

O ŻYCIU Z CHOROBAŃ KRWI

# HemaInfo

MARZEC MIESIĄC  
ŚWIADOMOŚCI SZPICZAKA

MORFOLOGIA KRWI  
W PIGUŁCE

ORZECZENIE  
O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI



Razem wygramy!

Fundacja  
Carita



dotłącz do nas



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

Zapraszamy

- osoby z nowotworami krwi
- osoby wspierające
- wolontariuszy

wypełnij formularz papierowy  
lub online

# 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 zmienią 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
Rozświetlamy świat na czerwono.....	4
Jak żyć z nawrotem szpiczaka. Kluczowe potrzeby i wyzwania .....	5
Szpiczak to mistrz adaptacji, ale coraz częściej przegrywa. Rozmowa z prof. A. Jurczyszynem.....	10
Dwadzieścia lat ze szpiczakiem. Historia Mariana Zielińskiego .....	14
Nawodnienie organizmu. Co pić, kiedy i w jakich ilościach? .....	16
Wszystko, co o morfologii krwi warto wiedzieć .....	21
Choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi. Jak ją rozpoznać i jak z nią żyć po transplantacji?...	25
Hematologia w centrum uwagi parlamentarzystów. ...	30
Najczęstsze pytania o orzeczenie o niepełnosprawności .....	32
Co słycać w Fundacji Carita .....	36

Ten numer HemaInfo wsparli następujący partnerzy: DKMS, GSK, Johnson & Johnson, 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](mailto:kontakt@fundacjacarita.pl)

KRS: 0000080821, REGON: 230406586, NIP: 6112704761

Redaktor naczelna: Barbara Leonardi  
[kontakt@fundacjacarita.pl](mailto:kontakt@fundacjacarita.pl)

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



## Od redakcji

Marzec to MIESIĄC ŚWIADOMOŚCI SZPICZAKA PLAZMOCYTOWEGO – czas, kiedy szczególnie dużo mówi się o tym nowotworze, o potrzebach pacjentów i o postępach w leczeniu. A tych w ostatnich latach jest naprawdę wiele. Jeszcze niedawno pytanie o możliwość wyleczenia szpiczaka brzmiało jak akademicka spekulacja. Dziś coraz częściej pojawia się w poważnych dyskusjach ekspertów. W tym numerze pytamy profesora Artura Jurczyzna, jak blisko jesteśmy tego celu i co to oznacza z perspektywy lekarzy oraz pacjentów.

W tym wydaniu dużo miejsca poświęcamy także informacjom, które pomagają lepiej rozumieć swoje zdrowie. Przygotowaliśmy artykuł o morfologii krwi – jednym z najczęściej wykonywanych badań laboratoryjnych. Wyjaśniamy, jak interpretować wyniki, na które parametry warto zwrócić szczególną uwagę i jak się do tego badania przygotować. Z kolei w materiale o nawodnieniu przypominamy, jak duże znaczenie dla codziennego funkcjonowania organizmu ma odpowiednia ilość płynów i wyjaśniamy, czy w tym przypadku więcej znaczy lepiej.

Nie brakuje również tematów związanych z działaniami rzeczniczymi. Relacjonujemy debatę, która odbyła się w parlamencie, poświęconą wyzwaniom w opiece nad pacjentami hematologicznymi oraz przedstawiamy wnioski z raportu dotyczącego potrzeb i oczekiwań osób z nawrotem szpiczaka.

Przy kilku artykułach znajdziecie kody QR, pod którymi kryją się dodatkowe treści. Koniecznie do nich zajrzyjcie.

Zapraszamy do lektury i do kontaktu z nami! Zawsze chętnie podejmujemy tematy, które są dla Was ważne i o które prosicie.

*Barbara Leonardi, redaktor naczelna HemaInfo  
Łukasz Rokicki, Prezes Fundacji Carita*

# Rozświetlamy świat na czerwono

W ramach międzynarodowej akcji zainicjowanej przez INTERNATIONAL MYELOMA FOUNDATION oświetliliśmy na czerwono trzy miejsca w przestrzeni publicznej: pomnik na Placu Wolności w Poznaniu, stadion miejski we Wrocławiu oraz Pałac Kultury i Nauki w Warszawie (zdjęcia poniżej kolejność wg wskazówek zegara), a także dom prywatny (obok). Jeśli chcesz, aby Twoje miasto, za rok, również stało się częścią tej wyjątkowej inicjatywy i rozbliło czerwonym światłem w geście solidarności z osobami chorującymi na szpiczaka, skontaktuj się z redakcją już dziś.



# Jak żyć z nawrotem szpiczaka

## Kluczowe wyzwania i potrzeby pacjentów

**Dzięki postępowi medycyny szpiczak coraz częściej jest chorobą przewlekłą, a kolejne pojawiające się terapie dają szansę na dalsze wydłużenie życia. Nadal jednak jest to choroba nowotworowa, która nawraca. Pacjenci potrzebują nowych terapii, doboru optymalnego leczenia, ale także wsparcia psychologicznego, rehabilitacji i kompleksowej opieki – podkreślali zgodnie hematolodzy i pacjenci podczas konferencji „Potrzeby i oczekiwania pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym”.**

– Gdy mówię studentom o postępie w medycynie, to zawsze wybieram szpiczaka, ponieważ jest to choroba, w przypadku której szczególnie widzimy, jak wiele w ostatnim czasie udało się osiągnąć, jak dużo się zmienia i jak wiele jeszcze możemy w najbliższym czasie zmienić. W ostatnich 20 latach czas przeżycia pacjentów ze szpi-

czakiem wydłużył się kilkukrotnie – mówi dr n. med. Magdalena Olszewska-Szopa z Kliniki Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 we Wrocławiu.

W ostatnich latach w leczeniu szpiczaka pojawiło się kilkanaście nowych leków, które – stosowane w schematach dwu, trzy i czterolekowych – zmieniły rokowanie pacjentów. Czas życia po diagnozie wydłużył się średnio z 2-3 lat do kilku-, a nawet kilkunastu, a nowe leki i schematy leczenia dają nadzieję na jeszcze dłuższe życie. W większości przypadków już dziś szpiczak jest chorobą przewlekłą, jednak nie jest to choroba stabilna: dochodzi do nawrotów, które są ogromnym wyzwaniem, zarówno medycznym (dobór optymalnego leczenia), jak psychologicznym.

W marcu 2026 roku został opublikowany raport „Potrzeby i oczekiwania pacjentów z nawrotem szpiczaka plazmocytoowego”. To pierwszy raport na podstawie badań ankietowych przeprowadzonych u pacjentów, który pokazuje z jakimi wyzwaniami zdrowotnymi, psychologicznymi, społecz-

nymi i ekonomicznymi mierzą się chorzy, u których szpiczak nawrócił. Żyją z poczuciem niepewności, czy uda się chorobę opanować, czy leczenie zadziała, kiedy nastąpi nawrót. Remisja to jest radość, ale zawsze w cieniu wulkanu, który nie wiadomo, kiedy wybuchnie. Nawrót jest bardzo trudnym doświadczeniem: pojawia się lęk, smutek, poczucie braku kontroli, obawa przed przyszłością – mówi Barbara Leonardi, prezes zarządu Myeloma Patients Europe AISBL.

38% osób biorących udział w badaniu było w pierwszym nawrocie szpiczaka, ale 17% miało już czwarty i kolejny nawrót. Pacjenci skarżyli się na skutki uboczne choroby i jej leczenia, jak neuropatia, zmęczenie, infekcje. Prawie 50% deklarowało, że szpiczak ma wpływ na ich pracę zawodową, a ¼ zgłaszała problemy finansowe. Nawrót choroby pokazuje potrzeby farmakologiczne, ale też luki w systemie opieki, potrzebę wsparcia i zarządzania skutkami ubocznymi choroby.

## Konieczna szybsza diagnoza

W Polsce około 2 tys. osób rocznie słyszy diagnozę szpiczaka, a z diagnozą żyje już prawie 10 tys. osób. – Zapadalność rośnie z wiekiem, a nasze społeczeństwo starzeje się, dlatego liczba pacjentów będzie rosła. Poza tym leczymy coraz skuteczniej, dlatego pacjenci żyją dłużej – zaznacza prof. Krzysztof Giannopoulos, prezes Polskiego Towarzystwa Hematologicznego i Transfuzjologicznego.

Mimo rosnącej świadomości szpiczaka, wciąż problemem pozostaje późne rozpoznanie i długie „odyseje diagnostyczne” pacjentów, ponieważ pierwsze objawy nie są charakterystyczne. – To osłabienie, częste infekcje, bóle kręgosłupa, ale przyczyn takich problemów może być wiele. Osłabienie może być tłumaczone przez niedokrwistość, która występuje aż u 85% pacjentów



22% badanych przyznało, że doświadcza problemów finansowych. W efekcie choroba w nawrocie jest nie tylko problemem zdrowotnym, ale także powodem braku stabilizacji finansowej.

ze szpiczakiem. Może ona jednak wynikać z wielu różnych przyczyn, często bywa lekceważona, zarówno przez pacjenta, jak przez lekarza POZ – zaznacza prof. Giannopoulos.

Wczesne wykrycie szpiczaka jest związane z lepszym rokowaniem, niestety w większości przypadków przy rozpoznaniu objawy są już bardzo zaawansowane: niewydolność nerek, liczne złamania kostne, głęboka niedokrwistość. – Wciąż trafiają do nas pacjenci np. z oddziału nefrologicznego, którzy mają niewydolność nerek i wymagają dializoterapii, albo z oddziału ortopedycznego, po licznych złamaniach, kiedy okazuje się, że przyczyną jest zaawansowany szpiczak – potwierdza prof. Iwona Hus, kierownik Kliniki Hematologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA. Dlatego hematolodzy apelują do lekarzy POZ o czujność, jeśli pacjent zgłasza osłabienie czy bóle kręgosłupa niepoddające się leczeniu, oraz o dokładne diagnozowanie przyczyn niedokrwistości.

## Leczenie: dobre, ale potrzebne nowe schematy

Leczenie szpiczaka jest obecnie prowadzone w 50 ośrodkach hematologicznych mających dostęp do programu lekowego B.54.

– Generalnie dzielimy pacjentów na kwalifikujących się i niekwalifikujących się do przeszczepienia, jednak schematy leczenia możemy intensyfikować lub deeskalować, w zależności od chorób współistniejących i czynników ryzyka. W Polsce leczenie



jest bardzo kompleksowe, obejmuje wiele schematów leczenia, także nowoczesnych. Brakuje nam jednak możliwości rozliczania badań genetycznych, pokazujących, czy pacjent ma wysokie ryzyko nawrotu. Aktualnie brakuje nam również kilku nowych, ważnych opcji leczenia, które są już zarejestrowane i dostępne w Europie – zaznacza prof. Giannopoulos.

Najważniejsza jest obecnie poprawa leczenia w pierwszej linii oraz w pierwszym nawrocie. Stosowanie najbardziej skutecznych schematów od początku spowoduje, że remisje (czas wolny od objawów choroby) będą dłuższe, a nawrót późniejszy. W pierwszej linii hematologzy chcieliby zastąpienia (dla pacjentów kwalifikujących się do przeszczepienia szpiku) w już dostępnym schemacie czterolekowym (daratumumab, bortezomib, talidomid, deksametozon) talidomidu nowszym lekiem (lenalidomidem) oraz możliwości stosowania w leczeniu podtrzymującym daratumumabu, a także wprowadzenia schematu czterolekowego dla pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia.

Bardzo ważną potrzebą farmakoterapii jest też dostęp do trzech nowych opcji w pierwszym nawrocie choroby. – Zależy nam na terapiach skierowanych na antygen BCMA. Chodzi o możliwość stosowania dwóch schematów trójlekowych z belan-

tamabem mafodotyny oraz terapii CAR-T. Wszystkie te leki są w 100% refundacyjnym. Liczymy na korzystne decyzje dla naszych chorych. Dzięki tym lekom możliwe jest wieloletnie kontrolowanie choroby – zaznacza prof. Giannopoulos.

Belantamab mafodotyny to immunotoksyna składająca się z dwóch cząsteczek. – To połączenie przeciwciała monoklonalnego z lekiem cytostatycznym. Przeciwciało pomaga w doprowadzeniu cytostatyku do komórki nowotworowej: jest to jak gdyby „pocisk sterowany”. Pozwala to zastosować większe dawki leku, prowadząc leczenie bardziej celowane – tłumaczy prof. Iwona Hus. Belantamab został zarejestrowany w dwóch schematach; w badaniach klinicznych obu opcji wykazał znaczącą przewagę w stosunku do aktualnie stosowanego leczenia, w jednym nawet trzykrotną w porównaniu z terapią dotychczas uznawaną za standard.

– O ile jeszcze rok temu mówiliśmy, że nasz program leczenia szpiczaka w większości odpowiada międzynarodowym zaleceniom, to obecnie już tak nie jest. Medycyna rozwija się, pojawiają się nowe terapie. Dziś nasz program odstaje od zaleceń, zwłaszcza jeśli chodzi o pacjentów w drugiej linii. Możliwość skutecznej terapii pierwszej wznowy choroby jest obecnie mocno ograniczona – potwierdza dr n.



med. Tadeusz Kubicki z Kliniki Hematologii i Transplantacji Szpiku UM w Poznaniu. Hematolodzy liczą na to, że jeszcze w tym roku nowe terapie wejdą do programu lekowego.

### Potrzeba wsparcia psychologicznego, rehabilitacji i kompleksowej opieki

Nawrotowość szpiczaka powoduje, że pacjenci muszą nauczyć się żyć ze świadomością, że choroba wcześniej czy później nawróci. – 95% pacjentów, którzy wzięli udział w naszym badaniu, wiedziało, że szpiczak jest chorobą nawrotową, jednak ¼ z nich miała nadzieję, że w ich przypadku tak się nie stanie. Nawrót choroby, zwłaszcza pierwszy, jest bardzo trudny; informacja o nim jest dla pacjentów nawet trudniejsza niż pierwsza diagnoza choroby nowotworowej. Zaburza tę delikatną równowagę, jaką miał pacjent znajdujący się w remisji – zaznacza Barbara Leonardi.

– Jako lekarze przede wszystkim staramy się pomóc medycznie, żeby jak najszybciej włączyć jak najskuteczniejsze leczenie drugiej linii. Doskonale jednak zdajemy sobie sprawę, że zarówno sama diagnoza szpiczaka jest bardzo trudnym momentem, jak też moment nawrotu jest niesłychanie ciężki dla pacjenta – podkreśla prof. Iwona Hus.

Nawrót powoduje, że pacjenci – a często także ich rodziny – muszą ułożyć życie od nowa. Bardzo brakuje systemowego

95% pacjentów, którzy wzięli udział w naszym badaniu, wiedziało, że szpiczak jest chorobą nawrotową, jednak ¼ z nich miała nadzieję, że w ich przypadku tak się nie stanie. Pacjenci muszą żyć ze świadomością, że choroba najprawdopodobniej nawróci.

wsparcia psychologicznego w tak trudnym momencie. Z pomocą przychodzą organizacje pacjentów. – Jako organizacje pacjentów robimy wszystko, by pomóc, dzielimy się doświadczeniami, tworzymy grupy wsparcia. Jednak systemowo odczuwalny jest brak dostępu do psychologa. Ze względu na złożoność szpiczaka i szereg powikłań, jakie mogą się pojawić, niezbędny byłby także dobry dostęp do neurologa, ortopedy, fizjoterapeuty. Niestety, system nam tego nie zapewnia – zaznacza Łukasz Rokicki, prezes Fundacji Carita im. Wiesławy Adamiec.

– Wiele osób, które zgłosiły się do naszego stowarzyszenia szukając pomocy, potem same stały się wolontariuszami. Choczą wspierają się, dzielą doświadczeniami, doskonale się rozumieją, bo przechodzą to samo – potwierdza Dominik Romiński, prezes Stowarzyszenia Kierunek Zdrowie.

Wielu pacjentów z racji szpiczaka ma problemy ortopedyczne, niektórzy – zwłaszcza leczeni starszymi generacjami leków – cierpią na neuropatię, dlatego jednym z najważniejszych postulatów zgłaszanych w badaniu ankietowym jest poprawa dostępu do rehabilitacji. – Od 18 lat organizujemy turnusy rehabilitacyjne dla pacjentów, pomagamy też w dostępie do psychologa. Takie działania są potrzebne, jednak żadna organizacja pacjencka nie będzie w stanie zaopiekować się wszystkimi chorymi. Raport doskonale pokazał, że pacjentom potrzebny jest dobry dostęp do

rehabilitacji i fizjoterapii uzdrowiskowej. Jako organizacja chcemy pomagać, ale też staramy się dążyć do wprowadzenia zmian systemowych, np. do zapewnienia rehabilitacji – zaznacza Dominik Romiński.

Działania polskich organizacji pacjentów są wysoko oceniane w Europie. – Raz w roku organizujemy spotkanie dla wszystkich organizacji zrzeszających pacjentów ze szpiczakiem z całej Europy. Polskie organizacje zdecydowanie wyróżniają się, pomagają pacjentom, współpracują ze środowiskiem medycznym, prowadzą dialog z decydentami, próbują kształtować politykę zdrowotną – potwierdza Barbara Leonardi.

Bardzo ważne są też takie inicjatywy jak Rajd Po Zdrowie, który od kilku lat organizuje Fundacja Carita im. Wiesławy Adamiec. – Rajd pokazuje, że ta choroba nie jest już dziś wyrokiem. Pacjenci, którzy jeszcze 2-3 lata temu mieli problem z poruszaniem się z powodu bólu kręgosłupa i złamań patologicznych, jadą na rowerze ramię w ramię z rodzinami, opiekunami, lekarzami, a czasami są nawet lepsi od nich. Obecnie w rajdzie bierze udział 500-700 osób: to pacjenci ze szpiczakiem, ale także z chłoniakiem, białaczką. To daje ogromną siłę, pokazuje, że tę chorobę można pokonać dzięki dobremu dostępowi do leków i dobrej organizacji opieki – zaznacza Łukasz Rokicki.

Materiał prasowy opracowany przez Stowarzyszenie Dziennikarze dla Zdrowia. Autoryzowane wypowiedzi ekspertów pochodzą ze spotkania prasowego pt. „Potrzeby i oczekiwania pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym”. Miesiąc Świadomości Szpiczaka. Marzec 2026.



Badanie ankietowe i raport „Potrzeby i oczekiwania pacjentów z nawrotem szpiczaka plazmocytowego” to owoc współpracy Fundacji Carita im. W. Adamiec oraz Stowarzyszenia Kierunek Zdrowie. Dziękujemy pacjentom, którzy wzięli udział w badaniu oraz partnerom, którzy umożliwili realizację projektu.

Raport jest dostępny online na naszej stronie [www.fundacjacarita.pl](http://www.fundacjacarita.pl) oraz po zeskanowaniu kodu QR.



Posłuchaj rozmowy z autorami raportu przeprowadzonej przez red. Artura Wolskiego z Polskiego Radia 1.



Obejrzyj nagranie konferencji i wystąpienia ekspertów w Polskiej Agencji Prasowej.



# Szpiczak to mistrz adaptacji, ale coraz częściej przegrywa

Rozmowa  
z prof. Arturem Jurczyszynem



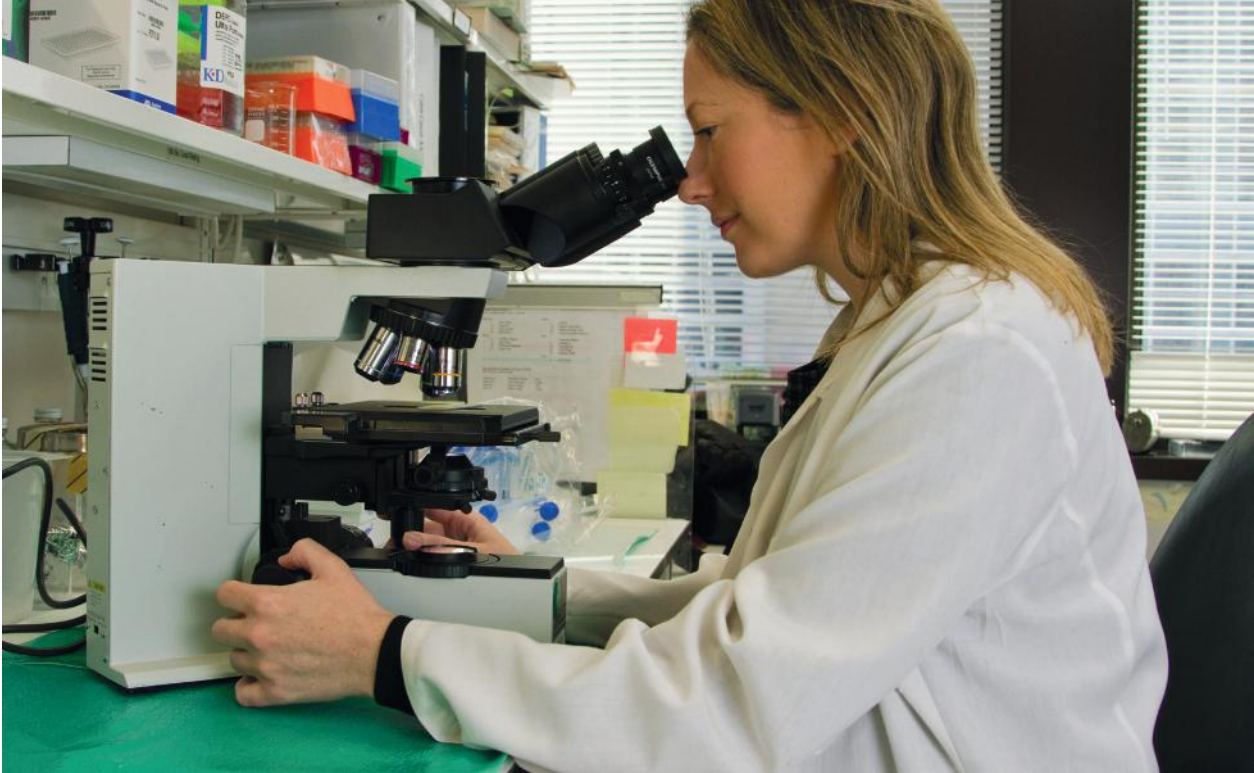
**Prof. dr hab. n. med. Artur Jurczyszyn**

Hematolog i specjalista chorób wewnętrznych. Kierownik Ośrodka Leczenia Dyskrazji Plazmocytowych w Katedrze i Klinice Hematologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, prezes Fundacji Centrum Leczenia Szpiczaka w Polsce, członek korespondent Polskiej Akademii Umiejętności oraz członek Polskiej Akademii Nauk. Specjalizuje się w leczeniu szpiczaka plazmocytoowego i innych dyskrazji plazmocytowych.

**Szpiczak plazmocytowy przez lata był chorobą o bardzo złym rokowaniu. Dziś coraz więcej pacjentów osiąga wieloletnie remisje, a część można uznać za funkcjonalnie wyleczonych. Profesor Artur Jurczyszyn wyjaśnia, kiedy można powiedzieć pacjentowi, że jest zdrowy, u kogo leczenie można odstawić i czy CAR-T zmienia reguły gry.**

Mamy dziś wiele leków, lekarze dysponują ogromną wiedzą, a mimo to szpiczak pozostaje chorobą nieuleczalną. Dlaczego?

Rzeczywiście tak jest. Mój wieloletni szef, profesor Aleksander Skotnicki, zawsze podkreślał, że szpiczak jest chorobą „nieśmiertelną”. Oznacza to, że nawet jeśli pacjent osiąga bardzo dobrą remisję, choroba może się obudzić po wielu latach. Mam pacjenta, który przeszedł przeszczep w 2008 roku – dziś, po 18 latach, nadal pozostaje w całkowitej remisji i przychodzi raz do roku zapytać, czy



może spać spokojnie. Nie mogę mu odpowiedzieć na 100%, ale patrząc na tak długi czas remisji, mam nadzieję, że choroba nie wróci.

Z czego wynika nawrotowość tej choroby? Szpiczaka można nazwać mistrzem adaptacji. Kluczowym problemem jest tzw. heterogenność klonalna. U pacjenta istnieje cała „rodzina” komórek nowotworowych, a w zależności od tego, który klon się uaktywni, mogą pojawiać się mutacje utrudniające leczenie. Leki niszczą zwykle 99% komórek, ale ten 1% może się ukryć w niszach szpiku i spowodować nawrót, nawet bardzo późny. Z drugiej strony, dzięki obecnie dostępnym terapiom nawroty są coraz radsze. Dawniej pacjenci żyli 2–4 lata, dziś mamy ponad 30 zarejestrowanych leków i możemy dobierać leczenie optymalnie. Schemat, na który czekamy w leczeniu pierwszej linii – daratumumab, bortezomib, lenalidomid, deksametazon, przeszczep i leczenie podtrzymujące – daje prognozowane PFS (progression free survival, czyli przeżycie wolne od progresji) nawet na poziomie 17 lat – to ogromny postęp.

To bardzo optymistyczny scenariusz. Wspomniał Pan też o pacjentach z długotrwałą remisją nawet po starszych terapiach.

To prawda. Około 10–15% pacjentów po przeszczepie, po jednym lub po tandemowym, osiąga tzw. functional cure (funkcjonalne wyleczenie) i przeżywa ponad 10 lat bez choroby. To obserwacja potwierdzona również w innych ośrodkach na świecie. Dane na ten temat publikowały już grupy greckie i francuskie. Także my, w ramach Polskiej Grupy Szpiczakowej, myśleliśmy o tym, żeby pokazać tę grupę pacjentów, których dziś możemy uznać za wyleczonych.

Jak wytłumaczyłby Pan pacjentom pojęcie functional cure?

To sytuacja, w której choroba jest niewykrywalna nawet najczulszymi metodami. Wykonujemy biopsję szpiku i w badaniu immunofenotypowym o czułości  $10^{-5}$  czy  $10^{-6}$  sprawdzamy, czy jest obecna choroba resztkowa. Jeśli jej nie znajdujemy, mówimy o MRD ujemnym. Pacjent ma wtedy świetną jakość życia i nie musi przyjmować leków. Ryzyko zgonu z powodu szpiczaka jest wówczas dużo niższe. Choroba może gdzieś pozostawać w uśpieniu, ale nie wpływa na życie codzienne. Jeśli pacjent ma remisję i MRD ujemne się utrzymuje przez pięć lat, to mówimy właśnie o functional cure. To jest nasz cel terapeutyczny.



Jeśli pacjent ma remisję i MRD ujemne się utrzymuje przez pięć lat, to mówimy właśnie o functional cure. To jest nasz cel terapeutyczny.

Kiedy zatem powiedziałby Pan pacjentowi: „to koniec choroby”?

U pacjenta po przeszczepie i na leczeniu podtrzymującym minimum to trzy lata terapii. Jeśli ma ujemny PET i ujemną minimalną chorobę resztkową – potwierdzoną ponownie po pół roku – odstawiam leczenie. Dotyczy to chorych standardowego ryzyka, a takich jest ok. 80%. W takiej sytuacji można powiedzieć, że pacjent jest wyleczony.

Czyli termin functional cure w praktyce zastępuje stwierdzenie, że pacjent jest zdrowy? Można tak powiedzieć. Oczywiście część pacjentów nadal wymaga opieki innych specjalistów, np. z powodu zmian kostnych. Nawet jeśli immunoterapia eliminuje szpiczaka, nie oznacza to, że znika choroba kości. U 80–90% chorych występuje osteoliza, dlatego leczenie wzmacniające kości bywa potrzebne do końca życia.

A jak w tym kontekście wygląda sprawa leczenia podtrzymującego? Pacjenci często słyszą, że powinno trwać aż do progresji. Czy to się zmienia?

Mam 30 lat doświadczenia i prowadzę w Krakowie około 500 pacjentów ze szpiczakiem, prawdopodobnie jest to największa grupa w Polsce. Wielu z nich jest na leczeniu podtrzymującym lenalidomidem. Jeśli pacjent przyjmuje go 2–3 lata, wykonuję biopsję szpiku i badanie PET-CT oceniające stan remisji. Jeśli wyniki badania MRD i PET są ujemne, a pacjent jest z grupy standardowego ryzyka, często odstawiam leczenie.

Z trzech powodów: po pierwsze zaczynam traktować go jak osobę zdrową; po

drugie pacjent unika działań niepożądanych – np. biegunek czy obniżenia odporności, które dotyczą ok. 20% pacjentów; po trzecie długotrwałe leczenie też może mieć swoje konsekwencje. Oczywiście u chorych wysokiego ryzyka – np. z agresywną postacią choroby – leczenia bym nie odstawiał. Tu wszystko trzeba indywidualizować.

Po raz kolejny potwierdza się teza, że nie ma jednego schematu leczenia dla wszystkich. Dokładnie. Jako Fundacja Centrum Leczenia Szpiczaka opisaliśmy ponad 200 historii pacjentów w naszych książkach i każda jest inna. Przyjmuję dziennie 15–20 osób z tą samą diagnozą, ale każdy przypadek jest odmienny – i to właśnie jest fascynujące.

Jak Pan widzi przyszłość leczenia szpiczaka? Na niedawnej konferencji w Toronto padło stwierdzenie, że być może szpiczak stanie się chorobą wymagającą tylko dwóch linii leczenia. Jeśli pojawi się nawrót, zastosujemy CAR-T. A być może już w pierwszej linii będą stosowane przeciwciała dwuswoiste – badania wyraźnie idą w tym kierunku. Na przykład znakomite badanie prowadzone w Niemczech przez profesora Hermanna Einsele z przeciwciałem dwuswoistym teclistamab pozwala uzyskiwać ujemną chorobę resztkową – MRD ujemne – u wszystkich pacjentów.

Może to oznaczać, że przeszczepy nie będą potrzebne, tylko terapia CAR-T przy nawrocie. Tak to sobie wyobrażam.

Czy CAR-T jest „świętym Graalem” hematologii i może rozwiązać obecne problemy terapeutyczne?

Bardzo byśmy chcieli i w przypadku wielu pacjentów tak będzie. Mam doświadczenie z 14 pacjentami leczonymi tą metodą, wszyscy są w głębokiej remisji. W Niemczech wykonano w zeszłym roku około 1000 procedur CAR-T, z bardzo dobrym

efektem u zdecydowanej większości pacjentów. Profesor Katja Weisel z Hamburga mówiła mi, że w jej klinice w 2025 roku przeprowadzono 200 terapii CAR-T i wszyscy pacjenci są w remisji. Czekamy teraz na refundację tej terapii w Polsce – dla wielu chorych może to oznaczać koniec choroby.

W badaniu CARTITUDE-1 – z zastosowaniem terapii CAR-T u pacjentów w 5.–6. linii leczenia – aż 33% uczestników osiągnęło stan functional cure. Dlatego te terapie będą przesuwane do wcześniejszych linii, już się to dzieje.

Często mówi się, że terapia nie jest dostępna, bo jest bardzo droga. Ale gdy policzymy koszty ciągłego leczenia innymi metodami, liczne skutki uboczne, trudności w godzeniu pracy zawodowej z leczeniem przewlekłym, sytuacja wygląda chyba inaczej.

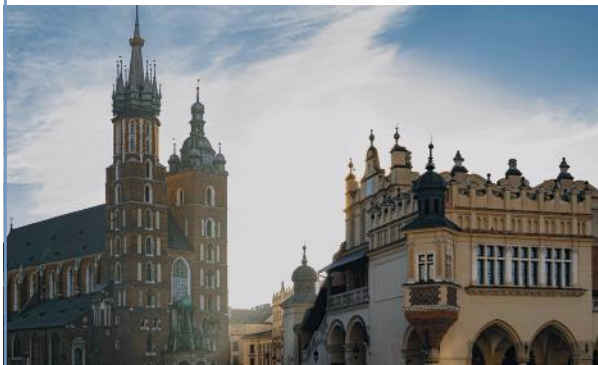
Zgadzam się. CAR-T to często „one and done” – jedna terapia, która załatwia sprawę szpiczaka na wiele lat. Jeśli zsumujemy koszty wieloletniego leczenia: wszystkie wizyty i podanie leku A, B, czy C, to może się okazać, że są wyższe. Oczywiście nie jest to metoda pozbawiona ryzyka. Około 5% pacjentów ma ciężkie powikłania neurologiczne, np. wtórny parkinsonizm, którego leczenie nadal stanowi wyzwanie.

Z naszej rozmowy bije duży optymizm. Jeszcze kilka lat temu rozmowa o wyleczeniu szpiczaka byłaby spekulacją na poziomie science-fiction. Dziś ta możliwość rysuje się coraz wyraźniej. Dziękuję za rozmowę.



*Wszystkie twarze szpiczaka:*  
seria wydawnicza Fundacji  
Centrum Leczenia  
Szpiczaka prowadzonej  
przez prof. Jurczyszyna

## XIV Międzynarodowa Konferencja „Kompleksowa terapia dyskrazji plazmocytowych w 2026 roku”



W dniu 5 września 2026 o godzinie 12.00 w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Sali Nowodworskiej w Krakowie przy ulicy Św. Anny 12 odbędzie się XIV Międzynarodowa Konferencja „Kompleksowa terapia dyskrazji plazmocytowych w 2026 roku”.

W trakcie wydarzenia będą poruszane zagadnienia dotyczące nowoczesnej terapii u chorych ze szpiczakiem plazmocytowym oraz amyloidozą. Kompleksowa opieka u tych chorych stwarza szansę wysokiej skuteczności i poprawy jakości życia oraz jego wydłużenia w dobrym komforcie. Ostatnie lata przyniosły rejestrację wielu nowych leków w szpiczaku plazmocytowym i widzimy znaczące wydłużenie życia chorych do średnio 15–20 lat. Obecnie żyjemy w erze nowoczesnej immunoterapii. Polscy pacjenci jednak nadal czekają na refundację wielu znakomitych leków z grupy CAR-T (ABECMA i CARVYCTI).

Konferencja jest adresowana do lekarzy hematologów, internistów, studentów medycyny oraz specjalistów zajmujących się w sposób kompleksowy dyskrazjami plazmocytowymi.

[www.szpiczak2026.conference.pl](http://www.szpiczak2026.conference.pl)

# Dwadzieścia lat ze szpiczakiem

Kiedy w 2005 roku pan Marian Zieliński z Radomia usłyszał diagnozę szpiczaka plazmocytoowego, miał niewiele ponad pięćdziesiąt lat, prowadził aktywne życie i zupełnie nie spodziewał się tak poważnej choroby. Dziś, dwadzieścia lat później, szpiczak pozostaje w remisji, a pan Marian wciąż przyjeżdża na spotkania i konferencje dla pacjentów, dzieląc się swoją historią.



„Nie wiedziałem nawet, co to jest szpiczak”

Kiedy usłyszałem diagnozę w 2005 roku, nie wiedziałem nawet, co to za choroba. Nikt w moim otoczeniu jej nie znał.

Pierwsze objawy były bardzo niepozorne. Byłem wtedy zapracowanym człowiekiem – razem z żoną prowadziliśmy duży salon fryzjerski w Radomiu. Nagle zacząłem odczuwać ogromne zmęczenie. Brakowało mi energii i siły do robienia zwykłych rzeczy. Kiedy jeździłem w sprawach związanych z firmą, musiałem często robić przerwy, zatrzymywać się, siadać, bo nie miałem siły.

W tym samym czasie zaczęły pojawiać się krwawienia z nosa. Laryngolog usunął polip i wysłał go do badania. Wynik był szokiem dla mnie i dla moich bliskich – okazało się, że to zmiana związana ze szpiczakiem.

## Leczenie w Lublinie

Pierwsze próby diagnostyki w Radomiu nie były łatwe. Trepanobiopsja się nie udała, dlatego po konsultacjach z rodziną trafiłem do Kliniki Hematologii w Lublinie. Tam zajęła się mną profesor Anna Dmoszyńska, a później doktor Jawniak, który prowadzi mnie do dziś. W Lublinie potwierdzono diagnozę i rozpoczęto leczenie.

Zostałem przygotowany do autologicznego przeszczepu komórek macierzystych. Pamiętam długie godziny pobierania komórek – krew krążyła przez specjalne urządzenie, które separowało komórki krwi. To był bardzo trudny moment. Ból w kościach był tak silny, że dostałem morfinę.

## Gdy leczenie było trudno dostępne

Dziś wielu pacjentów ma dostęp do nowoczesnych terapii, ale dwadzieścia lat temu

wyglądało to zupełnie inaczej. Niektóre leki były dostępne, ale nie były refundowane i ich ceny były bardzo wysokie. Ja brałem wtedy między innymi talidomid, który był nierefundowany, dlatego zdecydowałem się napisać pismo do ministra zdrowia z prośbą o refundację leczenia. Ostatecznie udało się uzyskać zgodę – dostałem sto tabletek leku i zapłaciłem za nie symbolicznie kilka złotych.

Dziś widzę, że sytuacja bardzo się zmieniła – dostęp do leczenia jest znacznie lepszy, a pacjenci mają więcej możliwości niż kiedyś.

### Najtrudniejszy moment

Sam przeszczep był ogromnym wyzwaniem, ale po nim pojawiły się powikłania – ciężka infekcja, która okazała się sepsą. Trafiłem do szpitala w bardzo złym stanie. Lekarze zareagowali natychmiast. Podali odpowiednie leczenie i już następnego dnia poczułem się znacznie lepiej. Do dziś mówię, że wtedy po prostu wróciłem do życia.

Od tamtej pory minęło już dwadzieścia lat. Choroba pozostaje w remisji. Komórki macierzyste, które wtedy pobrano na wypadek nawrotu i kolejnego przeszczepu, zostały zamrożone na wypadek nawrotu – jak dotąd nie były potrzebne.

### Powrót do normalnego życia

Leczenie nie było łatwe. Straciłem włosy, pojawiły się problemy z kośćmi i zębami. Najważniejsze jednak było to, że mogłem wrócić do domu i do swojego życia.

Dużą rolę w procesie zdrowienia odegrała moja rodzina. Żona opiekowała się mną przez cały okres leczenia, a trzy córki pomagały mi zdobywać informacje o chorobie.

Po okresie rekonwalescencji wróciłem do dawnej działalności i prowadzenia salonu fryzjerskiego z żoną. W najlepszym okresie pracowało tam piętnaście osób. Ja



Pan Marian Zieliński z najbliższymi

zajmowałem się organizacją i sprawami administracyjnymi, a żona prowadziła sprawy typowo związane z fryzjerstwem.

### Siła wspólnoty pacjentów

W czasie choroby bardzo ważne było dla mnie spotkanie innych pacjentów. Poznałem wiele osób z całej Polski, które przechodziły podobną drogę.

Szczególnie bliska była mi przyjaźń z Wiesławą Adamiec, która bardzo angażowała się w działania na rzecz pacjentów ze szpiczakiem. Dzięki takim ludziom powstała wspólnota, która do dziś się wspiera i dzieli doświadczeniami.

Staram się wciąż być częścią tego środowiska, bo chcę pokazać innym, że z tą chorobą można żyć długo.

### Dziś

Dziś żyję spokojniej, ale wciąż aktywnie. Mam troje dzieci i ośmioro wnuków. Spędzam dużo czasu w ogrodzie i na działce, a także odbieram wnuki ze szkoły.

Do Lublina jeżdżę już tylko na wizyty kontrolne – raz na rok albo dwa lata.

Często mówię innym pacjentom, że szpiczak nie musi być wyrokiem. Medycyna bardzo się rozwinęła, trzeba myśleć pozytywnie i nie tracić nadziei. Ja jestem tego najlepszym przykładem.

# Nawodnienie organizmu

## Co pić, kiedy i w jakich ilościach?



**Oliwia Kowalczyk-Pawłowska**

Dietetyk kliniczny, pracuje w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu, udziela porad pacjentom leczącym się na Oddziale Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku oraz w Poradni Hematologicznej

### Dlaczego nawodnienie jest jednym z filarów troski o zdrowie?

Nawodnienie warunkuje prawidłową pracę organizmu, a podczas leczenia odgrywa szczególnie ważną rolę. Każda komórka ludzkiego ciała składa się przede wszystkim z wody i potrzebuje jej do sprawnego funkcjonowania. Około 60% masy ciała człowieka stanowi woda, a jej objętość w organizmie zmienia się

w ciągu życia. Poprzez niższą ilość beztłuszczowej masy ciała u osób starszych woda występuje w ilości mniejszej, tj. ok. 50% masy ciała. Dzięki odpowiedniej ilości płynów krew dostarcza tlen i składniki odżywcze do tkanek, nerki skutecznie usuwają produkty przemiany materii i pozostałości leków, a organizm utrzymuje prawidłową temperaturę ciała oraz stabilne ciśnienie krwi.



Regularne dostarczanie płynów zmniejsza ryzyko zaparć, wspiera organizm w walce z osłabieniem, ogranicza bóle głowy oraz sprzyja prawidłowemu nawilżeniu błon śluzowych, co może zmniejszać podatność na infekcje. Odpowiednie nawodnienie pomaga utrzymać energię i lepsze samopoczucie w ciągu dnia.

Gdy dostarczasz organizmowi właściwą ilość płynów, wspierasz również kondycję skóry. Woda wzmacnia jej barierę ochronną, pomaga chronić organizm przed działaniem czynników chemicznych (środki czystości, środki dezynfekujące, czy drażniące kosmetyki), patogenów i stresorów środowiskowych. Odpowiednie nawodnienie pomaga utrzymać tzw. równowagę wodno-elektrolitową, czyli właściwe proporcje wody i minerałów w organizmie. Jest ona niezbędna do prawidłowej pracy serca, mięśni i układu nerwowego. Woda uczestniczy również w procesach, które wpływają na produkcję witaminy D i melaniny, czyli barwnika skóry.

### Jaką rolę woda odgrywa w organizmie?

Woda stanowi główny składnik organizmu i umożliwia zachodzenie procesów metabolicznych. Organizm potrzebuje jej do

życia tak samo jak tlenu i składników odżywczych. Woda rozpuszcza i transportuje substancje oraz produkty metabolizmu, czyli przemiany materii. Czynniki uczestniczą w reakcjach chemicznych zachodzących w organizmie.

W przewodzie pokarmowym woda wspiera trawienie – pomaga formować kęsy pokarmowe, ułatwia przesuwanie treści pokarmowej oraz wspomaga wchłanianie składników odżywczych. Organizm wykorzystuje ją do produkcji śliny i innych płynów ustrojowych, takich jak krew, limfa, płyn mózgowo-rdzeniowy, płyn stawowy czy płyn w gałkach ocznych. Dzięki niej ciało utrzymuje równowagę wewnętrzną, wszystkie narządy mogą sprawnie działać, a stawy się poruszać.

### Ile płynów dziennie należy spożywać?

Zapotrzebowanie na płyny zależy od masy ciała, aktywności fizycznej, diety, temperatury otoczenia i stanu zdrowia. Orientacyjne wartości w przypadku osób dorosłych wynoszą około 2 litry dziennie dla kobiet i 2,5 litra dla mężczyzn, wliczając wodę zawartą w żywności. Warzywa, owoce, zupy, mleko i produkty mleczne również dostarczają pewną ilość wody. Można także stosować

wać przelicznik 30–35 ml na kilogram masy ciała na dobę.

W czasie upałów, gdy chorujemy i występuje gorączka, wymioty, biegunka, a także podczas intensywnego wysiłku zapotrzebowanie na płyny rośnie. W takich sytuacjach należy zwiększyć ilość wypijanych płynów czasem nawet do 4–5 litrów dziennie w zależności od strat, o ile nie ma przeciwwskazań medycznych.

### Czy wystarczy pić tylko wtedy, gdy czujemy pragnienie?

Nie czekaj na uczucie pragnienia, jeśli chcesz utrzymać prawidłowe nawodnienie. Pij małe porcje wody i innych napojów regularnie przez cały dzień. Gdy odczuwasz silne pragnienie, organizm już sygnalizuje częściową utratę płynów.

Nie zawsze poczujesz pragnienie w momencie, gdy zapotrzebowanie na wodę rośnie – na przykład podczas intensywnego wysiłku fizycznego, w upale czy w suchym



klimacie. W takich sytuacjach świadomie zwiększ ilość wypijanych płynów.

Osoby starsze, osoby intensywnie pracujące i pracujące w wysokich temperaturach często słabiej odczuwają pragnienie, mimo że organizm nadal potrzebuje wody. Regularnie pij wodę, zanim otrzymasz niepokojący sygnał organizmu.

### Jak rozpoznać odwodnienie?

Najprostszym wskaźnikiem jest kolor moczu – jasnośłomkowy zwykle świadczy o dobrym nawodnieniu, a ciemnożółty sygnalizuje niedobór płynów.

Zwróć też uwagę na częstotliwość oddawania moczu – jeśli robisz to rzadko, organizm może oszczędzać wodę. Niedostateczne nawodnienie powoduje suchość w ustach, zmęczenie, bóle głowy, senność i trudności z koncentracją. Przy większych stratach płynów możesz odczuwać zawroty głowy, nudności, skurcze mięśni czy kołatanie serca.

Gdy pijesz za mało, skóra traci elastyczność, szybciej się przesusza i wolniej regeneruje. Długotrwałe odwodnienie przyspiesza jej starzenie i pogarsza procesy gojenia.

Utrata wody w ilości 3% całkowitej masy ciała prowadzi do spadków ciśnienia. Straty wody powyżej 5% prowadzą do problemów z koncentracją, zmniejszenia ilości moczu i przyspieszonej pracy serca. Natomiast 10% strat prowadzi nawet do zagrożenia życia. Odwodnienie zaburza równowagę elektrolitową, pogarsza pracę nerek, zwiększa ryzyko infekcji układu moczowego i może utrudniać kontrolę glikemii.

### Co najlepiej pić?

Najlepiej nawadniaj organizm wodą źródlaną lub mineralną niegazowaną. Pij ją w takiej temperaturze, jaka najbardziej Ci odpowiada – ciepłą, przegotowaną lub

schłodzoną. Jeśli chcesz urozmaicić smak, dodaj cytrynę, imbir, miętę albo ogórek. Możesz sięgać także po rozcieńczone, naturalne soki owocowo-warzywne, herbaty ziołowe i owocowe, mleczne napoje fermentowane, napoje roślinne, zupy warzywne, rosół czy bulion. W czasie biegunki, wymiotów lub osłabienia wykorzystaj doustne preparaty nawadniające dostępne w aptece bez recepty.

Zrezygnuj ze słodzonych napojów. Zawierają dużo cukru i sztucznych dodatków, a ich częste picie sprzyja przybieraniu na wadze, stłuszczeniu wątroby, insulinooporności oraz chorobom sercowo-naczyniowym.

Pij kawę z umiarem – ok.1 kubka dziennie. Nie sięgaj po nią na czczo i zachowaj minimum 1–2 godziny przerwy między piciem kawy, a przyjmowaniem leków czy pomiędzy spożywanym posiłkiem, ponieważ kofeina może nieznacznie ograniczać wchłanianie niektórych minerałów. Kawa w rozsądnych ilościach nie odwadnia i wlicza się do bilansu płynów, ale przy problemach żołądkowo-jelitowych może podrażniać przewód pokarmowy. W trakcie intensywnej chemioterapii rozważ czasowe odstawienie kawy i zastąpienie jej napojami bezkofeinowymi, np. kawą zbożową.

Herbatę pij w umiarkowanej ilości – około 1-2 razy dziennie. Ona również wspiera codzienne nawodnienie. Jednak pamiętaj, aby nie pić czarnej herbaty razem ze spożywanym posiłkiem i nie popijaj nią lekarstw, ze względu na zawartość kofeiny i garbników, które mogą utrudniać wchłanianie żelaza. Zachowaj 1–2 godziny odstępu od posiłku.

## Dlaczego nawodnienie jest tak ważne u pacjentów z nowotworami krwi?

Choroba i leczenie onkologiczne często zaburzą równowagę wodno-elektrolitową. Gdy spada poziom wody i elektrolitów pa-



## 3 mity na temat nawodnienia

### **Woda niegazowana jest lepsza niż woda gazowana**

Nie istnieje naukowy dowód, że woda niegazowana jest zdrowsza od gazowanej w standardowym, codziennym nawodnieniu. Oba rodzaje skutecznie nawadniają organizm i uzupełniają płyny. Wybór zależy głównie od indywidualnych preferencji i tolerancji układu pokarmowego, a nie od przewagi zdrowotnej.

### **Kawa i herbata odwadniają**

Podstawę nawodnienia powinna stanowić woda i napoje bezkofeinowe. Napoje zawierające kofeinę mają lekki efekt moczopędny, ale w normalnych ilościach nie powodują odwodnienia. Płyny pobierane w postaci kawy i herbaty wliczają się do dziennego bilansu wodnego, a regularne ich picie nie przeszkadza w utrzymaniu nawodnienia. W trakcie intensywnej chemioterapii warto ograniczyć kawę lub zrezygnować z niej całkowicie, ze względu na problematyczne skutki uboczne chemioterapii, np. nudności, zgagę, biegunki, bezsenność. Nadmiar kawy może być niekorzystny dla organizmu, np. wpływając na metabolizm leków.

### **Napoje sportowe są lepsze niż zwykła woda**

Napoje izotoniczne lub sportowe pomagają uzupełniać elektrolity i węglowodany, ale są potrzebne tylko przy długotrwałym, intensywnym wysiłku fizycznym lub w warunkach dużych strat płynów i potu. Na co dzień i podczas umiarkowanej aktywności fizycznej zwykła woda w pełni wystarcza i nie ma potrzeby sięgania po napoje sportowe. Poza tym napoje sportowe często zawierają cukier i niepotrzebne kalorie.



Nie czekaj na uczucie pragnienia, jeśli chcesz utrzymać prawidłowe nawodnienie. Pij małe porcje wody i innych napojów regularnie przez cały dzień. Gdy odczuwasz silne pragnienie, organizm już sygnalizuje częściową utratę płynów.

pacjent przede wszystkim szybciej odczuwa osłabienie, a mięśnie i serce pracują mniej wydajnie. Równowaga wodno-elektrolitowa oznacza odpowiednią ilość wody oraz soli mineralnych w organizmie – głównie sodu i potasu. Sód reguluje ilość wody w organizmie. Jego niedobór (np. przy biegunce, silnym poceniu się lub niektórych lekach) może powodować osłabienie, senność, a w ciężkich przypadkach nawet drgawki. Nadmiar sodu sprzyja zatrzymaniu wody i obrzękom. Potas odpowiada głównie za pracę serca i mięśni. Jego niedobór może powodować osłabienie, zaburzenia rytmu serca, zaparcia czy problemy z koncentracją. Nadmiar potasu również może być groźny, zwłaszcza przy chorobach nerek lub niektórych lekach. Zdrowy organizm zwykle sam utrzymuje właściwy poziom tych składników. Problemy pojawiają się przy chorobach, odwodnieniu lub nieprawidłowej diecie. Dlatego ważne jest odpowiednie nawodnienie i kontrola poziomu elektrolitów, zwłaszcza w czasie choroby.

Utrata wody może być zwiększona szczególnie poprzez stosowanie leków moczopędnych czy przeczyszczających, np. podczas przewlekłych zaparć.

Efektywne nawodnienie podczas wysokich strat organizmu można osiągnąć poprzez dostarczanie napojów hipotonicznych (woda) i izotonicznych (500 ml wody mineralnej, sok z cytryny, 30 g miodu, szczypta soli himalajskiej).

Odpowiednie nawodnienie utrzymuje prawidłową objętość i przepływ krwi, dzięki czemu organizm sprawniej transportuje tlen i składniki odżywcze do komórek.

Dbając o właściwą podaż płynów, zmniejsza się ryzyko odwodnienia i powikłań zakrzepowych, poprawia się odporność oraz łagodzi niepożądane działania leczenia, takie jak m.in. suchość błon śluzowych, nasilone zmęczenie, nudności czy wymioty. Pacjent szybciej wraca do sprawności i ma większą energię do codziennych czynności. Woda wspiera także pracę nerek i wątroby, które usuwają produkty rozpadu komórek nowotworowych oraz pozostałości leków cytostatycznych. Gdy organizm jest dobrze nawodniony, ryzyko nagromadzenia toksyn spada, co pozwala uniknąć poważniejszych powikłań, poprawia tolerancję terapii i innych leków stosowanych w trakcie terapii nowotworów krwi oraz chroni przed niepotrzebnymi przerwami leczenia.

### Jak poprawić codzienne nawyki związane z piciem płynów?

Najważniejsza zasada to regularność. Pij małe porcje wody przez cały dzień, zamiast dużych ilości naraz. Zacznij dzień od szklanki wody – w ten sposób od razu wprowadzisz zdrowy nawyk.

Trzymaj butelkę w zasięgu ręki, noś ją ze sobą na spacerach i planuj regularne łyki co 30–60 minut. Możesz wspomóc się alarmami w telefonie.

Urozmaicaj nawodnienie: pij wodę w różnych temperaturach, dodawaj cytrynę, imbir, miętę, ogórka czy owoce sezonowe. Dzięki temu picie wody stanie się przyjemniejsze i łatwiej utrzymasz odpowiedni poziom nawodnienia.

Wszelkie wątpliwości dotyczące nawodnienia warto skonsultować z lekarzem oraz dietetykiem klinicznym.

# Wszystko, co o morfologii krwi warto wiedzieć



## Dr n. med. Magdalena Olszewska-Szopa

Lekarz hematolog i specjalista chorób wewnętrznych z wieloletnim stażem. Pracuje w oddziale dziennym Kliniki Hematologii we Wrocławiu. Jest autorką wielu artykułów naukowych oraz poradników dla pacjentów.

Morfologia to jedno z podstawowych badań krwi, które wiele mówi o funkcjonowaniu organizmu. Dzięki niemu lekarz może sprawdzić ogólny stan zdrowia i wykryć różne problemy – od stanów zapalnych (na przykład infekcji), po niedobory witamin czy choroby krwi. Badanie jest szybkie i proste, a jednocześnie dostarcza wielu cennych informacji, które pozwalają reagować wcześniej – zanim pojawią się poważniejsze objawy.

Regularne wykonywanie morfologii to prosty sposób, żeby dbać o siebie i monitorować swoje zdrowie.

### Interpretacja wyników

Interpretacja wyników morfologii bywa trudna, ponieważ badanie zawiera wiele

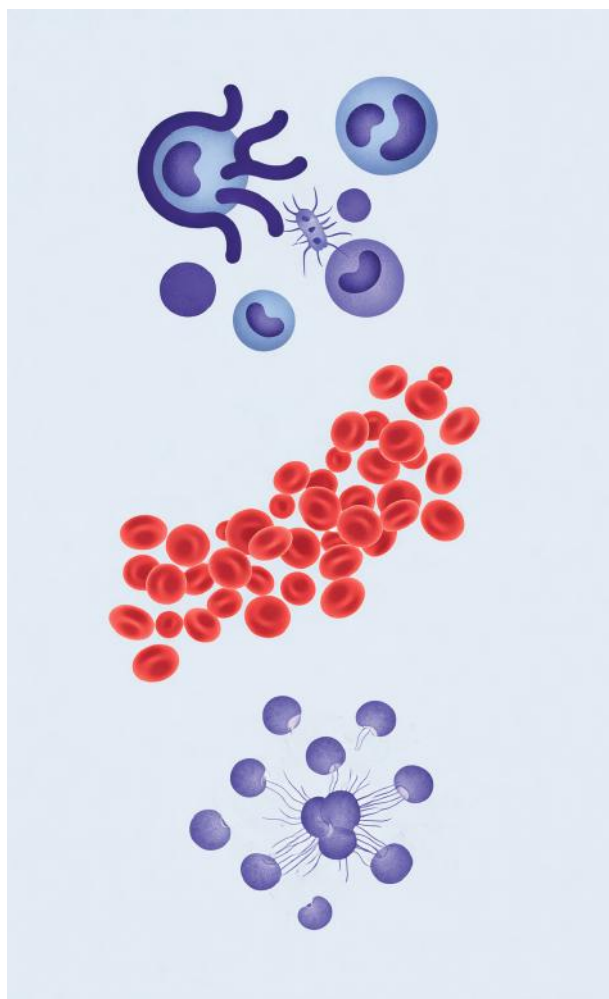
różnych parametrów. Dodatkowo w zależności od laboratorium wykonującego badanie w wynikach spotykamy różne nazwy i skróty dla tych samych krwinek, a także różną kolejność podawania parametrów – to wszystko może utrudniać czytanie wyników. W tym tekście podaję najczęściej spotykane nazwy i skróty, aby ułatwić zrozumienie wyników morfologii.

Nie zamieszczam norm dla wszystkich parametrów z następujących powodów: dla wielu elementów morfologii nie ma jednolitych norm – różne laboratoria stosują różne zakresy wartości prawidłowych, na przykład dolna granica normy dla granulocytów w jednym laboratorium może wynosić 2,5, w innym 1,8 lub  $1,5 \times 10^3/\mu\text{l}$ .

Normy odnoszą się do sytuacji „idealnej”, czyli dotyczą osób, które nie przyjmują

leków wpływających na produkcję krwinek. U pacjentów leczonych z powodu nowotworów (np. szpiczaka), zwłaszcza podczas chemioterapii lub immunoterapii, szpik kostny – czyli miejsce powstawania krwinek – często pracuje mniej wydajnie. Dlatego wyniki morfologii mogą odbiegać od norm i nie zawsze oznacza to coś groźnego.

Normy różnią się także w zależności od wieku i płci, ponieważ organizm kobiety, mężczyzny i dziecka funkcjonuje nieco inaczej. Na przykład niektóre wartości krwinek czy hemoglobiny mogą być naturalnie wyższe u mężczyzn niż u kobiet, a u dzieci i osób starszych zmienia się też liczba krwinek i ich skład.



Od góry: białe krwinki (leukocyty), czerwone krwinki (erytrocyty), płytki krwi (trombocyty); ilustracja wygenerowana przez AI Gemini.



Regularne wykonywanie morfologii to prosty sposób, żeby dbać o siebie i monitorować swoje zdrowie.

## Co ocenia morfologia?

Dzięki temu badaniu poznajemy liczbę i cechy białych krwinek, czerwonych krwinek, płytek krwi. Są to komórki krążące we krwi, dzięki którym organizm jest dotleniony i chroniony przed zakażeniami.

- **Białe krwinki – leukocyty (skrót: LEU, WBC).** „Żołnierze” układu odpornościowego – bronią organizm przed bakteriami, wirusami i innymi drobnoustrojami. Ważna jest nie tylko ich łączna liczba, ale także to, jakiego są rodzaju. Najczęściej lekarza najbardziej interesuje liczba granulocytów.
- **Granulocyty – neutrofile (skrót: NEU, NEUT, ANC).** Najważniejsze białe krwinki w walce z bakteriami. Ich liczba ma kluczowe znaczenie podczas chemioterapii i immunoterapii. To właśnie o granulocyty lekarz najczęściej pyta po kontrolnych badaniach krwi.
- **Limfocyty (skrót: LYM, LY).** Również odpowiadają za odporność, szczególnie w walce z wirusami. W trakcie leczenia przeciwnowotworowego ich liczba bardzo często bywa obniżona przez dłuższy czas.
- **Monocyty (skrót: MONO, MON).** Monocyty to największe krwinki białe. Czasem analizatory krwi mogą je pomylić z innymi komórkami, dlatego w razie wątpliwości lekarz może zlecić rozmaz mikroskopowy. Zbyt mała liczba monocytów zwykle nie jest groźna. Jeśli jednak jest ich zbyt dużo, warto przyjrzeć się temu bliżej, ponieważ może to sygnalizować infekcję lub inny problem zdrowotny.
- **Eozynofile (skrót: EO, EOS).** Biorą udział w reakcjach alergicznych i obro-



nie przed pasożytami, ale zbyt niska liczba eozynofili nie jest powodem do niepokoju. U pacjentów w trakcie leczenia przeciwnowotworowego bardzo rzadko występuje nadmiar tych komórek.

- **Bazofile (skrót: BASO).** Czasem są tak nieliczne, że w ogóle nie są wykrywane w morfologii, nie trzeba się wówczas niepokoić. Bardzo rzadko ich liczba przekracza górną granicę normy.
- **Niedojrzałe granulocyty (skrót: IG).** To bardzo młode krwinki. U zdrowych osób może ich być niewiele. Zwiększona liczba wymaga oceny przez lekarza.
- **Czerwone krwinki – erytrocyty (skrót: RBC).** „Kurierzy tlenu” – przenoszą tlen z płuc do wszystkich narządów i tkanek. Zbierają także dwutlenek węgla i transportują go z powrotem do płuc, skąd jest usuwany z organizmu. Swoją funkcję zawdzięczają hemoglobinie, która nadaje im też czerwony kolor.
- **Hemoglobina (skrót: Hb, Hgb).** Białko znajdujące się w czerwonych krwinkach. Odpowiada za transport tlenu i dwutlenku węgla.
- **Średnia objętość krwinki (skrót: MCV).** Określa wielkość czerwonych krwi-

nek. Przy niedoborze żelaza krwinki są zwykle mniejsze. Natomiast zbyt duże krwinki mogą mieć różne przyczyny i taka sytuacja często wymaga dodatkowych badań.

- **Hematokryt (skrót: Hct).** Określa procentowy udział czerwonych krwinek we krwi. Potocznie bywa nazywany „gęstością krwi”.
- **Płytki krwi – trombocyty (skrót: PLT).** Odpowiadają za zapobieganie krwawieniom. Gdy dojdzie do skaleczenia płytki „zatykają” uszkodzone naczynie krwionośne, współpracując z czynnikami krzepnięcia. Pomagają także w gojeniu ran.

**Rozmaz krwi – co to znaczy i do czego służy?**

Rozmaz automatyczny (komputerowy, maszynowy) wykonuje laboratoryjny analizator, który rozpoznaje poszczególne grupy białych krwinek i oblicza ich ilość oraz procentowy udział wśród leukocytów. Najczęściej stosowany rozmaz 5 DIFF podaje informacje na temat następujących pięciu grup białych krwinek:

- granulocyty,
- limfocyty,

- monocyty,
- eozynofile,
- bazofile.

W wynikach te same parametry często są podawane: w procentach (%) oraz jako wartości bezwzględne ( $\times 10^3/\mu\text{l}$ ), czasem oznaczone symbolem #.

Najważniejsze są wartości bezwzględne. Wartości procentowe mogą być mylące i nie należy się nimi martwić, jeśli wartości bezwzględne są prawidłowe lub zbliżone do normy.

### Rozmaz mikroskopowy (manualny)

Jest to dodatkowe badanie, w którym krew pod mikroskopem ocenia diagnosta laboratoryjny, a nie komputer. Rozmaz ręczny, wykonywany pod mikroskopem przez diagnostę laboratoryjnego, pozwala dokładnie zobaczyć komórki oraz ocenić ich kształt, wielkość i budowę. Dzięki temu lekarz może postawić bardziej pewną diagnozę i wykryć nieprawidłowości, które komputer może przeoczyć.

Analizując próbkę, diagnosta sprawdza, czy nie ma nieprawidłowych białych krwinek, ocenia wygląd czerwonych krwinek, a także ocenia wygląd i liczbę płytek krwi.

Rozmaz mikroskopowy wykonuje się najczęściej, gdy automatyczna morfologia wykazuje nieprawidłowe komórki, analizator nie potrafi jednoznacznie rozpoznać krwinek, w morfologii jest dużo monocytów lub niedojrzałych granulocytów.

Morfologia krwi to jedno z najprostszych badań, które dostarcza lekarzowi wielu informacji o stanie zdrowia. Jej wyniki zawsze należy interpretować w kontekście choroby, stosowanego leczenia i innych badań. Warto także przynieść na wizytę wcześniejsze wyniki morfologii – szczególnie podczas pierwszej konsultacji – ponieważ najwięcej o zdrowiu mówi nie pojedynczy wynik, lecz jego zmiany w czasie.



### Jak się przygotować do badania krwi?

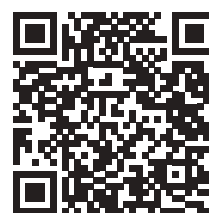
Warto pamiętać o kilku prostych zasadach, dzięki którym wynik morfologii będzie jak najbardziej wiarygodny:

- Najlepiej wykonać badanie rano i na czczo – czyli po około 8–12 godzinach od ostatniego posiłku.
- Przed badaniem powinno się wypić co najmniej szklankę wody, ale należy unikać kawy, herbaty czy słodkich napojów.
- Dzień wcześniej unikaj intensywnego wysiłku fizycznego i alkoholu, ponieważ mogą one wpływać na niektóre parametry krwi.
- Jeśli przyjmujesz leki, nie odstawiaj ich samodzielnie – zapytaj lekarza, czy należy je przyjąć przed badaniem.

Warto też pamiętać, że na wyniki morfologii mogą wpływać różne czynniki, takie jak infekcja, stres czy stosowane leczenie. Dlatego zawsze należy omawiać je z lekarzem.



Zeskanuj kody QR i dowiedz się więcej na temat morfologii krwi i obejrzyj porady jak się przygotować do badania krwi.



# Choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi

## Jak ją rozpoznać i jak z nią żyć po transplantacji?



**Dr hab. n. med. Agnieszka Piekarska**

Specjalista chorób wewnętrznych, hematolog i transplantolog kliniczny. Adiunkt w Katedrze i Klinice Hematologii i Transplantologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Zajmuje się diagnostyką i leczeniem chorób układu krwiotwórczego.

**Przeszczepienie komórek krwiotwórczych może uratować życie, ale wiąże się także z ryzykiem powikłań. Jednym z najczęstszych jest choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi (GVHD). O tym, dlaczego powstaje, jakie daje objawy, jak wygląda leczenie oraz jak pacjenci mogą dbać o siebie po transplantacji, rozmawiamy z dr hab. n. med. Agnieszką Piekarską.**

Co to jest GVHD, czyli choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi?

GVHD to powikłanie, które w przypadku pacjentów hematologicznych może się pojawić po przeszczepieniu allogenicznych komórek krwiotwórczych, czyli takich, które pochodzą od dawcy. W trakcie tej procedury zastępujemy układ krwiotwórczy pacjenta układem dawcy. Oznacza to, że wraz z komórkami krwiotwórczymi przeszczepiamy także komórki układu odpornościowego dawcy. Te komórki mogą rozpoznać tkanki pacjenta jako obce i reagować przeciwko nim. W praktyce oznacza to, że przeszczepiony układ odpornościowy zaczyna atakować narządy biorcy.

Czy pacjenci są w jakiś sposób zabezpieczani przed tym powikłaniem?

Tak, jednym z elementów procedury przeszczepienia jest leczenie immunosupresyjne, które ma zapobiec chorobie GVHD lub ją znacząco ograniczyć. Także po przeszczepieniu i wypisaniu pacjenta ze szpitala podtrzymujemy leczenie immunosupresyjne. Musimy pamiętać, że w transplantologii zawsze staramy się utrzymać równowagę między dwoma zjawiskami. Z jednej strony mamy tę niepożądaną reakcję przeszczep przeciwko gospodarzowi, czyli właśnie GVHD, a z drugiej reakcję przeszczep przeciwko nowotworowi, która jest bardzo korzystna dla pacjentów hematoonkologicznych, ponieważ komórki dawcy rozpoznają i niszczą komórki nowotworowe. Dlatego od około setnej doby po przeszczepieniu stopniowo odstawiamy leczenie immunosupresyjne, żeby przeszczepione komórki układu odpornościowego pochodzące od dawcy mogły zacząć działać i zwalczać nowotwór. Sukces transplantacji w hematoonkologii polega na znalezieniu równowagi między tymi dwoma zjawiskami.

Czym różni się ostra i przewlekła postać GVHD?

Ostra postać pojawia się zwykle w ciągu pierwszych trzech miesięcy po transplantacji. Najczęściej dotyczy skóry, przewodu pokarmowego lub wątroby. Natomiast przewlekła postać GVHD rozwija się później, około trzeciego miesiąca po transplantacji, i ma bardziej złożony charakter. Przypomina choroby autoimmunologiczne i może obejmować wiele narządów – m.in. skórę, oczy, jamę ustną, płuca, wątrobę czy stawy. W jej powstawaniu dużą rolę odgrywają zaburzenia tolerancji immunologicznej. Ta postać choroby GVHD dotyka około 40%–60% pacjentów.

## Objawy alarmowe GVHD

- ostra biegunka
- wysypka lub zaczerwienienie skóry
- zażółcenie skóry lub oczu
- silna suchość oczu lub jamy ustnej
- duszność niezwiązana z infekcją
- sztywność skóry i stawów lub ograniczenie ruchomości
- owrzodzenia w jamie ustnej lub inne zmiany na śluzówkach
- brak apetytu i niezmiernie chudnięcie
- u kobiet: dyskomfort w pochwie przy współżyciu
- u mężczyzn: zmiany ogniskowe na prąciu

Jakie objawy powinny zaniepokoić pacjenta po przeszczepieniu?

W pierwszych miesiącach po transplantacji alarmującym objawem jest biegunka, zwłaszcza jeśli ma krwawe zabarwienie. Nie wolno także ignorować uporczywych wymiotów, braku apetytu i chudnięcia, a także wysypki rumieniowo-grudkowej na skórze, piekącego bólu wnętrza dłoni i podeszw stóp, oraz zażółcenia skóry lub oczu. Natomiast postać przewlekła pojawia się później i może się bardzo rozmaicie objawiać – pacjenci powinni zwrócić uwagę m.in. na stwardnienia skóry, suchość oczu i jamy ustnej, duszność niezwiązaną z infekcją czy ograniczenie ruchomości stawów. Zdarza się wielonarządowa postać choroby GVHD, gdzie atakowanych jest wiele tkanek i narządów. Niepokój powinny też wzbudzić przebarwienia lub owrzodzenia skóry, zmiany powodujące zanik owłosienia i utratę pocenia się skóry. Przy zajęciu stawów i powięzi obserwujemy tzw. objaw Buddy ze względu na ograniczoną



ruchomość stawów. Zmiany mogą wystąpić też na śluzówce – owrzodzenie oraz zmiany w oku – suchość, podrażnienie czy fotofobia. Deformacji mogą ulec także paznokcie.

Jak wygląda leczenie choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi?

Podstawą leczenia, szczególnie w ostrych postaciach GVHD, są sterydy. Jeżeli choroba nie reaguje na leczenie lub objawy powracają podczas zmniejszania dawki sterydów, mówimy o, odpowiednio, sterydooporności lub sterydozależności. W takich sytuacjach stosuje się leczenie drugiej linii, np. ruksolitynib, a w wielu ośrodkach także fotoferezę pozaustrojową – metodę immunomodulacji, która pozwala regulować działanie układu odpornościowego. W leczeniu kolejnej linii postaci przewlekłej bardzo skutecznym lekiem jest belumosudil, który w Polsce na razie dostępny jest w badaniach klinicznych lub w ramach tzw. *compassionate use*, ale od momentu rejestracji w Europie będzie zapewne możliwość dostępu przez RDTL. Stosujemy także miejscowe leczenie immunosupresyjne na zmiany w niektórych narządach, takich jak np. skóra, śluzówka, czy oczy.

Jak pacjent może sam sobie pomóc, aby lepiej żyć mimo GVHD?

Bardzo ważna jest odpowiednia dieta, pielęgnacja skóry, oczu i śluzówek oraz aktywność fizyczna dostosowana do możliwości pacjenta. Specjalna dieta jest konieczna w przypadku zajęcia przewodu pokarmowego, jamy ustnej i wątroby oraz przy powikłaniach metabolicznych (cukrzyca, hiperlipidemia). Należy ograniczyć spożycie błonnika i produktów mlecznych. Alternatywą dla mleka krowiego są szeroko dostępne produkty pochodzenia roślinnego. W wielu sytuacjach zaleca się dietę bogatobiałkową, czyli bardzo odżywczą, oraz unikanie wysoko przetworzonej żywności. Zaleca się unikanie produktów drażniących śluzówkę jamy ustnej, a przy zajęciu wątroby potraw tłustych i ciężkostrawnych. Duże znaczenie ma również prawidłowy poziom witaminy D3 i kwasy omega-3, które wykazują korzystny wpływ na regulację układu odpornościowego.

Czy pacjenci powinni stosować szczególne zabiegi pielęgnacyjne?

Jest to konieczne, jeśli choroba zaatakuje skórę, jamę ustną, oczy czy narządy płciowe. Należy wówczas dbać o nawilżenie



Zawsze staramy się utrzymać równowagę między dwoma zjawiskami. Z jednej strony mamy niepożądaną reakcję przeszczep przeciwko gospodarzowi, a z drugiej reakcję przeszczep przeciwko nowotworowi, która jest bardzo korzystna, ponieważ komórki dawcy rozpoznają i niszczą komórki nowotworowe.



skóry i stosować dermokosmetyki do skóry atopowej. Jamę ustną można płukać specjalnymi preparatami nawilżającymi, a także stosować tzw. sztuczną ślinę. Podobnie w przypadku oczu: dbamy o nawilżenie za pomocą odpowiednich kropli, stosujemy ciepłe kompresy lub soczewki ochronne. Pacjentki w celu nawilżenia pochwy mogą stosować globulki lub kremy z kwasem hialuronowym.

Na odpowiednio nawilżoną skórę i słuźówkę stosujemy preparaty ze sterydem, a na twarz specjalne preparaty z takrolimusem. Należy pamiętać też o ochronie przed słońcem.

Czy aktywny styl życia może wpływać na przebieg choroby?

Tak – i to w dużym stopniu. Regularna aktywność fizyczna poprawia sprawność, samopoczucie i wspiera funkcjonowanie układu odpornościowego. U części pacjentów konieczna jest również rehabilitacja lub wsparcie fizjoterapeuty, szczególnie gdy choroba powoduje ograniczenie ruchomości stawów. Przy zajętej skórze zalecam ćwiczenia zwiększające zakres ruchu i masowanie skóry – na przykład przy wcieraniu preparatu nawilżającego i sterydowego. Bardzo ważna jest rehabilitacja układu oddechowego u pacjentów, u których choroba zaatakowała płuca. Zalecane są ćwiczenia oddechowe i wzmacniające mięśnie odde-

chowe. Przykłady takich ćwiczeń można zobaczyć w internecie lub skorzystać z pomocy fizjoterapeuty, żeby je dobrze wykonywać.

Na co pacjenci powinni szczególnie uważać? Przede wszystkim powinni unikać czynników zaostrzających chorobę GVHD. Jednym z nich są infekcje, dlatego pacjenci i ich bliscy powinni się szczepić, należy często myć ręce, stosować maseczki ochronne, unikać zatłoczonych miejsc, czyli przestrzegać tych samych zaleceń, co podczas pandemii COVID-19. Należy pamiętać o przestrzeganiu diety, unikać mleka i węglowodanów, myć warzywa i owoce, a także nie spożywać surowych ryb i mięsa. Pilnować zdrowej wagi, ponieważ nadwaga ma bardzo poważne konsekwencje dla osób zagrożonych chorobą GVHD. Ale przede wszystkim pacjenci powinni przestrzegać zaleceń lekarskich i pielęgnarskich.

Czy choroba GVHD może nawracać?

Tak, zwłaszcza w okresie redukcji lub odstawiania leczenia immunosupresyjnego. Dlatego pacjenci powinni uważnie obserwować swój organizm i zgłaszać lekarzowi wszelkie objawy. Ryzyko nawrotu mogą zwiększać także infekcje, które pobudzają układ odpornościowy i nasilają reakcję zapalną. Pacjent, który miał ostrą postać choroby GVHD, jest bardziej narażony na

postać przewlekłą, dlatego powinien się bacznie obserwować pod kątem objawów. Jeśli dawca choruje autoimmunologicznie (np. chorobę Hashimoto tarczycy), to biorca także jest bardziej zagrożony. Znaczenie ma także zaawansowany wiek dawcy i pacjenta.

Czy GVHD może pozostawić trwałe skutki? Niestety tak. U części pacjentów mogą utrzymywać się zmiany włókniste w tkankach, łysienie plackowate, ograniczenie ruchomości stawów, zaburzenia pigmentacji skóry czy suchość oczu i śluzówek. Pacjenci są też znacznie bardziej narażeni na infekcje, na wystąpienie wtórnych nowotworów i chorób sercowo-naczyniowych. Naszym celem jest jednak takie prowadzenie terapii, aby pacjent żył bez choroby nowotworowej i z możliwie najlepszą jakością życia.



### Jak dbać o siebie po przeszczepie

- dbaj o zbilansowaną dietę bogatą w białko
- ogranicz mleko krowie i nadmiar cukrów prostych
- ogranicz żywność wysoko przetworzoną
- regularnie się ruszaj i pamiętaj o aktywności fizycznej
- stosuj preparaty nawilżające do skóry i, w razie potrzeby, do oczu i śluzówek
- chroń się przed infekcjami
- stosuj szczepienia ochronne i namawiaj do szczepień osoby w swoim otoczeniu
- zgłaszaj lekarzowi nowe objawy
- unikaj ekspozycji na słońce



# Hematologia w centrum uwagi parlamentarzystów

Potrzeby pacjentów hematologicznych oraz kierunki rozwoju opieki hematologicznej w Polsce były tematem połączonego posiedzenia Parlamentarnego Zespołu ds. Badań Naukowych i Innowacji w Ochronie Zdrowia oraz spotkania poświęconego sytuacji w hematologii. W wydarzeniu wzięli udział przedstawiciele środowiska lekarskiego, organizacji pacjenckich oraz Ministerstwa Zdrowia.

Spotkanie było okazją do przedstawienia najważniejszych wyzwań stojących dziś przed polską hematologią – zarówno organizacyjnych, jak i systemowych.

Wśród kluczowych postulatów znalazło się uruchomienie Krajowej Sieci Hematologicznej, która ma uporządkować organizację opieki nad pacjentami z chorobami krwi.

## Krajowa Sieć Hematologiczna – nowy model opieki

Założenia pilotażu Krajowej Sieci Hematologicznej przedstawiła prof. Ewa Lech-Marańda, konsultant krajowa w dziedzinie hematologii.

Jak podkreślono podczas prezentacji, zapotrzebowanie na świadczenia hematologiczne w Polsce systematycznie rośnie. Wynika to m.in. ze wzrostu liczby zacho-

rowań na nowotwory krwi oraz dynamicznego rozwoju metod diagnostycznych i terapeutycznych, które pozwalają pacjentom żyć coraz dłużej z chorobą.

Jednocześnie system opieki hematologicznej mierzy się z licznymi wyzwaniami – między innymi z różnym poziomem dostępności diagnostyki i leczenia w poszczególnych ośrodkach oraz brakiem jednolitych standardów postępowania.

## Trzy poziomy opieki

Proponowany model Krajowej Sieci Hematologicznej zakłada współpracę ośrodków na trzech poziomach referencyjności:

1. poziom podstawowy – głównie opieka ambulatoryjna i podstawowa diagnostyka,
2. poziom specjalistyczny – pełna diagnostyka i leczenie wybranych nowotworów hematologicznych,
3. poziom wysokospecjalistyczny – kompleksowe leczenie wszystkich nowotworów krwi, w tym procedury najbardziej zaawansowane, np. przeszczepienia komórek krwiotwórczych.

Taki model ma umożliwić lepsze wykorzystanie potencjału ośrodków oraz kierowa-



Uczestnicy posiedzenia Zespołu parlamentarnego ds Hematoonkologii.

nie pacjentów do placówek najlepiej przygotowanych do leczenia danego typu choroby.

### Co to oznacza dla pacjentów

Celem pilotażu Krajowej Sieci Hematologicznej jest przede wszystkim poprawa dostępności do diagnostyki i leczenia nowotworów krwi. W praktyce ma to oznaczać m.in.: szybszą diagnostykę, lepszą koordynację opieki między ośrodkami, wprowadzenie jednolitych standardów leczenia, monitorowanie jakości diagnostyki i terapii.

W dłuższej perspektywie ma to przełożyć się na wcześniejsze wykrywanie chorób, skuteczniejsze leczenie oraz wydłużenie życia pacjentów.

### Wspólne działania na rzecz pacjentów

Posiedzenie pokazało, że poprawa opieki hematologicznej wymaga współpracy wielu środowisk – lekarzy, organizacji pacjenczkich, ekspertów systemowych oraz administracji publicznej. Naszym zadaniem jest podtrzymywać ten dialog i nagłaśniać problemy i wyzwania, z którymi – jako pacjenci – borykamy się na co dzień.



## Parlamentarny Zespół ds. Hematoonkologii

Zespół stanowi forum współpracy parlamentarzystów, ekspertów medycznych oraz organizacji pacjenczkich, którego celem jest poprawa opieki nad pacjentami z nowotworami krwi w Polsce. Zespół zajmuje się analizą wyzwań systemowych w hematologii oraz wypracowywaniem rozwiązań legislacyjnych i organizacyjnych wspierających rozwój diagnostyki i leczenia chorób hematoonkologicznych.

Zespół powstał 26.09.2024 z inicjatywy organizacji Stowarzyszenie Kierunek Zdrowie. Przewodniczącym zespołu jest poseł Marcin Skonieczka.

Więcej informacji o pracach Zespołu

Nagranie obrad Zespołu



# Najczęstsze pytania o orzeczenie o niepełnosprawności



Adw. Izabela Celeban

Prowadzi działalność w Szczecinie, współpracuje z organizacjami NGO zajmującymi się ochroną zdrowia.

1. Czy nowotwór krwi oznacza automatycznie orzeczenie o niepełnosprawności?

Nie. Sama diagnoza nie przesądza o przyznaniu stopnia niepełnosprawności. Komisja lekarska analizująca wnioski pacjenta bierze pod uwagę przede wszystkim to, jak choroba wpływa na jego codzienne funkcjonowanie i zdolność do pracy oraz skutki leczenia.

2. Czy w trakcie leczenia onkologicznego można ubiegać się o orzeczenie?

O wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności można ubiegać się na każdym etapie leczenia, a także po leczeniu. Podstawą do uzyskania takiego orzeczenia jest to, jak pacjent funkcjonuje w danej chorobie, a przede wszystkim jak funkcjonuje w życiu społecznym, zawodowym i osobistym,

czy wymaga pomocy ze strony innej osoby w tych kwestiach. Intensywne leczenie, np. chemioterapia czy przeszczepienie szpiku, może znacząco ograniczać sprawność zarówno fizyczną, jak i psychiczną oraz możliwość pracy, a tym samym jest podstawą do ubiegania się o stopień niepełnosprawności.

3. Jaki stopień niepełnosprawności mogą otrzymać pacjenci hematoonkologiczni?

Może to być stopień lekki, umiarkowany lub znaczny. Zależy to od stanu zdrowia pacjenta, przebiegu choroby, powikłań oraz tego, jak bardzo choroba ogranicza codzienne funkcjonowanie.

4. Jakie dokumenty należy przygotować?

Najważniejsza jest aktualna dokumentacja medyczna: zaświadczenie od lekarza prowa-



## Orzeczenie o niepełnosprawności – procedura w 5 krokach

dzącego o aktualnym stanie zdrowia (może je też wypełnić lekarz POZ, który zna w całości stan zdrowia danego pacjenta), którego druk znajduje się przy wniosku, a także dokumentacja dotycząca diagnozy, wypisy ze szpitala, wyniki badań, informacje o stosowanym leczeniu i jego skutkach ubocznych, zaświadczenia od każdego specjalisty pod którego opieką pozostaje pacjent. Generalnie trzeba niestety kierować się zasadą „lepiej więcej niż mniej”.

**5. Czy orzeczenie jest wydawane na stałe?**  
Niekoniecznie. W wielu chorobach hematologicznych orzeczenie przyznawane jest na określony czas, np. na okres leczenia lub rekonwalescencji. Po upływie tego czasu można ponownie złożyć wniosek.

**6. Jakie uprawnienia daje orzeczenie o niepełnosprawności?**

W zależności od przyznanego stopnia niepełnosprawności może ono umożliwić m.in. korzystanie z ulg podatkowych, dodatkowych uprawnień pracowniczych, wsparcia z systemu pomocy społecznej, różne formy wsparcia z PFRON, m.in. dofinansowanie do rehabilitacji i sprzętu rehabilitacyjnego, remontu lokalu celem przystosowania do potrzeb osoby niepełnosprawnej, uzyskanie karty parkingowej i wiele innych. Zakres uzyskania pomocy jest bardzo szeroki.

**7. Czy można odwołać się od decyzji komisji?**  
Tak. Jeśli pacjent nie zgadza się z decyzją powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności, może złożyć odwołanie do wojewódzkiego zespołu.

### 1. Złóż wniosek

Wniosek o wydanie orzeczenia składa się w Powiatowym Zespole do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności właściwym dla miejsca zamieszkania.

### 2. Dołącz dokumenty medyczne

Do wniosku należy dołączyć zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia (lekarz wypełnia zaświadczenie znajdujące się we wniosku, jest ważne 30 dni) oraz istotną dokumentację medyczną, np. wypisy ze szpitala, wyniki badań, zaświadczenia czy opisy leczenia.

### 3. Poczekaj na wezwanie na komisję

Po analizie dokumentów zespół wyznacza termin posiedzenia komisji lekarskiej, podczas którego oceniany jest stan zdrowia i wpływ choroby na codzienne funkcjonowanie.

### 4. Komisja wydaje orzeczenie

Po posiedzeniu komisji wydawane jest orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (lekki, umiarkowany lub znaczny) oraz ewentualne wskazania, np. dotyczące pracy, konieczności wsparcia osoby trzeciej w funkcjonowaniu czy pomocy państwa, rehabilitacji, karty parkingowej.

### 5. Możesz się odwołać

Jeśli pacjent nie zgadza się z decyzją, może odwołać się w ciągu 14 dni do wojewódzkiego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności. Od orzeczenia wojewódzkiego zespołu przysługuje odwołanie do Sądu, które należy złożyć w terminie 30 dni od otrzymania decyzji.



## Jakie uprawnienia daje orzeczenie o niepełnosprawności?

Orzeczenie o niepełnosprawności może otworzyć dostęp do różnych form wsparcia. Zakres uprawnień zależy od stopnia niepełnosprawności oraz indywidualnych wskazań zawartych w orzeczeniu.

### 1. Uprawnienia pracownicze

Osoby z umiarkowanym lub znacznym stopniem niepełnosprawności mają m.in.:

1. krótszy czas pracy (7 godzin dziennie, 35 godzin tygodniowo),
2. dodatkową 15-minutową przerwę w pracy,
3. dodatkowy urlop wypoczynkowy – 10 dni rocznie (po przepracowaniu roku od uzyskania orzeczenia).
4. prawo do zwolnienia od pracy z zachowaniem prawa do wynagrodzenia:
  - w wymiarze do 21 dni roboczych w celu uczestniczenia w turnusie rehabilitacyjnym, nie częściej niż raz w roku, z zastrzeżeniem przepisów art. 10f ust. 1 pkt 2 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
  - w celu wykonania badań specjalistycznych, zabiegów leczniczych lub usprawniających, a także w celu uzy-

skania zaopatrzenia ortopedycznego lub jego naprawy, jeżeli czynności te nie mogą być wykonane poza godzinami pracy.

Osoby prowadzące działalność mogą ubiegać się o dofinansowanie składek na ubezpieczenie społeczne oraz skorzystać z ulgi obniżającej składkę zdrowotną do wysokości zaliczki na podatek dochodowy (Art. 82 ust. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.).

### 2. Ulgi podatkowe

Orzeczenie umożliwia korzystanie z ulgi rehabilitacyjnej w rozliczeniu PIT, np. w przypadku wydatków na leki, rehabilitację czy sprzęt pomocniczy.

### 3. Wsparcie finansowe

Osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności mogą ubiegać się o różne formy wsparcia finansowego. Na przykład dofinansowanie do turnusów rehabilitacyjnych, pomoc w zakupie sprzętu rehabilitacyjnego lub ortopedycznego, dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych lub technicznych, zasiłki stałe, okresowe, celowe.

O szczegóły najlepiej pytać w lokalnej placówce MOPS.

#### 4. Karta parkingowa

W niektórych przypadkach (gdzie w orzeczeniu znajduje się odpowiednie wskazanie) można uzyskać kartę parkingową, która pozwala korzystać z miejsc parkingowych dla osób z niepełnosprawnościami.

#### 5. Osoby posiadające znaczny stopień niepełnosprawności

Prawo do korzystania poza kolejnością z wizyt w przychodni POZ, pobytu w szpitalach, zakładach opiekuńczo-leczniczych, hospicjach, wizyt u lekarzy specjalistów, świadczeń rehabilitacji leczniczej (bez limitu), zakupów w aptece. Jeśli wizyta nie jest możliwa w dniu zgłoszenia powinna zostać wyznaczona w najbliższym możliwym terminie, poza listą innych oczekujących, w poradniach lekarzy specjalistów nie powinno być to później niż 7 dni roboczych od zgłoszenia. Osoby takie nie muszą mieć skierowania, by skorzystać z wizyty u lekarza specjalisty. Wyjątkiem są badania diagnostyczne (USG, tomografia komputerowa i inne) oraz rehabilitacja lecznicza.



### Co powiedzieć komisji orzekającej? 4 rzeczy, o których pacjenci zapominają

1. Opisz wpływ choroby na życie codzienne  
Lekarza w komisji interesuje przede wszystkim funkcjonowanie na co dzień. Warto powiedzieć o przewlekłym zmęczeniu, częstych infekcjach, ograniczonej wydolności czy problemach z wykonywaniem codziennych czynności, a także o stanie fizycznym i psychicznym.

2. Powiedz o skutkach leczenia  
Pamiętaj o działaniach niepożądanych, takich jak osłabienie, neuropatia, problemy z koncentracją, obniżona odporność.

3. Wspomnij o ograniczeniach w pracy  
Komisja ocenia także zdolność do pracy zawodowej. Warto wyjaśnić, czy choroba lub leczenie powodują np. częste wizyty w szpitalu, długie zwolnienia lekarskie, trudności z pracą fizyczną, narażenie na infekcje w pracy z klientem, problemy z koncentracją w pracy wymagającej dużego wysiłku umysłowego.

4. Pokaż pełną dokumentację medyczną  
Pamiętaj o najnowszych wynikach badań czy wypisach ze szpitala.

#### Gdzie szukać informacji

Orzeczenie o niepełnosprawności – procedura: [www.gov.pl/web/gov/uzyskaj-orzeczenie-o-stopniu-niepelnosprawnosci](http://www.gov.pl/web/gov/uzyskaj-orzeczenie-o-stopniu-niepelnosprawnosci)

Baza wiedzy oraz najczęściej zadawane pytania nt. procedury i odwołań: [www.niepelnosprawni.gov.pl/baza-wiedzy/](http://www.niepelnosprawni.gov.pl/baza-wiedzy/)

Prawa i uprawnienia osób z niepełnosprawnościami: [www.niepelnosprawni.gov.pl](http://www.niepelnosprawni.gov.pl)

Dofinansowanie, programy wsparcia, świadczenia: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) oraz [www.zus.pl](http://www.zus.pl)

Informacje dotyczące zatrudnienia oraz wsparcia na rynku pracy: [www.psz.praca.gov.pl/dla-bezrobotnych-i-poszukujacych-pracy/dla-niepelnosprawnych](http://www.psz.praca.gov.pl/dla-bezrobotnych-i-poszukujacych-pracy/dla-niepelnosprawnych)

Formularze wniosków można znaleźć m.in. na stronach powiatowych zespołów ds. orzekania o niepełnosprawności.

## Co słysząc w Fundacji Carita?

**GRUDZIEŃ 2025** IV Europejskie Forum Pacjentów Hematoonkologicznych zorganizowane we współpracy z International Myeloma Foundation. Gościliśmy światowej klasy ekspertów i świętowaliśmy 15 rocznicę działalności Fundacji.

**STYCZEŃ** Udział w konferencji AMBeR Baltic Cancer Care poświęconej innowacyjnym trendom w opiece onkologicznej.

**LUTY** Wzięliśmy udział w posiedzeniu Parlamentarnego Zespołu ds. Hematoonkologii.

**LUTY** Otrzymaliśmy nagrodę XX Forum Organizacji Pacjentów.

**LUTY** Wzięliśmy udział w konferencji Current & Future Perspectives of MM Treatment.

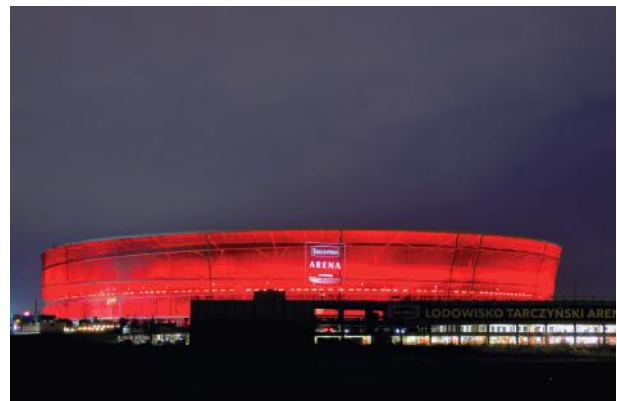
**MARZEC** Z okazji Miesiąca Świadomości Szpiczaka wydaliśmy raport „Potrzeby i oczekiwania pacjentów z nawrotem szpiczaka” oraz uczestniczyliśmy w konferencji prasowej w PAP.

Dołączyliśmy też do globalnej akcji International Myeloma Foundation i podświetliliśmy na czerwono Pałac Kultury i Nauki, stadion miejski we Wrocławiu oraz pomnik na Placu Wolności w Poznaniu.

To wszystko możliwe było dzięki współpracy ze środowiskiem medycznym, ekspertami, organizacjami pacjenckimi oraz przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia.

Zdjęcia od góry

- 1) Europejskie Forum Pacjentów Hematoonkologicznych, Warszawa
- 2) Łukasz Rokicki z nagrodą XX Forum Organizacji Pacjentów
- 3) Konferencja w Polskiej Agencji Prasowej
- 4) Stadion we Wrocławiu podświetlony z okazji Miesiąca Świadomości Szpiczaka



**MARTA BIERĆ**, 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](mailto:leszek.lewandowski@dkms.pl)



Twoje 1,5 %  
to dla nas  
100 % szansy



Przekaż

1,5%

podatku

KRS 0000080821

DZIĘKI ŚRODKOM Z 1,5 % WSPIERAMY PACJENTÓW Z NOWOTWORAMI KRWI



**WSPIERAMY  
ODDZIAŁY  
HEMATOONKOLOGICZNE**



**EDUKACJA**

Akademia Pacjenta  
Carita TV  
kwartalnik HemaInfo



**TAXIPOMOC**

darmowy transport  
chorych do szpitala



**RAJD PO ZDROWIE**

promocja zdrowego stylu  
życia



**TELEOPIEKA**

system monitorowania  
zdrowia pacjenta 24 h/dobę  
(opaski życia)



**EUROPEJSKIE FORUM  
PACJENTÓW**

udział w konferencjach  
międzynarodowych  
i panelach eksperckich



**GRUPY WSPARCIA**

konsultacje: hematolog,  
dietetyk, leczenie bólu