na niego obowiązek reprezentowania zawodowych, społecznych i gospodarczych interesów diagnostów. Jednostkami organizacyjnymi samorządu są: Naczelna Izba oraz Okręgowe Izby. Siedzibę Naczelnej Izby ustali dopiero Krajowy Zjazd. Ogólnopolski Komitet Organizacyjny Izby Diagnostów Laboratoryjnych nie chce ograniczać prawa przyszłego Krajowego Zjazdu do samorządnego ustalenia siedziby.

Na prawach okręgowej izby będzie działała odrębna Wojskowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych. Objęcie diagnostów zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia podległych Ministrowi Obrony Narodowej odrębną jednostką samorządu, wynika z istniejących odrębności w zakresie organizacji pracy wojskowych diagnostów, ich szczególnego podporządkowania, a także konieczności wyłonienia jednego reprezentanta wojskowych diagnostów laboratoryjnych.

W analogiczny sposób jak w przypadku samorządu pielęgniarek i położnych uregulowano kwestię odpowiedzialności zawodowej diagnostów. Jednocześnie wyłączono stosowanie wobec diagnostów laboratoryjnych pochodzących jeszcze z 1950 r. przepisów o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia. Odpowiedzialność zawarta w tych przepisach miała charakter raczej dyscyplinarny niż zawodowy. Poza tym stosowana w tamtej ustawie terminologia pozostawiała wątpliwości czy wszyscy diagnosty podlegają jej regulacjom. W projekcie ustawy przewidziany został zwarty system środków prawnych, które umożliwiają skuteczne egzekwowanie zasad etyki zawodowej.

Projekt ustawy był poddany szerokim konsultacjom. Środowisko diagnostów laboratoryjnych od samego początku prac nad ustawowym uregulowaniem swego statusu zawodowego czynnie współuczestniczyło w kształtowaniu poszczególnych zapisów projektu. Zarówno poprzednie projekty jak i obecny były publikowane na łamach pisma diagnostów laboratoryjnych.

Wyrazy poparcia dla rozwiązań zawartych w projektach ustaw o zawodzie diagnosty i samorządzie zawodowym wyraziły między innymi:

- Zarząd Główny Stowarzyszenia Pracowników Diagnostyki Laboratoryjnej,
- Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej,
- Terenowe i Regionalne Oddziały Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej i Polskiego Towarzystwa Mikrobiologicznego,
- Uczelnie medyczne posiadające Oddziały Analityki Medycznej,
- część regionalnych Izb Aptekarskich, Lekarskich oraz Pielęgniarek i Położnych (dokumentacja znajduje się w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej oraz w Sejmowej Komisji Zdrowia).

Kilka tysięcy diagnostów wyrażało swe poparcie poprzez wysyłanie odpowiednich oświadczeń na ręce Marszałka Sejmu, w trakcie prac nad ustawowym uregulowaniem statusu prawnego tej grupy zawodowej w poprzedniej kadencji Parlamentu.

Koszty dla budżetu państwa związane z uchwaleniem projektu ustawy, będą znikome. Ograniczą się do pokrycia kosztów działania Komitetu Organizacyjnego Samorządu Diagnostów Laboratoryjnych przygotowującego 1 Krajowy Zjazd oraz pierwsze zjazdy okręgowych izb. Projekt zakłada samofinansowanie się organów samorządu zawodowego diagnostów poprzez składki członkowskie oraz działalność gospodarczą.

Dlaczego odrębna regulacja ustawowa dla zawodu diagnosty laboratoryjnego [zawodu medycznego – zaufania społecznego]?

Przed wszystkim ograniczenie do dostępności wykonywania zawodu wymagają formy ustawowej. By zawód był zawodem reglamentowanym tj. takim, w którym przepisy określają warunki jego wykonywania (dostęp ograniczony poprzez wymagania odpowiedniego poziomu etycznego, kwalifikacji zawodowych).

We wszystkich przypadkach, gdy ustawodawca przewidział pewne reguły wykonywania zawodu, towarzyszy temu ustanowienie instytucji samorządu zawodowego. Swoją samorząd poza samo-

rządem lekarskim, pielęgniarek i położnych, aptekarskim mają weterynarze, adwokaci, radcowie prawni, rzecznicy patentowi, biegli rewidenci, brokerzy ubezpieczeniowi, maklerzy giełdowi a od kilku miesięcy nawet doradcy podatkowi (zawód do niedawna nie istniał, jest mało liczny).

Zawód diagnosty laboratoryjnego jest jednym z tych zawodów medycznych, których prawidłowe wykonywanie przesądza o skuteczności leczenia.

Nie ma jednolitego profilu kształcenia osób, które wykonują zawód diagnosty ze względu na niezwykle szeroki zakres współczesnej diagnostyki laboratoryjnej (od klasycznych badań do genetyki molekularnej). Jako zawód zaufania publicznego wymaga regulacji prawnych, które byłyby współtworzone i stosowane przy udziale reprezentantów środowiska. Dotychczasowe doświadczenia uczą, że samorząd najlepiej czuwa nad poziomem zawodowym i etycznym i jest w stanie wyłonić przez środowisko organy samorządu zawodowego.

Jeżeli nie jest to zawód zaufania publicznego a więcej, bo społecznego, to na czym buduje lekarz swoje przekonania o nieodzowności [konieczności] badań laboratoryjno-diagnostycznych, które poprzedzać mają jego diagnozę i ordynowanie terapii, szczególnie w przypadkach szpitalnych zabiegów, gdzie monitorowanie terapii opiera się na badaniach laboratoryjnych przeprowadzanych co pewien czas. Tej wiarygodności i przekonania o szczególnym zaufaniu dla tego zawodu i tych badań udziela przede wszystkim lekarz a następnie bądź wcześniej sam pacjent.

Jeżeli uznajemy, że konieczna jest odrębna regulacja dotycząca zawodu diagnostów laboratoryjnych, to oznacza, że zawód ten staje się zawodem reglamentowanym (warunki do jego wykonywania określają specjalne przepisy), zawodem pełniącym szczególną rolę społeczną, posiadającym własne zasady etyki, zawodem, posiadającym zaufanie społeczne (pacjent bez obawy szkody na zdrowiu i życiu powierza siebie i wyraża zgodę na niezbędne badania). Zaufanie społeczne to powierzenie najwyższej wartości jaką jest zdrowie i życie.

Gdybyśmy zrezygnowali z prawa do samorządu, to pojawia się w związku z tym problem:

- Kto skodyfikowałby zasady etyczne (zebrał normy etyczne i moralne właściwe dla funkcjonowania w relacji pacjent–diagnosta laboratoryjny i uczyniłby je normami powinnościowymi i bezwzględnie obowiązującymi)?
- Kto czuwałby nad przestrzeganiem zasad etycznych?
- Kto dbałby o podnoszenie kwalifikacji zawodowych, samokształcenie?
- W jaki wreszcie sposób członkowie wyodrębnionej grupy zawodowej mogliby artykułować swoje problemy i przedstawiać postulaty?

Jak grupa pozbawiona samorządu, liczebna i skodyfikowana zawodowo, posiadająca swoją tradycję i miejsce w strukturze służby zdrowia mogłaby zgłaszać rozwiązania, nowe koncepcje dla Sanacji Służby Zdrowia i poprawy warunków leczenia pacjentów?

ZAKŁADKA HISTORYCZNA

Pozostawanie w związkach zawodowych takiej grupy społecznej (gdzie członkostwo nie jest obligatoryjne) rozwiązywać potrafiłaby jedynie podstawowe problemy socjalne. Musiałby być pominięty cały aspekt społeczny, szerszy uczestnictwa wykształconej grupy zawodowej a pozbawiony prawa głosu w sprawach społecznych i zawodowo-zdrowotnych.

Jak możliwe byłyby drogi rozwiązywania konfliktów w służbie zdrowia, gdyby w konflikcie takim uczestniczyły jedynie dwie strony, administracja państwowa bądź lokalna, a po drugiej samorząd reprezentujący jedyną opcję w strukturze Służby Zdrowia. Wprowadzenie kolejnego samorządu współtworzącego terapię i diagnozę dla diagnostów laboratoryjnych obok lekarskiego, spory administracji i oczekiwań społecznych odnośnie opieki zdrowotnej byłyby znacznie prostsze i skracające czas ewentualnych obstrukcji w ich rozwiązywaniu.

Związki zawodowe nie mogą brać udziału w rozstrzygnięciu i ustalaniu proporcji i wagi udziału w procesie diagnozy i terapii w wykonaniu lekarzy i diagnostów laboratoryjnych. O ich ważności, spójności i niezbędności rozstrzygać może samorząd jednej i drugiej grupy zawodowej.

Samorząd zawodowy posiada istotny element, którego nie sposób dopatrzeć się w działaniach związków zawodowych. Cechą tą jest intuicja i zdolność widzenia perspektywicznego w postrzeganiu celów i zadań społecznych u dużych grup charakteryzujących się statusem rzetelnego wykształcenia.

To samorządy określają wizję i perspektywę działań dla całej społeczności obligatoryjnych członków. Tak na przykład powoływane izby rolne, architektów itd., wyznaczają koncepcje rozwoju w perspektywie wielu lat i przyjmowana jest ona jako program dla administracji. Dobry samorząd cechuje wizjonerstwo. Samorząd jedynie a nie związki zawodowe diagnostów laboratoryjnych powinien stworzyć w Służbie i Ochronie Zdrowia standard obowiązujący, aby każde podanie nieobojętnego leku dla organizmu poprzedzone było badaniami diagnostyczno-laboratoryjnymi. Uzasadnia takie stanowisko nie tylko zżubne w konsekwencji dawkowanie leków obciążające organizm i znoszenie jego odporności ale również względy ekonomiczne. W związku z tym standardem należy kierować badania i działania medyczne ku temu, by zostały wypracowane takie techniki badawcze i diagnostyczno-terapeutyczne, które dawałyby możliwość rozpoznania właściwości organizmu poprzez diagnostykę w tym samym czasie w jakim następuje rozpoznanie dolegliwości pacjenta poprzez wywiad chorobowy. Dlatego zatem powinien zaistnieć samorząd czyli izba diagnostów laboratoryjnych, by uczestnicząc w konstruktywnych sporach wypracować standard.

To istotne jest szczególnie, gdy od kilku lat działające izby lekarska, aptekarska i pielęgniarska i każda z istniejących grup zawodowych reprezentuje i chroni interesy własnego środowiska a w rzeczy samej służba zdrowia pozostaje poddana jednemu środowisku lekarskiemu. Ponieważ w procesie diagnozy i terapii uczestniczy obok lekarza w sposób istotny i ma udział swój również diagnosta laboratoryjny wykształcony wieloprofilowo, a pozo-

stający często w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, stąd też dla uniknięcia niebezpieczeństwa zawładnięcia służbą zdrowia i jej relacji z pacjentem przez grupę chroniącą interesy izby lekarskiej narzuca się z koniecznością działania buforowego, by w tej relacji powierzyć wiele spraw organizacyjnych w służbie zdrowia diagnostom laboratoryjnym.

By mogło to być zrealizowane, konieczna jest podmiotowa, prawna struktura równorzędna tamtym izbom, izba diagnostów laboratoryjnych. Leczenie szpitalne opiera się przede wszystkim na rzetelnej diagnozie wykonanej przez diagnostów laboratoryjnych. O ile w praktyce ambulatoryjnej nie zachodzi w każdym przypadku leczenia poprzedzanie i monitorowanie badaniami laboratoryjnymi to jednak szpitalne badania i leczenie warunkowane są badaniami laboratoryjnymi. Przyszłość zaś badań ambulatoryjnych skłaniać będzie do wykonania w procesie leczenia wstępnych badań laboratoryjnych dla uniknięcia błędów, i stosowanej w praktyce metody prób i błędów w diagnozach i terapiach farmakologicznych wykonanych przez ordynującego leczenie.

Uchwała nr I

Uczestnicy posiedzenia Ogólnopolskiego Komitetu Organizacyjnego Izby Diagnostów Laboratoryjnych zebrani w dniu 8 maja 1998 r. w Krakowie domagają się od Przewodniczącego Sejmowej Komisji Zdrowia Pana Posła Stanisława Grzonkowskiego niezwłocznego włączenia projektu ustawy o zawodzie diagnosty laboratoryjnego głównym inspiratorem ich przygotowania są przedstawiciele analityki medycznej. Z tego względu uważamy, że w dalszych etapach prac legislacyjnych i organizacyjnych nie powinno zabraknąć przedstawicieli Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów delegowanych lub akceptowanych do tych prac przez Zarząd Główny PTM.

P.S. Rzeczywiście, rezonans PTM był natychmiastowy, oto niektóre wypowiedzi nadesłane do mnie z Zarządu Głównego PTM-u. Mamy też nadzieję, że przedstawiciele Komitetu Organizacyjnego Izby Diagnostów Laboratoryjnych i Pan Doktor osobiście zechcą się spotkać z przedstawicielami PTM dla przedyskutowania wątpliwości i wysłuchania opinii tak jak to uczynili spotykając się w styczniu br. z przedstawicielami innych Towarzystw zajmujących się sprawami diagnostyki w szerokim tego słowa znaczeniu.

Zarząd Główny wyraża nadzieję, że obecne pismo, tak jak poprzednie z dnia 8.04.1997 r. zostanie upublicznione w formie przedruku w Biuletynie Analityki. Bylibyśmy też wdzięczni za udostępnienie Zarządowi Głównemu PTM kolejnych numerów Biuletynu Analityki, z których moglibyśmy czerpać informacje na temat postępujących prac legislacyjnych i organizacyjnych.

Z poważaniem
Prezes Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów
prof. dr hab. Danuta Dzierżanowska

Uchwała II

Diagności laboratoryjni na spotkaniu Ogólnopolskiego Komitetu Organizacyjnego Izby Diagnostów Laboratoryjnych z mandatu reprezentujący regiony i województwa całego kraju przyjęli uchwałę, by wyrazić wobec zarządu PTDL i „Redakcji Diagnostyki Laboratoryjnej” bezwzględny protest, w którego treści zawarty jest sprzeciw dla pojawiających się artykułów publikowanych przez autorów, którzy notorycznie chcą podejmować dyskusję i kwestionować nazwę diagnostyki laboratoryjnej jako działu świadczeń medycznych, i jako grupy zawodowej noszącej to miano a wykonującej takie świadczenia.

Wobec Zarządu PTDL zgłaszamy protest żądając przeproszenia, że odmawiane są nam prawa przez niektórych członków Zarządu Głównego do nazwy zawodu, którego nazwa widnieje w winiecie Towarzystwa i w tytule periodyku.

Protestujemy wobec prób zawłaszczenia nazwy diagnostyka laboratoryjna, bądź jej próbie zastępowania innymi terminami szczególnie teraz, gdy projekt ustawy o diagnostach laboratoryjnych będzie przedmiotem debaty sejmowej.

Nieliczna grupa reprezentacji innego zawodu wśród diagnostów laboratoryjnych nie uprawnia do zawłaszczenia przez tych nam prawa do reprezentacji zawodowej i samorządowej tysięcy pracowników świadczących diagnostykę laboratoryjną.

Kraków, dnia 8 maja 1998 r.

Opracował Henryk Owczarek

Wrocław 18.07.2025 r.

Szanowni Państwo,

przedstawiając kolejny odcinek rysu historycznego tworzenia naszego samorządu zawodowego w kończącym się roku *Anno Domini* 2025 w atmosferze zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia przesyłam moc pozdrowień i przesłań by Gwiazda Betlejemską przyniosła *Pax et Bonum* do Waszych domów, Waszych miejsc pracy oraz sal dydaktycznych, by światło oświeślało wszelkie pragnienia i było bodźcem do budowania poczucia, że bez pokoju nie ma dobra a bez dobra nie ma pokoju, tego życzę na cały Rok 2026. To było zawsze dewizą mojego życia.

7.12.2025 r.

Henryk Owczarek

Termin „diagnostyka laboratoryjna” w aktach prawnych polskiego ustawodawstwa

Termin **diagnostyka laboratoryjna** przejawia się jako wiodący, określający rodzaj świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentowi w dwu podstawowych aktach prawnych dotyczących opieki zdrowotnej:

1. Z art. 5, pkt 7 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (z dnia 30 sierpnia 1991 r. z późniejszymi zmianami) wynika, że świadczenia zdrowotne udzielane są w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, której częścią jest analityka medyczna.
2. Art. 31 „f” ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (z dnia 6 lutego 1991 z późniejszymi zmianami) także posługuje się szerszym terminem badanie diagnostyczne na określenie jednego z uprawnień przysługujących ubezpieczonemu. Tym samym w dwu najważniejszych aktach określających prawo do opieki zdrowotnej i regulującej ustrój podmiotów udzielających świadczenie zdrowotne, ustawodawca posługuje się terminem diagnostyka laboratoryjna.
3. W klasyfikacji zawodów i specjalności MPiPS zawod ten został umieszczony w grupie specjalistów – „specjalności ochrony zdrowia”. Zgodnie z tą klasyfikacją diagnosta laboratoryjny wykonuje za pomocą specjalistycznych metod i aparatury laboratoryjnej, bądź nadzoruje wykonanie badań diagnostycznych z zakresu chemii klinicznej, analityki ogólnej, hematologii, serologii, immunologii i bakteriologii oraz interpretuje i ocenia wyniki badań. (Klasyfikacja zawodów i specjalności, tom V, zeszyt 2, cz. II, s. 407.)

Termin „diagnostyka laboratoryjna” stosowany jest także szeroko w resortowych aktach prawnych:

4. Instrukcja MZiOŚ z dnia 25.X.1978 r. w sprawie „organizacji i zasad działalności w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej i mikrobiologicznej” ogłoszona w Dzienniku Urzędowym MZiOŚ [1978 r. Nr 18, poz. 49].
5. Instrukcja MZiOŚ z dnia 30.IX.1982 r. w sprawie „nadzoru specjalistycznego” ogłoszona w Dzienniku Urzędowym MZiOŚ z późniejszymi zmianami: 1982 r. Nr 11, poz. 57; 1987 r. Nr 7, poz. 43
6. Zarządzenia MZiOŚ z dnia 1.11.1983 r. w sprawie „specjalizacji lekarzy, lekarzy dentyków, magistrów farmacji oraz innych pracowników z wyższym wykształceniem zatrudnionych w Służbie Zdrowia i Opieki Społecznej” ogłoszone w Dzienniku Urzędowym MZiOŚ z późniejszymi zmianami: 1983 r. Nr 3, poz. 19; 1986 r. Nr 7, poz. 26; 1989 r. Nr 8 poz. 50.
Specjalizacja z zakresu diagnostyki laboratoryjnej dla mgr analityki medycznej i lekarzy oraz dla innych trybów kształcenia; z analityki klinicznej.
7. Zarządzenie MZiOŚ z dnia 15 kwietnia 1997 r. w sprawie utwo-

ZAKŁADKA HISTORYCZNA

zenia Centralnego Ośrodka Badań Jakości w diagnostyce laboratoryjnej, ogłoszone w Dzienniku Urzędowym MZiOŚ [1997 Nr 8, poz. 18].

Nazwa „diagnostyka laboratoryjna” w innych dokumentach:

8. Program specjalizacji II-go stopnia z diagnostyki laboratoryjnej i analityki klinicznej zatwierdzony przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 15.06.1998 r.
9. Konsultant krajowy, regionalny ds. diagnostyki laboratoryjnej - powoływani byli przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, zaś konsultant wojewódzki ds. diagnostyki laboratoryjnej przez Wojewodę do merytorycznego i administracyjnego nadzoru, sprawnego funkcjonowania diagnostyki laboratoryjnej w obrębie Służby Zdrowia.
10. W szeregu ZOZ i szpitalach istnieją Zakłady i Pracownie Diagnostyki Laboratoryjnej.
11. Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej liczące prawie cztery tysiące członków spośród liczby znacznie wyższej zostało powołane na prawach Stowarzyszenia. Nazwa Towarzystwo jest nazwą instytucjonalną.
12. Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej wydaje periodyk pod nazwą: „Diagnostyka Laboratoryjna” w nakładzie 4 tys.
13. W ośmiu Uczelniach Medycznych istnieje Oddział Analityki Medycznej, a na kierunkach medycznych jest wykładany przedmiot „Diagnostyka Laboratoryjna”.
14. Wiele podręczników o kwalifikacjach medycznych naukowo-badawczych formułuje rozdziały o diagnostyce laboratoryjnej danego działu klinicznego (np. diagnostyka laboratoryjna chorób tarczycy).
15. Od ponad trzydziestu lat powszechną obligatoryjną praktyką jest zlecenie i kierowanie pacjentów do badań w laboratoriach diagnostycznych; wskazuje to na powszechność przekonania, że w laboratoriach tych świadczona jest diagnostyka, a zatem są one diagnostyką laboratoryjną i niezbędne dla fachowej opieki medycznej nad pacjentem.

Obecnie praktycznie pojęcie „Analityka Medyczna” nie jest w aktach prawnych stosowana albo jeśli się go przywołuje, to wyłącznie jako jeden z działów diagnostyki laboratoryjnej.

Opracował
Henryk Owczarek

**Przedmiot Materialny i Formalny Diagnostyki Laboratoryjnej
Dziedzina Diagnostyki Laboratoryjnej**

Miejsce diagnostyki laboratoryjnej *ipso facto* określa jej przedmiot i metody oraz sposób ich uprawiania. We współczesnym myśleniu o służbie zdrowia winna być diagnostyka laboratoryjna partnerem dla każdego uczestnika w procesie terapii, uzyskując w ten sposób właściwy wymiar i wiarygodność procesu leczenia i monitorowania. Diagnostyka laboratoryjna jako obejmująca wiele dyscyplin naukowych, tak jak i organizm ludzki i przyrodniczy, będąc

wielce złożony i skomplikowany, wymaga podmiotowego nadzoru i przedmiotowego traktowania. Taki nadzór i wizja rozwoju nauk wchodzących w diagnostykę laboratoryjną (mikrobiologia, parazytologia, toksykologia, cytologia, biologia molekularna itd.) musi spoczywać w umysłach ludzi wykształconych w tych kierunkach. W każdej nauce wyróżnić można przedmiot materialny i przedmiot formalny. Przedmiotem materialnym jest odpowiedź na pytanie: co bada? W zakresie przedmiotu formalnego leży odpowiedź na pytanie: jak, czym, w jaki sposób bada i rozpoznaje przedmiot materialny. W obszarze diagnostyki laboratoryjnej – w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej znajdują się przedmiotowe (materialne) zagadnienia: anatomii, histologii, fizjologii, patofizjologii, patomorfologii (Dz. U. MEN z 2000 r. Nr 5, poz. 32) – przedmioty znajdujące się w wykazie RGSzW [Nr 136/2000] dotyczącym określenia minimalnych wymagań programowych dla studiów magisterskich „analityka medyczna”. W zakresie zagadnień w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej, przedmiotem formalnym będą te nauki, które dostarczają narzędzi, metod, sposobów określających przedmiot badania pobranego wycinka organizmu (biologia molekularna, chemia kliniczna, genetyka kliniczna, hematologia laboratoryjna, mikrobiologia, wirusologia itd.). Reasumując, dziedziną diagnostyki laboratoryjnej jest pobrany materiał z organizmu biologicznego oraz wszystkie te metody, które służą analizie tego organizmu i dostarczeniu odpowiedzi na pytania: jak przebiega prawidłowy rozwój, w jakim stopniu jest on zdeformowany i jak dalece odbiega od prawidłowego rozwoju. To diagności laboratoryjni znają standardy i wymagany poziom oraz zakres możliwych badań w służbie zachowania zdrowia współczesnego człowieka. To diagnostyka laboratoryjna jest w stanie podjąć działania profilaktyczne i z pewnym okresem wyprzedzenia sygnalizować zagrożenie dla zdrowia i życia ludzkiego płynące z technologii współczesnego życia, chemizacji żywności oraz różnorodności stosowanych leków i substancji uzyskiwanych w procesie nieorganicznym. Medycyna współcześnie nie może podjąć skutecznych działań bez odniesienia się i bez współpracy z diagnostyką laboratoryjną. Są to dziedziny nauk, których badanie, analiza, eksperyment i standaryzacja są ramami nauk ścisłych. Diagnostyka laboratoryjna jako nauka rozbudowała metodologię badań diagnostycznych czyniąc ją empiryczną i wolną od skażeń nieprecyzyjności języka i zapisów objawów chorobowych (z wywiadu), jak również uwalnia od błędów zrodzonych poprzez powtarzalność objawów u różnorodnych organizmów, także diagnostyka laboratoryjna różnicuje skutki farmakoterapii, nie drogą prób i błędów, lecz metodą naukowo-empiryczną.

Diagnostyka laboratoryjna jest fizykalnym sposobem dotarcia do źródła choroby i nie może zastąpić intuicyjnej diagnozy z wywiadu w wielu złożonych jednostkach chorobowych. Diagnostyka lekarska jest *par excellence* diagnostyką, jako, że sama nie różnicuje żadnymi wymiernymi kryteriami różnic między indywiduami przez oglądanie i wiedzę osiągniętą z wywiadu. Ustalenie różnic między indywiduami jest możliwe na drodze ścisłej diagnostyki, której rodowód jest analityczno-laboratoryjny. Tam wzięła ona

swój początek i stamtąd czerpie materiał badawczy, i stamtąd dostarcza wyników do diagnozy lekarskiej. Medycyna używa sformułowania diagnostyka lekarska zapożyczając go z nauk szczegółowych, ponieważ w ich obrębie dokonać można tego, co różnicuje zachowanie i zmiany towarzyszące zachowaniu w płaszczyźnie fizykochemicznej. Właściwym terenem diagnostyki medycznej jest jej odpowiednik realizowany poprzez diagnostykę laboratoryjną.

Jej przedmiotem formalnym są: instrumentaria, dane uzyskane w badaniu i korelacje przedstawione liczbowo, zaś przedmiotem materialnym (diagnostyki laboratoryjnej, diagnozy pielęgniarskiej, diagnozy lekarskiej) jest ten sam pacjent, ale w innym zakresie (w innej przestrzeni).

Diagnoza lekarska odwołuje się do zaobserwowanych objawów zgłaszanych przez pacjentów. Źródłem danych jest tu obserwacja i wywiad - anamneza, katamneza. Zaobserwowane objawy ustalone mogą być częściowo przez badanie fizykalne (opukiwanie, osłuchiwanie, wziernikowanie). Ogląd tych objawów w procesie fizjologiczno-fizykochemicznym jednak jest możliwy tylko przy pomocy diagnostyki laboratoryjnej. Tylko te metody i tylko ta dziedzina pozwala na uchwycenie zmian w procesach fizykochemicznych organizmu. Przestrzeń oglądana zgodnie z objawami i skargami pacjenta jest w części diagnozą lekarską lecz metody te nie są niezawodne. Skutki polegania na tej metodzie w diagnozie lekarskiej często są widoczne poprzez błędne rozpoznanie schorzenia i objawów i stosowanej stąd błędnej terapii. Patologia możliwa jest do rozpoznania poprzez porównanie prawidłowych procesów fizykochemicznych badanego organizmu z jej odpowiednikami w stanie chorobowym. Takie działanie jest dziedziną diagnostyki laboratoryjnej, choć jej wykorzystanie dostępne jest w procesie leczenia tj. diagnozie lekarskiej i diagnozie pielęgniarskiej oraz farmakoterapii.

Diagnostykę można rozumieć jako ogólną, której przedmiotem są podstawowe metody badania i jako diagnostykę szczegółową, zajmującą się metodami stosowanymi w poszczególnych działach nauk medycznych i pozamedycznych, oraz diagnostykę różnicową opierającą rozpoznanie na porównywaniu objawów występujących w różnych chorobach. Z tych uwag wynika, że diagnostyka jest różnym sposobem dochodzenia do poznania stanu zdrowia, choroby, patologii indywidualnego pacjenta i populacyjnego różnicowania zdrowia i patologii. Przedmiotem formalnym tej dyscypliny są metody, które pozwalają odczytać niewidoczne dla oka i jego oglądu procesy fizykochemiczne. Ta część stanowi integralną dyscyplinę tego co nazywamy diagnostyką laboratoryjną. Cała ta przestrzeń różnicowania normy od patologii, indywidualnych cech organizmu w stanie zdrowia od tego co stanowi patologię, funkcje i dysfunkcje organizmu – ich fizjologiczne parametry, opisane są wyznacznikami fizykochemicznymi. Klasycznym przykładem wyznaczenia miejsca i roli diagnostyki laboratoryjnej w medycynie jest stan wiedzy i możliwości medycyny w przypadkach wielu chorób.

Czym jest diagnostyka laboratoryjna?

Diagnostyka – dla jasności i precyzyjności domaga się eksplikacji etymologicznej treści oznaczeń słowa. *Diagnosis* = *dia* – *gnosis* = poznaję na wiele sposobów, różnorako, rozpoznaję, poznaję dzieląc:

diagnosis – *agnosis* = rozpoznaję, nie poznaję

gnosis – *agnosis* = gnoza, agnoza,

to terminy o rodowodzie teoriopoznawczym, gdzie główne pytanie stanowiło rozstrzygnięcie, czy otaczający nas świat jest poznawalny przez nasze ludzkie narzędzia poznawcze. Odpowiedzi w czasie ulegały zmianom od pełnego zaufania do narządów poznawczych aż po całkowite zwątpienie, skutkiem czego pojawiły się hipotezy, że nie jest możliwe poznanie tajemnic świata i jego złożoności, gdyż ulegamy wielu złudzeniom i zafałszowaniem dzięki naszym zmysłom. Stąd też współcześnie pojawiły się w XX-wiecznej nauce dążenia do oparcia nauk szczegółowych na pełnej podstawie, analizie, eksperymencie, weryfikacji i fizykalnym podejściu do badań świata a w przypadku organizmu na metodach analityczno-fizykalno-biochemicznych. Diagnostyka laboratoryjna będzie zatem sposobem rozpoznawania prawidłowości zachodzących w organizmie i wszelkich postaci odmian patologii. Stanowić będzie diagnostyka laboratoryjna wielość dróg prowadzących do rozpoznania badanego materiału biologicznego prowadzonego w laboratorium.

Tę kwestię można rozstrzygnąć poprzez odpowiedź na pytanie; kto jest podmiotem w diagnostyce laboratoryjnej, co stanowi przedmiot, czy ma ta interdyscyplinarna nauka właściwe sobie metody i jaki jest ich sposób uprawiania. Diagnostyka laboratoryjna współcześnie funkcjonująca, może być jedynie realizowana przez wykwalifikowane kadry w systemie akademickim tak uniwersyteckim, jak i zawodowo-medycznym. Jej właściwym podmiotem może być wykształcony absolwent, który zdobył wiedzę o świecie organicznym, metodach stosowanych w badaniach tego świata i posiadający przez to wiedzę umożliwiającą mu transponowanie tych poziomów na organizm i otoczenie człowieka wraz z jego trybem życia pod kątem ochrony jego zdrowia i poznawania tych czynników, które rodzą patologię, czyli stan zaburzonego funkcjonowania organizmu i dysfunkcji jego zadań życiowych. Stan dysfunkcji zadań życiowych badanych nie tylko w aspekcie jednostkowym, indywidualnym ale także w aspekcie odnoszącym się do całej populacji w czasie i przestrzeni. Taki stan wiedzy ma możliwość osiągnąć absolwent, którego celem zadaniem będzie bazowe (fundamentalne) kształcenie w naukach szczegółowych – przyrodniczo-fizykochemicznych z całą różnorodnością metod badawczych stosowanych w tych naukach, bowiem te nauki zmierzają w swoim zadaniu do poznania organizmów a przede wszystkim człowieka i pod kątem dobra płynącego z tych nauk dla człowieka.

Podmiotem definicji – desygnatem jest osoba, która w drodze studiów kwalifikacyjnych określonych w ustawie o diagnostyce laboratoryjnej uzyskała wymagane przygotowanie poprzez co najmniej pięcioletnie studia magisterskie na wydziałach analityki

ZAKŁADKA HISTORYCZNA

medycznej bądź farmacji lub uzyskała dyplom innego wydziału medycznego-lekarskiego, w którego w programie studiów realizowane były niezbędne dla wykonywania zawodu, a po nich uzyskały umiejętności praktyczne. Także dla potrzeb specjalistycznych w ochronie zdrowia osoby, które ukończyły studia biologiczne, biotechnologiczne, chemiczne kwalifikujące je do świadczeń w diagnostyce laboratoryjnej o szczególnym charakterze np. biologia molekularna, genetyka, immunologia itp. Wszystkie te osoby zobowiązane są do zdania egzaminu na diagnostę laboratoryjnego. Zdany egzamin potwierdza posiadaną wiedzę jak również kwalifikacje praktyczne. Po złożeniu przysięgi na ręce Prezesa Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, diagnosta laboratoryjny nabywa uprawnień do wykonywania zawodu określonego ustawą o diagnostyce laboratoryjnej.

Najpełniej realizuje to zadanie kształceniowe absolwent kierunku analityki medycznej, choć nie można nie dostrzegać nieodzownej obecności wśród diagnostów absolwentów biologii, chemii, z ich przygotowaniem do badań porównawczych, genetycznych, chemii środowiskowej itd. Oni wszyscy stanowią podmiot diagnostyki laboratoryjnej. Diagnosty laboratoryjni są zatem jedyną grupą zawodową z przygotowaniem fachowym i ci są pracownikami medycyny laboratoryjnej, jak określa w minimalnych wymaganiach programowych dla studiów magisterskich „analityki medycznej” Uchwała RGSzW z 19 października 2000 roku.

Przedmiotem diagnostyki laboratoryjnej jest również organizm ludzki bądź jego specyficzne wycinki, które pozwalają na taki ogląd, który niedostępny jest oku ludzkiemu ani przenikliwości umysłu i intuicji. Ten szczególny wynik badań podany ilościowo [cyfrowo] a także graficznie pozwala wnikać w strukturę organu i jego funkcjonowanie. Przez porównanie danego wyniku z wynikiem drugiej osoby bądź z wynikiem w stanie choroby czy zdrowia, pozwala na monitorowanie procesu terapii farmakologicznej i ingerencję fizyczną w organizm. Przedmiotem tych nauk jest to, co stanowi materiał badawczy w laboratoriach.

Przedmiotem formalnym (czyli metodą) diagnostyki laboratoryjnej jest współczesne laboratorium wyposażone w niezbędną aparaturę dla takich badań, odczynniki oraz kwalifikowana wiedza i umiejętności manualno-praktyczne dające możliwość wykonania diagnoście laboratoryjnemu całego zakresu badań podejmowanych w procesie diagnozy i terapii wraz z możliwością kontroli recepcji tego procesu przez pacjenta. Laboratoria i ich niezbędne wyposażenie określają poziom rozwoju nauk technicznych, medycznych oraz możliwość finansowania jego wyposażenia przez podmiot zabezpieczający warunki pracy diagnoście laboratoryjnemu. Istnieje jednak pewne minimum wyposażenia, które winno być zawarte w rozporządzeniu o wyposażeniu laboratoriów oraz określające podstawowe kwalifikacje do wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej.

Celem badań laboratoryjnych diagnostyki laboratoryjnej jest podanie indywidualnych właściwości biochemicznych organizmu badanego jak również podanie tych danych, które są niezbędne na obecnym poziomie wiedzy do określenia przyczyn choroby wpływających z krwiopochodnych zaburzeń, toksyczności śro-

dowiska organizmu bądź też środowiska pasożytów przedostających się do organizmu zdrowego człowieka jak również procesów immunogenetycznych jako swoistej reakcji na procesy adaptacyjne organizmu jak np. zmiany organiczne, fizjologiczne w procesie napromieniowania, w procesach zmian klimatycznych itp.

Metody diagnostyki laboratoryjnej są w części spójne (integracyjne) z naukami szczegółowymi, a jednak ich stosowanie i szczególny charakter traktowania materiału rodzi konsekwencje specyficzne dla takich badań, które mogłyby naruszyć wartość jedyną i niekwestionowaną – zdrowie ludzkie. Jak silne jest przekonanie o tym, że nie można naruszać zdrowia człowieka dla pogłębienia badań nad organizmem ludzkim, badań, w których przekroczone byłyby te bariery, dowodzi dotychczas obowiązujący, bezwzględny zakaz korzystania z wyników badań medycznych, laboratoryjnych, które przeprowadzono w obozach koncentracyjnych wschodu i zachodu z naruszeniem zdrowia i życia ludzkiego. Ich zapisy i dane pozostają pod kontrolą w Hadze pozostając niedostępnymi dla współczesnych. Ich tabu jest nieprzekraczalne. Ta uwaga ukazuje specyficzność tej nauki, tych metod i dowodzi jak wielkim dobrem jest zdrowie człowieka. Rekapitulując nasze pojęcia odnoszące się do diagnozy w obszarze medycznym postulujemy by rozumieć że:

Diagnostyka medyczna jest zespołem czynności, które należy wykonać zgodnie ze sztuką (umiejętnością) i wiedzą w zakresie tych czynności wykonanych z zamiarem uzyskania szerokiej informacji o źródłach patologii, warunkach podtrzymania zdrowia i zmian zachodzących wskutek wprowadzonej terapii, czynności fizycznej bądź farmakologicznej. Z niej wynika diagnoza lekarska i diagnoza pielęgniarska.

Diagnoza lekarska – korzystanie z wiedzy umysłowej ukształtowanej w procesie kształcenia medycznego. Jej sedno tkwi w rozpoznaniu źródła patologii i ewentualnego jej skutku bądź tylko dotyka skutków postrzeganych jako objawy zgłoszone, zaobserwowane i uzyskane dane z wywiadu bądź oglądu. Do danych służących diagnozie lekarskiej należy także wynik i dane diagnostyki laboratoryjnej.

Diagnoza pielęgniarska – stan rozpoznania, w wyniku którego określa się niezbędny poziom opieki i pomocy niesionej pacjentowi dla jego procesu powrotu do zdrowia, bądź podtrzymania jego funkcji życiowych. Stanowią one integralną część opieki nad pacjentem w stanie jego choroby i są z sobą niezwykle przeplatane. Diagnostyka laboratoryjna na skutek konieczności poszerzania obszaru badawczego i metod temu służących, wyodrębniła się z kręgu XIX - wiecznej wiedzy medycznej jako specyficzna i integralna dyscyplina nauk szczegółowych, która zachowuje więzi łączące ją z diagnozą medyczną. Wyodrębnienie dokonało się wskutek konieczności odrębnego kształcenia dla realizacji stawianych zadań. Tych zadań nie byli i nie są w stanie realizować na poziomie wystarczającym ani lekarz, ani pielęgniarka czy farmaceuta. Bowiem diagnostyka laboratoryjna to zespół czynności wykonywanych w procesie dokonywanych analiz próbek materiału biologicznego z przeznaczeniem pełniejszego ustalenia zmiennych zależnych i niezależnych, a w procesie terapii farma-

kologicznej uchwycenie zmiennej pośredniczącej, zaś diagnosta laboratoryjny to osoba posiadająca wiedzę i umiejętność wykonania rzetelnej, szybkiej i sprawnej analizy pobranych próbek w laboratoriach analitycznych w celu uzyskania możliwie pełnej informacji o przyczynach, które były powodem pobrania owych próbek do rozpoznania (diagnozy). Także celem tych badań może być komparacja jednostkowych wyników uzyskanych do optymalnych i populacyjnych parametrów. Każda z nauk szczegółowych dokonuje badań i analiz dla ustalenia parametrów normatywnych i odchyła od nich w jednostkowych zdarzeniach.

Dlaczego diagnostyka jest ważna?

Diagnostyka laboratoryjna we współczesnym rozumieniu medycyny staje się fundamentem sprawności medycznej i to fundamentem niezbędnym. Medyk bez tego fundamentu porusza się w obszarze chorób nękających człowieka jak bioenergoterapeuta. Mówienie o diagnozie lekarskiej bez wcześniej przygotowanej diagnozy w oparciu o analitykę i laboratorium staje się anachronizmem. Rejestr czynności diagnostyki laboratoryjnej skierowany na organizm żywy, martwy, bądź organizm biologiczno-przyrodniczy na każdym poziomie przedmiotu badanego – organizmu, prowadzi do określenia czynności diagnostycznych zgodnie z wymogami norm etycznych, prowadząc do styczności z normami i ograniczeniami prawnymi. Ta styczność zachodzi na poziomie znacznie głębszym, regulowana normami moralnymi i etycznymi a niekiedy obyczajowymi.

Diagnostyka laboratoryjna jako nauka, odkrywa i potwierdza zespół symptomów, objawów patologicznych jako symptomatologia (nauka o symptomach), które są dostępne z oglądu i wywiadu. Diagnostyka laboratoryjna – poszukująca potwierdzeń dla tych symptomów, uzasadnia te symptomy procesem analizy biologiczno-chemicznej organizmu i zmian zachodzących w fazie chorobowej. Diagnostyka laboratoryjna wyniki procesów w organizmie zdrowym i chorym przedstawia w wartościach liczbowych bądź w opisie fizyko-chemicznym cech wewnątrzustrojowych.

Współcześnie sprawnie funkcjonująca diagnostyka laboratoryjna będzie ochroną zdrowia współczesnego człowieka w Polsce, tą właściwą, sprawną i szybką w wykonaniu profesjonalistów do tego przygotowanych w procesie kształcenia. Diagnostyka laboratoryjna stała się w drugiej połowie XX wieku tak specjalistyczna, że nie może jej wykonywać osoba edukowana dla innego celu jak pielęgniarka, lekarz czy farmaceuta, stąd w latach 70. znaczna część środowiska lekarskiego uświadomiła sobie: czym jest diagnostyka laboratoryjna? Nie jest ona przedmiotem studiów w oddziałach lekarzy, pielęgniarek czy farmaceutów.

Przewodniczący
Komitetu Organizacyjnego
Pierwszego Krajowego Zjazdu Diagnostów Laboratoryjnych
dr Henryk Owczarek

Do Diagnostów Laboratoryjnych

Chcąc podjąć dyskusję nad deontologią w zawodzie diagnosty laboratoryjnego potrzeba w pierwszej kolejności wyeksplikować principia etyczne z których wyprowadzić można zawodo-we normy deontyczne. Mam nadzieję, że wszyscy uczestniczyć będziemy w dyskusji nad zespołem norm deontycznych naszego zawodu. Przedkładam Państwu konstrukcję myślową pod tytułem "postulowany kanon normatywnego postępowania". Ten postulowany zapis kanonów chciałbym by był potraktowany przez Państwa jako materiał do przemyśleń i pracy w zespołach nad opracowaniem kodeksu etyki zawodowej diagnostów laboratoryjnych. Ta dyskusja może odbywać się w Internecie, którą każdy będzie mógł śledzić.

Postulowany kanon normatywnego postępowania

Dobro pacjenta jest dobrem nadrzędnym dla budowania trwałego zaufania do zawodu diagnosty laboratoryjnego – zawodu zaufania publicznego.

Dobro pacjenta jest dobrem nadrzędnym, wynika to z jedności i niepowtarzalności jednostki ludzkiej.

Zespół nadrzędnych norm moralnych: dobro, prawda, wolność, równość, sprawiedliwość dyktują sposób i zasady postępowania wobec pacjenta.

Funkcje i role społeczne, które każdy członek społeczeństwa bierze na siebie, obligują do zachowania generalnych norm moralnych - dobrego współżycia społecznego.

Cele, środki i okoliczności realizowanych zadań wyznaczają ramy poszczególnych czynów i postępowania członkom społeczności diagnostów laboratoryjnych.

Normy moralne wynikające z powyższych zasad są kanonem normatywnym dla naszego zawodu. Wynikają z zasad wielowiekowej filozofii społecznej naszego narodu i stają się przesłankami do budowania deontologii zawodu diagnosty laboratoryjnego.

Przewodniczący
Komitetu Organizacyjnego
Pierwszego Krajowego Zjazdu Diagnostów Laboratoryjnych
dr Henryk Owczarek

Uchwała nr 61/2004 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 17 grudnia 2004 r.

w sprawie określenia słownika pojęć zawartych w art. 2 pkt. 4 ustawy o zmianie ustawy o diagnostyce laboratoryjnej z dnia 28 sierpnia 2003 roku [Dz.U. nr 171 poz. 1663].

Na podstawie art. 47 pkt. 12 ustawy z dnia 27 lipca 2001 roku, o diagnostyce laboratoryjnej [tekst jednolity Dz.U. z 2004 r. Nr 144, poz. 1529] Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych uchwala co następuje:

ZAKŁADKA HISTORYCZNA

§1

Zgodnie z art. 2 pkt 4 KRDL uchwałą tworzy słownik do pojęć:

- 1) wykonywanie oceny jakości badania laboratoryjnego,
- 2) wykonywanie oceny wartości diagnostycznej badania laboratoryjnego,
- 3) laboratoryjna interpretacja wyniku badania,
- 4) autoryzacja wyniku badania laboratoryjnego.

§2

Tworzy się słownik do §1 pkt. 1.

Wykonywanie oceny jakości badania laboratoryjnego

Jakość badania laboratoryjnego dotyczy cech analitycznych wyniku badania i określa jego wiarygodność i zgodność, w granicach przyjętego zakresu błędu dopuszczalnego.

Oceny jakości analitycznej wyniku badania laboratoryjnego dokonuje diagnosta laboratoryjny poprzez właściwą interpretację wyników kontroli wewnątrz i zewnątrzlaboratoryjnej, opartych o określone zasady prowadzenia kontroli.

§3

Tworzy się słownik do §1 pkt. 2

Wykonywanie oceny wartości diagnostycznej badania laboratoryjnego

Ocena wartości diagnostycznej dotyczy cech diagnostycznych wyniku badania i określa prawdopodobieństwo poprawnej oceny stanu zdrowia pacjenta w oparciu o uzyskany wynik laboratoryjny.

Oceny wartości diagnostycznej wyniku badania laboratoryjnego dokonuje diagnosta laboratoryjny poprzez znajomość (i właściwy dobór): przydatności poszczególnych badań laboratoryjnych do prognozowania, rozpoznawania i monitorowania stanu zdrowia pacjenta, ograniczeń analitycznych stosowanych metod i testów służących do wykonywania określonych badań laboratoryjnych. Tworzy się słownik do §1 pkt. 3.

Laboratoryjna interpretacja wyniku badania

Laboratoryjna interpretacja wyniku badania to zbiór komentarzy i informacji towarzyszących wynikowi badania, wykraczających poza samą wartość liczbową wyrażającą wynik. Laboratoryjna interpretacja wyniku badania zawiera informacje, które pozwalają klinicyście na lepsze wykorzystanie wyniku badania do procesu rozpoznawania stanu zdrowia i leczenia pacjenta. Nie obejmuje ze strony diagnosty bezpośredniej oceny stanu pacjenta, rozpoznania i diagnozowania chorób.

§5

Tworzy się słownik do §1 pkt 4.

Autoryzacja wyniku badania

Autoryzacja wyniku badania laboratoryjnego stanowi pisemne (podpis i pieczęć) potwierdzenie przez diagnostę laboratoryjnego, że określony wynik uzyskany został po właściwie przeprowadzonej ocenie jakości i wartości diagnostycznej badania, zgodnie z procedurami obowiązującymi w danej jednostce organizacyjnej.

Autoryzacja może być rozszerzona o laboratoryjną interpretację wyniku badania, za którą odpowiada podpisujący wynik diagnosta laboratoryjny.

§6

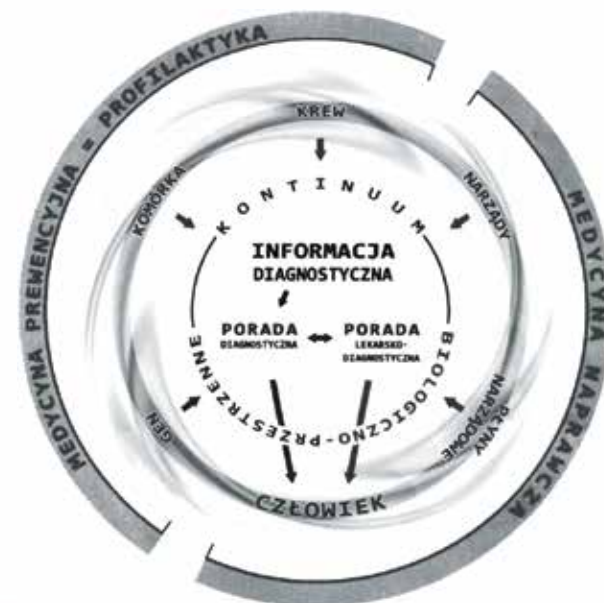
Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia

Sekretarz Czesław Główniak

Prezes Henryk Owczarek

Musimy akcentować udział nasz udział w systemie ochrony zdrowia o udziale diagnostyki laboratoryjnej w systemie ochrony zdrowia – pisałem wiele razy – tu wracam do prezentacji i opisu Infografiki, co zostało wykorzystane w Raporcie NIK, 2017 i opisana jako: projekt autorski – dr Henryk Owczarek, emerytowany pracownik Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu oraz były Prezes KRDL.

DIAGRAM KONTINUUM BIOLOGICZNO-PRZESTRZENNE przedstawia graficznie udział diagnostyki laboratoryjnej w systemie ochrony zdrowia, poprzez zapobieganie chorobom (profilaktyka), rozpoznanie choroby (diagnostyka medyczna) i monitorowanie leczenia (medycyna naprawcza).



INFORMACJA DIAGNOSTYCZNA – wynik/wyniki badań laboratoryjnych, wykonanych w medycznym laboratorium diagnostycznym, które dotyczą parametrów biologicznych i fizykochemicznych krwi lub innych materiałów biologicznych pobranych od pacjenta w celu ustalenia przez lekarza rozpoznania, monitorowania leczenia lub badań profilaktycznych.

PORADA DIAGNOSTYCZNA – porada/konsultacja, która może być udzielona przez diagnostę laboratoryjnego lekarzowi lub bezpośrednio pacjentowi prywatnemu w formie interpretacji diagnostycznej do wyniku/wyników badań laboratoryjnych (uzyskanych w MLD informacji diagnostycznej).

PORADA LEKARSKO-DIAGNOSTYCZNA – uwzględniająca wszystkie informacje diagnostyczne oraz aspekty kliniczne dotyczące danego pacjenta, udzielona przez lekarza rozpoczynającego lub weryfikującego proces diagnostyczno-terapeutyczny.

Drodzy Diagnostycy Laboratorijni,
Szanowni Państwo,
Drodzy Studenci,

Oddając kolejną część poświęconą historii samoorganizacji samorządu zawodowego Diagnostów Laboratorijnych, proszę zwrócić uwagę, że na pierwszym miejscu naszej działalności było Dobro wspólne, czyli dbanie o interes ogółu i osiąganie pozytywnych rezultatów dla wszystkich, a nie tylko jednostki. To powinno być kontynuowane, gdyż zawód zaufania publicznego zobowiązuje – diagnosta laboratoryjny wykonuje zadania o szczególnym charakterze z punktu widzenia zadań publicznych i z troski o realizację interesu publicznego. Należy także dbać o wzajemne relacje, szukając tego co łączy... Łączę wyrazy szacunku i pozdrowienia.

Henryk Owczarek
Wrocław 31.08.2025 r.

PODMIOTOWOŚĆ W SENSIE ZAWODU ZAUFANIA PUBLICZNEGO

Drodzy Diagnostycy Laboratorijni, Szanowni Państwo,
Drodzy Studenci kierunku analityki medycznej/medycyny laboratoryjnej,
Podmiotowość człowieka to nie tylko postulat etyczny, lecz także fundamentalna właściwość osoby ludzkiej zaangażowanej w relacje społeczne/zawodowe. Zapraszam do refleksji nad pojęciem podmiotowości diagnosty laboratoryjnego w sensie zawodu zaufania publicznego.

Miałem przyjemność poruszyć ten temat w czasie debaty „Rola samorządów zawodowych – zawodu zaufania publicznego – tworzenie demokratycznego państwa prawa” w Rezydencji „Belweder” Kancelarii Prezydenta RP w dniu 6 kwietnia 2004 r.

Samorządy zawodowe a polityczne instytucje w „demokracji delegowanej”, w których odbijają się skutki polityki społecznej partii rządzącej i „gry politycznej” państwa. Po 20 latach od wstąpienia Polski do Unii Europejskiej nasuwa się pytanie, czy struktury społeczne i państwowe oraz samo społeczeństwo po wcześniejszym pięćdziesięcioletnim eksperymentowaniu z naukowym socjalizmem i komunizmem zbudowały w pełni odpowiedzialne za obywateli państwo.

Istniejące przed laty samorządy zostały restaurowane bądź reanimowane. Powstały także nowe, nie mające pierwowzorów, ale te stały się odpowiedzią na zmienione warunki życia, pracy i organizowania się społeczeństwa. Pośród nich jest Krajowa Izba Diagnostów Laboratorijnych, powstała w wyniku rozwoju nauk medycznych i świadomości współcześnie kształcących się adeptów zawodów medycznych, że nie jest możliwe udzielanie świadczeń zdrowotnych ekonomicznie oszczędnych i pozbawionych ryzyka błędnie ordynowanych leków bez badań diagnostyczno-laboratoryjnych. Współczesna medycyna to medycyna pewna, obudowana badaniami diagnostycznymi.

Nie sposób być obojętnym na zdarzenia, które jawią się wokół każdego z nas. Do nich należą: reakcje społeczeństwa, imponderabilia ustawowo-wykonawcze, coraz bardziej widoczny rozróż między deklaracjami ekip i partii rządzących a poziomem realizacji zamierzeń i możliwościami ich urzeczywistniania.

Państwo po okresie wielkiej zmiany nie dość jasno określiło swój dogmat – czym chce pozostać dla obywatela i jakie aspiracje społeczne może realizować, rezygnując z nadzoru nad apanażami i profitami nowo powstałej, lecz przetransponowanej klasy z dyrektorów na prezesów i menedżerów. Mechanizmy zarządzania w krajach Europy Zachodniej tworzone były przez dziesięciolecia, a ich społeczeństwa nie były pozbawione samodzielności i możliwości samoorganizacji. Nadał stoismy bowiem przed problemem nie tylko służby zdrowia i ochrony zdrowia współobywateli, lecz także odpowiedzi na pytanie, czy stosowane socjotechniki w grze politycznej państwa są czynnikiem łagodzącym problemy ekonomiczne i kulturowo-cywilizacyjne, czy też są czynnikiem „usypiającym” aktywność społeczną i poczucie odpowiedzialności za sprawy publiczne. A może są czynnikiem prowokującym do buntów i desperacji? W koncepcji państwa i sprawowanej władzy brakuje jednoznacznej deklaracji, czego państwo oczekuje od obywateli – pasywności czy też podjęcia odpowiedzialności za sprawy publiczne. W pewnym zakresie uczyniły to samorządy, umieszczając w swych statutach zadania, które zamierzały realizować. Jednak nasuwa się pytanie, czy mają i czy miały one wymiar odpowiedzialności za sprawy publiczne, czy są wyrazem troski o dobro wspólne, nie zamykając oczu na nędzę, niedostatek i potrzeby członków. Jak wykonują dotychczas swoją pracę – nauczyciel, pielęgniarka, prawnik, lekarz, dziennikarz, diagnosta czy architekt? Czy umieją pracować dla dobra wspólnego? Jakie owoce zrodziły działania samorządów dla odbiorców pracy korporacyjnych członków? A może stały się okazją do ochrony siebie bądź przejawiają koleżeńską solidarność wobec pozostałych współobywateli? Czy utrzymały i potwierdziły zasadność określenia „zawodu zaufania publicznego”?

ZAKŁADKA HISTORYCZNA

Państwo w swojej strukturze i rządzeniu – formą politycznego działania przy udziale ugrupowań partyjnych. Państwo w obecnym rozumieniu nie jest formą przymusu nad obywatelem – staje się organizacją ładu społecznego w wykonaniu instytucji ustawodawczych i struktur wykonawczych. Chociaż należy zauważyć, że państwu bardzo jest trudno pozbyć się tej „wilczej skóry” i zrezygnować z form działania minionego półwiecza. Państwo bardzo przypomina „węża, który zrzuca starą powłokę”, by przyoblec się w nową, odmłodzoną, lecz bardzo podobną. Jego funkcja represyjna jest bowiem stosowana wybiórczo, z pominięciem „godzili”, której państwo nie tyka. Jako organizacja porządku społecznego nie może pominąć determinanty materialnej, kulturowej i duchowej spuścizny przejętej od poprzednich epok i systemów. Społeczeństwo wyraża różnorakie aspiracje i potrzeby, dla których należy poszukiwać odpowiedniej formy działania. Znajdują one odzwierciedlenie w politycznych różnicach ugrupowań i w procentowym udziale w zarządzaniu państwem przez partyjne formacje. Państwo staje się przez to organizmem, w którym mają być uzgadniane różnice wynikające z przyjętych założeń i celów, jak również programów partii pozostających przy władzy. Państwo jako struktura społeczna staje się formą zarządzania i chociaż nie ma mandatu i monopolu politycznego, posługiwać się musi społecznymi strukturami oddziaływania i zarządzania. Do takich należą między innymi agendy administracji publicznej, struktury wyznaniowe i organizacje społeczne, przede wszystkim struktury samorządowe i stowarzyszenia. Społeczny przekrój tych struktur i agend różnicuje się według kryteriów wynikających z przyporządkowania członków.

Samorządy ze swej natury nie mogą być ani reprezentacją, ani platformą działania partyjnego – są apolityczną formą działania państwa. Ustanawiają one swoiste, często elitarne kryteria, będące warunkiem wpisu do tychże korporacji. Elitarność nie wynika ani z chęci pozostawania w strukturze samorządu, ani też z orientacji politycznej, przez które prezentować by się mogły poszczególne jednostki. Samorząd jest bowiem apolityczną formą działania. Nie jest też, i nie może być, wyrazem samowoli i liberalnych bądź libertyńskich zachowań czy też programów przyjętych przez jego część. Zasadą wpisu, członkostwa jest na ogół kryterium wykształcenia bądź roli i zadań przyjętych od państwa w celu realizacji zadań społecznych. Samorząd, jak sama nazwa mówi, „sam się rządzi”, określa go jego statut. W swym programie jednak nie może wyjść poza granice określone ustawą, w której społeczeństwo poprzez Sejm w swej ustawodawczej funkcji nakreśla dla danej korporacji granice i w nich zezwala na działalność jej członkom. Zadania przejęte w ten sposób realizują członkowie samorządów w zastępstwie państwa dla dobra ogółu (społeczeństwa). Jednak, aby wszystko co dotyczy samorządów miało moc wiążącą i spotykało się z aprobatą społeczną, poszczególne korporacje muszą przyjąć surowe kryteria przynależności swoich członków. Nie mogą to być ani uznanie, ani zasługi czy też układy i koneksje, a jedynie kompetencje, kwalifikacje moralne i wykształcenie. Dzięki takim kryteriom członkowie korporacji i samorząd – w odniesieniu do szczególnych zadań realizowanych wobec jednostek, wobec

społeczeństwa – uzyskają miano „zawodu zaufania publicznego”. Takie zaufanie zbudowane jest i oparte na założeniu, że ani przekonania polityczne, ani ideowe członków korporacji nie decydują o wpisie na listę i nadaniu praw oraz obowiązków wynikających z członkostwa. W taki to sposób świadczeniobiorcy działalności samorządowej mają pewność, że żadna z różnic i zasad dyferencji jednostek nie będzie stanowić klucza do otrzymania świadczeń lub ich zaniechania z rąk członków danej korporacji. Każdy wyłom i odejście od przyjętych norm i zobowiązań wobec społeczeństwa – w przekonaniu biorców świadczeń w celu zachowania wiarygodności danej korporacji – musi wiązać się z ostrą reakcją i potępieniem, idącym równoległe z wykluczeniem osób, które chciałyby wykorzystywać swoje członkostwo do działań wynikających z niskich pobudek, np. materialnych, ekonomicznych czy też dewiacyjnych zachowań patologicznych. Korporacja czuwa i reaguje przede wszystkim na każde odejście od zasad etycznych przed prawem i opinią publiczną, które wyrażałyby się w dysfemii. Stąd jest oczywistą normą pozapartyjnego i pozaideologicznego traktowania biorcy świadczeń oraz wniosek, że korporacja w żadnej mierze nie może być reprezentacją ani płaszczyzną działania partii bądź członków chcących działać poprzez samorząd.

Samorządy z jednej strony działają w imieniu państwa, a z drugiej są sygnatariuszami zadań i oczekiwań społecznych wobec struktur państwa. Zakres dopuszczalnej samodzielności dla samorządów zawodowych wobec konieczności czy możliwości sprawowania nad nimi pieczy przez państwo. Jeśli samorządy określiły w swych statutach stosownie do ustaw je powołujących, że działają w imieniu państwa, to nasuwa się pytanie, czy mają podlegać nadzorowi sprawowanemu przez aparat państwowy, czy też nie. Sądzę, że państwo jako struktura społecznej organizacji nie może zaprzestać kontroli i nadzoru w imię respektowania równomiernego rozłożenia ciężarów i przywilejów na swych obywateli zgodnie z nakazem i dążeniem do zachowania zasad dobrego współżycia społecznego. Kiedy to będzie konieczne? W przypadkach spornych, czyli widocznego wyłomu przez grupę, która uzurpowałaby sobie prawo do szczególnych przywilejów kosztem innych członków bądź korporacji. Postępowanie takie musi spotkać się z oceną i odrzuceniem, łącznie z wykluczeniem wraz z pozbawieniem praw wykonywania zawodu wydanym przez korporację. Podobnie, gdyby korporacja chciała „roztoczyć parasol ochronny” nad częścią swoich członków występujących w imieniu nieokreślonej liczby domniemanych sympatyków, takie postępowanie musi być określone jako nieodpowiedzialne, tworzące zainfekowanie w korporacji przez inicjatorów buntu.

Samorządy występują i działają w imieniu państwa oraz w trosce o zachowanie państwa realizują zadania, które administracyjnie nie są łatwe do wykonania. Przyjmując na siebie te zadania, nie mogą jednak postępować według zasady „okrywania swego organizmu kołdrą”, która jest przewidziana do „okrycia” całego społeczeństwa. Samorządy zatem, działając w imieniu państwa, będąc sygnatariuszami zadań i społecznych oczekiwań wobec jego struktur, nie mogą pozostawać bez oceny zewnętrznej tak

w przedmiocie realizowanych i nierealizowanych zadań, zwłaszcza wtedy, gdyby wykonywane zadania były tylko markowane. Dlatego uważam, że samorządy zarówno w aspekcie stawianych im zadań, jak i w ich realizacji, a także w zagospodarowaniu i użytkowaniu funduszy składkowych powinny podlegać nadzorowi państwa. Tym bardziej wtedy, gdyby składową częścią budżetów samorządów były kwoty przyznane i wniesione z budżetu z tytułu zadań przejętych i wykonywanych w imieniu państwa.

Dopóki obywatele zgłaszać będą swoje żale do agend państwa i tam dochodzić rekompensaty za doznane krzywdy, dopóty samorządy nie wypełniają swoich zadań zgodnie z oczekiwaniami społecznymi. Im więcej przynoszonych skarg do struktur państwa, tym więcej dowodów na nieetyczność i nieprawość członków danej korporacji. Państwo w deklarowanej nowej strategii, nie mogąc spełnić funkcji opiekuńczej, paternalistycznej oraz chcąc niwelować konflikty społeczne, „składa na barki” samorządów odpowiedzialność za ład, porządek i poczucie stabilizacji obywateli. Jednak państwo pożąda coraz wyższych kwot podatkowych nałożonych na swych obywateli, nie rezygnując jednocześnie, lecz zastrzegając sobie przepisami prawnymi decyzje i zarządzanie zasobami naturalnymi. Ceduje prawo własności wybiórczo na podmioty, często nie dbając o zasady etyki wpisywane w ekonomię. Polityka nie może wyalienować się od zasad etycznych, których przestrzeganie jest konieczne, ponieważ w przeciwnym razie państwo generować będzie przez swoją postawę negację norm etycznych w postępowaniu i relacjach współobywateli między sobą, jak również w relacji obywatel-państwo. Samorządy w Polsce stoją często wobec nieokreślonych oczekiwań społecznych, nie mają też rozeznania, jaki rodzaj potrzeb zgłaszają obywatele i jakie są granice ich realizacji, także w skali potrzeb oraz możliwości zaspokajania tychże potrzeb. Samorządy w swych zamierzeniach chcą budować pełen „koszyk” proponowanych świadczeń dla współobywateli. Państwo jednak, będąc gospodarzem i znając granice możliwości realizacji tych potrzeb, będzie chciało zapewnić sobie prawo określenia wartości „koszyka” wypełnionego aspiracjami społecznymi, często uzupełnianego możliwościami wynikającymi z rozwoju kulturowego i technologicznego członków korporacji. Dlatego też podział dóbr otrzymywanych i wypracowywanych powinien pozostawać nadal w gestii organów ustawodawczego i wykonawczego. Państwo może nadal sprawować przez ustawy pieczę nad właściwym wykonywaniem przyjętych przez samorządy programów, by zachowane zostały proporcje pomiędzy możliwościami a realiami. Dobro ogółu i dobro społeczne będą wtedy gwarantowane, gdy wszyscy członkowie i wszystkie korporacje przyjmą zasadę nieodzowności i niezastępowalności każdego organu i każdego członka w organizmie. Dlatego sprawowanie pieczy przez państwo wydaje się nieodzowne, zwłaszcza gdy korporacje, rozumiejąc wąsko pojęty interes grupy zawodowej, anektować będą przestrzeń działalności usługowej przypisanej innym podmiotom. Kwestie sporne w tym przypadku mogą być rozstrzygane przy udziale państwa.

Samorządy zaufania publicznego tworzą zasady, które regulują życie społeczne. Mają status społeczny, aprobatę społeczeństwa, poczucie stabilności, gwarantują realizację właściwych sobie wartości niezbędnych do funkcjonowania społeczeństwa.

- Uczestniczą we współtworzeniu ram rzeczywistości, co daje danej grupie zawodowej możliwość rozwoju przy równoczesnym spełnieniu norm społecznych.

- Są wiarygodne, stąd mają uprawnienia do wypowiedziania się w kwestiach społecznych, np. diagności laboratoryjnej o organizacji i ochronie zdrowia społeczeństwa polskiego.

Mają poczucie prawa orzekania o sobie (zmysł samorządowy, samozachowawczy).

- Mając własną strukturę organizacyjną, tworzą ramy dogodne do podnoszenia stanu świadomości i odpowiedzialności za przyjęte na siebie zobowiązania wobec społeczeństwa. Przejmują i ustalają kryteria nadzoru oraz kontroli standardów wykonywanych zadań, ciągle poszukując doskonalszych form zapewnienia wartości, w których obronie chcą występować.

Realizują zasady:

Państwowotwórczą – interes państwa jest realizowany przez działalność samorządu, kompetencje jego członków i stały nadzór nad właściwością i merytorycznością postępowania w wykonywaniu czynności zawodowych.

Partnerstwa – na przykład diagności laboratoryjnej uczestniczą w procesie diagnozy i terapii. Stąd wynika konieczność przeanalizowania i oceny treści ustaw i statutów korporacji powołanych w trybie historycznej kolejności, nim pojawiły się kolejne, tworzone zgodnie z poczuciem społecznym i praktyką pionierów w danym zawodzie. Ci, będąc świadomi rozwoju nauk biologiczno-chemicznych oraz uzyskanych doświadczeń, dostrzegają konieczności nowego trybu kształcenia w celu realizacji zadań stawianych przez naukę i życie, w których wyniku pojawiły się nowe kierunki studiów, nowa generacja absolwentów i zawodów, a zatem nowe korporacje. W efekcie dochodzi do zderzenia nowych programów statutowych z dawnymi, co powoduje często spory kompetencyjne i nieporozumienia, które nie służą dbałości o biorców świadczeń. Te kwestie dotyczą wszystkich członków korporacji (doradców i adwokatów, architektów i inżynierów budownictwa, pielęgniarek, lekarzy i diagnostów itp.). Pierwotne ustawy i statuty były tworzone w celu pełnego pokrycia obszaru świadczeń wynikających z potrzeb społecznych, lecz nie przewidywały i nie dopuszczały w pierwotnym zamyśle, że dobro obywateli wymagać będzie od świadczeniodawców bardziej analitycznego i ukierunkowanego przygotowania do wypełniania zadań określonych pierwotnym statutem i pierwotnymi zapisami potwierdzonymi w kodeksach deontologii zawodowej. Budowania prestiżu zawodowego przez określenie wymaganych kompetencji zawodowych dla członków korporacji, deontologii zawodowej, zakresu i poziomu sprawności zawodowej, progu ekonomizacji czynności zawodowych, niezbędnego wyposażenia do wykonywania tych czynności, poszerzania kwalifikacji, ustalania zasad weryfikowania wiedzy oraz przeprowadzania egzaminów uprawniających do otrzymania prawa wykonywania zawodu itd. Powszechnej przynależności osób do korporacji.

Niezależności i samodzielności w wykonywaniu swych zadań.

Henryk Owczarek

PODMIOTOWOŚĆ JAKO FUNDAMENTALNA CECHA CZŁOWIEKA

Drodzy Diagnostycy Laboratorijni, Szanowni Państwo,

Drodzy Studenci,

Podmiotowość człowieka to nie tylko postulat etyczny, lecz także fundamentalna właściwość osoby ludzkiej zaangażowanej w relacje społeczne. Zapraszam do refleksji nad pojęciem podmiotowości diagnosty laboratoryjnego w sensie solidarności zawodowej [I], urzeczywistnienia kilku fundamentalnych zasad jakie towarzyszyły powstawaniu KIDL i jego ewolucji w czasie pierwszej i drugiej kadencji [II] oraz w sensie uwypuklenia społecznego wymiaru diagnostyki laboratoryjnej [III].

I. SOLIDARNOŚĆ ZAWODOWA

Samorząd zawodowy, w przypadku zawodów zaufania publicznego, nadaje tej społeczności z jednej strony status uprzywilejowanej w postaci rękąmi zaufania, jakimi są one obdarzone, a z drugiej strony nakłada liczne obowiązki i powinności. Są one natury wewnętrznej, wynikają bowiem z przyjęcia na siebie szczególnej roli, jaką grupa zawodowa chce spełniać w społeczeństwie. Wiążąca zaś więź wewnątrz struktury organizacyjnej zawodu nakazuje członkom przestrzegać kilku podstawowych zasad i wartości. Są one bowiem spoiwem danej społeczności. Należą do nich: zaufanie do kompetencji członka społeczności, przekonanie o dobrej wierze przy wykonywaniu zawodu, przekonanie, że działania podjęte przez członka społeczności wobec pacjenta nie przynoszą szkody, a służą oczekiwanym potrzebom i wartościom.

Te właściwości, tkwiące immanentnie w czynnościach zawodowych społeczności zawodowej, rodzą kolejne postawy: lojalność oraz respektowanie zasad zaniechania wyrządzenia krzywdy i szkody w rywalizacji i konkurencji zawodowej.

Przymioty, którymi powinna charakteryzować się społeczność zawodowa, honorowane i respektowane w codziennym życiu i praktyce zawodowej, sprzyjają poczuciu stabilizacji, a przede wszystkim integrują daną społeczność - nie przeciwko komuś, ale w służbie dla kogoś. Tylko w sytuacji zagrożenia realizacji podstawowych zadań wobec społeczeństwa powinny wywoływać u członków grupy zawodowe mechanizmy obronne. Jedynie pełna analiza zachowań i celowych działań podjętych przez grupy innego zawodu, które chciałyby anektować przestrzeń zawodową danej korporacji, mogą uzasadniać działania obronne dla ochrony społeczności zawodowej i jej członków. Samorząd zawodowy ma tę przewagę nad luźnym zrzeszeniem członków wykonujących podobny zawód, że potrafi mobilizować i aktywizować do działań obronnych poprzez swoje struktury i reprezentacje zawodowe.

ABC solidarności w obrębie zawodu wyznacza sposób podejmowanych profilaktycznych działań obronnych. Integralną częścią zespołu cech integrującego społeczność zawodową musi być wysokie poczucie niezastępowalności w funkcjach i zadaniach spełnianych wobec społeczeństwa. Tryb kształcenia zaś, uzyskiwanie specjalizacji i dodatkowych kwalifikacji powinny tworzyć poczucie wystarczających kompetencji do realizacji zadań podjętych i nadzorowanych przez samorząd i społeczność zawodo-

wą. Zdolność do demonstrowania i weryfikowania swoich funkcji i roli w nierzadko- kowalnych procesach ważnych dla ochrony życia i zdrowia człowieka jest właściwością korporacji posiadającej walor zaufania publicznego.

Budzenie świadomości i jej upowszechnianie wśród partnerów udzielających świadczeń, jak również u otrzymujących te świadczenia, winno być zadaniem trwałym i ciągle doskonalonym dla dobra odbiorców tych świadczeń.

Spółeczność samorządowa nie może zapomnieć o potrzebie opracowania i podnoszenia jakości kształcenia i kwalifikacji swoich członków oraz przyszłych pokoleń, które będą następować po odchodzących na zasłużoną emeryturę lub rentę. Dbałość o zachowanie ciągłości w dostępie do zawodu i kształcenie przyszłych członków swojej korporacji jest elementem podnoszącym wiarygodność i odpowiedzialność zarówno samorządu, jak i jego członków. Wiarygodność społeczności zawodowej związanej z samorządem będzie tym większa, im częściej w sposób wiążący poddawać się będzie nadzorowi kontroli wewnętrznej, sprawowanej przez reprezentację samorządową. Skrywanie i zatajanie naruszeń, występujących w wykonywaniu zawodowych czynności: poprawności, rzetelności lub ograniczenie dostępności do udzielania świadczeń, nie może się stać tolerowaną praktyką, a każdy przejaw takiego naruszenia winien być piętnowany i zgłaszany bez powodowania poczucia braku koleżeńskości u współpracowników czy wzajemnej życzliwości w obrębie zespołu. Naruszenia takie w zasadach postępowania przez poszczególnych członków muszą być w porę eliminowane dla nobilitacji społeczności zawodowej.

Poczucie godności i honoru, które płyną z wykonywania służbowych funkcji i zadań zawodowych wobec pacjentów, są filarem etosu i solidarności zawodowej.

II. URZECZYWISTNIENIE KILKU FUNDAMENTALNYCH ZASAD, JAKIE TOWARZYSZYŁY POWSTAWANIU KIDL I JEGO EWOLUCJI W CZASIE PIERWSZEJ I DRUGIEJ KADENCJI

Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych, mająca status społecznej aprobaty i poczucie stabilności, tworzyła strukturę samorządową dla zabezpieczenia realizacji właściwych sobie i dla innych wartości niezbędnej świadczeń diagnostycznych. Bez właściwej organizacji ochrony zdrowia i umiejscowienia w niej diagnostyki laboratoryjnej nie można bowiem myśleć o rzetelnym zabezpieczeniu zdrowia publicznego. KIDL uczestniczy w ten sposób we współtworzeniu ram społecznej rzeczywistości od samego początku powstania. Pragnę zwrócić Państwa uwagę na kilka fundamentalnych zasad, jakie towarzyszyły powstawaniu KIDL i jego dotychczasowej ewolucji:

Zasada 1. Współtworzenie ram rzeczywistości

Zasada ta daje diagnostom laboratoryjnym możliwość rozwoju, przy równoczesnym spełnieniu zasad społecznych w ochronie zdrowia. Społeczeństwo współczesne, świadome zagrożeń dla zdrowia zarówno indywidualnego, jak i publicznego, nie chce pozostawiać jego obrony w przypadkowych rękach. Dla ochrony zdrowia tworzą się organizacje samorządowe z mandatu prawa. Zdrowie staje się wartością, szczególnie gdy się je traci bądź jawi się

groźba jego pozbawienia. Korporacja zawodowa, chcąc orzekać o prawie do zabezpieczenia danego dobra w danej społeczności, musi posiadać wiarygodność społeczną. Społeczność diagnostów laboratoryjnych posiadała tę wiarygodność, gdy z mandatu reprezentantów społeczeństwa otrzymała prawo ustawowe do tworzenia samorządu zawodowego i de facto stała się z mocy prawa uprawniona do wypowiadania się o organizacji ochrony zdrowia społeczeństwa polskiego.

Zasada 2. Poczucie prawa orzekania o sobie (zmysł samorządowy, samozachowawczy)

KIDL, mając własną strukturę organizacyjną, tworzy ramy dogodne dla podnoszenia stanu świadomości i odpowiedzialności przyjętych na siebie zobowiązań wobec społeczeństwa do realizacji zadań w ochronie zdrowia. Musi nadzorować i kontrolować standardy wykonywanych zadań i ciągle poszukiwać doskonalszych form zabezpieczenia wartości, w których obronie chce występować. Zdrowie publiczne i indywidualne człowieka jest ciągle i wielorako zagrożone, stąd też muszą być podejmowane zarówno środki ostrożności, jak i przeciwdziałania. W tym zawarty jest zmysł samoorganizacyjny i samozachowawczy, gdyż brak zasygnalizowanych w porę przez KIDL niebezpieczeństw dla zdrowia publicznego podważałoby jej wiarygodność w oczach społeczeństwa. Diagnosty laboratoryjni, uczestnicząc we wszystkich formach promocji, profilaktyki i zabezpieczeń zdrowotnych, a przede wszystkim w konkretnych działaniach ratujących zagrożone zdrowie, działają w myśl tej właśnie zasady! Diagnosty laboratoryjni, jako osoby o znacznie wyższej niż przeciętna świadomości wielu zagrożeń, mają obowiązek wysyłać sygnały, które pozwolą opracować środki przeciwdziałające, a przede wszystkim propagować takie rozwiązania prawne, które będą mogły być realizowane.

Zasada 3. Interes państwa jest realizowany przez samorząd zawodowy

Zezwolenie na prowadzenie kontroli w diagnostyce laboratoryjnej leży w interesie państwa. Odkąd zdrowie przestało być wyłącznie sprawą i problemem indywidualnego człowieka bądź jego rodziny, a stało się dobrem publicznym, państwo ceduje pewne zadania organizacyjne samorządowi zawodowemu. Przeniesienie tych zadań na samorządy ma zapewnić pewniejsze i bardziej ekonomiczne świadczenia zdrowotne finansowane z funduszy społecznych. Ponadto ma zapewnić sprawniejsze docieranie pomocy do potrzebującego pacjenta i minimalizację trwonienia środków finansowych. Realizację tych zadań, przeniesionych z państwa na samorząd, powinna gwarantować kompetencja członków samorządu i sprawowany przez nich stały nadzór nad właściwością i merytorycznością postępowania w wykonywaniu czynności zawodowych (rola wizytatorów KRDL).

Zasada 4. Nadzór nad merytorycznością. Jaka jest sankcja, jeśli nie ma nadzoru?

Zasada ta wynika z konieczności sprawowania skutecznego nadzoru nad właściwością i merytorycznością wykonywanych czynności zawodowych przez członków danego samorządu. Rozstrzy-

ganie o kompetencji w tym zakresie może być wykonane przez członków komisji wyłanianych z naszego środowiska, posiadających wysoki status kompetencji zawodowej i poczucie odpowiedzialności moralnej przed społeczeństwem. KIDL, uzyskując wiarygodność społeczną, staje się uznanym środowiskiem, działającym w obszarze zawodu zaufania publicznego, zdobywa i potwierdza tę wiarygodność każdorazowo, gdy uczestniczy w diagnozie i terapii, a także gdy sygnalizuje zagrożenia zdrowotne.

Zasada 5. Partnerstwo diagnosty laboratoryjnego w procesie diagnozy i terapii

Chodzi o właściwy wymiar i wiarygodność diagnozowania medycznego, procesu leczenia i monitorowania. Uznanie zawodu diagnosty laboratoryjnego za samodzielny zawód medyczny, regulowany ustawowo, stało się dopełnieniem prawnym w strukturze ochrony zdrowia i w świadomości społeczeństwa naszego kraju, faktu obecnego w ostatnim 50-leciu w praktyce polskiej służby zdrowia. Podjęcie przez diagnostów laboratoryjnych trudu specjalizacji w 12 specjalizacjach (już około 2300 specjalistów) dowodzi, że stają się oni w pełni partnerami lekarzy i pacjentów w diagnozie i terapii od samego początku procesu sanacyjnego bądź promocji zdrowia czy profilaktyki. Diagnosty muszą dzisiaj uczestniczyć w procesie monitorowania procesu leczenia. Doniosłość zawodu diagnosty laboratoryjnego podkreślona została także przez Trybunał Konstytucyjny. Jego zdaniem jest to zawód o podstawowym znaczeniu dla zdrowia i życia obywateli.

Zasada 6. Specjalizacja sankcjonuje zawód wykonywany (państwo usankcjonowało zawód, otwierając tryb kształcenia magistra analityki medycznej)

Budowanie prestiżu zawodowego. Samorząd zawodowy dla grup zawodów zaufania publicznego może wprowadzać w trybie obligatoryjnym dla własnych członków: progi kompetencji zawodowej, progi etosu i deontologii zawodowej, zakres i poziomy sprawności zawodowej, progi ekonomizacji czynności zawodowych. Ponadto wyposaża ich w narzędzia prawne, organizacyjne i merytoryczne do wykonywania tych czynności oraz tworzy stopnie zgłębiania i poszerzania kwalifikacji zawodowych (specjalizacji) oraz określa zasady weryfikowania i egzaminowania wiedzy i sprawności adekwatnej do stopnia specjalizacji. Ten zakres uprawnień spoczywających na samorządach zawodowych jest tym bardziej konieczny, im więcej pojawiać się będzie systemów kształcenia otwierających drzwi do wykonywania zawodu. Sposobem kwalifikowania uzyskiwanego wykształcenia w różnorodnym systemie będzie ustalenie przez samorząd zawodowy progów kwalifikacji ustanowionych przez daną grupę zawodową. Pozwoli to na utrzymanie prestiżu zawodowego diagnosty laboratoryjnego i zapewni komunikację niezbędną dla osób wykonujących zawód medyczny w ochronie zdrowia. Tak budowany system wiarygodności społecznej danego zawodu umożliwi utrzymanie autorytetu na płaszczyźnie udzielanych świadczeń zdrowotnych, a tym samym realizowanie zasady ochrony zdrowia indywidualnego człowieka ponad wszystko, a także traktowanie zdrowia publicznego jako zasady naczelnej, gdyż *salus aegroti suprema lex*.

ZAKŁADKA HISTORYCZNA

III. UWYPUKLENIE SPOŁECZNEGO WYMIARU DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ

Budowanie od samego początku strukturyzowanej korporacji zawodowej diagnostów laboratoryjnych KIDL to przede wszystkim budowanie świadomości, że korporacja oznacza zbiorową odpowiedzialność za zespół osób zaangażowanych w dziedzinę diagnostyki laboratoryjnej:

1. to tworzenie narzędzi do kształtowania najlepszych standardów pracy,
2. to dbałość o odpowiedzialność każdego z członków za rozwój reprezentatywnego zawodu,
3. to odpowiedzialna dbałość o usługobiorców, ludzi, którym służy korporacja; to takie działania KIDL, by beneficjentem systemu ochrony zdrowia był najpierw pacjent, a dopiero potem pracownik zawodu medycznego,
4. to praca nad kształtowaniem świadomości korporacyjnej.

Społeczny wymiar diagnostyki laboratoryjnej

W procedurze postępowania medycznego diagnostyka laboratoryjna staje się „jądrem wiedzy” o pacjencie, który w opisie swoich dolegliwości nie jest w stanie wyrazić całej złożoności objawów. Medyczna diagnostyka laboratoryjna ma już swoje miejsce w systemie ochrony zdrowia. Współcześnie w rozpoznawaniu choroby, obok lekarza, pielęgniarki i farmaceuty, potrzebny jest diagnosta laboratoryjny.

Specyfika diagnostyki laboratoryjnej to nie tylko interdyscyplinarność i zaawansowana technologia, lecz także nauka dotycząca człowieka i humanitaryzm.

Powstaje pytanie o dalszy cel działania KIDL, skoro zawód diagnosty laboratoryjnego jest zawodem zaufania publicznego, wykonywanym w MLD (który jest ZOZ-em), a badanie diagnostyczne jest świadczeniem medycznym. Dlatego:

1. diagnosta laboratoryjny powinien być świadczeniodawcą, a nie podwykonawcą,
2. medyczne laboratoria diagnostyczne powinny być podmiotem bezpośredniego kontraktu na świadczenia zdrowotne zawierane z NFZ. Jedynie to może zagwarantować utrzymanie i wzrost standardów w laboratoriach, gdy nie będą one uzależnione od „łaski pana, która na pstrym koniu jeździ”. W przeciwnym razie, gdy nie zostaną zabezpieczone dla laboratoriów określone w ustawach warunki negocjowania i kontraktowania świadczeń zdrowotnych, można się spodziewać znacznych redukcji i regresu nie tylko liczby laboratoriów i zatrudnionych w nich pracowników (do zagwarantowania płynności świadczeń zdrowotnych dla przychodni i szpitali konieczna jest określona liczba niezbędnych pracowników), lecz także pojawienia się, w skutek niezdrowej konkurencji, mechanizmów umożliwiających nawet kryminalne działania (wirtualne badania, obniżanie walidacji wykonywanych badań).
3. Zadaniem KIDL jest również zapewnić wiarygodność tworzonych procedur medycznych, w których nie będzie pomijana diagnostyka laboratoryjna.

Młoda KIDL od samego początku miała świadomość konieczności budowania etosu zawodu diagnosty laboratoryjnego, szczególnie

poprzez tworzenie narzędzi deontologicznych zawartych w Kodeksie Etyki Diagnosty Laboratoryjnego. Szereg spraw kierowanych do Rzecznika Dyscyplinarnego KIDL, a następnie do Sądu Dyscyplinarnego, niewątpliwie sprzyja budzeniu się określonej refleksji etycznej. Z drugiej strony, liczba i wymiar tych spraw może świadczyć na korzyść obecnej kondycji moralnej środowiska diagnostów laboratoryjnych. Nie zwalnia to jednak KIDL z obowiązku świadomego kształtowania przestrzeni prawnej, w jakiej funkcjonuje diagnostyka laboratoryjna i zawód diagnosty laboratoryjnego. Dotyczy to w równej mierze prawa powszechnie obowiązującego i regulacji odnoszących się do niego systemu opieki zdrowotnej oraz prawa tworzonego wewnątrz korporacji.

Przedstawiciele KIDL z dużym powodzeniem i uznaniem uczestniczą w pracach przy tworzeniu i poprawianiu obecnego prawa w zakresie systemu opieki zdrowotnej, a Izba jest na liście organizacji społecznych, z którymi rząd konsultuje wszystkie projekty aktów normatywnych z zakresu ochrony zdrowia. Równocześnie, korzystając z dotychczasowych doświadczeń, z coraz większym powodzeniem udoskonalane jest prawo wewnątrzkorporacyjne.

Należy pamiętać, że obok funkcji regulacyjnej prawo ma cele edukacyjne oraz spełnia rolę budowania odpowiedzialności za wykonywanie czynności diagnostyki laboratoryjnej. Dlatego zadaniem Izby jest również budowanie podstaw do nadania konkretnej perspektywy zdobywania i poszerzania wciąż rozwijającej się wiedzy medycznej oraz nauki o dziedzinach ścisłych i przyrodniczych, z którymi nierozdzielnie jest związana diagnostyka laboratoryjna. W tym zakresie również coraz bardziej odczuwalne są działania Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych. Powstała już całkiem obszerna Biblioteka Diagnosty Laboratoryjnego, obejmująca blisko 20 pozycji książkowych. Oddano także do użytku nowoczesną bazę konferencyjną i noclegową w siedzibie KIDL, która umożliwia realizację wielu przedsięwzięć edukacyjnych i naukowych. W planach jest współorganizowanie nowoczesnej platformy e-learningowej, a to dopiero początek potencjalnych możliwości, jakie daje siedziba KIDL.

Nauka i edukacja to rozwój, bez którego nie mogłoby być mowy o postępie. Niezwykle ważnym zadaniem samorządu zawodowego jest stałe dążenie do powiększania warunków rozwoju diagnostyki laboratoryjnej we wszystkich dziedzinach życia. Przede wszystkim chodzi o działania ukazujące w coraz szerszym wymiarze rolę diagnostyki laboratoryjnej w systemie ochrony zdrowia. Trzeba zatem szukać własnego pozytywnego myślenia i zarażać nim innych za pośrednictwem mediów, zarówno tych specjalistycznych, kierowanych do zawodów medycznych i menadżerów służby zdrowia, jak i tych ogólnodostępnych szerokim kręgiem odbiorców, będących równocześnie potencjalnymi pacjentami.

Nie wolno również zapominać o specyfice diagnostyki laboratoryjnej jako dziedziny nauki, wiedzy i opieki zdrowotnej. Swymi korzeniami i zasadami etyki zawodowej sięga do czasów starożytnych, a jednocześnie opiera się ona na najnowszych osiągnięciach naukowych.

Wiedza, na której bazują diagnozy laboratoryjne, jest czysto empiryczna, niezwykle użyteczna, a często wręcz niezbędna do prawidłowej i skutecznej oceny stanu zdrowia człowieka. To także,

a może przede wszystkim, wiedza, bez której działania terapeutyczne nie byłyby możliwe lub ich skuteczność byłaby bardzo ograniczona. To w końcu wiedza, od której bardzo często zależy życie i zdrowie człowieka. Charakteryzuje ją jeszcze inny, nie mniej ważny wymiar - godności i intymności wiedzy o stanie zdrowia człowieka. Nie sposób zatem wyobrazić sobie dzisiaj skutecznej medycyny bez nowoczesnej diagnostyki laboratoryjnej.

Powyższy tekst pisałem i omawiałem/przedstawiałem w latach działalności OKOIDL, a potem w czasie trwania I i II kadencji KRDL. Tak więc przedstawiany i sygnalizowany tekst odnosi się do obowiązującego prawa tamtego okresu. Zamierzam jeszcze opracować 3. część „Podmiotowość jako fundamentalna cecha człowieka”. Zapraszam do szerszej dyskusji diagnostów laboratoryjnych. Z pozdrowieniem i poczuciem odpowiedzialności za przyszłe losy następców w zawodzie diagnosty laboratoryjnego – pozostawmy NASZE PRZESŁANIE POTOMNOŚCI.

Henryk Owczarek
Wrocław, 30 sierpnia 2024 r.

Podmiotowość człowieka jako fundamentalna cecha człowieka

Drodzy Diagnosty Laboratoryjni, Szanowni Państwo,
Drodzy Studenci,

Podmiotowość człowieka to nie tylko postulat etyczny, ale i fundamentalna właściwość osoby ludzkiej zaangażowanej w relacje społeczne. Zapraszam do refleksji nad pojęciem podmiotowości diagnosty laboratoryjnego w sensie jednostkowym, osobowym [I] oraz w sensie społeczno-zawodowym [II].

1. PODMIOTOWOŚĆ DIAGNOSTY LABORATORYJNEGO W SENSIE JEDNOSTKOWYM

Podmiotowość diagnosty laboratoryjnego to poczucie bycia osobą (kimś, nie czymś) posiadającą tożsamość profesji różnej od innych zawodów medycznych poprzez wyartykułowanie ustawowo wykonywanych czynności zawodowych, które tylko on może samodzielnie wykonywać, to również zrozumienie i przekonanie, że własna aktywność w znacznym stopniu zależy od niego samego. Stąd podejmowanie działań zmierzających do osiągnięcia wyższych stopni specjalizacji. Podmiotowość oznacza bowiem konieczność dokonywania świadomych wyborów dotyczących samego siebie i własnej drogi rozwoju, w tym wyboru jednej z czternastu możliwych specjalizacji.

Poczucie podmiotowości rozszerza horyzonty edukacyjne diagnosty laboratoryjnego, wspomaga rozwój jego osobowości i profesjonalnej kondycji zawodowej. Z osobowością związane jest poczucie zmysłu moralnego, a z profesjonalną kondycją zawodową wiedza i doświadczenie. Oba te fundamenty egzystencjalne tworzą poczucie bycia kimś w sensie aksjologicznym.

Poczucie podmiotowości poszerza perspektywę widzenia, a człowiek jest tak skonstruowany, że potrzebuje jasnych wskazówek. Jeśli je dostrzega, szybciej podejmuje decyzje. Człowiek funkcjonuje nie tylko dla zaspokojenia codziennych potrzeb. Może i po-

winien je przekraczać, koncentrować się na budowaniu solidaryzmu społeczno-zawodowego, zdrowych relacji ja - drugi członek wspólnoty zawodowej itd. To pozwala werbalizować i wzmacnia tożsamość zawodową, pewności siebie i swojego miejsca, umiejętność definiowania swojego ja zawodowego i przekazywania go innym. Pracownik upodmiotowiony ma świadomość tego kim jest, może doświadczać głębiej więzi i wspólnoty zawodowej, co stwarza istotne poczucie bezpieczeństwa oraz implikuje możliwość wzajemnej komunikacji w budowaniu szerszego dobra, realizowania mojego bycia kimś dla kogoś, dla drugiego człowieka, którego zdrowie i życie nabiera znaczenia podmiotowego, a ja w tym uczestniczę. To poczucie własnej skuteczności, siła przekonania, że jest się w stanie zrealizować określone zadania i osiągnąć wyznaczone cele, pozwala organizować się we wspólnoty zawodowe, które powinny kreować szeroką gamę perspektyw rozwoju. Tutaj trzeba podkreślić wielką rolę samorządu zawodowego w przekazaniu autentycznej wiedzy i doświadczenia w realizacji coraz doskonalszego wypełniania powinności zawodowych i służebnej roli profesji diagnosty laboratoryjnego.

Wysokie poczucie własnej skuteczności zwiększa wytrwałość w dążeniu do celu i w realizowaniu trudnych wyzwań. Skuteczność wyzwala wolę samorealizacji, bo wewnętrzny imperatyw intelektualny, moralny i zawodowy nakierowuje moje ja na służebność drugiemu człowiekowi, zdrowie i życie nabiera fundamentalnej wartości osobowej, a podmiotowość w sposób wyrazisty inspiruje zmysł samoorganizacyjny.

Poczucie siły własnej skuteczności wyzwala dążenie do samorealizacji własnego potencjału, wspomaga proces stawania się tym, kim pragnie się być, przekraczać to, kim się już jest, wzmacnia dążenie do spójności i jedności samego z sobą. Obserwowałem ten proces u wielu diagnostów laboratoryjnych, szczególnie tam gdzie podejmowali trud prowadzenia na „własną rękę” medycznych laboratoriów diagnostycznych.

PODMIOTOWOŚĆ OSOBY WYKONUJĄCEJ ZAWÓD DIAGNOSTY LABORATORYJNEGO W SENSIE SPOŁECZNO-ZAWODOWYM

Podmiotowość społeczna diagnostów laboratoryjnych to zdolność zbiorowego wywierania wpływu na strukturę społeczną, relacje personalne, zależności i powiązania pomiędzy ludźmi, organizacjami i instytucjami. Podmiotowość społeczna jest wypracowana, a nie dana. W OKOIDL rozumieliśmy to doskonale, gdyż podmiot kolektywny tworzyliśmy w procesie integracji podmiotów jednostkowych, podmiotów zespołowych, takich jak: stowarzyszenia naukowe, uczelnie, związki zawodowe, medyczne samorządy zawodowe, aby zawiązać świadomość wspólnego losu, interesu i wspólnego odniesienia do przysięgi Hipokratesa. Zostało to opisane z moim udziałem w kilku publikacjach, kolejne w przygotowaniu do druku¹. Okres trzynastu lat tworzenia podmiotowości społecznej diagnostów laboratoryjnych przez OKOIDL zaowocował w 2001 roku ustawą o diagnostyce laboratoryjnej.

Metaforyczne rozumienie podmiotowości kolektywnej, samorządowej odnosi się do funkcji elit społecznych. Pisałem wielokrotnie już o tym na mojej stronie internetowej. Należy podjąć intelektualny wysiłek, by stworzyć realistyczny obraz rzeczywi-

ZAKŁADKA HISTORYCZNA

stości diagnostycznej, bez której rzeczywistość medyczna nie istnieje; należy usystematyzować dążenia, postulaty i cele; należy wyłonić elitę diagnostyczną, bo „pańszczyźniane dusze” tego nie dokonają. Mam pewność, że wśród kilkunastu tysięcy diagnostów laboratoryjnych są wybitne jednostki, które mogłyby się podjąć tego zadania.

Pomimo licznych przeszkód stawianych w tamtych czasach przez Ministerstwo Zdrowia, okres od zaistnienia uprawomocnionej ustawy o diagnostyce laboratoryjnej do powołania i ukonstytuowania się Pierwszego Krajowego Zjazdu Diagnostów Laboratoryjnych jeszcze bardziej scementował nas do włożenia ogromnego wysiłku, by zaistnieć w przestrzeni publicznej. Nasza kondycja zawodowa, poczucie zmysłu moralnego, wiedza i doświadczenie udowodniły, że realizowaliśmy w pełni podmiotowość naszego samorządu. Wybraliśmy na Pierwszym Krajowym Zjeździe władze samorządu: prezesa, KRDL, rzeczników odpowiedzialności zawodowej, sąd zawodowy i komisję rewizyjną.

W dniu 6 grudnia 2002 r. jako Diagnosty Laboratoryjni staliśmy się Konstytucyjnym Podmiotem Rzeczypospolitej Polskiej. Dwie pierwsze kadencje KRDL były czasem wytężonej, wprost heroicznej pracy. Najpierw zorganizowaliśmy pierwsze biuro KRDL przy ul. Białostockiej, a dwa lata później zakupiliśmy zabytkowy budynek przy ul. Konopackiej 4. Tworzyliśmy zręby naszego samorządu w heroicznym zapale, ciesząc się, że budujemy „Dom Diagnosty Laboratoryjnego”. Wypełnialiśmy przestrzeń diagnostyczną w systemie ochrony zdrowia w Polsce, oddając nasze umiejętności organizacyjne oraz mentalne i niesamowite poświęcenie. Powstał jak „feniks z popiołów” w stolicy Polski.

A był to czas tworzenia wszystkich aktów prawnych wynikających z delegacji ustawy o diagnostyce laboratoryjnej, wszystkich regulaminów działania organów izby i dookreślenia wszystkich zamierzeń. Było o nas głośno w Europie, cieszyliśmy się jak małe dzieci, że tak w krótkim czasie tyle dokonaliśmy, bo rozumieliśmy, że tworzymy fundament naszego zawodu dla przyszłych pokoleń diagnostów laboratoryjnych.

Po zakończeniu mojej kadencji Prezesa w 2010 roku, zamierzałem nadal aktywnie uczestniczyć w rozwoju naszego przedsięwzięcia, ale mój następca nie był entuzjastą stworzenia i działalności zespołu liderów spośród osób pełniących w przyszłości różne role i funkcje, mogących nadal odgrywać kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia. Podobne stanowisko trwało podczas IV i V kadencji KRDL.

Błędne myślenie. Jako grupa społeczno-zawodowa musimy się nauczyć rozpoznawać różne nieprawidłowości. Musimy jasno i wyraźnie odróżniać działania zgodne z normą od tych patologicznych. Sygnalizowałem ten problem na prezydium KRDL przed końcem mojej drugiej kadencji, ale moje ostrzeżenia przeszły bez echa zrozumienia. Musimy sobie uświadomić, że samorządowa władza bez rzeczowej krytyki przestaje być władzą w demokratycznym sensie. Musimy zrozumieć, że gdy brakuje wyedukowanej elity zawodowej, następuje kryzys przywództwa, do głosu dochodzi egoizm niszczący dobro wspólne, panoszy się niezrozumienie i bezmyślność, które prowadzą do niszczenia autonomii zawodowej i powoli odbierają podmiotowość społeczną.

Podmiotowość człowieka wiąże się ze sferą poznania, bo poznanie to przekraczanie siebie, to przekraczanie możliwości rozwoju zawodu, w którym można się szerzej i głębiej realizować. We wspólnocie zawodowej zaznacza się również powstająca więź wzajemnego przyciągania, bo rozwojowa przestrzeń łączy, daje satysfakcję, ale też stanowi wyzwanie. Podmiotowość to także opanowywanie zdobyczy nauki przysposabiającej i jej praktyczne przenoszenie w kompetencje zawodowe. Wspomnieć w tym miejscu wypada profesor Halinę Seyfried (1923–2017), która przez wiele lat walczyła bezskutecznie o specjalizację z transfuzjologii dla diagnostów. Dopiero uzyskanie podmiotowości, dzięki ustawie o diagnostyce laboratoryjnej, pozwoliło zrealizować jej zamiar za sprawą nowego ustawowego organu KRDL. Obserwowałem ten czas przełomowy, gdy w 2004 r. ponad 2000 diagnostów za własne pieniądze ruszyło do boju, by zdobywać wyższe progi specjalizacyjne w 14 specjalizacjach. Był to fenomen jedynej w swoim rodzaju: diagnosty laboratoryjni, inaczej niż środowisko lekarskie, podjęli proces specjalizacji, nie obciążając budżetu państwa, zdobywali specjalizację, w pewnym sensie wzbogacając system ochrony zdrowia z własnej kieszeni.

Obecna sytuacja pokazuje, że liderzy byli, są i będą potrzebni, bo dysponują potencjałem niezbędnym do wzmacniania podmiotowości, która jest wyrazem istoty człowieka i wykonywanego przez niego zawodu. Potwierdziła to również sytuacja epidemiologiczna w roku 2020, gdy system ochrony zdrowia i samorząd zawodowy nie były przygotowane do sprostania wyzwaniu pandemii od strony diagnostyki laboratoryjnej. Nie był przygotowany, uruchomiony później mechanizm wczesnego ostrzegania diagnostycznego. Brakowało wystarczającej liczby laboratoriów, choć nagle znalazły się środki finansowe na ponad 80 nowych laboratoriów. Dopiero teraz zdano sobie sprawę, jak konieczne jest położenie akcentu na budowanie zespołów terapeutyczno-diagnostycznych, a wcześniej stworzenie strategii zarządzania kryzysowego oraz – co zawsze podkreślam – dokonanie zmian w zasadach finansowania diagnostyki laboratoryjnej w polskim systemie ochrony zdrowia, ale o tym już następnym razem.

Drodzy Diagnosty współtworzący Samorząd Diagnostów Laboratoryjnych! Możemy powiedzieć z dumą, że w czasach OKOIDL i dwóch pierwszych kadencji KRDL zachowaliśmy się jak trzeba. Mottem naszego działania była niespotykana solidarność zawodowa, a przyświecało nam hasło widniejące na budynku naszego Domu Diagnosty – **„Prawda pochodnią życia”**.

Henryk Owczarek

INFORMATOR O UCHWAŁACH ORGANÓW KRAJOWEJ IZBY DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH

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

Zapraszamy do szczegółowego zapoznania się z interesującymi Państwa uchwałami oraz zadawania pytań do aktów prawa wewnętrznego, gdyż każdy diagnosta laboratoryjny ma obowiązek ich przestrzegania.

1. Uchwała Nr 223/VI/2024 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 12 maja 2025 roku w sprawie wyrażenia zgody na złożenie oświadczenia o braku woli przedłużenia Umowy nr 003/MP/2022 z dnia 10 marca 2022 roku na świadczenie usług 3S CLOUD2B – VIRTUAL DATA CENTER zawartej pomiędzy 3SData Center S.A. z siedzibą w Katowicach (obecnie P4 Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie) oraz Krajową Izbą Diagnostów Laboratoryjnych w Warszawie. KRDL wyraziła zgodę na złożenie oświadczenia o braku woli przedłużenia umowy na świadczenie usług wirtualnego centrum danych 3S CLOUD2B. Decyzja ta ma na celu uporządkowanie i zmianę modelu funkcjonowania infrastruktury informatycznej Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych.
2. Uchwała Nr 224/VI/2025 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 13 maja 2025 roku w sprawie określenia przedstawicieli Zespołu do spraw Młodych Diagnostów działającego przy Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych. KRDL określiła skład przedstawicieli Zespołu do spraw Młodych Diagnostów działającego przy Radzie. Uchwała wzmacnia udział młodych diagnostów laboratoryjnych w pracach samorządu zawodowego.
3. Uchwała Nr 225/VI/2024 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 13 maja 2025 roku w sprawie odmowy uznania kwalifikacji zawodowych diagnosty laboratoryjnego.
4. Uchwała Nr 226/VI/2025 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 13 maja 2025 roku zmieniająca uchwałę w sprawie szkoleń organizowanych przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych. KRDL dokonała zmiany uchwały regulującej zasady szkoleń organizowanych przez KIDL. Zmiany mają na celu dostosowanie oferty szkoleniowej do aktualnych potrzeb diagnostów laboratoryjnych w tym dla projektu unijnego.
5. Uchwała Nr 227/VI/2025 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 13 maja 2025 roku w sprawie odwołania członka z Komisji do spraw opracowania standardów dotyczących powierzenia czynności z zakresu medycyny laboratoryjnej oraz kategoryzacji medycznych laboratoriów diagnostycznych w zależności od profilu i ilości wykonywanych badań.
6. Uchwała Nr 228/VI/2025 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 13 maja 2025 roku w sprawie odwołania członka z Zespołu do spraw laboratoryjnej hematologii medycznej.
7. 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. KRDL ustaliła podział czynności pomiędzy członków Prezydium VI Kadencji. Uchwała precyzuje zakres odpowiedzialności, usprawniając bieżące funkcjonowanie organów Izby.
8. 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. KRDL przedstawiła kandydata na członka Zespołu Ekspertów ds. opracowania programu specjalizacji w dziedzinie zdrowia publicznego w osobie prof. Dr hab. Agnieszki Woźniak-Kosek. Zapewnia to reprezentację środowiska diagnostów laboratoryjnych w pracach nad programami specjalizacyjnymi.
9. Uchwała Nr 231/VI/2025 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 25 czerwca 2025 roku w sprawie w sprawie zatwierdzenia sprawozdania finansowego za rok obrotowy 2024. KRDL zatwierdziła sprawozdanie finansowe KIDL za rok obrotowy 2024. Uchwała potwierdza prawidłowość gospodarki finansowej samorządu zawodowego.
10. Uchwała Nr 232/VI/2025 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 30 lipca 2025 roku w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie umowy o świadczenie usługi kompleksowej obsługi informatycznej Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych. KRDL wyraziła zgodę na zawarcie umowy dotyczącej kompleksowej obsługi informatycznej KIDL. Decyzja ta ma na celu zapewnienie stabilnego i bezpiecznego funkcjonowania systemów IT Izby wraz z należytą dbałością o dane diagnostów laboratoryjnych.
11. Uchwała Nr 233/VI/2025 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 30 lipca 2025 roku w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie umowy o świadczenie usług chmurowych, hostingu oraz dostawy licencji oprogramowania na rzecz Krajowej

Izby Diagnostów Laboratoryjnych w Warszawie. KRDL wyraziła zgodę na zawarcie umowy na świadczenie usług chmurowych, hostingu oraz dostawy licencji oprogramowania. Uchwała wspiera dalszy rozwój i modernizację infrastruktury informacyjnej KIDL.

12. Uchwała Nr 234/VI/2025 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 24 września 2025 r. w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie umowy z dostawcą energii elektrycznej do siedziby Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych. KRDL wyraziła zgodę na zawarcie umowy z dostawcą energii elektrycznej dla siedziby KIDL. Uchwała zapewnia ciągłość funkcjonowania biura Izby w zakresie dostaw energii oraz optymalizację ceny dla dbałości o finanse Izby.
13. Uchwała Nr 235/VI/2025 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 7 października 2025 roku w sprawie powołania Kapituły Honorowej Statuetki Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych „Sapere Aude”. KRDL powołała Kapitułę Honorowej Statuetki KIDL „Sapere Aude”. Uchwała inicjuje formalne funkcjonowanie organu odpowiedzialnego za przyznawanie najwyższych wyróżnień honorowych.
14. Uchwała Nr 236/VI/2025 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 8 października 2025 roku w sprawie powołania członków Kapituły Honorowej Statuetki Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych „Sapere Aude”. KRDL powołała członków Kapituły Honorowej Statuetki KIDL „Sapere Aude”. Decyzja ta umożliwia rozpoczęcie prac Kapituły i realizację jej zadań statutowych.
15. Uchwała Nr 237/VI/2025 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 27 października 2025 roku o zmianie Uchwały nr 183/VI/2024 z dnia 20 czerwca 2024 roku w sprawie upoważnienia Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych do podejmowania uchwał w sprawach diagnostów laboratoryjnych, do których stosuje się przepisy ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku – Kodeks postępowania administracyjnego dotyczące decyzji administracyjnych. KRDL zmieniła uchwałę dotyczącą upoważnienia Prezydium KRDL do podejmowania uchwał w sprawach administracyjnych diagnostów laboratoryjnych. Zmiana doprecyzowuje iż uchwały dotyczące przyznawania PWZDL w niektórych przypadkach będzie rozstrzygać KRDL jako cały organ po szczegółowym zapoznaniu z dokumentacją wnioskujących.
16. Uchwała Nr 238/VI/2025 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 27 października 2025 roku w sprawie przyznania niewykorzystanych w ramach 2025 roku środków finansowych na rok 2026. KRDL zdecydowała o przeniesieniu niewykorzystanych środków finansowych funduszy wojewódzkich z 2025 roku na rok 2026.
17. Uchwała Nr 239/VI/2025 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 27 października 2025 roku w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie i realizację umowy z Ministerstwem Zdrowia na Kursy dla diagnostów laboratoryjnych i pozostałych zawodów medycznych w diagnostyce i terapii chorób. KRDL wyraziła zgodę na zawarcie i realizację umowy z Ministerstwem Zdrowia

dotyczącej kursów dla diagnostów laboratoryjnych i innych zawodów medycznych. Uchwała umożliwiła podpisanie umowy z Ministerstwem, a przez to rozwój kompetencji diagnostów laboratoryjnych w projekcie wartym 34 mln zł.

18. Uchwała Nr 240/VI/2025 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 28 października 2025 roku w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie umowy doradczej związanej z ubieganiem się Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych o przyznanie środków w ramach projektu „Kursy dla diagnostów laboratoryjnych i pozostałych zawodów medycznych w diagnostyce i terapii chorób”
19. Uchwała Nr 241/VI/2025 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 28 października 2025 roku w sprawie Regulaminu gazety – „Diagnosta Laboratoryjny”. KRDL przyjęła Regulamin gazety „Diagnosta Laboratoryjny”. Uchwała porządkuje zasady funkcjonowania i wydawania oficjalnego czasopisma samorządu diagnostów laboratoryjnych.
20. Uchwała Nr 242/VI/2025 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 28 października 2025 roku w sprawie odwołania członka Komisji do spraw Etyki.
21. Uchwała Nr 243/VI/2025 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 28 października 2025 roku w sprawie odwołania członka Zespołu do spraw Genetyki Medycznej.
22. Uchwała Nr 244/VI/2025 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 28 października 2025 roku w sprawie powołania Przewodniczącego Zespołu ds. Młodych Diagnostów. KRDL powołała Przewodniczącego Zespołu do spraw Młodych Diagnostów w osobie Klaudiusza Kaźmierczaka. Przewodniczącemu gratulujemy i życzymy owocnych prac Zespołu.
23. Uchwała Nr 245/VI/2025 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 28 października 2025 roku w sprawie odwołania członka Zespołu do spraw mikrobiologii medycznej.
24. Uchwała Nr 246/VI/2025 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 28 października 2025 roku w sprawie określenia osób upoważnionych do zawierania umów, udzielania pełnomocnictw oraz składania oświadczeń woli w sprawach majątkowych i finansowych w imieniu Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych. KRDL określiła osoby upoważnione do zawierania umów, udzielania pełnomocnictw oraz składania oświadczeń woli w sprawach majątkowych i finansowych. Uchwała zapewnia przejrzystość i sprawność zarządzania finansami Izby.
25. Uchwała Nr 247/VI/2025 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 28 października 2025 roku w sprawie udzielania pomocy prawnej diagnostom laboratoryjnym. KRDL określiła zasady udzielania pomocy prawnej diagnostom laboratoryjnym. Uchwała wzmacnia system wsparcia prawnego dla członków samorządu.
26. Uchwała Nr 248/VI/2025 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 17 listopada 2025 roku w sprawie przyjęcia docelowego modelu funkcjonowania systemu usług informatycznych. KRDL przyjęła docelowy model funkcjonowania systemu usług informatycznych KIDL. Decyzja ta wyznacza kierunki dalszego rozwoju infrastruktury IT Izby.

27. Uchwała Nr 249/VI/2025 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 18 listopada 2025 roku w sprawie wystąpienia do konsultanta krajowego w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej z wnioskiem o przeprowadzenie oceny nad realizacją zawodowego kształcenia podyplomowego. KRDL wystąpiła do konsultanta krajowego w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej z wnioskiem o ocenę realizacji kształcenia podyplomowego przez jedną z uczelni prowadzących kształcenie w zakresie analityki medycznej. Uchwała ma na celu kontrolę jakości kształcenia podyplomowego.
28. Uchwała Nr 250/VI/2025 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 18 listopada 2025 roku w sprawie przyznania Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego.
29. Uchwała nr 251/VI/2025 Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 21 listopada 2025 r. w sprawie powołania członków Zespołu Wizytatorów. KRDL powołała członków Zespołu Wizytatorów. Uchwała umożliwia realizację zadań kontrolnych wizytatorów w zakresie wykonywania czynności medycyny laboratoryjnej. Gratulujemy nowym wizytatorom. ●

Informujemy, że Prezydium KRDL VI Kadencji podjęło następujące uchwały:

1. Uchwała Nr 3021-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 12 września 2025 roku w sprawie zatwierdzenia decyzji Komisji Nagród i Odznaczeń Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.
2. Uchwała Nr 3022-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 12 września 2025 roku w sprawie zatwierdzenia decyzji Komisji Nagród i Odznaczeń Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.
3. Uchwała Nr 3023-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 22 września 2025 roku w sprawie procedowania uchwał Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych podczas posiedzenia w trybie obiegowym w dniu 22 września 2025 roku.
4. Uchwała Nr 3024-3038-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 22 września 2025 roku w sprawie przyznania Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego.
5. Uchwała Nr 3039-3043-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 22 września 2025 roku w sprawie stwierdzenia utraty prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego i skreślenia z rejestru diagnostów laboratoryjnych.
6. Uchwała Nr 3044-3048-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 22 września 2025 roku w sprawie wykreślenia medycznego laboratorium diagnostycznego z ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych.
7. Uchwała Nr 3049-3050-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 22 września 2025 roku w sprawie wpisu medycznego laboratorium diagnostycznego do ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych.
8. Uchwała Nr 3051-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 22 września 2025 roku w sprawie wykreślenia wpisu praktyki zawodowej z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych
9. Uchwała Nr 3052-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 14 października 2025 r. w sprawie procedowania uchwał Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych podczas posiedzenia w trybie obiegowym w dniu 14 października 2025 roku.
10. Uchwała Nr 3053-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 14 października 2025 roku w sprawie zatwierdzenia decyzji Komisji Nagród i Odznaczeń Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.
11. Uchwała Nr 3054-3070-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 14 października 2025 roku w sprawie przyznania Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego.
12. Uchwała Nr 3071-3092-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 14 października 2025 roku w sprawie stwierdzenia utraty prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego i skreślenia z rejestru diagnostów laboratoryjnych.
13. Uchwała Nr 3093-3095-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 14 października 2025 roku w sprawie wykreślenia medycznego laboratorium diagnostycznego z ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych.
14. Uchwała Nr 3096-3098-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 14 października 2025 roku w sprawie wpisu medycznego laboratorium diagnostycznego do ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych.
15. Uchwała Nr 3099-3131-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 14 października 2025 roku w sprawie określenia wysokości zaległości z tytułu składek członkowskich diagnosty laboratoryjnego wraz z należnymi odsetkami za opóźnieniem.
16. Uchwała Nr 3132-3136-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 14 października 2025 roku w sprawie skierowania na przeszkolenie.

17. Uchwała Nr 3137-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 24 października 2025 roku w sprawie zatwierdzenia decyzji Komisji Nagród i Odznaczeń Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.
18. Uchwała Nr 3138-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 26 października 2025 roku w sprawie procedowania uchwał Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych podczas posiedzenia w dniu 26 października 2025 roku.
19. Uchwała Nr 3139-3141-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 26 października 2025 roku w sprawie przyznania Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego.
20. Uchwała Nr 3142-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 5 listopada 2025 roku w sprawie zatwierdzenia decyzji Komisji Nagród i Odznaczeń Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.
21. Uchwała Nr 3143-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 25 listopada 2025 roku w sprawie procedowania uchwał Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych podczas posiedzenia w dniu 25 listopada 2025 roku.
22. Uchwała Nr 3144-3163-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 25 listopada 2025 roku w sprawie przyznania Prawa Wykonywania Zawodu Diagnosty Laboratoryjnego.
23. Uchwała Nr 3164-3185-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 25 listopada 2025 roku w sprawie stwierdzenia utraty prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego i skreślenia z rejestru diagnostów laboratoryjnych.
24. Uchwała Nr 3186-3193-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 25 listopada 2025 roku w sprawie wykreślenia medycznego laboratorium diagnostycznego z ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych.
25. Uchwała Nr 3194-3201-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 25 listopada 2025 roku w sprawie wpisu medycznego laboratorium diagnostycznego do ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych.
26. Uchwała Nr 3202-3234-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 25 listopada 2025 roku w sprawie określenia wysokości zaległości z tytułu składek członkowskich diagnosty laboratoryjnego wraz z należnymi odsetkami za opóźnienie.
27. Uchwała Nr 3235-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 25 listopada 2025 roku w sprawie wykreślenia wpisu praktyki zawodowej z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych.
28. Uchwała Nr 3236-P/VI/2025 Prezydium Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 25 listopada 2025 roku w sprawie skierowania na przeszkolenie. ●

Stanowiska Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych:

1. Stanowisko nr 7 w sprawie wniosku do Ministra Zdrowia o podjęcie prac legislacyjnych dotyczących wprowadzenia zmian przepisów dotyczących świadczenia gwarantowanego pn. „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”.
2. Stanowisko Nr 8 w sprawie niewłaściwego zakwalifikowania kierunku analityka medyczna w ramach kodów ISCED-F 2013 opisanych w Międzynarodowej Standardowej Klasyfikacji Edukacji. ●



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.

**Funkcję mediatora w KIDL pełni:
dr n. med. Monika Pintal-Ślimak**

Adres e-mail 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





www.kidl.org.pl