

O ŻYCIU Z CHOROBAŁ KRWI

HemaInfo

ABC
BADAŃ KLINICZNYCH

ZAPISY NA
VI RAJD PO ZDROWIE

TRZYMAMY
CIŚNIENIE!



Razem wygramy!


Fundacja
Carita



dołącz do nas



Zapraszamy

- osoby z nowotworami krwi
- osoby wspierające
- wolontariuszy

wypełnij formularz papierowy
lub online

JAK DZIAŁA KOD QR?

1. włącz aparat fotograficzny w telefonie
2. obiektyw skieruj na kod, ale nie rób zdjęcia
3. poczekaj na powiadomienie z linkiem do strony
4. stuknij w powiadomienie

* jeśli nic się nie dzieje, sprawdź
w ustawieniach, czy masz włączoną
obsługę kodów QR

■ FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Proszę wypełnić i odesłać lub wypełnić na stronie Fundacji.
Formularz online dostępny po zeskanowaniu kodu QR



☐ Dołączam jako członek fundacji

☐ Dołączam jako wolontariusz

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Obywatelstwo

Adres

Numer telefonu

Email

Wysyłając zgłoszenie proszę o przyjęcie w poczet podopiecznych Fundacji Carita im. Wiesławy Adamiec z siedzibą we Wrocławiu jako osoby wspierającej Fundację oraz oświadczam, że:

1) posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i nie zostałam(em) pozbawiona(y) praw publicznych,
2) znane mi są postanowienia statutu, cele i zasady działania. Jednocześnie zobowiązuję się do aktywnego uczestniczenia w realizacji celów Fundacji, przestrzegania statutu, regulaminów i uchwał władz Fundacji. Podejmę starania zmierzające do wsparcia finansowego na rzecz Fundacji – przelewy mogą być realizowane na rachunek bankowy Fundacji w Santander Bank Polska Spółka Akcyjna, nr rachunku: 26 1090 1926 0000 0001 1366 4848.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, podanych w złożonej przeze mnie deklaracji przez Fundację Carita im. Wiesławy Adamiec z siedzibą we Wrocławiu (53-011), przy ul. Wyścigowej 50/8, działającej jako administrator moich danych osobowych, w celu realizacji zadań Fundacji (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o Ochronie Danych Osobowych). Zgoda obejmuje przetwarzanie moich danych osobowych w przyszłości, o ile nie zmienię się cele przetwarzania.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, z tym zastrzeżeniem, że odmowa ich podania, uniemożliwi przystąpienie do grupy Członków wspierających Fundację.

W przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie, przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych oraz ich poprawiania.

Data i podpis

Fundacja Carita im. W. Adamiec
ul. Chabrowa 4/11
52-200 Wysoka



Spis treści

Od redakcji	3
VI Rajd Po Zdrowie – wszędzie na rower i jedź z nami!...	4
Lokalni koordynatorzy – wsparcie, które jest blisko was	6
ABC badań klinicznych. Co pacjent z nowotworem krwi powinien wiedzieć, zanim podejmie decyzję o udziale w badaniu?.....	9
Trzymamy ciśnienie. Rozmowa z prof. Izabellą Uchmanowicz o kampanii informacyjnej na temat ciśnienia tętniczego	15
Hematolog na małym ekranie.....	21
Nawrót szpiczaka i co dalej? Odpowiadamy na wasze pytania	23
A co ty wiesz o osoczu?	27
Pacjenci ze szpiczakiem mnogim mają nierówny dostęp do leczenia. Materiał z kongresu EHA 2026.	31
Szpiczak, białaczki, chłoniaki: przełomowe terapie zmieniają rokowanie, ale system wymaga zmian	35
Co słyszać w Fundacji Carita	44



Ten numer HemaInfo wsparli następujący partnerzy:
AidPort, AbbVie, BeOne, GSK, Johnson & Johnson, Roche, Sanofi.



HemaInfo | O życiu z chorobami krwi
Kwartalnik

Wydawca: Fundacja Carita im. Wiesławy Adamiec
ul. Chabrowa 4/11; 52-200 Wysoka
tel. 22 602 26 60
kontakt@fundacjacarita.pl

KRS: 0000080821, REGON: 230406586, NIP: 6112704761

Redaktor naczelna: Barbara Leonardi
kontakt@fundacjacarita.pl

Realizacja: Zespół Fundacji Carita, Studio Leo
Zdjęcia: Fundacja Carita, autorzy, Unsplash



Od redakcji

Zaczęło się lato i wakacje. Mamy nadzieję, że *HemaInfo* będzie Wam towarzyszyć podczas odpoczynku, podróży i łapania oddechu od codziennych obowiązków.

W tym numerze kolejni pacjentocentryczni eksperci dzielą się swoją wiedzą. Dr Michał Kwiatek wyjaśnia zawilości badań klinicznych, dlaczego warto wiedzieć o nich więcej i na co zwrócić uwagę, jeśli kiedykolwiek będziecie rozważać udział w badaniu klinicznym. Profesor Izabella Uchmanowicz natomiast przybliży temat ciśnienia tętniczego. Przypominamy, dlaczego regularna kontrola ciśnienia jest tak ważna, i wyjaśniamy, jak prawidłowo mierzyć ciśnienie w domu.

Dużo miejsca poświęcamy również temu, co dzieje się poza gabinetami lekarskimi. Przedstawiamy materiał z Europejskiego Kongresu Hematologicznego, który odbył się w czerwcu w Sztokholmie. Sesja, w której uczestniczyliśmy jako paneliści, była poświęcona nierównościom w dostępie do nowoczesnego leczenia w Europie – tematowi, który pozostaje jednym z największych wyzwań dla pacjentów.

Publikujemy także obszerną relację z konferencji prasowej z okazji Światowego Dnia Nowotworów Krwi. Była to okazja do podsumowania tego, jak wiele udało się osiągnąć w ostatnich latach w zakresie dostępu do nowoczesnych terapii, ale także do wskazania obszarów, które nadal wymagają zmian. Dziękujemy wszystkim, którzy byli tego dnia z nami – zarówno w Warszawie, jak i online.

Pamiętajcie też o naszej sieci lokalnych koordynatorów, którzy są pierwszym punktem kontaktowym dla pacjentów i ich bliskich. W tym numerze publikujemy mapę i dane kontaktowe przedstawicieli Carity rozsianych po całej Polsce.

Zapraszamy też do udziału w naszym corocznym pikniku rowerowym na poznańskiej Malcie. 5 września już po raz szósty wspólnie wyruszymy w Rajdzie po Zdrowie. Zarezerwujcie sobie ten dzień i zabierzcie ze sobą rodzinę oraz przyjaciół!

Życzymy dobrej lektury i czekamy na Wasze opinie, pytania i pomysły na kolejne artykuły. Do zobaczenia w Poznaniu!

Barbara Leonardi, redaktor naczelna HemaInfo

Łukasz Rokicki, prezes Fundacji Carita

VI Rajd Po Zdrowie – wszędzie na rower i jedź z nami!

6 RAJD PO ZDROWIE

05.09.2026

JEDZIEMY RAZEM W POZNANIU!

WSPÓLNY START NA MALCIE

DOCHÓD Z RAJDU WSPIERA REHABILITACJĘ PACJENTÓW HEMATOONKOLOGICZNYCH

6 KM TRASA DO KAŻDEGO

20 KM OD 13 ROKU ŻYCIA

ZAREJESTRUJ SIĘ

WWW.RAJDPOZDROWIE.PL

Już dziś wesprzyj nasz cel specjalny na portalu Pomagam.pl

<https://pomagam.pl/3fbwwd>

Setki rowerów, wspólnie pokonane kilometry i jeden cel – solidarność z osobami chorującymi na nowotwory krwi. Już 5 września 2026 roku uczestnicy z całej Polski spotkają się nad Jeziorem Maltańskim w Poznaniu, by po raz szósty ruszyć w Rajdzie Po Zdrowie. Rajd to nie tylko wydarzenie sportowe, to święto ludzi, którzy wierzą, że bycie razem i wspólne działanie mają realną wartość.

Od sześciu lat uczestnicy Rajdu Po Zdrowie dowodzą, że diagnoza nowotworu krwi nie musi oznaczać rezygnacji z aktywnego życia. Na starcie spotykają się pacjenci, ich bliscy, lekarze, wolontariusze, partnerzy Fundacji oraz wszyscy, którzy chcą okazać wsparcie osobom żyjącym z chorobami hematologicznymi.

Rajd łączy cztery ważne elementy: edukację zdrowotną, profilaktykę, aktywność fizyczną i wzajemne wsparcie. Każda edycja przypomina, że ruch jest jednym z fundamentów zdrowia, a wspólne działanie daje siłę do pokonywania codziennych wyzwań.

Rajd jest dla każdego

Jednym z najważniejszych przesłań Rajdu jest pokazanie, że dzięki nowoczesnemu leczeniu



**6 RAJD
PO ZDROWIE**

**5-7
WRZEŚNIA
2026**

RANKING

RAJDU PO ZDROWIE

JAK WZIĄĆ UDZIAŁ?

- 1 WYBIERZ DYSTANS**
6 km lub 20 km
- 2 PRZEJEDŹ TRASĘ**
Podczas jednego treningu
- 3 DODAJ WYNIK**
Czas i rzut ekranu twojej aplikacji
- 4 SPRAWDŹ RANKING**
Zobacz swoją pozycję

NOWOŚĆ!



i odpowiedniej opiece pacjenci mogą aktywnie żyć. Wielu uczestników to osoby będące w trakcie leczenia. Swoją obecnością inspirują innych pacjentów i dają nadzieję tym, którzy dopiero usłyszeli diagnozę.

Zapraszamy każdego i nie trzeba mieć świetnej sportowej kondycji. Podczas Rajdu będą dwie trasy: 6-kilometrową dla rodzin z dziećmi i osób preferujących spokojniejszą jazdę oraz 20-kilometrową dla tych, którzy chcą podjąć większe wyzwanie. Do Rajdu można dołączyć również zdalnie w dowolnym miejscu w Polsce i na świecie, samodzielnie planując własną trasę i dystans do pokonania.

Rajdowa Strefa Zdrowia

Na uczestników czeka także Strefa Zdrowia z bezpłatnymi badaniami profilaktycznymi, konsultacjami medycznymi i działaniami edukacyjnymi. Będzie można porozmawiać ze specjalistami, wykonać badania, dowiedzieć się więcej o profilaktyce zdrowotnej, a także zarejestrować się jako potencjalny dawca szpiku. W programie również rodzinny piknik i licytacje wyjątkowych przedmiotów przekazanych przez darczyńców.

Cel specjalny Rajdu

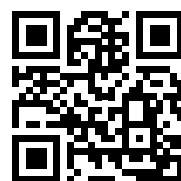
W tym roku zbieramy środki na rehabilitację pacjentów hematologicznych. Powrót do sprawności po intensywnym leczeniu często wymaga wielu miesięcy pracy, determinacji i specjalistycznej pomocy. Wiemy, jakie znaczenie ma właściwa rehabilitacja i chcemy wesprzeć naszych podopiecznych w odzyskiwaniu sił i powrocie do zdrowia.

Razem jedziemy po zdrowie!

Dołącz do nas niezależnie od wieku, kondycji czy miejsca zamieszkania i stań się częścią tego wyjątkowego wydarzenia.

Rejestracja uczestników trwa
do 31 lipca 2026 roku.

Szczegóły i formularz zgłoszeniowy na stronie internetowej
<https://RajdPoZdrowie.pl>, zakładka
Dołącz do Rajdu.



Lokalni koordynatorzy – wsparcie, które jest blisko Was

Fundacja Carita? Pierwsze, co przychodzi do głowy to zapewne edukacja pacjentów, działania na rzecz dostępu do najnowszych leków, konferencje czy Rajd Po Zdrowie. Jednak wielu z tych inicjatyw nie udałooby się nam zrealizować, gdyby nie zaangażowanie wolontariuszy, którzy każdego dnia są najbliżej pacjentów i pełnią rolę lokalnych koordynatorów Fundacji Carita.

Gdy pojawiają się pytania

Diagnoza choroby hematoonkologicznej często wiąże się z ogromną liczbą pytań i niepewności. Pacjenci oraz ich bliscy szukają informacji o leczeniu, możliwościach wsparcia czy prawach pacjenta. W takich sytuacjach zachęcamy do kontaktu z lokalnym koordynatorem.

Nasi przedstawiciele nie zastępują lekarza, ale pomagają się odnaleźć w gąszczu nowych informacji i poznać dostępne formy wsparcia. Koordynatorzy to najlepsze źródło wiedzy o programach i inicjatywach Fundacji, pomagają także rozwiązać problemy praktyczne związane z codziennym funkcjonowaniem podczas leczenia i gdy choroba jest w remisji.

Do koordynatora można zwrócić się zawsze, nie tylko w momencie diagnozy.

Blisko ludzi, blisko problemów

Fundacja Carita od lat buduje sieć koordynatorów działających na terenie całego kraju. Dzięki temu pacjenci mogą kontaktować się z osobą, która zna lokalne środowisko, rozumie regionalne uwarunkowania i potrafi skutecznie połączyć potrzebujących z odpowiednią pomocą.

To właśnie lokalni koordynatorzy najczęściej jako pierwsi dowiadują się o problemach, z którymi mierzą się pacjenci i ich bliscy. Te informacje są dla naszej organizacji podstawą do planowania pracy, żeby działania Fundacji odpowiadały na realne potrzeby społeczności pacjenckiej.

Łączenie pacjentów i budowanie społeczności

Jednym z najważniejszych zadań koordynatorów jest tworzenie wspólnoty i budowanie relacji między pacjentami. Choroba często oznacza odsunięcie się od dotychczasowego życia społecznego i zawodowego, co sprzyja poczuciu izolacji, dlatego możliwość rozmowy z osobami, które przeszły podobną drogę, bywa niezwykle cenna i niesie w sobie potencjał terapeutyczny.



Koordynatorzy i wolontariusze Fundacji Carita podczas warsztatów w Sadkowicach

Koordynatorzy pomagają pacjentom odnaleźć się w nowym otoczeniu, uczestniczyć w spotkaniach edukacyjnych, konferencjach i wydarzeniach organizowanych przez Fundację. W ten sposób budujemy społeczność opartą na wsparciu, wymianie doświadczeń i zrozumieniu.

Gdzie szukać pomocy?

Jeśli potrzebujesz informacji lub wsparcia, odezwij się do koordynatora ze swojego regionu. Wierzmy, że skuteczna pomoc zaczyna się od otwartej rozmowy. Dlatego lokalni koordynatorzy to jeden z filarów działalności Fundacji, a dzięki ich obecności nikt nie musi być sam z chorobą.

Akademia Wolontariatu

Ostatnio lokalni koordynatorzy i wolontariusze Fundacji Carita z całej Polski mieli okazję spotkać się wraz z wolontariuszami podczas Akademii Wolontariatu Carita 2026 w Sadkowicach. Były to trzy dni pełne inspiracji, wymiany doświadczeń i budowania relacji między osobami, które na co dzień wspierają pacjentów hematologicznych oraz ich bliskich.

Program Akademii został tak przygotowany, aby wzmacniać zarówno kompetencje organizacyjne, jak i umiejętności budowania relacji opartych na empatii i zrozumieniu. Uczestnicy rozmawiali o roli wolontariusza i koordynatora, wspólnie tworzyli „bank pomysłów” z nowymi formami wsparcia dla pacjentów oraz szlifowali umiejętności na warsztatach komunikacyjnych poświęconych uważności i obecności drugiego człowieka.

W programie znalazły się też zajęcia onkologiczne, nauka technik oddechowych, koncert relaksacyjny oraz aktywność sportowa w otoczeniu przyrody. Takie chwile pozwalają nabrać energii do dalszego działania i przypominają, że ci, którzy na co dzień pomagają innym, też potrzebują wsparcia.

Chcesz dołączyć do grona lokalnych koordynatorów i działać na rzecz pacjentów w swojej okolicy?

Napisz do nas:
kontakt@fundacjacarita.pl

 Tu jest lokalny koordynator



Dolnośląskie, Opolskie
Katarzyna Kalisz – tel. 601 763 506

Lubuskie, Zachodniopomorskie
Jakub Bartkowiak – tel. 605 096 434

Lubelskie, Podkarpackie, Świętokrzyskie
Mariola Łusiak – tel. 691 096 536

Łódzkie
Marek Szczęśniak – tel. 697 705 305

Mazowieckie
Beata Białkowska-Cybula – tel. 884 808 555

Pomorskie, Warmińsko-Mazurskie
Paweł Murawa – tel. 602 734 009

Śląskie, Małopolskie
Wiesława Matuszczak – tel. 608 532 999

Wielkopolskie, Kujawsko-Pomorskie
Grzegorz Rakowiecki – tel. 662 862 316

Masz pytania albo pomysł na inicjatywę w swoim mieście? Zadzwoń do koordynatora i dowiedz się, z jakiego wsparcia możesz skorzystać i jak zaangażować się w działania Fundacji Carita.

ABC badań klinicznych

Co pacjent z nowotworem krwi powinien wiedzieć, zanim podejmie decyzję o udziale w badaniu?



Dr n. med. Michał Kwiatek

Specjalista hematolog, współzałożyciel i dyrektor medyczny szpitala AidPort.

Od 2017 uczestniczy w badaniach

klinicznych z zakresu hematologii,

onkologii oraz chorób wewnętrznych

jako główny badacz i współbadacz.

W swojej praktyce koncentruje się na indywidualnym podejściu do pacjenta.

Diagnoza choroby nowotworowej często pojawia się nagle i całkiem zmienia codzienność pacjenta oraz jego bliskich. Pojawiają się nowe słowa, badania, wizyty, wyniki, decyzje terapeutyczne i wiele pytań: jakie leczenie będzie najlepsze, czego się spodziewać, czy chorobę da się zatrzymać, jakie nowoczesne terapie są dostępne?

Jednym z pojęć, które pacjent może usłyszeć podczas rozmowy z lekarzem, jest **badanie kliniczne**. Dla części osób termin ten brzmi niepokojąco. Może kojarzyć się z eksperymentem albo sytuacją, w której pacjent „nie ma już innych możliwości”. W rzeczywistości badania kliniczne to jedna z najważniejszych dróg rozwoju medycyny. Dzięki nim nowe leki i nowe schematy leczenia mogą zostać dokładnie ocenione, a pacjenci zyskać dostęp do innowacyjnego leczenia.

Czym właściwie jest badanie kliniczne?

Badanie kliniczne to zaplanowane i kontrolowane badanie prowadzone z udziałem ludzi,

którego celem jest sprawdzenie, czy dana metoda leczenia jest skuteczna i bezpieczna. Może dotyczyć nowego leku, nowego połączenia znanych leków, innego sposobu dawkowania, nowej metody diagnostycznej albo nowego sposobu monitorowania choroby.

W onkologii i hematologii badania kliniczne są szczególnie ważne, ponieważ pozwalają ocenić, czy nowe leczenie może przynieść pacjentom większą korzyść niż dotychczasowe metody. W przypadku nowotworów krwi badania mogą dotyczyć pacjentów na różnych etapach choroby: tuż po rozpoznaniu, po nawrocie, po kilku liniach leczenia lub w sytuacji, gdy choroba jest oporna na wcześniejsze terapie.

Warto podkreślić, że badanie kliniczne nie jest przypadkowym testowaniem leku. Każde badanie ma dokładnie opisany plan prowadzenia prac badawczych, czyli protokół. Protokół określa, kto może wziąć udział w badaniu, jakie badania należy wykonać, jakie leczenie będzie podawane, jak często odbywają się wizyty i jak monitorowane jest bezpieczeństwo pacjenta.

Zanim badanie kliniczne się rozpocznie, musi zostać ocenione i zatwierdzone przez odpowiednie instytucje oraz komisję bioetyczną. Ich zadaniem jest ocena zasadności badania oraz zapewnienie odpowiedniej ochrony praw i bezpieczeństwa uczestników.

Dlaczego badania kliniczne są szczególnie ważne w szpiczaku plazmocytowym?

Szpiczak plazmocytowy to choroba nowotworowa układu krwiotwórczego, której przebieg może być bardzo różny. U jednych pacjentów choroba rozwija się wolniej, u innych wymaga szybkiego rozpoczęcia leczenia. Różnić się mogą także objawy, wyniki badań, odpowiedź na terapię i czas trwania remisji.

Właśnie dlatego rozwój nowych metod leczenia jest tak istotny, a badania kliniczne są jednym z najważniejszych narzędzi tego postępu. Dzięki nim można sprawdzić, czy nowa

terapia pomaga pacjentom, u których standardowe leczenie może być niewystarczające albo zbyt obciążające. Czasami badanie kliniczne daje dostęp do terapii, która nie jest jeszcze powszechnie dostępna w danym kraju lub nie została jeszcze objęta refundacją w określonej sytuacji klinicznej.

Nie oznacza to jednak, że udział w badaniu jest zawsze najlepszą opcją dla każdego pacjenta. Decyzja zależy od wielu czynników: stanu zdrowia, wcześniejszego leczenia, wyników badań, chorób współistniejących, oczekiwań pacjenta i szczegółowych kryteriów konkretnego badania.

Fazy badań klinicznych

Badania kliniczne dzieli się na etapy zwane fazami, a każda z nich odpowiada na nieco inne pytania badawcze.

Faza I: W badaniach fazy I nowy lek lub nowa metoda leczenia są oceniane przede wszystkim pod kątem bezpieczeństwa. Lekarze sprawdzają, jaka dawka może być stosowana, jakie działania niepożądane mogą się pojawić i jak organizm pacjenta reaguje na leczenie. W onkologii i hematologii badania fazy I często prowadzone są u pacjentów, u których wcześniejsze leczenie nie przyniosło oczekiwanej korzyści.

Faza II: Badania fazy II mają na celu ocenę, czy dana terapia wykazuje aktywność wobec choroby. W przypadku szpiczaka plazmocyto-owego może to oznaczać ocenę, czy zmniejsza się ilość białka monoklonalnego, czy poprawiają się wyniki badań, czy choroba pozostaje pod kontrolą i jak długo trwa odpowiedź na leczenie.

Faza III: Badania fazy III porównują nową metodę leczenia ze standardowym postępowaniem. Zwykle obejmują większą grupę pacjentów, a wyniki mogą mieć wpływ na rejestrację leku i późniejsze zalecenia terapeutyczne. To właśnie badania fazy III często odpowiadają na pytanie, czy nowy sposób leczenia powinien stać się częścią codziennej praktyki medycznej.



Jakie pytania warto zadać przed podjęciem decyzji?

Świadoma decyzja wymaga dobrego zrozumienia sytuacji. Przed udziałem w badaniu klinicznym warto zapytać:

- jaki jest cel badania?
- jakie leczenie będę otrzymywać?
- czy badanie obejmuje randomizację (randomizacja oznacza losowy przydział do jednej z grup leczenia i służy temu, by rzetelnie porównać skuteczność i bezpieczeństwo badanych terapii)?
- jakie są możliwe korzyści?
- jakie są możliwe działania niepożądane?
- jak często będę musiał/musiła przyjeżdżać do ośrodka?
- jakie badania diagnostyczne zostaną wykonane?
- czy część wizyt może się odbyć bliżej miejsca zamieszkania?
- co się stanie, jeśli leczenie nie zadziała?
- czy po zakończeniu badania klinicznego będę mieć dostęp do dalszego leczenia?
- z kim się kontaktować w razie wystąpienia nagłych objawów?
- czy udział w badaniu wiąże się z dodatkowymi kosztami?
- czy mogę zrezygnować z udziału i jakie są tego konsekwencje?

Nie ma niemądrych pytań. Pacjent ma prawo rozumieć, na co się zgadza, a rolę zespołu badawczego jest wyjaśniać wątpliwości i udzielać odpowiedzi, a nie oceniać.

Faza IV: Badania fazy IV prowadzi się już po dopuszczeniu leku do obrotu. Pozwalają one zbierać dalsze informacje o bezpieczeństwie, skuteczności i stosowaniu terapii w szerszej populacji pacjentów.

Dla pacjenta najważniejsze jest nie samo oznaczenie fazy, ale zrozumienie, jaki jest cel konkretnego badania, jakie leczenie będzie podawane i jakie są możliwe korzyści oraz ryzyka.

Kto może wziąć udział w badaniu klinicznym?

Każde badanie ma określone kryteria udziału opisane w protokole badawczym. Służą one bezpieczeństwu pacjentów oraz wiarygodności wyników. Kryteria mogą dotyczyć między innymi wieku, rozpoznania, etapu choroby, wcześniejszego leczenia, wyników badań krwi, pracy nerek, wątroby, serca, obecności infekcji, innych chorób oraz ogólnego stanu sprawności.

Kryteria te są weryfikowane podczas tzw. screeningu, czyli kwalifikacji do badania. Proces kwalifikacji obejmuje rozmowę z lekarzem, analizę dokumentacji medycznej i wykonanie badań diagnostycznych. Dopiero po zakończeniu tego etapu można stwierdzić, czy pacjent może wziąć udział w badaniu.

Dla pacjenta może być trudne, gdy okazuje się, że nie może wziąć udziału w badaniu, bo nie spełnia jego kryteriów. Warto jednak

pamiętać, że kryteria nie są oceną wartości pacjenta ani jego „szans”. To element bezpieczeństwa i naukowego porządku badania. Jeśli dane badanie nie jest odpowiednie, lekarz może rozważyć inne możliwości leczenia lub inne badania kliniczne.

Świadoma zgoda – najważniejszy dokument i najważniejsza rozmowa

Udział w badaniu klinicznym jest zawsze dobrowolny. Pacjent nie może zostać włączony do badania bez wyrażenia świadomej zgody.

Świadoma zgoda to nie tylko podpis na formularzu. To cały proces rozmowy, wyjaśniania

i zadawania pytań. Pacjent powinien otrzymać zrozumiałe informacje o celu badania, planowanym leczeniu, możliwych korzyściach, ryzykach, działaniach niepożądanych, liczbie wizyt, dodatkowych badaniach, zasadach ochrony danych i prawie do wycofania się z udziału w badaniu.

Bardzo ważne jest, aby nie podpisywać zgody pod presją czasu lub emocji. Pacjent ma prawo zabrać dokument do domu, przeczytać go spokojnie, omówić z rodziną, lekarzem prowadzącym lub inną zaufaną osobą. Ma też prawo zadawać tyle pytań, ile potrzebuje, aby zrozumieć, na czym polega udział w danym badaniu.

Zgoda może zostać wycofana. Pacjent ma prawo zrezygnować z udziału w badaniu na każdym etapie, bez utraty prawa do dalszego leczenia. Rezygnacja nie powinna wpływać negatywnie na relację z lekarzem ani na opiekę medyczną.

Prawa pacjenta w badaniu klinicznym

Pacjent uczestniczący w badaniu klinicznym ma prawo do informacji, bezpieczeństwa, prywatności i dobrowolności decyzji.

Ma prawo znać cel badania i możliwe ryzyko, wiedzieć jakie leczenie może otrzymać i jakie są alternatywne opcje.

Ma prawo zadawać pytania i otrzymywać klarowne odpowiedzi.

Ma prawo do ochrony swoich danych medycznych. Informacje zbierane w badaniu są przetwarzane zgodnie z określonymi zasadami, a dostęp do nich mają wyłącznie uprawnione osoby.

Ma prawo zgłaszać działania niepożądane i oczekiwać, że zostaną potraktowane poważnie.

Ma prawo do rezygnacji z udziału w badaniu, a lekarz powinien omówić z pacjentem dalsze postępowanie.

Jak wygląda udział pacjenta w badaniu klinicznym?

Jeśli pacjent zostanie zakwalifikowany do badania klinicznego, rozpoczyna leczenie zgodnie z planem badania. Wizyty mogą odbywać się częściej niż w standardowej opiece, zwłaszcza na początku terapii. Z jednej strony może to oznaczać większe zaangażowanie czasowe, z drugiej — pacjent jest regularnie monitorowany przez zespół medyczny.

W trakcie badania oceniane są zarówno efekty leczenia, jak i bezpieczeństwo terapii. Pacjent powinien zgłaszać wszystkie niepokojące objawy, nawet jeśli wydają się drobne lub niezwiązane z leczeniem. Informacja o działaniach niepożądanych jest ważna dla bezpieczeństwa pacjenta i dla oceny badanej terapii.

Możliwe korzyści udziału w badaniu

Udział w badaniu klinicznym wiąże się z dostępem do nowoczesnej terapii, która nie jest jeszcze standardowo dostępna. Pacjent jest objęty bardzo dokładnym monitorowaniem, a jego leczenie jest prowadzone według precyzyjnie określonego planu.



Dla niektórych pacjentów ważne jest także poczucie, że ich udział może pomóc innym chorym w przyszłości. Wyniki badań klinicznych budują wiedzę, dzięki której kolejne terapie mogą być lepsze, skuteczniejsze i bezpieczniejsze.

Trzeba jednak jasno powiedzieć: udział w badaniu nie gwarantuje poprawy. Nowe leczenie może okazać się skuteczne, ale może też nie przynieść oczekiwanego efektu oraz spowodować wystąpienie działań niepożądanych.

Możliwe ryzyka i niedogodności

Każde leczenie może wiązać się z działaniami niepożądanymi. W badaniu klinicznym mogą pojawić się objawy znane dla danej grupy leków, ale także działania, które są dopiero poznawane.

Udział w badaniu może oznaczać częstsze wizyty, dodatkowe badania diagnostyczne, konieczność prowadzenia dzienniczka objawów, przestrzegania określonych zasad dotyczących leków, antykoncepcji, szczepień lub zgłaszania infekcji. Dla pacjentów mieszkających daleko od ośrodka może to być logistycznie wymagające.

Dlatego ważne jest, aby już na początku zapytać, jak będzie wyglądał kalendarz wizyt i jakie wsparcie organizacyjne jest możliwe. Dobrze zaplanowana opieka zmniejsza stres i pomaga pacjentowi skupić się na leczeniu.

Lekarz wnosi wiedzę o chorobie, wynikach badań i dostępnych terapiach. Pacjent wnosi informacje o sobie: o swoich priorytetach, możliwościach, obawach, planach i codziennym życiu.

Rola ośrodka badań klinicznych

Ośrodek prowadzący badanie kliniczne ma ogromne znaczenie dla komfortu pacjenta. To tutaj odbywają się wizyty, badania, podanie leczenia i rozmowy z zespołem medycznym.

Dobry ośrodek powinien łączyć kompetencje medyczne z dobrą organizacją pracy i komunikacją. Pacjent powinien wiedzieć, kto jest lekarzem-badaczem, kto koordynuje wizyty, do kogo zadzwonić w razie pytań i jak zgłaszać niepokojące objawy.

Szpecially ważne jest, aby pacjent nie czuł się zagubiony w procedurach. Badanie kliniczne ma złożoną strukturę organizacyjną, ale dla pacjenta nie powinna być ona widoczna. Ponadto wszelkie wyjaśnienia powinny być udzielane prostym językiem. Rolą personelu ośrodka badawczego jest przeprowadzić pacjenta przez cały proces: od pierwszej rozmowy, przez kwalifikację, leczenie, monitorowanie i kolejne decyzje.

W centrum opieki zawsze znajduje się człowiek – każdy pacjent to konkretna historia, rodzina i bliscy, a także obawy i nadzieje. Procedury są ważne i muszą być przestrzegane, ale nie mogą zastąpić rozmowy, uważności i szacunku.

Jak przygotować się do rozmowy o badaniu?

Na wizytę warto zabrać dokumentację medyczną, listę przyjmowanych leków, informacje o chorobach współistniejących i wcześniejszych terapiach. Dobrym pomysłem jest spisanie pytań przed wizytą. W stresie łatwo zapomnieć o rzeczach, które w domu wydawały się ważne.

Warto przyjść z bliską osobą, która pomoże zapamiętać informacje, zanotować odpowiedzi i spojrzeć na kwestię udziału w badaniu klinicznym z innej perspektywy.

Po rozmowie w ośrodku dobrze jest dać sobie czas. Decyzja o udziale w badaniu klinicznym powinna być podejmowana świadomie, a nie pochopnie. Pacjent nie musi rozumieć wszystkich medycznych aspektów badania, ale powinien znać najważniejsze kwestie: cel i plan badania, możliwe korzyści i ryzyka oraz swoje prawa.

Badanie kliniczne jako wspólna decyzja

Najlepsze decyzje medyczne powstają w dialogu. Lekarz wnosi wiedzę o chorobie, wynikach badań i dostępnych terapiach. Pacjent wnosi informacje o sobie: o swoich priorytetach, możliwościach, obawach, planach i codziennym życiu.

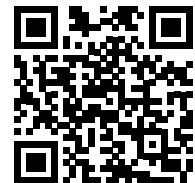
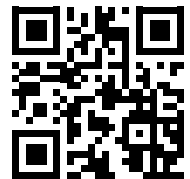
W przypadku szpiczaka plazmocytowego leczenie jest procesem długotrwałym, a udział w badaniu klinicznym może być wartościową opcją leczenia, ale nie zawsze będzie najlepszym rozwiązaniem dla każdego pacjenta. Dlatego tak ważna jest spokojna rozmowa w partnerstwie pacjent–lekarz, zadawanie pytań i świadome podjęcie decyzji. Dobrze poinformowany pacjent ma większe poczucie bezpieczeństwa i sprawczości w procesie leczenia.



Gdzie szukać informacji o badaniach klinicznych?

Jeśli interesuje cię temat badań klinicznych, skorzystaj z wiarygodnych źródeł:

- Zapytaj swojego lekarza – lekarz prowadzący może ocenić, czy kwalifikujesz się do badania i wskaże ośrodki prowadzące rekrutację.
- Największy rejestr badań klinicznych: ClinicalTrials.gov – <https://clinicaltrials.gov>
- Oficjalna europejska baza badań klinicznych prowadzonych w krajach UE i Europejskiego Obszaru Gospodarczego: Clinical Trials Information System (CTIS) – <https://euclinicaltrials.eu>
- Strony internetowe ośrodków hematologicznych – wiele placówek publikuje informacje o aktualnie prowadzonych badaniach i rekrutacji pacjentów.
- Organizacje pacjenckie – fundacje i stowarzyszenia wspierające osoby z nowotworami krwi często informują o nowych możliwościach leczenia i badaniach klinicznych.
- Możecie też napisać do nas: kontakt@fundacjacarita.pl



Trzymamy ciśnienie

Rozmowa z prof. Izabellą Uchmanowicz
o tym, dlaczego kontrola ciśnienia
jest tak ważna



Prof. dr hab. Izabella Uchmanowicz
– dziekan Wydziału Pielęgniarstwa
i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego
we Wrocławiu, specjalistka w zakresie
opieki nad pacjentami z chorobami
przewlekłymi oraz promocji zdrowia.
Od wielu lat angażuje się w działania
edukacyjne i profilaktyczne wspierające
pacjentów w skutecznym zarządzaniu
swoim zdrowiem.

Skąd wziął się pomysł na kampanię i do kogo jest skierowana?

Prof. Uchmanowicz: Punktem wyjścia jest prosta, ale niepokojąca obserwacja: nadciśnienie tętnicze to w Polsce wciąż choroba zbyt rzadko i zbyt późno rozpoznawana. Znaczna część osób nie wie o chorobie, ponieważ przez wiele lat rozwija się ona bezobjawowo. Mamy dziś narzędzie, które może to zmienić – rzetelny, prawidłowo wykonany pomiar ciśnienia, dostępny nie tylko w gabinecie lekarskim, ale także w aptece, a przede wszystkim w domu pacjenta.

Kampania „Trzymamy Ciśnienie” ma zachęcać do regularnego, prawidłowego i pozbawionego lęku mierzenia ciśnienia oraz traktowania wyniku jako ważnej informacji o stanie zdrowia. Chcemy dotrzeć do wszystkich osób, które chcą świadomie dbać o zdrowie, ze szczególnym uwzględnieniem grup narażonych na zaniedbanie regularnej kontroli ciśnienia: osób młodszych, seniorów oraz pacjentów z chorobami przewlekłymi, w tym hematoonkologicznymi.

Jak można wziąć udział w działaniach kampanii?

Prof. Uchmanowicz: Kampania przewiduje szereg działań: wydarzenia plenerowe, akcje pomiarowe oraz działania online. Udział jest otwarty i nie wymaga skierowania ani umawiania: wystarczy podejść do punktu pomiarowego, gdzie przeszkolony personel pielęgniarski wykona pomiar, zinterpretuje wynik i wytłumaczy, co dalej.

Zachęcamy też do udziału „domowego”, czyli wykonania serii pomiarów według naszych instrukcji i przyniesienia ich na najbliższą wizytę lekarską. Aktualne terminy i lokalizacje akcji pomiarowych ogłaszamy na stronie i w mediach społecznościowych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz Wydziału Pielęgniarstwa i Położnictwa.

Czy dorośli leczeni z powodu nowotworów krwi to szczególna grupa ryzyka?

Prof. Uchmanowicz: Tak, i to z kilku powodów jednocześnie. Po pierwsze, sama choroba i jej powikłania (niedokrwistość, zaburzenia krzepnięcia, stany zapalne, obciążenie nerek) wpływają na układ krążenia. Po drugie, i to jest sednem problemu, wiele nowoczesnych terapii hematoonkologicznych ma bezpośrednie działanie na serce i naczynia. Dlatego pacjent hematoonkologiczny powinien być traktowany jako osoba o podwyższonym ryzyku sercowo-naczyniowym, wymagająca planowej kontroli ciśnienia, a nie pomiaru „przy okazji”.

Najbardziej wymowny przykład to karfilzomib stosowany w szpiczaku plazmocytowym. Nadciśnienie jest najczęstszym powikłaniem sercowo-naczyniowym podczas stosowania tej terapii, a eksperci zalecają, by ciśnienie było uregulowane przed rozpoczęciem leczenia i by przed każdym wlewem nie przekraczało wartości 140/90 mm Hg. Domowe pomiary ciśnienia wykonywane przez pacjenta lub całodobowa rejestracja (ABPM) są tu bardzo przydatne do oceny kontroli ciśnienia.



Przeciążenie informacyjne związane z diagnozą nowotworu.

Wielu pacjentów w pierwszym okresie po rozpoznaniu nie jest w stanie zapamiętać wszystkich zaleceń dotyczących leczenia i profilaktyki powikłań. Dlatego informacje o kontroli ciśnienia powinny być regularnie powtarzane przez cały zespół terapeutyczny.

Drugi przykład to ibrutynib (inhibitor BTK, stosowany m.in. w przewlekłej białaczce limfocytowej i chłoniakach): nadciśnienie jest jednym z najczęstszych działań niepożądanych, a jego wystąpienie wiąże się z wyższym ryzykiem poważnych zdarzeń sercowo-naczyniowych, dlatego ciśnienie trzeba ściśle monitorować zwłaszcza w pierwszych miesiącach terapii.

Do tego dochodzą mechanizmy, o których warto pamiętać: wysokie dawki glikokortykosteroidów (np. deksametazon w schematach leczenia szpiczaka) zatrzymują sód i wodę, podnosząc ciśnienie. Natomiast leki immunomodulujące (lenalidomid, talidomid) istotnie zwiększają ryzyko zakrzepicy żyłnej, szczególnie w schemacie karfilzomib z lenalidomidem i deksametazonem.

Procedury takie jak autologiczne przeszczepienie szpiku wiążą się z gwałtownymi przesunięciami płynów i wahaniami ciśnienia, a terapia CAR-T może prowadzić do niestabilności hemodynamicznej w przebiegu zespołu uwalniania cytokin. Wspólny mianownik jest taki, że w trakcie leczenia hematoonkologicznego ciśnienie potrafi się zmieniać szybko i nieprzewidywalnie, dlatego nie wolno opierać się na pojedynczym pomiarze sprzed tygodnia.

Z jakimi problemami ciśnieniowymi pacjenci spotykają się najczęściej?

Prof. Uchmanowicz: Najczęstszy scenariusz to nowe lub nasilające się nadciśnienie



pojawiające się w trakcie terapii, często skokowo, w pierwszych tygodniach lub cyklach leczenia.

Drugi to duża zmienność ciśnienia: wartości potrafią być bardzo wysokie po wlewie czy po sterydach, a innego dnia nawet zbyt niskie, na przykład przy odwodnieniu, gorączce, bieguncie czy w przebiegu infekcji.

Trzeci problem, łatwy do przeoczenia, to spadki ciśnienia i hipotonia ortostatyczna prowadzące do zawrotów głowy i upadków, co u pacjenta z małopłytkowością bywa szczególnie groźne.

Wreszcie częsty jest problem czysto organizacyjny: ciśnienie schodzi na dalszy plan, bo cała uwaga pacjenta i zespołu medycznego skupia się na chorobie nowotworowej.

Jakie są konsekwencje zaniedbania kontroli ciśnienia w trakcie leczenia hematoonkologicznego?

Prof. Uchmanowicz: Niekontrolowane nadciśnienie w tej grupie nie jest problemem „na potem”, lecz realnie wpływa na leczenie onkologiczne. Może spowodować przerwanie terapii przeciwnowotworowej lub redukcję dawki leku, a w konsekwencji pogorszyć rokowanie pacjenta.

Pacjent hematoonkologiczny często spędza z personelem pielęgniarskim znacznie więcej czasu niż z lekarzem. To pielęgniarki i pielęgniarze najczęściej uczą techniki pomiaru, odpowiadają na bieżące pytania, pomagają interpretować wyniki oraz przypominają o zaleceniach związanych z leczeniem. W przypadku terapii prowadzonych przez wiele miesięcy lub lat stanowią ważne źródło wsparcia i edukacji zdrowotnej.

Wzrasta ryzyko powikłań kardiotoksyczności: niewydolności serca, niedokrwienia, zaburzeń rytmu, a w skrajnych przypadkach przełomu nadciśnieniowego z udarem.

U pacjenta już obciążonego (niedokrwistość, zajęcie nerek, leki przeciwzakrzepowe) margines bezpieczeństwa jest węższy niż u osoby zdrowej. Dlatego dobra kontrola ciśnienia jest tu warunkiem bezpiecznego dokończenia leczenia onkologicznego, a nie dodatkiem.

Jak prawidłowo mierzyć ciśnienie w domu?

Prof. Uchmanowicz: Pomiar ma być spokojny, powtarzalny i wykonany na sprawdzonym sprzęcie.

Sprzęt. Należy korzystać ze zwalidowanego, automatycznego aparatu naramiennego (mankiet na ramię, nie na nadgarstek), z mankietem

JAK PRAWIDŁOWO ZMIERZYĆ CIŚNIENIE?

6 KROKÓW DO WIARYGODNEGO POMIARU

1 ODPOCZNIJ 5 MINUT



Usiądź wygodnie w cichym miejscu i zrelaksuj się.

2 NIE PIJ KAWY I NIE PAL PRZEZ 30 MINUT PRZED POMIAREM



Unikaj także alkoholu oraz intensywnego wysiłku fizycznego.

3 USIĄDŹ WYGODNIE, OPRZYJ PLECY



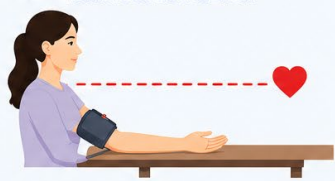
- usiądź na krześle z oparciem
- nie rozmawiaj podczas pomiaru
- zachowaj ciszę

4 STOPY PŁASKO NA PODŁODZE, NOGI NIESKRZYŻOWANE



Takie ułożenie pomaga uzyskać wiarygodny wynik.

5 RAMIĘ PODPARTE NA WYSOKOŚCI SERCA



Mankiet powinien znajdować się na odkrytym ramieniu. Nie opieraj go na ubraniu.

6 WYKONAJ 2-3 POMIARY I ZAPISZ ŚREDNIĄ



Zrób przerwę 1-2 minuty między pomiarami i zapisz wszystkie wyniki. Średnia z pomiarów jest najbardziej miarodajna.



REGULARNOŚĆ MA ZNACZENIE!
Mierz ciśnienie codziennie o tych samych porach, np. rano przed lekami i wieczorem.



PAMIĘTAJ:
Regularne pomiary i rzetelny zapis pomogą lekarzowi lepiej zadbać o Twoje zdrowie.



TWOJE ZDROWIE W TWOICH RĘKACH
Drobne nawyki – wielka różnica.

dobranym do obwodu ramienia. Źle dobrany mankiet to jedna z najczęstszych przyczyn błędnych wyników.

Przygotowanie i pozycja. Przed pomiarem należy odpocząć w pozycji siedzącej około 5 minut, opróżnić pęcherz, a przez 30 minut wcześniej nie pić kawy, nie palić i nie ćwiczyć. Podczas pomiaru siedzimy z podpartymi plecami, stopy płasko na podłodze (nogi nieskrzyżowane), ramię z mankietem oparte na wysokości serca i nie rozmawiamy.

Liczba pomiarów. Zgodnie z wytycznymi należy wykonać co najmniej dwa, a najlepiej trzy pomiary na tym samym ramieniu w odstępie jednej minuty i zapisać wartość średnią.

Pora dnia i częstotliwość. Najlepiej sprawdza się schemat 7-dniowy, czyli pomiary rano i wieczorem przez tydzień, przy czym wyniki z pierwszego dnia zwykle się pomija jako mniej wiarygodne.

Nie do przecenienia jest rola personelu pielęgniarskiego. To pielęgniarka lub pielęgniarz najczęściej uczą pacjenta prawidłowej techniki

pomiaru, weryfikują, czy aparat i mankiet są odpowiednie, korygują błędy w ułożeniu ciała, a także tłumaczą wyniki.

W modelu opieki nad pacjentem przewlekłym, w tym hematoonkologicznym, edukacja w zakresie samodzielnego pomiaru jest jednym z najskuteczniejszych i najtańszych narzędzi poprawy kontroli ciśnienia.

Jak zbierać dane: notatki czy aplikacja?

Prof. Uchmanowicz: Obie formy są dobre, pod warunkiem, że dane są kompletne. Wytyczne wprost rekomendują, by wyniki pomiarów zostały przedłożone lekarzowi podczas najbliższej wizyty, a w razie wartości nieprawidłowych zalecany jest pilny kontakt z lekarzem.

W praktyce najlepiej sprawdza się prosty dzienniczek (papierowy lub w telefonie), w którym zapisujemy datę, godzinę, wartość skurczową i rozkurczową oraz tętno, a obok krótką uwagę, na przykład „po bezsennej nocy” albo „dzień po wlewie”.



Najczęstsze błędy podczas mierzenia ciśnienia

- mankiet na nadgarstku albo źle dobrany rozmiar,
- pomiar zaraz po wysiłku, kawie lub papierosie,
- rozmowa w trakcie pomiaru,
- ręka w powietrzu, a nie podparta,
- skrzyżowane nogi,
- pojedynczy pomiar zamiast serii,
- mierzenie tylko wtedy, gdy coś się dzieje.

Przy tych objawach wezwij pomoc

- ciśnienie **powyżej 180/110 mm Hg**,
- silny, nietypowy ból głowy,
- zaburzenia widzenia,
- osłabienie lub drętwienie połowy ciała,
- zaburzenia mowy,
- ból w klatce piersiowej,
- narastająca duszność,
- zaburzenia świadomości.

Ciśnieniomierz kupuj tylko ze sprawdzonego źródła!

Na rynku dostępne są aparaty o niepotwierdzonej dokładności, które mogą zawyżać lub zaniżać wyniki pomiarów, prowadząc do błędnych decyzji zdrowotnych. Najlepiej kupować w aptece, a unikać zakupu przez internet z niesprawdzonego źródła.

Aplikacje mobilne i ciśnieniomierze z pamięcią lub łącznością Bluetooth są wygodne, bo automatycznie tworzą wykres i obliczają średnie, co lekarz odczytuje w kilka sekund. Dla pacjenta hematoonkologicznego polecam szczególnie odnotowywanie pomiarów w dniach wlewów i po sterydach, bo to właśnie te wartości najczęściej mówią o bezpieczeństwie terapii.

Jakie są aktualne normy i czy różnią się w zależności od pacjenta?

Prof. Uchmanowicz: Zgodnie z wytycznymi PTNT/PTK 2024 obowiązuje uproszczona klasyfikacja dla pomiarów gabinetowych:

1. ciśnienie niepodwyższone (optymalne) to wartości do 120/70 mm Hg,
2. ciśnienie podwyższone to zakres od 120/70 do 140/90 mm Hg,
3. nadciśnienie tętnicze rozpoznaje się przy wartościach powyżej 140/90 mm Hg.

Ważna informacja dla osób mierzących ciśnienie w domu: progi w domowych

urządzeniach są niższe niż w gabinecie lekarskim, ponieważ pomiarom w gabinecie towarzyszy stres, który może podwyższać ciśnienie. Wartości gabinetowej 140/90 mm Hg odpowiada około 135/85 mm Hg w pomiarach domowych oraz średnia dobową około 130/80 mm Hg w rejestracji 24-godzinnej. Innymi słowy, w domu granicą nadciśnienia jest już 135/85 mm Hg.

Same kryteria rozpoznania są wspólne, ale cele leczenia różnią się w zależności od pacjenta. U większości dorosłych leczonych farmakologicznie dąży się dziś ambitnie do docelowego ciśnienia skurczowego w zakresie 120–129 mm Hg, jeśli jest dobrze tolerowane.

U osób starszych, słabych i obciążonych wielochorobowością cel dobiera się indywidualnie i ostrożniej, by nie wywołać hipotonii, zawrotów głowy i upadków.

U pacjentów onkologicznych obowiązuje ta sama klasyfikacja co w przypadku populacji ogólnej, ale z zastrzonym nadzorem, bo terapie przeciwnowotworowe mogą gwałtownie

podnosić ciśnienie, a w przypadku karfilzomibu wymaga się jego dobrej kontroli przed każdym wlewem.

Przy jakich wartościach lub objawach reagować natychmiast?

Prof. Uchmanowicz: Bezwzględny sygnałem alarmowym jest bardzo wysokie ciśnienie z towarzyszącymi objawami. Nagły wzrost ciśnienia powyżej 180/110 mm Hg z bólem w klatce piersiowej, dusznością lub zaburzeniami mowy to stan nagły, który zagraża życiu i wymaga natychmiastowego wezwania pomocy.

Wytyczne wprost zalecają wezwanie pomocy przy ciśnieniu powyżej 180/110 mm Hg.

Objawy, które wymagają pilnej reakcji:

- silny, nietypowy ból głowy,
- zaburzenia widzenia,
- osłabienie lub drętwienie połowy ciała,
- zaburzenia mowy,
- ból w klatce piersiowej,
- narastająca duszność,
- zaburzenia świadomości.

Najważniejsza rada praktyczna: w takiej sytuacji nie należy jechać do szpitala samodzielnie ani prowadzić samochodu, lecz zadzwonić pod 112 lub 999. Jeśli bowiem za kierownicą dojdzie do udaru, zawału czy utraty przytomności, pacjent zagraża sobie i innym.

Samodzielny dojazd (najlepiej z osobą towarzyszącą, nigdy za kierownicą) można rozważyć jedynie wtedy, gdy ciśnienie jest wysokie, ale nie ma żadnych niepokojących objawów, choć i wtedy bezpieczniej jest najpierw skontaktować się telefonicznie z lekarzem lub nocną pomocą.

Pacjenci hematoonkologiczni powinni pamiętać, że jeśli wysokim wartościom ciśnienia towarzyszy gorączka, silne osłabienie, objawy infekcji albo nasilone krwawienia czy siniaki, należy natychmiast skontaktować się z ośrodkiem prowadzącym, ponieważ przyczyny objawów mogą się na siebie nakładać i wymagają pilnej oceny przez lekarza.



UNIWERSYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU

Trzymamy Ciśnienie to kampania edukacyjno-profilaktyczna Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu promująca regularny pomiar ciśnienia tętniczego jako prosty i skuteczny sposób zapobiegania chorobom sercowo-naczyniowym.

Kampanię zainaugurowano 13 września 2025 roku podczas 16. Wrocławskich Dni Promocji Zdrowia. Uroczystego otwarcia dokonały prof. dr hab. Izabella Uchmanowicz, dziekan Wydziału Pielęgniarstwa i Położnictwa UMW, oraz Wioletta Samborska, dyrektor Centrum Odkryć Medycznych UMW.

W ramach inicjatywy organizowane są akcje pomiarowe, wydarzenia edukacyjne i działania informacyjne skierowane do pacjentów, personelu medycznego oraz całego społeczeństwa.

Ambasadorem kampanii jest Łukasz Piszczek.

Zapraszamy do obejrzenia rozmów prof. Izabelli Uchmanowicz z ekspertami

Rozmowa
z prof. Błażem
Misiakiem, psychiatrą
https://www.youtube.com/watch?v=XZc_5RKsqeg

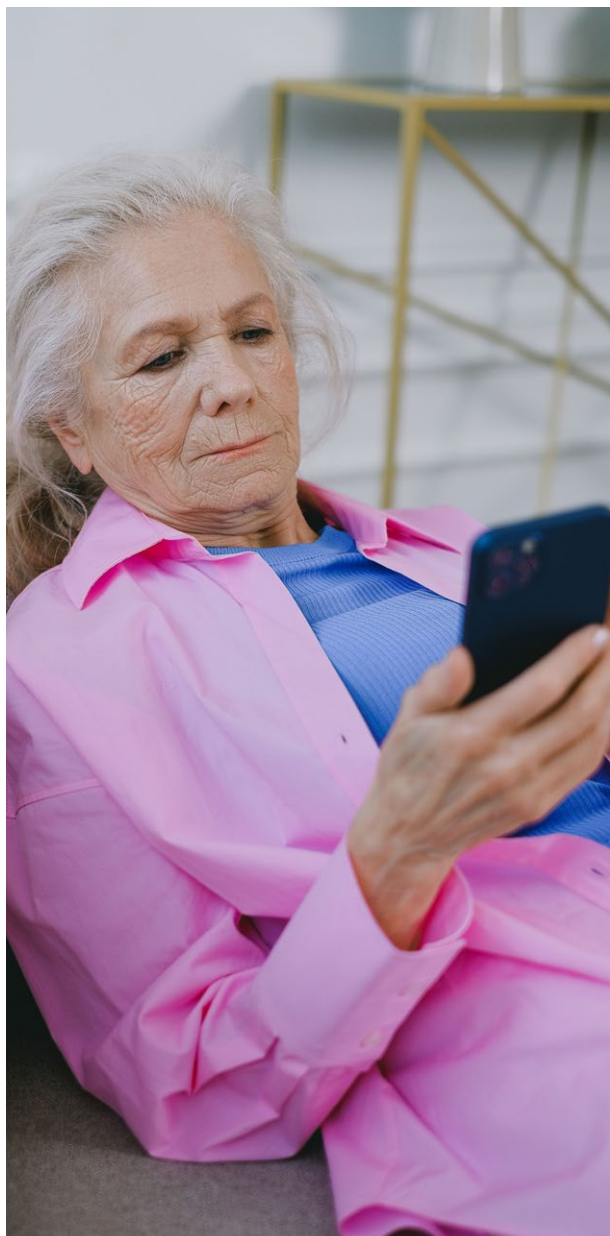


Rozmowa z prof. Robertem
Zymlińskim, kardiologiem
<https://www.youtube.com/watch?v=ywuL81mMMBo>



Więcej informacji na stronie kampanii
<https://trzymamycisnienie.umw.edu.pl/>

Hematolog na małym ekranie



Z myślą o pacjentach i lekarzach realizujemy edukacyjną kampanię wideo poświęconą szpiczakowi plazmocytowemu. Celem kampanii jest szerzenie wiedzy podanej przystępnym językiem i wzmocnienie dialogu między lekarzem a pacjentem. Do współpracy zaprosiliśmy ekspertów, którzy od lat są znani w środowisku pacjenckim: hematolog prof. Iwona Hus i prof. Dominik Dytfeld oraz psychoonkolog Adrianna Sobol.

Każdy etap to nowe pytania

Kampania została tak zaprojektowana, aby odpowiadać na pytania pojawiające się na każdym etapie drogi pacjenta. Z naszych nagrań dowiecie się nie tylko czy szpiczak jest dziedziczny i co go wywołuje, lecz także jak działają przeciwciała bispecyficzne i po co robi się badania cytogenetyczne.

Psychoonkolog Adrianna Sobol omówiła zagadnienia związane z jakością życia i odpornością psychiczną, a także poświęciła część materiału osobom najbliższym, które towarzyszą pacjentom podczas choroby i leczenia.

Świadomy pacjent to partner w terapii

Coraz więcej mówi się dziś o partnerskiej relacji między pacjentem a zespołem medycznym i że decyzje terapeutyczne powinny zapadać po szczerzej rozmowie między lekarzem a pacjentem i omówieniu nie tylko kwestii medycznych, lecz

także aspektów życia codziennego i priorytetów pacjenta. Taka współpraca jest jednak możliwa tylko wtedy, gdy pacjent ma wiedzę na temat swojej choroby, rozumie wyzwania i ograniczenia, które się z nią wiążą, a także zna opcje terapeutyczne oraz cele leczenia.

Prostym językiem o medycynie

Naszemu ekspertowi postawiliśmy trudne zadanie: opowiedzieć o szpiczaku i leczeniu przeciwnowotworowym w przystępny sposób. Zależy nam bowiem, żeby każdy pacjent mógł sięgnąć po nasze materiały i zrozumieć, na czym polega mechanizm działania poszczególnych leków, jak wygląda ich podanie i jakie skutki uboczne mogą wystąpić. Dzięki temu każdy pacjent może się dobrze przygotować do rozmowy ze swoim lekarzem prowadzącym.

Materiały dla każdego, wszędzie i zawsze

Nowoczesne technologie nie zastąpią rozmowy z lekarzem, ale mogą ją uzupełnić i sprawić, że odpowiedzi na ważne pytania będą dostępne także poza gabinetem.

Bo choć wiedza nie leczy, to pomaga podejmować lepsze decyzje, zmniejsza lęk i sprawia, że pacjent staje się partnerem w drodze ku zdrowiu.

Nagrania są już dostępne na naszym kanale YouTube.



Prof. Dominik Dytfeld

- Objawy szpiczaka – na co zwrócić uwagę?
<https://youtu.be/KwfKwFUHKEI>
- Przyczyny szpiczaka – dlaczego zachorowałem?
<https://youtu.be/A8hNkHT3GTs>
- Jak rozpoznajemy szpiczaka? Diagnostyka
<https://youtu.be/o-2nKQVpAJJo>
- Ścieżka pacjenta, czyli co po diagnozie?
<https://youtu.be/ZIXyyHhSmFg>
- Badania cytogenetyczne i molekularne
https://youtu.be/-72om_pym_U
- Metody leczenia szpiczaka – przegląd dostępnych opcji
https://youtu.be/acf_mX0xK7w

Prof. Iwona Hus

- Nowoczesne terapie: leczenie przeciwciałami dwuswoistymi
<https://youtu.be/Wed5TM00ufM>
- Nowoczesne terapie: CAR-T
<https://youtu.be/f-ocVtc09VE>
- Jak radzić sobie ze skutkami ubocznymi leczenia?
<https://youtu.be/TCmWdlyJ0Jg>
- Leczenie bólu w szpiczaku: neuropatia i powikłania kostne
<https://youtu.be/c65RB7EFqS4>
- Profilaktyka zakażeń i szczepienia: jak chronić odporność
<https://youtu.be/OLOWqOJFHOE>

Adrianna Sobol

- Jakość życia – jak dbać o siebie na co dzień
<https://youtu.be/G7N5y26YSNY>
- Wsparcie psychologiczne dla osób z diagnozą szpiczaka
<https://youtu.be/H6coqGx6C1c>

Barbara Leonardi

- Jak pomagamy? Rola organizacji pacjenckich
<https://youtu.be/U0kJJkAVT-s>

Nawrót szpiczaka i co dalej? Odpowiadamy na wasze pytania



Wiosną zorganizowaliśmy webinar poświęcony nawrotowi w przebiegu szpiczaka plazmocyto-
wego. Hematolodzy dr n. med. Magdalena Olszewska-Szopa oraz dr n. med. Tadeusz Kubicki wyjaśnili, jak rozpoznaje się nawrót oraz jakie możliwości leczenia są dziś dostępne. Szczególnym elementem spotkania była sesja pytań i odpowiedzi. W tym numerze publikujemy jej zapis.

Nawrót choroby to jedno z najtrudniejszych doświadczeń w życiu osób chorujących na szpiczaka plazmocyto-
wego. Świadomość, że choro-
ba może powrócić, pozostaje źródłem niepewności i stresu.

Podczas webinaru rozmawialiśmy o wyzwaniach związanych z nawrotem choroby, możliwościach leczenia w kolejnych liniach oraz wynikach raportu dotyczącego doświadczeń pacjentów.

Nawrót choroby to nie tylko problem medyczny

Badanie ankietowe przeprowadzone wśród pacjentów ze szpiczakiem pokazało, że **nawrót choroby wpływa nie tylko na zdrowie fizyczne, ale również na życie zawodowe, sytuację finansową, relacje społeczne i dobrostan psychiczny.**

Najczęściej zgłaszanymi problemami były przewlekłe zmęczenie, neuropatia, nawracające infekcje oraz ograniczenia związane z koniecznością częstych wizyt w ośrodkach hematologicznych. Respondenci zwracali także uwagę

na potrzebę lepszej rehabilitacji, wsparcia psychologicznego oraz większej ilości czasu podczas konsultacji lekarskich.

Badanie pokazało też, że pacjenci coraz lepiej rozumieją swoją chorobę i aktywnie uczestniczą w procesie leczenia.

Jak rozpoznać nawrót szpiczaka?

Dr n. med. Magdalena Olszewska-Szopa z Kliniki Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku we Wrocławiu przypomniała, że nawrót może przyjmować dwie formy.

Pierwszą jest nawrót kliniczny, czyli sytuacja, gdy choroba ponownie zaczyna uszkadzać narządy. Może objawiać się między innymi nowymi zmianami kostnymi, złamaniami, niedokrwistością, pogorszeniem funkcji nerek lub pojawieniem się guzów pozaszpikowych.



Dziękujemy pacjentom, którzy wzięli udział w badaniu oraz partnerom, którzy umożliwili realizację projektu.

Raport jest dostępny online na naszej stronie www.fundacjacarita.pl oraz po zeskanowaniu kodu QR.



Coraz większą rolę odgrywa również leczenie wspomagające, obejmujące profilaktykę infekcji, suplementację immunoglobulin u wybranych pacjentów, szczepienia ochronne, rehabilitację oraz wsparcie psychologiczne.

Coraz częściej jednak lekarze mają do czynienia z nawrotem biochemicznym. W takim przypadku nie występują jeszcze objawy kliniczne, ale badania laboratoryjne pokazują wzrost poziomu białka monoklonalnego produkowanego przez komórki szpiczaka.

– Dzięki regularnym kontrolom możemy wykryć nawrót nawet wiele miesięcy przed pojawieniem się objawów narządowych – podkreślała ekspertka.

To właśnie dlatego tak ważne są regularne wizyty kontrolne i wykonywanie badań krwi nawet wtedy, gdy pacjent nie otrzymuje aktualnie leczenia.

Coraz więcej możliwości leczenia

Dr Tadeusz Kubicki z Kliniki Hematologii i Transplantacji Szpiku Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu zwrócił uwagę, że leczenie nawrotowego szpiczaka przypomina dziś strategiczną grę, w której każda decyzja wpływa na przyszłe możliwości terapeutyczne.

W ostatnich kilkunastu latach liczba dostępnych terapii znacząco wzrosła. Do dyspozycji lekarzy są nowoczesne przeciwciała monoklonalne, leki immunomodulujące, inhibitory proteasomu, przeciwciała bispecyficzne oraz rozwijające się terapie komórkowe CAR-T.

Ekspert podkreślił jednak, że mimo ogromnego postępu nadal istnieją luki w dostępie do nowoczesnych terapii. Szczególnie istotne jest rozszerzenie możliwości leczenia we wcześniejszych liniach terapii, tak aby polscy pacjenci mogli korzystać z rozwiązań dostępnych już w wielu krajach europejskich.



Leczenie to maraton

Podczas webinaru wielokrotnie podkreślano, że współczesne leczenie szpiczaka należy traktować jak długodystansowy maraton.

Każda kolejna linia leczenia powinna być planowana nie tylko pod kątem aktualnej skuteczności, ale również przyszłych możliwości terapeutycznych. Znaczenie mają nie tylko wyniki badań i charakterystyka choroby, ale także wiek biologiczny pacjenta, choroby współistniejące, możliwości dojazdu do ośrodka oraz indywidualne preferencje chorego.

Coraz większą rolę odgrywa również leczenie wspomagające, obejmujące profilaktykę infekcji, suplementację immunoglobulin u wybranych pacjentów, szczepienia ochronne, rehabilitację oraz wsparcie psychologiczne.

Pytania od uczestników webinaru

Czy młodzi pacjenci są leczeni inaczej niż osoby starsze?

Ekspertci podkreślili, że obecnie nie istnieją odrębne schematy leczenia przeznaczone wyłącznie dla bardzo młodych pacjentów. Znaczenie większe niż wiek metrykalny ma biologiczny charakter choroby, obecność czynników wysokiego ryzyka oraz ogólny stan chorego. Jednocześnie dostępne dane nie

potwierdzają, że szpiczak u młodszych pacjentów przebiega bardziej agresywnie niż u osób starszych.

Kiedy warto rozważyć udział w badaniu klinicznym?

Zdaniem ekspertów badania kliniczne warto rozważać praktycznie na każdym etapie leczenia. Udział w badaniu może zapewnić wcześniejszy dostęp do innowacyjnych terapii, które nie są jeszcze refundowane. Co więcej, pacjenci objęci badaniami klinicznymi pozostają pod bardzo ścisłą kontrolą medyczną, co zwiększa bezpieczeństwo terapii.

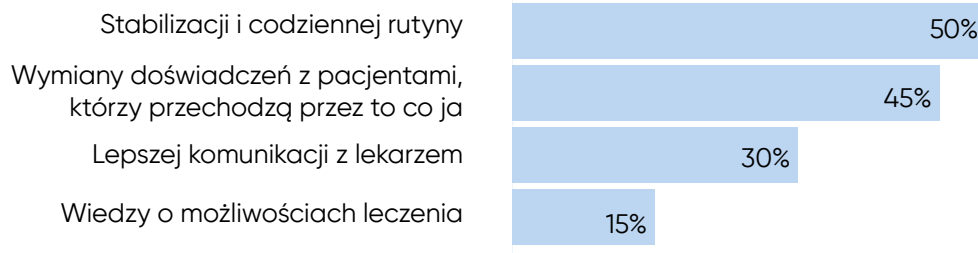
Czy może wystąpić nawrót kliniczny bez nawrotu biochemicznego?

Tak. Choć zdarza się to stosunkowo rzadko, możliwe jest pojawienie się nowych zmian kostnych lub innych objawów choroby bez wyraźnego wzrostu parametrów laboratoryjnych. Dlatego tak ważne jest zgłaszanie lekarzowi nowych dolegliwości, zwłaszcza uporczywych bólów kostnych.

Czy po leczeniu talquetamabem istnieją jeszcze kolejne opcje terapeutyczne?

Tak. Talquetamab jest tylko jedną z nowoczesnych immunoterapii dostępnych dla chorych z nawrotowym szpiczakiem. W zależności od

Czego najbardziej brakuje Ci na tym etapie choroby?



wcześniejszego leczenia lekarze mogą rozważać inne przeciwciała bispecyficzne, leczenie w ramach badań klinicznych, procedury ratunkowego dostępu do technologii lekowych lub – w wybranych sytuacjach – klasyczną chemioterapię.

Kiedy podaje się immunoglobuliny?

Wskazania zależą od rodzaju stosowanej terapii oraz stopnia niedoboru odporności. Szczególnie istotne znaczenie mają one u pacjentów otrzymujących nowoczesne immunoterapie, zwłaszcza przeciwciała bispecyficzne skierowane przeciwko BCMA.

Czy każdy pacjent może zostać zakwalifikowany do badania klinicznego?

Nie. Każde badanie ma szczegółowo określone kryteria kwalifikacji. Obejmują one między innymi etap leczenia, funkcję nerek, wyniki badań laboratoryjnych czy charakterystykę

choroby. Sama chęć udziału nie wystarcza – konieczne jest spełnienie wymagań konkretnego protokołu badawczego.

Po jakim czasie najczęściej dochodzi do nawrotu?

Nie ma jednej odpowiedzi na to pytanie. Czas do nawrotu zależy od biologii choroby, zastosowanego leczenia oraz indywidualnej odpowiedzi pacjenta. U części chorych remisja trwa wiele lat, podczas gdy u innych nawrót może pojawić się znacznie wcześniej.

Czy terapie CAR-T dają szansę na wieloletnią remisję?

Dostępne dane są bardzo obiecujące. U części pacjentów leczonych terapiami CAR-T obserwuje się utrzymywanie głębokiej remisji przez wiele lat. Eksperci podkreślają jednak, że nadal potrzebne są dalsze obserwacje, aby ocenić długoterminowe efekty tych terapii.

POTRZEBY I OCZEKIWANIA PACJENTÓW Z NAWROTEM SZPICZAKA

Na jakie objawy pacjenci w remisji powinni zwrócić uwagę?

- Bóle kości (nie stawów) – szczególnie utrzymujące się w jednej lokalizacji, silne, nieadekwatne do urazu lub wykonanego wysiłku
- Infekcje (zakażenia) – częste, nawracające
- Problemy z nerkami. Warto zwrócić uwagę na: nawracające zakażenia, zbyt małą ilość oddawanego moczu, symetryczne nasilające się obrzęki podudzi
- Zakrzepica w żyłach kończyn dolnych: obrzęk, zaczerwienienie i ból jednego podudzia
- Bóle głowy, zawroty głowy, problem z widzeniem, szumy w uszach

Fundacja Carita | Miesiąc świadomości szpiczaka | marzec 2026

Obejrzyj całe nagranie na kanale [YouTube Fundacji Carita](#) lub zeskanuj kod



A co ty wiesz o osoczu?

Prawie każdy Polak wie, że krew to lek, którego nie można wyprodukować i dlatego tak ważne jest, aby zdrowe osoby zgłaszały się do ośrodków krwiodawstwa i oddawały ten cenny materiał. Honorowe krwiodawstwo od wielu lat jest obecne w kampaniach społecznych i mediach. Dzięki temu świadomość znaczenia krwi i skala potrzeb upowszechniły się w naszym społeczeństwie. Znacznie mniej osób słyszało natomiast o oddawaniu osocza. Tymczasem to właśnie ten słomkowożółty składnik krwi jest źródłem leków, od których zależy życie i zdrowie tysięcy pacjentów dotkniętych różnymi chorobami.

Osocze to surowiec, z którego powstają m.in. immunoglobuliny, czyli preparaty zawierające przeciwciała chroniące osoby z pierwotnymi i wtórnymi niedoborami odporności przed infekcjami lub wygaszające groźne reakcje zapalne u osób dotkniętych chorobami autoimmunologicznymi. Choć wielu pacjentów z nowotworami krwi otrzymuje preparaty immunoglobulinowe w ramach terapii, mało kto się zastanawia, skąd właściwie się one biorą.

Dlaczego nowotwory krwi osłabiają odporność?

Układ odpornościowy jest jednym z najważniejszych systemów obronnych organizmu. To on rozpoznaje i zwalcza bakterie, wirusy oraz

inne zagrożenia. W przebiegu wielu nowotworów krwi ten mechanizm zostaje jednak poważnie zaburzony.

Choroba sama w sobie może znacząco osłabiać zdolność organizmu do produkcji prawidłowych przeciwciał, a dodatkowo leczenie przeciwnowotworowe – na przykład

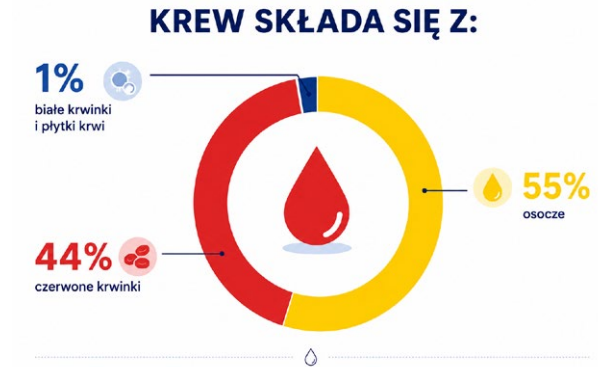


immunosupresanty, przeciwciała bispecyficzne, czy terapia CAR-T – także osłabia naturalne mechanizmy obronne.

W efekcie u części pacjentów rozwija się tzw. wtórny niedobór odporności (WNO). Oznacza to, że organizm nie jest w stanie wytwarzać wystarczającej ilości skutecznych przeciwciał, które chroniłyby przed infekcjami.

Konsekwencje mogą być bardzo poważne. Dane dotyczące pacjentów z przewlekłą białaczką limfocytową pokazują, że u niemal połowy chorych występują wielokrotne infekcje i są one jedną z najczęstszych przyczyn zgonów w tej grupie pacjentów.

Z powodu tego zagrożenia leczenie przeciwnowotworowe uzupełnia się o profilaktykę infekcji. Częścią tych działań jest edukacja pacjentów na temat codziennych zachowań i wyborów, które pomagają zabezpieczyć się przed zakażeniami. Kolejne opcje to rozwiązania



medyczne, czyli szczepienia ochronne oraz immunoglobuliny.

Można powiedzieć, że te ostatnie są „pożyczoną odpornością”. Zawierają gotowe przeciwciała pozyskane z osocza zdrowych dawców. Po podaniu wspierają układ immunologiczny pacjenta, pomagają organizmowi skuteczniej walczyć z zakażeniami i zmniejszają ryzyko ciężkich powikłań.



Nancy Di Salvo, Fundacja GBS|CIDP, Dyrektor ds. Relacji Międzynarodowych, reprezentowała środowisko pacjentów podczas rozmów o Rozporządzeniu w sprawie substancji pochodzenia ludzkiego (ang. SoHO)

Dla osób z chorobą autoimmunologiczną taką jak Zespół Guillaina-Barrégo (GBS) i przewlekła zapalna poliradikuloneuropatia demielinizacyjna (CIDP) preparaty immunoglobulinowe to codzienność i podstawa terapii. W przebiegu tych chorób układ odpornościowy „wznieca” stany zapalne zagrażające życiu i atakuje nerwy obwodowe, natomiast immunoglobuliny wyciszają jego nadaktywność.

Pandemia COVID-19 pokazała jak krucha jest sytuacja pacjentów wymagających regularnego podania tych preparatów. Ponieważ z powodu pandemii wiele ośrodków, gdzie można oddawać krew i osocze, wstrzymało pracę, po pewnym czasie pacjenci zaczęli odczuwać braki związane z niedoborami magazynowymi i niewystarczającą produkcją.

Co to oznaczało w praktyce? Pacjenci otrzymywali leki rzadziej albo do ostatniej chwili nie wiedzieli, czy je otrzymają. W niektórych sytuacjach zamiast immunoglobulin otrzymywali kortykosteroidy, co wiązało się z niższą skutecznością leczenia i bardzo uciążliwymi skutkami ubocznymi.

Ten trudny czas odcisnął piętno na psychice wielu pacjentów, ponieważ niepewność podania lub konieczność zmiany terapii to poważne obciążenie psychiczne.

Lek, którego nie wyprodukuje żadna fabryka

Dzięki rozwojowi nauki mamy coraz więcej innowacyjnych leków. Jednak osocza ludzkiego – podobnie jak krwi – nie da się wyprodukować. Nie można również syntetycznie odtworzyć całego bogactwa przeciwciał znajdujących się w organizmach zdrowych ludzi. Oznacza to, że każdy preparat immunoglobulinowy ma swój początek w drugim człowieku – w dawcy, który postanowił podzielić się z innymi swoim osoczem.

Proces produkcji preparatów osoczopochodnych jest niezwykle złożony. Najpierw surowiec, czyli osocze, trafia do specjalistycznych zakładów frakcjonowania, gdzie przechodzi badania jakościowe i weryfikację bezpieczeństwa. Następnie materiał jest oczyszczany, dzielony na frakcje białkowe, poddawany procesom eliminacji wirusów i wielokrotnej kontroli jakości.

Od momentu oddania osocza przez dawcę do chwili, gdy gotowy lek trafia do szpitala, mija zwykle od siedmiu do dwunastu miesięcy. To znacznie dłużej niż w przypadku większości leków syntetycznych.

Mało kto zdaje sobie również sprawę ze skali potrzeb. Aby zapewnić terapię jednemu pacjentowi z pierwotnym niedoborem odporności przez cały rok, potrzeba osocza pochodzącego z około 130 donacji. W przypadku innych chorób, np. hemofilii, zapotrzebowanie jest jeszcze większe. Każda fiolka immunoglobulin to zatem nie tylko praca naukowców i lekarzy, lecz także świadoma decyzja i czas dziesiątek lub setek anonimowych dawców.

Dawstwo osocza w Polsce

Choć znaczenie osocza dla współczesnej medycyny stale rośnie, świadomość społeczna na ten temat pozostaje niewielka. W Polsce przekłada się to bezpośrednio na poziom dawstwa, a istotną rolę odgrywa tutaj metoda pobierania osocza.

Obecnie w Polsce najczęściej odzyskuje się je z krwi pełnej oddanej przez dawców, jednak najbardziej efektywnym sposobem jej

Dawcom osocza przysługują te same prawa co dawcom krwi:

1. Posiłek regeneracyjny o wartości 4500 kcal.
2. Dni wolne: Zwolnienie z pracy lub nauki w dniu oddania i dzień następny.
3. Ulga podatkowa: Możliwość odliczenia ekwiwalentu za oddaną krew i jej składniki (130 zł za litr) od dochodu.
4. Bezpłatne badania: Dostęp do wyników morfologii, oznaczenia grupy krwi oraz testów wirusologicznych.
5. Legitymacja Zasłużonego HDK przysługuje po oddaniu 15 litrów (kobiety) lub 18 litrów (mężczyźni) osocza, co daje prawo do zniżek na leki i wizyt u specjalistów poza kolejnością

pobierania jest plazmafereza. Podczas tej procedury zbierane jest wyłącznie osocze, natomiast pozostałe składniki krwi wracają do organizmu dawcy. Oznacza to, że plazmafereza jest mniej obciążająca niż oddawanie krwi pełnej, ponieważ organizm potrafi szybko uzupełnić oddane osocze. Dzięki temu zabieg można powtarzać znacznie częściej niż oddawanie krwi, a w efekcie zgromadzić więcej osocza.

W ciągu roku metodą plazmaferezy od jednego dawcy można pozyskać nawet kilkanaście, a według niektórych systemów organizacyjnych nawet ponad 20 litrów osocza. Tymczasem z krwi pełnej uzyskuje się około jednego litra osocza rocznie.

Solidarność z potrzebującymi

Pacjenci z nowotworami krwi mają dostęp do coraz większej liczby nowoczesnych terapii. Często wysoka skuteczność innowacyjnych metod leczenia wiąże się ze znacząco

Osocza ludzkiego – podobnie jak krwi – nie da się wyprodukować. Nie można również syntetycznie odtworzyć całego bogactwa przeciwciał znajdujących się w organizmach zdrowych ludzi.



podwyższonym ryzykiem infekcji. A chociaż rozwój medycyny jest na tyle zaawansowany, że badacze są nawet w stanie „uzbrajać” limfocyty T pacjenta w mechanizm do walki z komórkami nowotworowymi, to nikt w żadnym laboratorium nie potrafi wyprodukować osocza.

Immunoglobuliny, leki wspierające odporność i chroniące życie pacjentów, nie powstaną bez udziału drugiego człowieka – dawcy. Dlatego zwiększanie świadomości na temat dawstwa osocza to realna pomoc dla tysięcy pacjentów, m.in. z nowotworami krwi, których zdrowie i życie często zależą od terapii wyprodukowanej dzięki darowi zdrowych dawców.

Oddawanie osocza może stać się gestem solidarności z osobami chorującymi na nowotwory krwi i inne schorzenia wymagające stosowania preparatów osoczopochodnych.

Literatura

Goretzki A., Prandzioch-Goretzki B., *Osocze – od niego zależy życie. Raport na temat dawstwa osocza oraz wykorzystania produktów osoczopochodnych w Polsce*, Fundacja Instytut Edukacji Zdrowotnej, Katowice 2021

Krwiodawcy, www.krwiodawcy.org

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza we Wrocławiu

Rozporządzenie w sprawie substancji pochodzenia ludzkiego (ang. Substances of Human Origin – SoHO) to akt prawny Unii Europejskiej regulujący pozyskiwanie i stosowanie materiałów biologicznych. Przepisy redefiniują dotychczasowe zasady nadzoru m.in. nad osoczem i bezpośrednio wpływają na bezpieczeństwo produkcji preparatów osoczopochodnych.

Nowe ramy prawne: Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2024/1938 zastępuje dotychczasowe przepisy regulujące obieg krwi, tkanek i komórek w Unii Europejskiej.

Ujednolicenie standardów: Przepisy wprowadzają równe normy bezpieczeństwa oraz procedury kontroli jakości na etapach pozyskiwania, przetwarzania i dystrybucji materiału biologicznego.

Samowystarczalność UE: Głównym celem reformy jest zwiększenie niezależności państw członkowskich w zakresie pozyskiwania osocza, będącego surowcem do produkcji leków i immunoglobulin.

Zasady dawstwa: Pobieranie substancji opiera się na zasadzie dobrowolności i braku komercjalizacji, przy jednoczesnym dopuszczeniu ściśle określonych systemów rekompensat kosztów dla dawców.

Pacjenci ze szpiczakiem mnogim mają nierówny dostęp do leczenia

Cristina Ferrario jest biologiem molekularnym i badaczką onkologii molekularnej. Posiada tytuł magistra komunikacji i zdrowia Uniwersytetu Mediolańskiego oraz magistra genetyki nowotworów Uniwersytetu w Pawii. Od ponad 20 lat pracuje jako dziennikarka naukowa.

Tekst został pierwotnie opublikowany w języku angielskim na łamach

Medscape[®]

Nowe leki i schematy lekowe sprawiają, że wyliczenie staje się realnym celem terapeutycznym dla wielu – ale nie dla wszystkich – pacjentów ze szpiczakiem (MM). Jak podkreślali prelegenci podczas Kongresu Europejskiego Towarzystwa Hematologicznego EHA 2026, przyczyny tych różnic wykraczają poza indywidualne uwarunkowania zdrowotne pacjentów i charakterystykę choroby. W dużej mierze wynikają one z nierówności w dostępie do leków i ich refundacji w poszczególnych krajach europejskich. O tych nierównościach, ich konsekwencjach klinicznych oraz jak im przeciwdziałać dyskutowali przedstawiciele organizacji pacjenckich i lekarze.

„Ta sesja jest kolejną cegiełką w moście, który budują wspólnie organizacje pacjentów, lekarze i środowisko naukowe” – powiedziała Barbara Leonardi, prezes Myeloma Patients

Europe (MPE) i współprowadząca sesję. Jak podkreśliła w rozmowie z Medscape News Europe, uczestnicy kongresów takich jak EHA słyszą o przełomowych odkryciach medycznych i postępie nauki, lecz pacjenci w wielu krajach nadal mają trudności z uzyskaniem dostępu do potrzebnego leczenia. „Właśnie dlatego dziś tu jesteśmy”.

Dwie dekady postępu

Pieter Sonneveld, profesor hematologii Uniwersytetu w Rotterdamie i ośrodka Erasmus MC, przedstawił przegląd dostępnych terapii stosowanych w leczeniu szpiczaka. Jako przewodniczący European Myeloma Network (EMN) zwrócił uwagę na ogromny postęp, jaki dokonał się w ciągu ostatnich 20 lat. Obejmował on m.in. wprowadzenie przeciwciał anti-CD38 na różnych etapach leczenia, stosowanie terapii czterolekowych oraz rozszerzenie kryterium wieku osób kwalifikujących się do przeszczepienia.

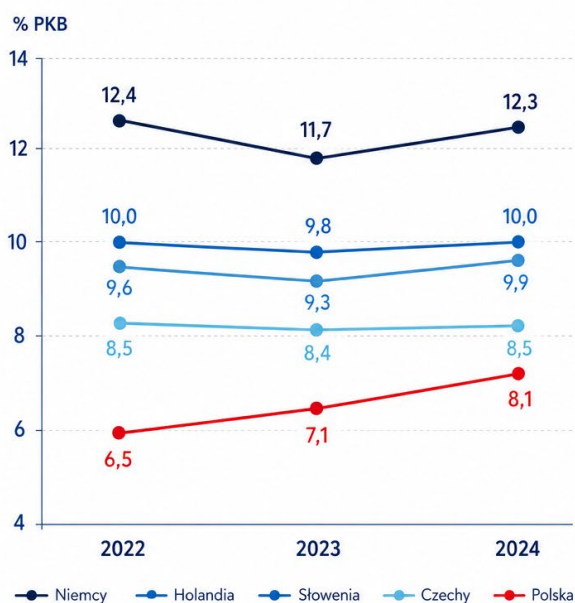
Dziesięcioletnie przeżycie nie jest już mrzonką. Odmowa dostępu do terapii oznacza w praktyce odebranie pacjentom dziesięciu lat życia.

Prof. Pieter Sonneveld

Wprowadzono również nowe techniki diagnostyczne, takie jak sekwencjonowanie nowej generacji (NGS), opracowano nowe systemy klasyfikacji zaawansowania choroby, a ocena minimalnej choroby resztkowej (MRD) staje się coraz ważniejszym, niezwykle czułym wskaźnikiem skuteczności leczenia, rokowania oraz podejmowania decyzji terapeutycznych.

Dane pokazują, że długoterminowe przeżycie pacjentów ze szpiczakiem mnogim systematycznie się poprawia. Pięcioletnie przeżycie względne wzrosło z około 30% w połowie lat 90. do około 60% około roku 2020. Jednocześnie śmiertelność rośnie wolniej niż zachorowalność.

Wydatki na ochronę zdrowia jako odsetek PKB (%) w latach 2022–2024



Źródło: OECD Health Statistics 2024 (dane wstępne za 2024 r.)



Wydatki na ochronę zdrowia jako odsetek PKB (%) w wybranych krajach OECD

	2022	2023	2024*
Niemcy	12,4	11,7	12,3
Holandia	10,0	9,8	10,0
Słowenia	9,6	9,3	9,9
Czechy	8,5	8,4	8,5
Polska	6,5	7,1	8,1



Polska odnotowała największy wzrost wydatków na ochronę zdrowia – z **6,5% PKB** w 2022 r. do **8,1% PKB** w 2024 r. (+1,6 p.p.).

* Dane za 2024 r. mają status wstępnych (preliminary).
Źródło: OECD Health Statistics 2024



Kongres EHA, Sztokholm 14.06.2026. Sesja z udziałem lekarzy (prof. P. Sonneveld i prof. M. Gavriatopoulou) oraz przedstawicieli pacjentów (B. Leonardi, Myeloma Patients Europe oraz Fundacja Carita, Snezana Doder, Stowarzyszenie Pacjentów ze Szpiczakiem z Serbii).

Dostępność wielu nowych leków sprawiła jednak, że opracowywanie wytycznych i wybór optymalnego schematu leczenia dla każdego pacjenta stają się coraz bardziej skomplikowane. „Mimo to dla lekarzy niezwykle ważne jest posiadanie punktu odniesienia, który pozwoli im podejmować właściwe decyzje w oparciu o obiektywne dane” – powiedział Sonneveld, odnosząc się do zaktualizowanych wytycznych terapeutycznych opracowanych w 2025 r. przez EHA i EMN.

Same wytyczne mogą jednak nie wystarczyć, ponieważ w wielu krajach rekomendowane terapie nie są dostępne.

Nie zapominajmy o pacjentach

Nowoczesne terapie zmieniły szpiczaka z szybko postępującej, śmiertelnej choroby w schorzenie przewlekłe.

„Nie dotyczy to jednak wielu pacjentów z Europy Środkowo-Wschodniej” – powiedziała Snezana Doder, prezes serbskiego Stowarzyszenia Pacjentów ze Szpiczakiem oraz członkini zarządu MPE.

Zdaniem Doder organizacje pacjenckie powinny domagać się od wszystkich interesariuszy szybkiego dostępu do nowych terapii,

Istotnie różni się czas od uzyskania pozwolenia na dopuszczenie leku do obrotu do momentu faktycznego dostępu pacjentów do terapii. W Niemczech wynosi on 128 dni, w Serbii 811 dni, przy średniej unijnej na poziomie 517 dni.

wcześniejszej diagnostyki i badań przesiewowych oraz możliwości udziału w badaniach klinicznych. Pacjenci powinni również wymagać odpowiedzialności od władz publicznych, ponieważ „szpiczak mnogi to nie tylko kwestia zdrowia, ale także finansów, polityki społecznej i wielu innych obszarów”.

Ponieważ nierówności występują na każdym etapie ścieżki pacjenta, konieczne jest zwiększanie świadomości na temat choroby, dostępnych terapii i różnic w dostępie do leczenia.

„Musimy o tym mówić. Jeśli będziemy milczeć, nic się nie zmieni” – powiedziała Leonardi w rozmowie z Medscape News Europe.

Jak dodała, kluczowe znaczenie ma współpraca organizacji pacjenckich ponad granicami lokalnymi i krajowymi. „MPE pełni rolę organizacji parasolowej, współpracując bezpośrednio



Czasami pacjenci nie mają nawet dostępu do szpitala czy lekarza rodzinnego.

Snezana Doder

z liderami krajowych organizacji pacjenckich w całej Europie, słuchamy głosów z różnych krajów i nagłaśniamy występujące między nimi różnice”.

Leonardi podkreśliła również kluczową rolę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Objawy szpiczaka mnogiego są niespecyficzne i mogą być przypisywane wielu innym, nie-nowotworowym schorzeniom. Z tego powodu istnieje wysokie ryzyko opóźnionego rozpoznania, gdy choroba wyrządziła w organizmie wiele szkód.

Myślenie poza utartymi schematami

W latach 2016–2026 Unia Europejska zatwierdziła 16 leków przeznaczonych do leczenia szpiczaka w 34 wskazaniach. Jak dowodziła Doder, liczba wskazań objętych refundacją na poziomie krajowym znacząco różni się pomiędzy państwami.

W Niemczech refundowane są wszystkie 34 wskazania, podczas gdy w Serbii jedynie trzy. Istotnie różni się również czas od uzyskania pozwolenia na dopuszczenie leku do obrotu do momentu faktycznego dostępu pacjentów do terapii. W Niemczech wynosi on 128 dni, w Serbii 811 dni, przy średniej unijnej na poziomie 517 dni.

Źródłem tych nierówności są czynniki geograficzne, uwarunkowania społeczne, a przede wszystkim ograniczenia ekonomiczne. Zdaniem uczestników sesji ich rozwiązanie wymaga wspólnego wysiłku pacjentów, lekarzy, lokalnych decydentów, krajowych i europejskich organów regulacyjnych oraz całej wspólnoty europejskiej.

„Czasami pacjenci nie mają nawet dostępu do szpitala czy lekarza rodzinnego” – zauważyła Doder, podkreślając znaczenie czynników ekonomicznych.



Kongres EHA, Sztokholm 14.06.2026. Od lewej: B. Leonardi, prof. P. Sonneveld, Snezana Doder.

Dane pokazują też, że problem nie wynika wyłącznie z poziomu zamożności kraju. Nawet niektóre państwa o wysokich dochodach, takie jak Holandia, nadal nie zapewniają dostępu do niektórych innowacyjnych terapii. Jednym z powodów jest postrzeganie nowoczesnych leków przede wszystkim jako kosztu, a nie inwestycji, która może przynieść długoterminowe oszczędności oraz poprawić przeżycie i jakość życia pacjentów.

„Dziesięcioletnie przeżycie nie jest już mrzonką. Odmowa dostępu do terapii oznacza w praktyce odebranie pacjentom dziesięciu lat życia” – powiedział Sonneveld.

Jak podkreślił, to przesłanie skierowane jest przede wszystkim do decydentów politycznych.

„To kwestia wyboru i zmiany sposobu myślenia. Jest to decyzja mająca bezpośredni wpływ na życie pacjentów, a nie tylko na zapewnienia określonego leczenia” – powiedział w rozmowie z Medscape News Europe.

Szpiczak, białaczki, chłoniaki: przełomowe terapie zmieniają rokowanie, ale system wymaga zmian

Nowoczesne terapie sprawiają, że pacjenci ze szpiczakiem, białaczkami i chłoniakami żyją coraz dłużej, a część z nich może wracać do aktywności zawodowej i rodzinnej. Eksperci i przedstawiciele organizacji pacjentów wskazują jednak, że kolejnym krokiem powinno być dostęp do kolejnych innowacyjnych terapii oraz kompleksowej opieki nad chorymi.

Nowotwory hematologiczne są coraz lepiej leczone – mówili eksperci i pacjenci na spotkaniu prasowym zorganizowanym przez Fundację Carita im. Wiesławy Adamiec z okazji Międzynarodowego Dnia Walki z Nowotworami Krwi.

– Hematologia bardzo dynamicznie się rozwija, pojawiają się coraz lepsze możliwości leczenia, co daje nam, pacjentom, szansę na dłuższe życie, a często także na prowadzenie normalnego życia zawodowego, rodzinnego. Doskonale to widzimy i dziękujemy za ten postęp. Są jednak też wyzwania, z którymi pacjenci się mierzą, jak dostęp do diagnostyki, nowych opcji leczenia. Wspólnie z ekspertami i decydentami chcemy budować w Polsce lepszą opiekę hematologiczną. Tylko dialog daje szansę na poprawę – mówi Łukasz Rokicki, prezes Fundacji Carita im. Wiesławy Adamiec.

– Dziś wskazywanie na niezaspokojone potrzeby pacjentów pokazuje, jak medycyna się zmienia, pojawiają się terapie lepsze niż dotychczasowy standard, co jest bardzo ważne dla pacjentów – potwierdza prof. Krzysztof Giannopoulos, prezes Polskiego Towarzystwa Hematologicznego i Transfuzjologicznego (PTHiT).

Szybki rozwój hematologii powoduje, że pojawiają się nowe potrzeby refundacyjne. Za każdą z terapii stoją konkretne osoby potrzebujące leczenia, dlatego zarówno pacjenci, jak i eksperci liczą, że Ministerstwo Zdrowia odpowie na najważniejsze wyzwania, które również znalazły się na liście TOP 10 Hemato 2026 przygotowanej przez PTHiT jako priorytety refundacyjne.

Szpiczak plazmocytowy: eksperci apelują o zmiany w pierwszych liniach

W leczeniu szpiczaka wiele zmieniło się w ostatnich latach, pojawiły się nowe opcje terapii, dzięki czemu chorzy żyją coraz dłużej. Mimo wielu dostępnych schematów, są pewne luki: przede wszystkim w pierwszych liniach leczenia.

W pierwszej linii szpiczaka obecnie oczekiwana zmiana polega na wprowadzeniu nowego schematu czterolekowego – zarówno dla pacjentów kwalifikujących się do przeszczepienia szpiku, jak niekwalifikujących się do przeszczepienia (chodzi o schemat złożony z czterech leków: daratumumab, bortezomib, lenalidomid, deksametazon).

– W obu grupach można stosować schematy z daratumumabem, bardzo skutecznym lekiem, pozwalającym na głębokie odpowiedzi. Co więcej, możemy stosować schematy czterolekowe także u chorych niekwalifikujących się do przeszczepienia, którzy do tej pory nie mogli otrzymać bardziej intensywnego leczenia. Odeszliśmy od chemioterapii, mamy schematy, które mogą być bezpiecznie stosowane także u chorych, których nie mogliśmy leczyć intensywnie z racji wieku czy chorób współistniejących. Pierwsza linia leczenia jest najważniejsza, dzięki nowemu schematowi spodziewamy się bardzo długich odpowiedzi na leczenie w obu grupach chorych – zaznacza prof. Giannopoulos.

Coraz lepsze leczenie w pierwszej linii powoduje wyzwania w leczeniu choroby nawrotowej, ponieważ dotychczas stosowane leki przestają być skuteczne w kolejnych liniach. Od drugiej linii konieczny jest dostęp do terapii nakierowanych na nowy cel: antygen dojrzewania limfocytów B, czyli BCMA.

– Mamy dwie opcje, które mogą być zastosowane z powodzeniem od drugiej linii. Pierwsza to dwie terapie zawierające belantamab mafadotyny, czyli połączenie przeciwciała monoklonalnego skierowane przeciwko antygenowi BCMA z toksyną komórkową. Pierwszy schemat został zarejestrowany dzięki badaniu DREAMM-7 (belantamab, bortezomib i deksametazon), drugi na podstawie badania DREAMM-8 (belantamab, pomalidomid, deksametazon).

Ten drugi jest szczególnie ważny dla pacjentów opornych na lenalidomid; wydaje mi się, że on będzie częściej wykorzystywany. Obie terapie są w trakcie procesu refundacyjnego.



Zarówno pacjenci, jak i eksperci liczą, że Ministerstwo Zdrowia odpowie na najważniejsze wyzwania, które również znalazły się na liście TOP 10 Hemato 2026 przygotowanej przez PTHiT jako priorytety refundacyjne.

Mamy nadzieję, że już latem tego roku będziemy mogli je wykorzystywać – mówi prof. Dominik Dytfeld, prezes Polskiego Konsorcjum Szpiczakowego. [Od redakcji: terapie z belantamabem znalazły się na lipcowej liście refundacyjnej]

Drugą terapią oczekiwaną już w pierwszym nawrocie szpiczaka jest terapia CAR-T (ciltacel).

– To bardzo skuteczna terapia CAR-T, zarejestrowana od linii drugiej. Leczenie jest bardzo skuteczne, a co bardzo istotne: podawane tylko jeden raz. Pacjent nie musi dostawać innych terapii, nie musi przyjeżdżać do ośrodka, jest wolny od leczenia – zaznacza prof. Dytfeld.

Nie są to terapie konkurujące, ponieważ inni pacjenci będą leczeni terapią CAR-T, a inni schematami z belantamabem mafadotyny. – Szpiczak plazmocytowy staje się chorobą przewlekłą, w przypadku wielu pacjentów możemy już mówić nawet o tzw. funkcjonalnym wyleczeniu, czyli o przeżyciu pięciu lat bez wykrywalnej choroby resztkowej. To jest możliwe dzięki optymalnemu leczeniu już od pierwszych linii, ponieważ później choroba coraz szybciej nawraca, mimo stosowania bardzo skutecznych leków. Dlatego tak bardzo zależy nam na stosowaniu najskuteczniejszych terapii już od pierwszych linii – mówi prof. Krzysztof Jamroziak, wiceprezes Polskiego Konsorcjum Szpiczakowego.

Chłoniaki agresywne: od kwietnia 2026 refundowana nowa terapia CAR-T

Od 1 kwietnia 2026 r. polscy pacjenci chorujący na chłoniaki agresywne zyskali dostęp do nowej terapii CART: od drugiej linii leczenia. Nowa dostępna terapia jest bezpieczniejsza,



Od lewej: Ł. Rokicki, M. Różański, K. Giannopoulos, B. Leonardi, M. Mizerska-Gryko, A. Rudnicka, na ekranie: D. Dytfeld.

ryzyko wystąpienia ciężkich działań niepożądanych znacząco niższe. To właśnie dzięki temu może być stosowana u pacjentów, którzy wcześniej nie kwalifikowali się do przeszczepienia szpiku.

– Terapie CAR-T są już wykorzystywane w Polsce w leczeniu chłoniaków agresywnych i ostrej białaczki limfoblastycznej. Do tej pory jednak terapia CAR-T w przypadku chłoniaków była zarezerwowana dla pacjentów kwalifikujących się do przeszczepienia szpiku, od trzeciej linii leczenia.

Terapia, która teraz została objęta refundacją, jest bardzo dobrze tolerowana, dlatego będzie mogła być stosowana już od drugiej linii, także u pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia szpiku. Mamy więc trzecią terapię CAR-T w chłoniakach agresywnych, rozszerzenie na pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia szpiku i rozszerzenie dostępności już od drugiej linii leczenia: a wiemy, że wcześniejsze podanie jest skuteczniejsze. To bardzo dobra decyzja refundacyjna; teraz czekamy na kolejne, gdyż pojawia się potrzeba stosowania terapii CAR-T także w chłoniakach indolentnych: gdy choroba przyspiesza, to staje się bardzo trudna do leczenia. Dwa takie produkty są w procesach

refundacyjnych– podsumowuje prof. Krzysztof Giannopoulos.

Agresywny chłoniak z komórek płaszczu: potrzebne nowe leki w pierwszej linii i nawrocie

Na nowe możliwości leczenia czekają pacjenci z chłoniakiem z komórek płaszczu: rzadkim nowotworem, o agresywnym przebiegu.

– Kluczowa jest pierwsza linia: jeżeli tu nie będziemy leczyć bardzo skutecznie, to później choroba może mieć bardzo szybki, agresywny przebieg. Zmiana, na którą oczekujemy w pierwszej linii, to wprowadzenie leku celowanego: inhibitora kinazy Brutona – mówi prof. Krzysztof Jamroziak. Chodzi o ibrutynib dla pacjentów, którzy kwalifikują się do transplantacji autologicznej szpiku, oraz akalabrutynib dla pacjentów niekwalifikujących się do transplantacji.

Pacjenci niekwalifikujący się do przeszczepienia to szczególnie trudna grupa chorych, w leczeniu których od ponad 10 lat nie pojawiła się żadna nowa opcja leczenia. Możliwość dołączenia akalabrutynibu do standardowej immunochemioterapii jest pierwszym od wielu lat przełomem w tej grupie chorych.



Na bezpieczeństwo należy patrzeć nie tylko przez pryzmat uzbrojenia, kwestia bezpieczeństwa zdrowotnego ma istotny wpływ na odporność państwa. Muszą to zrozumieć wszyscy politycy – zaznacza senator gen. Mieczysław Różański.

– To bardzo trudna populacja chorych, często powyżej 65. roku życia, z chorobami towarzyszącymi. Duże badanie randomizowane wykazało, że dołączenie akalabrutynibu, czyli inhibitora kinazy Brutona drugiej generacji, obniża ryzyko progresji choroby i zgonu u tych pacjentów o ok. 30 proc. Lek jest tak samo skuteczny jak ibrutynib, ale istotnie mniej toksyczny, i to w zakresie toksyczności bardzo istotnych dla pacjentów starszych, czyli przede wszystkim powikłań kardiologicznych, jak migotanie przedsionków, nadciśnienie – dodaje prof. Krzysztof Jamrozak.

W przypadku nawrotu chłoniaka z komórek płaszcza oczekiwana przez ekspertów i pacjentów opcją jest inhibitor kinazy Brutona trzeciej generacji, czyli pirtobrutynib. – To tzw. inhibitor kinazy Brutona niekowalencyjny, który inaczej łączy z się z kinazą Brutona. Dzięki temu jest skuteczny u pacjentów, którzy byli leczeni innymi klasami inhibitorów BTK, wcześniejszych generacji. Ma on również bardzo dobry profil bezpieczeństwa. Jest to lek doustny, dobrze tolerowany, dlatego z czasem byłaby również możliwość jego stosowania w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej, co jest również bardzo istotne z powodu dużego obłożenia ośrodków hematologicznych – zaznacza prof. Giannopoulos.

Wyzwania organizacyjne w terapii CAR-T: pójdziemy drogą Hiszpanii?

W przypadku terapii CAR-T barierą dostępu dla pacjentów jest m.in. organizacja systemu i odległość pacjentów od nielicznych

ośrodków wysokospecjalistycznych. Rozwiązaniem mógłby być model hybrydowy, inspirowany systemem hiszpańskim, polegający na rozdzieleniu etapów terapii. W takim modelu regionalne centra krwiodawstwa lub lokalne ośrodki mogłyby wykonywać aferezę (pobranie limfocytów), które następnie trafiałyby do producenta. Dopiero gotowy produkt byłby podawany w certyfikowanym ośrodku. Dzięki temu można by zwiększyć dostępność leczenia CAR-T w Polsce, odciążając główne centra i przybliżając innowację do miejsca zamieszkania chorego.

Chłoniak grudkowy: leczenie ograniczone w czasie

Chłoniak grudkowy to choroba nawracająca, a pacjenci po co najmniej dwóch liniach leczenia stanowią grupę o szczególnie złym rokowaniu. Dla tych pacjentów rozwiązaniem jest innowacyjna klasa leków – bispecyficzne przeciwciała angażujące limfocyty T, jak mosunetuzumab. Dzięki określonej czasowi trwania terapii (ok. 7,5 miesiąca), pacjenci zyskują „wakacje od leczenia”, co pozwala na regenerację organizmu i szybki powrót do aktywności zawodowej. Skończony czas terapii optymalizuje przepustowość oddziałów, zwalniając zasoby kadrowe i fotele terapeutyczne dla nowych chorych, co zapobiega kumulowaniu się pacjentów w systemie.

Przewlekła białaczka limfocytowa: ważna indywidualizacja terapii i poprawa leczenia w nawrocie

To najczęściej występujący nowotwór krwi, choć nie wszyscy pacjenci muszą być leczeni. Obecnie w programie lekowym w Polsce jest ponad 4 tys. chorych, co miesiąc dołączanych jest ok. 200 nowych. W leczeniu PBL bardzo ważna jest personalizacja leczenia. W pierwszej linii są obecnie dostępne w programie lekowym terapie o ograniczonym czasie podawania oraz terapie podawane w sposób ciągły.

W pierwszej linii leczenia PBL dostępne są obecnie inhibitory BTK pierwszej generacji.



Od lewej: M. Różański, K. Giannopoulos, B. Leonardi, M. Mizerska-Gryko, A. Rudnicka.

Ekspertki zwracają jednak uwagę, że zastosowanie akalabrutynibu, czyli inhibitora BTK drugiej generacji (w schemacie leczenia ograniczonego w czasie w połączeniu z wenetoklaksem lub w połączeniu z wenetoklaksem i obinutuzumabem) mogłoby stanowić cenne uzupełnienie dostępnych opcji terapeutycznych, szczególnie dla pacjentów z wielochorobowością oraz obciążonych ryzykiem powikłań kardiologicznych.

– W tym roku na konferencji Amerykańskiego Towarzystwa Hematologów przedstawiono przełomowe wyniki badania, porównującego skuteczność stosowania terapii ciągłej z terapią ograniczoną w czasie: w okresie trzyletniej obserwacji nie wykazano przewagi terapii ciągłej. Oczywiście, u pacjentów wysokiego ryzyka terapie podawane w sposób ciągły mają swoje miejsce, jednak większości chorym można zaproponować terapię ograniczoną w czasie. Po 12/24 miesiącach kończymy leczenie. To korzyść dla pacjenta, ponieważ będzie miał przerwę w leczeniu, często wieloletnią. Przerwa w leczeniu oznacza też, że pacjent jest krócej narażony na ewentualne działania niepożądane.

Terapie ograniczone w czasie są ważne dla systemu ochrony zdrowia, gdyż pacjentów

hematologicznych przybywa, a w takim tempie nie rośnie liczba hematologów. Ważna jest też kwestia ekonomiczna dla płatnika. Coraz częściej myślimy także o terapiach ograniczonych w czasie, złożonych z dwóch leków doustnych; dzięki czemu pacjent później może być prowadzony w trybie ambulatoryjnym, nie obciąża więc oddziałów szpitalnych – zaznacza prof. Giannopoulos.

W przypadku pacjentów wysokiego ryzyka, obciążonych niekorzystnymi czynnikami ryzyka cytogenetycznego, lepszym wyborem mogą być terapie podawane w sposób ciągły.

– Chodzi przede wszystkim o pacjentów z zaburzeniami w genie TP53: wiele badań wykazuje, że w ich przypadku terapia ciągła jest optymalna. Obawiamy się u nich stosowania leczenia ograniczonego w czasie ze względu na ryzyko wcześniejszego nawrotu. Jednym z dwóch leków, które są optymalne w takiej sytuacji, jest zanubrutynib: inhibitor kinazy Brutona drugiej generacji. Zanubrutynib jest w wygodnej postaci dawkowania doustnego. Pacjenci z wysokim ryzykiem genetycznym to według wszelkich zaleceń na pewno kandydaci do terapii ciągłej – mówi prof. Krzysztof Jamrozik.



K. Giannopoulos podczas wywiadu.



K. Podel i Ł. Rokicki.

Dostępne opcje terapeutyczne z czasem mogą jednak tracić skuteczność, stąd ważne są skuteczne opcje leczenia nawrotu choroby. Dla pacjentów, u których dotychczasowe opcje leczenia (zarówno terapie ciągłe, jak ograniczone w czasie), przestały być skuteczne, potrzebną opcją leczenia jest pirtobrutynib – pierwszy niekowalencyjny inhibitor BTK. Jest on kluczowy dla grupy tzw. pacjentów podwójnie opornych – czyli tych, u których przestały działać zarówno kowalencyjne inhibitory BTK, jak i antagoniści BCL-2 (wenetoklaks). Dla tych chorych obecnie nie ma w systemie żadnej innej skutecznej alternatywy terapeutycznej, dlatego refundacja pirtobrutynibu jest jednym z najpilniejszych priorytetów.

– Ma on rejestrację po inhibitorach BTK pierwszej i drugiej generacji, czyli po ibrutynibie, ale też po zanubrutynibie i akalabrutynibie. Jest to opcja również bardzo potrzebna, jeśli pacjent otrzymywał leczenie wykorzystujące antagonistę BCL-2 (wenetoklaks). Tych pacjentów naprawdę nie byłoby już jak leczyć. To grupa, którą definiujemy jako podwójnie opornych pacjentów: na inhibitory BTK i na antagonistę BCL-2. Dla nich dziś naprawdę nie ma opcji terapeutycznej, bo cofanie się do immunochemioterapii nie jest dobrym rozwiązaniem: skuteczność minimalna, jeśli w ogóle, a toksyczność duża. Tak więc jest bardzo duża potrzeba refundacji pirtobrutynibu od drugiej linii

leczenia dla chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową – zaznacza prof. Giannopoulos.

Ostra białaczka szpikowa: pacjenci wysokiego ryzyka

Ostra białaczka szpikowa to choroba, która nieleczona może doprowadzić do śmierci w ciągu kilku tygodni. Zidentyfikowano kilkadziesiąt mutacji odgrywających kluczową rolę w powstawaniu, rokowaniu i leczeniu. U ok. 30 proc. chorych występuje mutacja w genie FLT3, co wiąże się z agresywnym przebiegiem i wysokim ryzykiem nawrotu choroby. Dla tych pacjentów wskazane jest allogeniczne przeszczepienie komórek krwiotwórczych. W leczeniu nawrotu choroby w Polsce są refundowane terapie celowane dla pacjentów z mutacją FLT3, ale nie są refundowane jako leczenie podtrzymujące po przeszczepieniu szpiku, a moment tuż po transplantacji jest okresem największego ryzyka nawrotu. Dlatego ważne byłoby wprowadzenie refundacji leczenia podtrzymującego.

– Ostre białaczki szpikowe to dziś największe wyzwanie w hematologii. Dopiero w ostatnim roku w rejestrach amerykańskich pięcioletnie przeżycie przekroczyło 30 proc. W ostatnich latach pojawiły się nowe leki celowane, również inhibitory FLT3. Na pewno grupa chorych po przeszczepieniu szpiku kwalifikujących się do leczenia konsolidującego



Od lewej: K. Giannopoulos, B. Leonardi, M. Mizerska-Gryko.

wymaga podjęcia decyzji refundacyjnej. Leczenie ostrej białaczki szpikowej będzie się zmieniało, widzimy rozwój terapii celowanych, jest kilka rejestracji w ostatnich latach, które zmieniają rokowanie pacjentów. Mamy nadzieję, że dramatyczne statystyki poprawią się – mówi prof. Giannopoulos.

Choroba przeszczep przeciw gospodarzowi

Stosowane w hematoonkologii bardzo agresywne leczenie może stać się przyczyną powikłań, często bardzo poważnych, które również wymagają leczenia. Jedną z takich chorób jest cGvHD (chronic graft-versus-host disease): przewlekła choroba przeszczep przeciw gospodarzowi. To reakcja immunologiczna rozwijająca się po allogenicznym przeszczepieniu szpiku. Komórki dawcy atakują tkanki biorcy, co prowadzi do przewlekłego stanu zapalnego i włóknienia. Najczęściej dochodzi do zajęcia skóry, jamy ustnej, oka, może też dojść do uszkodzenia płuc, wątroby, zmian w narządzie ruchu.

– Gdy przeszczepiamy szpik, to przeszczepiamy zarazem układ immunologiczny dawcy – wyjaśnia prof. Giannopoulos. Mamy terapię dla ostrego i przewlekłego GvHD, bardzo się z tego cieszymy. Jednak nie wszyscy pacjenci na nią reagują, dlatego pojawia się potrzeba nowej opcji terapeutycznej: myślę, że będziemy

dużo o tym mówić – zaznacza prof. Giannopoulos.

Skuteczne leczenie jest opłacalne: to pokazuje raport NFZ i PTHiT

Nowe opcje leczenia – często kosztowne – okazują się bardzo skuteczne w praktyce klinicznej. Są już na to „twarde” dowody dzięki raportowi „NFZ o zdrowiu. Szpiczak plazmocytowy. Analiza programu lekowego B.54”. – Raport to przykład bardzo dobrej współpracy PTHiT z NFZ, już po raz drugi, ponieważ pierwszy wspólny raport przygotowaliśmy w 2019 roku. Obydwa bazują na danych NFZ i pokazują faktyczną skuteczność leczenia – mówi prof. Giannopoulos.

Wyniki raportu pokazują, jak poprawiło się przeżycie pacjentów ze szpiczakiem dzięki nowym opcjom leczenia. – W 2019 roku mediana przeżycia chorych niekwalifikujących się do przeszczepienia autologicznego szpiku wynosiła dwa lata. To były dramatyczne dane, mocno odstawaliśmy w stosunku do krajów Europy Zachodniej czy Stanów. Nowy raport, gdy mamy już nowe opcje leczenia, pokazuje, że mediana przeżycia chorych niekwalifikujących się do przeszczepienia szpiku, czyli tych „trudniejszych”, jest zbliżona do mediany przeżycia pacjentów leczonych za pomocą przeszczepienia szpiku. Pokazuje to, że skuteczna farmakoterapia może odwracać niekorzystne



Dla poprawy leczenia pacjentów hematologicznych ważna jest też kompleksowa opieka, obejmująca również pomoc psychologa, dietetyka, fizjoterapeuty, co często jest problemem w systemie ochrony zdrowia.

rokowanie związane z czynnikami ryzyka u pacjenta. Nie ma już dramatycznej sytuacji, że ci, których nie zakwalifikujemy do przeszczepienia, będą bardzo źle rokowali. To pokazuje, że decyzje płatnika dają efekt i powinny stymulować Ministerstwo Zdrowia do kolejnych decyzji refundacyjnych, bo to ma sens – podkreśla prof. Giannopoulos.

Z kolei nieefektywne leczenie to koszty, na które również trzeba zwracać uwagę.

– Warto policzyć, ile państwo traci na tym, że ciągle pewne terapie są suboptymalne i pacjenci nie otrzymują najskuteczniejszych leków. Słowacki ekonomista i ekspert zdrowia publicznego, profesor Robert Babela, obliczył koszty nieefektywnego leczenia dla Słowacji, Chorwacji i Węgier. Chcielibyśmy, żeby takie koszty policzył też dla Polski. To koszty zwolnień lekarskich, rent, przedwczesnych zgonów. A są też koszty ponoszone przez opiekunów, którzy często muszą zrezygnować z pracy – mówi Barbara Leonardi z Fundacji Carita, prezes Myeloma Patients Europe.

Koszty, na które zwracają uwagę pacjenci, są też m.in. związane z częstymi dojazdami do ośrodków leczenia, przez wiele lat – jeśli choroba jest przewlekła. Przygotowany przez Myeloma Patients Europe oraz Fundację Carita raport „Jak pacjenci ze szpiczakiem oceniają sposób, czas i miejsce otrzymywania leczenia”, zrealizowany w formie badania ankietowego w 22 krajach, pokazuje, że znaczna część pacjentów chciałaby mieć możliwość leczenia bliżej miejsca zamieszkania. – To choroba przewlekła, nie da się zawiesić życia na kołku, odłożyć swoich innych spraw. Leczenie trzeba

wkomponować w życie rodzinne, zawodowe, hobby. Nie każdy mieszka w mieście, blisko ośrodka leczenia. Nie będzie zaskoczeniem, że pacjenci najchętniej stosowaliby leki doustne. Znaczna część zdecydowałaby się też na podawanie sobie samemu leku podskórnego, jeśli miałaby możliwość nauczania się tego – zaznacza Barbara Leonardi.

Jakie leczenie: to decyzja lekarza i pacjenta

Część pacjentów jednak zdecydowanie pewniej czuje się, jeśli jest pod opieką ośrodka, dlatego w hematologii coraz mocniej wybrzmiewa możliwość indywidualizacji i personalizacji leczenia oraz kwestia wspólnego podejmowania decyzji terapeutycznych (*shared-decision making*) przez pacjenta i lekarza. Zwracają na to uwagę zarówno pacjenci jak lekarze.

– Ja jestem przyzwyczajony do tego, że rozmawiamy po partnersku i tak moi pacjenci ze mną rozmawiają. Natomiast do tej pory nie było zbyt wielu opcji leczenia; teraz to się zmienia. Oczywiście, pacjenci muszą być świadomi i wyedukowani, to ogromna rola organizacji pacjentów. My lubimy pracować ze świadomym pacjentem – zaznacza prof. Giannopoulos.

Potrzebę personalizacji leczenia pokazuje też raport „Indywidualizacja terapii podstawą optymalizacji leczenia pacjentów hematologicznych” powstały z inicjatywy All.Can Polska. – Bardzo ważna jest podmiotowość pacjenta, powinien on wiedzieć, jak może być leczony, konieczne są konsultacje z lekarzem, konsylia. Pacjent powinien być świadomy, dlaczego ma taką a nie inną drogę leczenia – mówi Aleksandra Rudnicka, przewodnicząca Prezydium All.Can Polska.

Dla poprawy leczenia pacjentów hematologicznych ważna jest też kompleksowa opieka, obejmująca również pomoc psychologa, dietetyka, fizjoterapeuty, co często jest problemem w systemie ochrony zdrowia. Tu bardzo

pomocne są organizacje pacjentów. – Chociaż jesteśmy ośrodkiem dawców szpiku, a w naszej bazie jest zarejestrowanych już ponad 2,2 mln potencjalnych dawców, to nie ograniczamy się tylko do takiej działalności. W 2024 roku uruchomiliśmy bezpłatną poradnię żywieniową dla pacjentów hematologicznych. Z badania, które niedawno przeprowadziliśmy wśród organizacji hematologicznych, wynika, że ponad 80 proc. z nich zapewnia pacjentom pomoc psychologiczną. Niezależnie od innowacyjnych terapii, które są potrzebne, ważna jest jakość życia pacjenta. Mamy też nadzieję, że system ochrony zdrowia zobaczy też te obszary i wypełni luki – mówi Monika Mizerska-Gryko z Fundacji DKMS.

Skuteczne leczenie to element bezpieczeństwa państwa

Na skuteczne leczenie warto patrzeć szerzej: również jako na element bezpieczeństwa społeczeństwa i państwa.

– W ostatnim czasie bardzo dużo mówi się o bezpieczeństwie militarnym, zakupach uzbrojenia, nowoczesnych systemów, które będą wprowadzane do Polskich Sił Zbrojnych. Jednak najbardziej zaawansowane technologie nie mają racji bytu bez społeczeństwa, które będzie tymi systemami dysponowało. Dlatego na bezpieczeństwo należy patrzeć nie tylko przez pryzmat uzbrojenia, kwestia bezpieczeństwa zdrowotnego ma istotny wpływ na odporność państwa. Muszą to zrozumieć wszyscy politycy – zaznacza senator gen. Mieczysław Różański.

– Gdy w 2021 roku zachorowałem na szpiczaka, czytałem o prognozach swojego przeżycia. Ja już tę barierę lat przekroczyłem, co również pokazuje, jak obecne leczenie wspaniale się rozwija, jak jest skuteczne i warto w nie inwestować – dodaje senator Różański.

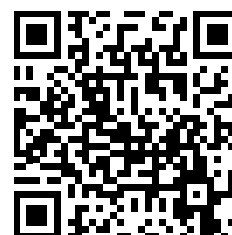
Spotkanie prasowe Fundacji Carita /
Źródło: Katarzyna Pinkosz, materiały prasowe / Fundacja Carita im. Wiesławy Adamiec



Przeczytaj raport opracowany przez fundację All.Can Polska:



Obejrzyj nagranie konferencji prasowej na naszym kanale YouTube
<https://www.youtube.com/watch?v=POGrVq4kgDU>



Co słyszeć w Fundacji Carita?

Kwiecień 2026

- Szkolimy się w VIII semestrze ogólnopolskiej Akademii PACJENCI.PRO.
- Przy wsparciu Fundacji DKMS prowadzimy prace remontowe na Oddziale Transplantacji Szpiku w Poznaniu.
- Uczestniczymy w międzynarodowym spotkaniu European Myeloma Network w Pradze.
- Uczestniczymy w warsztatach MPE Masterclass 2026 w Lizbonie.

Maj 2026

- Uczestniczymy w obradach grupy roboczej organizacji pacjenckich Europy Środkowo-Wschodniej w Zagrzebiu.
- Uczestniczymy w obradach X Jubileuszowego Kongresu Patient Empowerment.
- Uczestniczymy w Hematobiegu w Łodzi promującego aktywność fizyczną oraz budowanie świadomości o chorobach krwi.
- Organizujemy śniadanie prasowe w celu podkreślenia Światowego Dnia Walki z Nowotworami Krwi.

Czerwiec 2026

- Prowadzimy warsztaty dla wolontariuszy w ramach Akademii Wolontariatu Carita w Sadkowicach.
- Dołączamy do Union for International Cancer Control (UICC), globalnej organizacji walki z rakiem.
- Uczestniczymy w Europejskim Kongresie Hematologicznym w Sztokholmie EHA 2026.
- Otwieramy zapisy na VI Rajd Po Zdrowie.

Zdjęcia od góry

- 1) Poznań, Oddział Transplantacji Szpiku, od lewej:
Ł. Rokicki, D. Dytfeld, L. Gil
- 2) Akademia Pacjenci.Pro, P. Mazurkiewicz
- 3) Konferencja w Polskiej Agencji Prasowej
- 4) Fundacja Carita na Hematobiegu: P. Herbiak,
P. Mazurkiewicz z Leonkiem.



**MARTA BIENĆ**, Psychoonkolog**MAŁGOSIA Z RODZICAMI**, która żyje dzięki Dawcy szpiku

Bezpłatna pomoc psychologiczna dla Pacjentów hematologicznych i ich Bliskich!

Fundacja DKMS, jako organizacja wspierająca osoby dotknięte nowotworami krwi, oferuje Pacjentom oraz ich bliskim pomoc finansową na wsparcie psychologiczne, aby towarzyszyć im w trudnym czasie choroby.

Kto może skorzystać z pomocy?

Ze spotkań z psychoonkologiem lub psychoterapeutą mogą skorzystać wszyscy Pacjenci chorujący na nowotwory krwi oraz ich bliscy. Jeśli odczuwasz natłok myśli i doświadczasz różnych stanów emocjonalnych, te spotkania mogą pomóc Ci odzyskać równowagę. Konsultacje odbywają się zarówno online, jak i stacjonarnie.

Jak uzyskać wsparcie?

- Skontaktuj się z nami – napisz lub zadzwoń, a prześlemy Ci wszystkie potrzebne informacje.
- Podpisz umowę darowizny z Fundacją DKMS, dzięki której otrzymasz środki na indywidualne wsparcie psychologiczne.
- Wybierz psychoonkologa lub skorzystaj z naszej rekomendacji specjalisty.

Nie jesteś sam – skorzystaj ze wsparcia Fundacji DKMS!



ZGŁOŚ SIĘ JUŻ DZIŚ!

Leszek Lewandowski: 606-724-191
e-mail: leszek.lewandowski@dkms.pl



6 RAJD PO ZDROWIE



05/09/2026



Poznań Malta



TRASY
DLA KAŻDEGO



BEZPŁATNE
BADANIA



KONCERT



**DOŁĄCZ
DO NAS!**

ZAPISY

www.raidpozdrowie.pl

PROGRAM WYDARZENIA:



09:00 - 11:30

Rejestracja uczestników



11:30

Oficjalne otwarcie



Piknik Rajdowy

12:00

Koncert Eweliny Lisowskiej



13:15

Start trasy rodzinnej - 6 km



14:30

Start trasy głównej - 20 km



17:00

Zakończenie Rajdu



Strefa Relaksu



09:00 - 16:30 Strefa Zdrowia



Konsultacje
lekarskie



Badania
profilaktyczne



Osteobus



Spirometria



Dermobus



Badanie krwi



... i wiele
innych!



Dochód z Rajdu wspiera rehabilitację pacjentów hematoonkologicznych.