

Choroby krwi

Aneta Zając

**Niewiele
trzeba, by
uratować
komuś życie**



Ekspert

Hematologia w cieniu
koronawirusa **s2**

Sprawdź

Niedobór żelaza
szczególnie groźny
w czasie ciąży **s3**



WYZWANIA

W WYDANIU



04

Dr n. med. Ewa Czernik

O krok przed anemią – utajony niedobór żelaza



05

Andrzej Dziedzic

Chłoniak limfoblastyczny – diagnoza, remisja i co dalej?



08

Maria Szuba

Jak wygląda życie pacjentów z chorobą nowotworową układu chłonnego?

Project Manager: **Zoe Gralińska-Sakai**+48 537 946 500, zoe.sakai@mediaplanet.comBusiness Developer: **Karolina Likos**Content and Production Manager: **Izabela Krawczyk**Head of Business Development: **Karolina Kukielka**Managing Director: **Adam Jabłoński**Skład: **Mediaplanet**Web Editor: **Tatiana Anusik**Opracowanie redakcyjne: **Sonia Młodzianowska,****Aleksandra Podkówa-Poźniak**Fotografie: **ATM Grupa S.A. Małgorzata Stasiewicz,****Urszula Dębska, istockphoto.com, zasoby własne**Kontakt: e-mail: pl.info@mediaplanet.com**MEDIAPLANET PUBLISHING HOUSE SP Z O.O.**

ul. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa

facebook.com/byczdrowymPL
mediaplanetpl
@Mediaplanet_Pol

Please Recycle

Hematologia w cieniu koronawirusa

Ostatni rok w ochronie zdrowia upłynął na zmaganiach z pandemią koronawirusa. Sytuacja ta dotknęła wszystkie dziedziny medycyny, także hematologię. Chorzy hematologiczni, w tym głównie chorzy na nowotwory krwi, stanowią grupę szczególnie zagrożoną zarówno większym ryzykiem zakażenia wirusem SARS-CoV-2, jak i cięższym przebiegiem choroby COVID-19 oraz istotnie większą śmiertelnością. Mimo pandemii udało się jednak przeprowadzić wiele procesów refundacyjnych.

**Prof. dr hab. n. med. Ewa Lech-Marańda**

Dyrektor Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, Krajowy Konsultant w Dziedzinie Hematologii

Przychyną ciężkiego przebiegu choroby COVID-19 jest upośledzone funkcjonowanie układu immunologicznego wywołane zarówno chorobą krwi, jak i stosowanym leczeniem. Zakażenie SARS-CoV-2 u pacjentów z nowotworami hematologicznymi może się również przyczynić do opóźnienia diagnostyki czy przerw w leczeniu przeciwnowotworowym, co istotnie zmniejsza skuteczność stosowanej terapii. Dlatego też w czasie pandemii ośrodki hematologiczne starały się utrzymywać ciągłość leczenia hematologicznego u swoich pacjentów. Wymagało to wprowadzenia w szpitalach i na oddziałach hematologicznych wielu zmian organizacyjnych. Od listopada 2020 r. funkcjonuje w IHiT Oddział „COVID-19” dla pacjentów hematologicznych zakażonych SARS-CoV-2 i wymagających specjalistycznego leczenia hematologicznego. Niezwykle istotną sprawą było umożliwienie przeprowadzenia szczepień przeciwko COVID-19 u chorych hematologicznych w trybie priorytetowym, tj. w ramach grupy 1b. Pozwoliło to nie tylko na bezpieczniejszą kontynuację leczenia hematologicznego, ale także uchroniło chorych przed ciężkim przebiegiem choroby COVID-19.

Choć rok 2020 skupiał się na przeciwdziałaniu i walce z pandemią COVID-19, udało się również przeprowadzić wiele procesów refundacyjnych. Pacjenci z nawrotem lub progresją ziarniniaka grzybiastego lub zespołu Sezary’ego oraz chorzy na chłoniaka Hodgkina z wysokim ryzykiem nawrotu po przeszczepieniu szpiku uzyskali możliwość leczenia brentuksymabem. Chorzy na pierwotne chłoniaki skórne T-komórkowe otrzymali dostęp do pegylowanego interferonu. W minionym roku udało się również rozszerzyć wskazania refundacyjne dla ibrutinibu dla chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową,

którzy mają oporność lub nawrót, a którzy nie mają zaburzeń genetycznych pod postacią delecji 17p lub mutacji genu TP53. Wszyscy czekaliśmy na tę możliwość, szczególnie w dobie pandemii, gdzie leczenie doustne może być prowadzone ambulatoryjnie. W grudniu 2020 roku chorzy na ostrą białaczkę limfoblastyczną B-komórkową z nawrotem lub opornością choroby uzyskali możliwość leczenia inotuzumabem ozogamycyny, a chorzy w remisji hematologicznej, ale z obecnością choroby resztkowej, mogą być leczeni bispecyficznym przeciwciałem – blinatumabem. W maju 2021 w wykazie leków refundowanych pojawiają się również nowe leki, takie jak midostaruryna – dla chorych na ostrą białaczkę szpikową z mutacją genu FLT3 oraz dla pacjentów z agresywną mastocytosą układową, mastocytosą układową ze współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego oraz z białaczką mastocytarną. Chorych na nawrotowego lub opornego szpiczaka plazmocytozowego będziemy mogli leczyć także karfizomibem w połączeniu z deksametazonem, a chorych wysokiego ryzyka, u których stosowano co najmniej dwa protokoły leczenia – icksazomibem w połączeniu z lenalidomidem i deksametazonem.

Największym wyzwaniem systemowym, klinicznym i organizacyjnym w 2021 roku będzie refundacja technologii CAR-T, która jest niewątpliwie przełomem w leczeniu pacjentów hematologicznych. Mechanizm działania terapii CAR-T jest zupełnie różny od dotychczas stosowanych leków, gdyż wykorzystuje własne komórki pacjenta – limfocyty, które wyposażone w specjalny receptor są w stanie rozpoznać i precyzyjnie zniszczyć komórki nowotworowe. Terapia CAR-T jest szansą dla pacjentów z opornymi na standardowe leczenie, agresywnymi chłoniakami B-komórkowymi i ostrą białaczką limfoblastyczną.



Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

Wypadają ci włosy? Masz słabą odporność? To może być

niedokrwistość z niedoboru żelaza

Dotyczy ona około 20 proc. populacji i dotyka przede wszystkim kobiety, w szczególności te miesiączkujące, mające obfite krwawienia, a także te będące w ciąży.

Jak objawia się niedokrwistość z niedoboru żelaza?

Właściwie tak samo jak ta występująca z innych przyczyn, czyli m.in. ogólnym zmęczeniem, osłabieniem, zmniejszeniem wydolności wysiłkowej, ponadto może pojawić się bladość powłok oraz tachykardia. Dodatkowo mogą być również zauważalne objawy niedoboru żelaza jako pierwiastka śladowego, takie jak nadmierne wypadanie włosów, łamliwość paznokci, a nawet zaburzenia odporności.

Gdy już chory trafia do lekarza – jak diagnozuje się niedokrwistość z niedoboru żelaza?

Konieczne jest wykonanie specjalistycznych badań – i tak na początku należy ocenić gospodarkę żelazową, czyli przede wszystkim oznaczyć stężenie ferrytyny, które jest znacznie ważniejsze niż oznaczenie stężenia żelaza. Ważne jest także, aby w przypadku niedokrwistości sprawdzić, czy u chorego nie występują zaburzenia w obrębie innych parametrów morfologii krwi, krwinek białych czy płytek krwi. Następnie należy poszukać przyczyny niedokrwistości (np. przeprowadzić

Prof. dr hab. n. med. Iwona Hus
Prezes Polskiego
Towarzystwa
Hematologów
i Transfuzjologów

i
Więcej informacji
na stronie:

byczdrowym.info

diagnostykę przewodu pokarmowego) i dopiero wtedy można zastosować konkretne leczenie.

Który z jonów żelaza występujący w pożywieniu oraz lekach dostępnych na rynku wchłania się lepiej – żelazo Fe²⁺ czy Fe³⁺?

Zdecydowanie lepiej wchłania się żelazo hemowe, czyli mające formę dwuwartościową (Fe²⁺), którego jest w pokarmach znacznie mniej niż niehemowego. Warto jednak pamiętać, że istnieje wiele czynników, które wpływają na wchłanianie żelaza z przewodu pokarmowego. Istotne jest przede wszystkim to, co konkretnie jemy z produktami zawierającymi żelazo. I tak: warto pamiętać, by nie popijać ich mlekiem, kawą czy herbatą, lecz wodą oraz by spożywać je w towarzystwie produktów zawierających witaminę C.

Czym może skutkować nieleczona niedokrwistość z niedoboru żelaza? Jak długo powinno trwać leczenie niedokrwistości doustnymi preparatami żelaza? O czym pamiętać po zakończeniu leczenia, aby objawy nie powróciły?

Należy pamiętać, że w leczeniu niedokrwistości najważniejsze jest znalezienie przyczyny jej występowania. Choć w większości wynika np. ze zwiększonego zapotrzebowania na ten pierwiastek, jak chociażby u kobiet w ciąży, to zdarza się, że może być pierwszym objawem groźnych chorób, takich jak chociażby choroba wrzodowa czy nowotwory przewodu pokarmowego. Dlatego też tak ważna jest

”

W leczeniu niedokrwistości najważniejsze jest znalezienie przyczyny jej występowania.

skrupulatna diagnostyka, a nie tylko wdrożenie preparatów zawierających żelazo. Gdy jednak już znamy przyczynę, leczeniem z wyboru jest doustne uzupełnienie żelaza, które zwykle stosuje przez kilka miesięcy. Istotne jest także to, by po zakończeniu leczenia kontrolować stężenie ferrytyny.

Niedobór żelaza szczególnie groźny w czasie ciąży

Nawet u co trzeciej kobiety może występować deficyt żelaza powodujący niedokrwistość. Niedobór żelaza jest szczególnie niebezpieczny dla kobiet w ciąży, gdyż ma bezpośredni wpływ na rozwój płodu. Działając profilaktycznie i leczniczo, warto wybrać sprawdzone preparaty.

Prof. dr hab. n. med. Violetta Skrzypulec-Plinta
Katedra Zdrowia Kobiety, Śląski Uniwersytet
Medyczny w Katowicach

Problem niedokrwistości wynikającej z niedoboru żelaza dotyczy dużej grupy pacjentek gabinetów ginekologicznych – szacuje się, że anemię spowodowaną deficytem żelaza może mieć co trzecia kobieta, a w przypadku kobiet w ciąży – aż co druga. Najczęstsze źródła niedokrwistości są związane z nieprawidłowym funkcjonowaniem endometrium. Szczególną grupą pacjentek, które dotyka niedobór żelaza, są kobiety ciężarne. Żelazo jest niezbędne dla prawidłowego rozwoju płodu, dlatego ważne, żeby monitorować poziom żelaza przed ciążą, w trakcie ciąży, a także w okresie połogu.

Dla mnie, jako lekarza, najważniejsze jest przepisywanie środków, które mają dokumenty medyczne potwierdzające ich skuteczność – mowa o dobrze przebadanych preparatach (a nie suplementach diety), które mają działanie profilaktyczne i lecznicze. W przypadku leku jesteśmy pewni, że przeszedł on badania kliniczne, a każda tabletkę zawiera taką samą ilość substancji czynnej. Istotne jest również to, że dany lek na rynku istnieje od wielu lat, a jego działanie jest zweryfikowane.

W przypadkach niedoborów żelaza zaleca się produkty, w których substancją czynną jest kwas

askorbinowy, który może 2,5-krotnie poprawić wchłanianie żelaza. Kluczowa jest również witamina C, która zapobiega utlenianiu żelaza i poprawia jego rozpuszczalność. Są to dwa najważniejsze elementy poprawiające wchłanianie żelaza przez organizm. Bardzo istotne jest również, aby do organizmu dostarczać stałą, równą ilość żelaza – dzięki czemu minimalizowane jest ryzyko wystąpienia przerw czy kumulacji w dostarczaniu organizmowi substancji czynnej. Większa tolerancja produktu i jego skuteczność.

Preparaty na niedokrwistość wynikającą z niedoboru żelaza przyjmują różne pacjentki – zarówno takie, u których dopiero wystąpiła miesiączka, jak i osoby w podeszłym wieku. Te oparte na kwasie askorbinowym mogą rozważyć także osoby mające restrykcyjne zachowania żywieniowe – anorektycy, weganie, osoby odchudzające się.

No i oczywiście kobiety w ciąży lub planujące ciążę. W 2. i 3. trymestrze występują największe niedobory żelaza, a aż 80 proc. żelaza płód przyswaja właśnie w 3. trymestrze. Uspokajam też, że przebadane produkty są dla kobiet w ciąży bezpieczne.

EGIS 25 lat
w Polsce

i
Więcej informacji
na stronie:

byczdrowym.info

Morfologia krwi

– jakie choroby może wykryć?

Zmęczenie, utrata masy ciała, nocne poty, gorączka – te niespecyficzne objawy rzadko kojarzą się nam z chorobami krwi. A jednak... Często przez nas ignorowane mogą być początkiem niebezpiecznej choroby. A wystarczy wykonać jedno badanie, wydać około 10 zł, aby uzyskać odpowiedź na nurtujące nas pytania. To morfologia krwi z rozmazem.



Według Krajowego Rejestru Nowotworów w ciągu ostatnich lat liczba zachorowań na nowotwory układu krwiotwórczego podniosła się ponaddwukrotnie. Choroby krwi występują nie tylko u osób starszych. Rozwijają się w każdym wieku.

Krew pełni niezmiernie ważną funkcję w naszym organizmie: rozprawdza tlen i wydala dwutlenek węgla, transportuje substancje odżywcze, usuwa produkty przemiany materii, uczestniczy w reakcjach odpornościowych, niezbędna jest w procesach krzepnięcia. W skład krwi wchodzi elementy morfotyczne i osocze. Elementy komórkowe to krwinki czerwone (erytrocyty), które odpowiadają za transport tlenu do komórek organizmu i usunięcie dwutlenku węgla z komórek; krwinki białe (leukocyty) są niezbędne w ochronie organizmu przed infekcjami; płytki (trombocyty) uczestniczą w procesach krzepnięcia krwi oraz osocze (plazma) składające się głównie z wody i rozpuszczonych w niej białek osocza (albumin, czynników krzepnięcia, białek odpornościowych). Wszystkie składniki krwi podlegają odnowie. W momencie zaburzenia tych procesów może dojść do ich niedoboru

lub nadmiaru. Zmiany w liczbie elementów morfotycznych wskazują na wystąpienie nieprawidłowości. Obniżona liczba erytrocytów (RBC), niski poziom hematokrytu (HTC) i hemoglobiny (HGB) może oznaczać niedokrwistość. Wzrost liczby erytrocytów (RBC) świadczy o nadkrwistości. Zaburzenia proporcji pomiędzy poszczególnymi rodzajami leukocytów (WBC) mogą zaś świadczyć o białaczce lub chorobie nowotworowej. Zmiana w liczbie płytek krwi (PLT) związana jest z zaburzeniami krzepnięcia krwi.

W nadkrwistości dochodzi do nadmiernej produkcji czerwonych krwinek. Ważna jest pierwotna przyczyna: przy niedotlenieniu należy sprawdzić pracę serca i płuc, przy zmianach w szpiku – potwierdzić zmiany rozrostowe.

Niedokrwistość wynika ze zbyt małej liczby erytrocytów, niskiego poziomu hemoglobiny i hematokrytu. Najczęściej jest spowodowana utratą krwi, niedoborem witamin z grupy B, kwasu foliowego lub żelaza, niedostatecznej produkcji erytrocytów lub ich przyspieszonego rozkładu.

Nowotwory krwi można podzielić na nowotwory układu krwiotwórczego i chłonnego. Do pierwszej grupy zaliczamy białaczki,

które mogą mieć różne postaci. Wyróżniamy białaczki ostre i przewlekłe, szpikowe i limfocytowe. W białaczkach przewlekłych zwiększa się produkcja leukocytów, a rosnąca ich liczba zaczyna wypierać inne komórki krwi, także krwinki czerwone, dlatego przy tej chorobie pojawia się zwykle także anemia. W białaczkach ostrych najpierw w szpiku, potem we krwi dominują najmłodsze komórki, które hamują dojrzewanie pozostałych komórek tkanki szpikowej.

Wśród nowotworów układu chłonnego możemy wyróżnić m.in.: ziarnicę złośliwą (chłoniak Hodgkina) na którą najczęściej chorują młodzi ludzie, głównie mężczyźni, u których dochodzi do rozrostu komórek, najpierw w węzłach chłonnych, potem w innych narządach; chłoniaki nieziarnicze (nie-Hodgkin), najczęściej rozpoznawane są u osób w podeszłym wieku. Wyróżniamy różne rodzaje chłoniaków, m.in. limfocytowe, centrocytowe, plazmocytowe. Zlokalizowane są w tkance chłonnej. Najczęściej rozpoznawanym nowotworem w tej grupie jest szpiczak plazmocytowy, gdzie dochodzi do namnażania się komórek plazmatycznych.



Dr hab. n. med. Małgorzata Rusak
Adiunkt w Zakładzie Diagnostyki Hematologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Wiceprezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych



Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

O krok przed anemią – utajony niedobór żelaza



Dr n. med. Ewa Czernik
Opiekun merytoryczny, Dyrektor ds. Naukowych i Rozwiązań Laboratoryjnych, Sysmex Polska Sp. z o.o.

Niedokrwistość stanowi globalny problem zdrowia publicznego, który dotyka około 1/3 światowej populacji. W grupie ryzyka rozwoju niedokrwistości znajdują się kobiety w wieku rozrodczym, dzieci, osoby starsze oraz pacjenci z chorobami przewlekłymi.

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia anemia to stan zmniejszonej liczby krwinek czerwonych lub ograniczenia ich funkcjonalności. To zaś skutkuje niedostateczną podażą tlenu dla prawidłowego funkcjonowania organizmu. Typowe objawy anemii to zmęczenie, duszności, tachykardia i bóle głowy. Najczęściej występującym rodzajem anemii jest niedokrwistość z niedoboru żelaza. Anemia może mieć łagodny przebieg, lecz może również skutkować znaczącym pogorszeniem jakości życia. Długotrwałe i stałe niedotlenienie spowodowane nieleczoną niedokrwistością może prowadzić do poważnego zaburzenia funkcji narządów.

Niedobór żelaza, który powoduje m.in. obniżenie stężenia hemoglobiny w krwinkach czerwonych, jest główną przyczyną około 50 proc.

wszystkich zdiagnozowanych niedokrwistości. Często w początkowej fazie niedobór żelaza ma postać utajoną – bezobjawową. Podstawowe parametry badania morfologii krwi, takie jak średnia objętość krwinki czerwonej i stężenie hemoglobiny, mogą mieć wtedy prawidłowe wartości. Jednakże do odpowiednio wczesnego wprowadzenia zmian w diecie lub suplementacji preparatami żelaza niezbędne jest wykrycie nie anemii objawowej, lecz etapu ją poprzedzającego – utajonego niedoboru żelaza. Nowoczesne laboratoria diagnostyczne oferują wiele badań, które wychodzą naprzeciw tej potrzebie. Jednym z nich jest oznaczenie hemoglobiny w retikulocytach, które jest często stosowane w grupach wysokiego ryzyka i może być wykonane w ramach badania krwi obwodowej. Retikulocyty, jako niedojrzałe formy krwinek czerwonych,

przebywają we krwi obwodowej zaledwie jeden dzień lub dwa, dlatego można przyjąć, że zawartość hemoglobiny w tych komórkach obrazuje aktualną dostępność żelaza.

Badania naukowe porównujące oznaczenie hemoglobiny w retikulocytach z dotychczas stosowanymi, klasycznymi parametrami biochemicznymi wykazały ich porównywalną dokładność w przesiewowej diagnostyce niedoboru żelaza. Jednak te ostatnie może cechować zmienność dobową lub mogą one być niewiarygodne w stanach zapalnych, co nie jest obserwowane dla oznaczenia hemoglobiny w retikulocytach.

Podsumowując, oznaczenie zawartości hemoglobiny w retikulocytach stanowi cenne narzędzie w ocenie zasobów żelaza i jest istotnym badaniem w wykrywaniu i leczeniu niedoboru żelaza oraz anemii.

Chłoniak limfoblastyczny – diagnoza, remisja i co dalej?

Na wieść o nowotworze wielu pacjentów odczuwa lęk, niemoc, rezygnację. To niezwykle ciężki moment w życiu, nie tylko dla chorego, ale także całej jego rodziny. Jak zatem przebiega to w przypadku chłoniaka?

Panie Andrzeju, w lutym 2017 usłyszał pan diagnozę – chłoniak limfoblastyczny. Jak doszło do rozpoznania choroby? Czy pojawiły się u pana konkretne objawy, które skłoniły do wizyty u lekarza?

Najwidoczniejsze objawy pojawiły się około miesiąc przed diagnozą. Nagle spadła wydolność mojego organizmu, szybciej się męczyłem, moja klatka piersiowa zaczęła się uwypuklać, jabłko Adama przesunęło się w lewą stronę, uwidocznił się układ krwionośny. Następnie zaczęły się problemy z oddychaniem, szczególnie w nocy. To właśnie po jednej z takich nieprzespanych nocy zdecydowałem się na pójście do lekarza pierwszego kontaktu. Pani doktor z obrazu klinicznego wywnioskowała, że może to być nowotwór tarczycy. Dostałem skierowanie do szpitala, z którym udałem się do lekarza trenującego u mnie w klubie pływackim. Potem te wszystkie etapy przebiegły bardzo szybko, choć dokładniejsza diagnoza wymagała długich analiz, ponieważ podtypów chłoniaków jest wiele.

Jakie momenty były dla pana najtrudniejsze w walce z chorobą?

Najgorszym momentem, oprócz samej diagnozy, był czas, gdy podczas leczenia okazało się,



Andrzej Dziedzic



Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

że komórki nowotworowe zaatakowały mój ośrodkowy układ nerwowy. Następnie w ciągu trzech tygodni miałem robioną regularnie punkcję łądźwiową. Było lato, ciepło, a ja leżałem z potwornym bólem głowy. Potem bardzo trudnym etapem był czas w drugiej dobie po przeszczepie, gdy zacząłem odczuwać efekty kondycjonowania.

Zakwalifikował się pan do przeszczepienia komórek macierzystych, udało się też znaleźć zgodnego dawcę, jednak dobranie bliźniaka genetycznego nie jest proste. Jak ważne jest szerzenie świadomości o roli dawców szpiku?

Niezwykle ważne. W moim przypadku była to konieczność, a ze względu na brak procedur i określonych standardów wynikających z bardzo małej liczby zachorowań na ten rodzaj chłoniaka niektórzy specjaliści nie chcieli się tego podjąć. Ja miałem to szczęście, że przyjęto mnie do Kliniki Transplantologii w Gliwicach, gdzie prof. Giebel podjął się mojego leczenia. Oczywiście w szukaniu dawcy pomogła mi fundacja, która przeprowadziła sprawną akcję poszukiwania dla mnie dawcy. Są oni dobierani na podstawie wielu kryteriów – m.in. zbieżności wieku, płci oraz HLA

(układu zgodności tkankowej). Mój genotyp okazał się być bardzo typowy, co przyczyniło się do szybkiego znalezienia dawcy.

Na podstawie swojego własnego doświadczenia co chciałby pan przekazać osobom, które właśnie dowiedziały się o chorobie nowotworowej?

Najważniejsza jest szybka, wnikliwa diagnoza. Drugi ważny czynnik determinujący powodzenie leczenia to świetny lekarz prowadzący, który zastosuje odpowiednią terapię i będzie wiedział, kiedy trzeba ją zmodyfikować. Chciałbym podkreślić, że mamy w Polsce wielu wybitnych specjalistów. Warto ich szukać, dowiadywać się jak najwięcej o swojej chorobie. Kolejną kluczową kwestią jest powrót do społeczeństwa po chorobie. O tym się nie mówi, jednak osobom, które wyzdrowiały, bardzo ciężko jest wrócić do poprzedniego życia. Dlatego tak ważna jest pomoc psychologiczna. Chciałbym także podkreślić fakt, by nie doszukiwać się w swojej chorobie drugiego dna. Nie zastanawiać się, dlaczego ja i dlaczego akurat teraz. Ja ze swoją chorobą oswoiłem się po czasie. Nie śpieszmy się, dajmy sobie czas, żeby nauczyć się życia z chorobą i ją oswoić.

Ten materiał powstał we współpracy z Fundacją DKMS



#MOCNIEJSIRAZEM

Co 27 sekund diagnozuje się u kogoś nowotwór krwi – tę diagnozę słyszą rodzice małych dzieci, młodzież, dorośli. Bez względu na wiek każdy może zachorować. Dla wielu chorych jedyną szansą na życie jest przeszczepienie szpiku lub komórek macierzystych od niespokrewnionego Dawcy.

Dlatego Fundacja DKMS dokłada wszelkich starań, aby każdy z Pacjentów potrzebujących przeszczepienia szpiku znalazł swojego bliźniaka genetycznego. Dzięki lekarzom, którzy każdego dnia walczą o zdrowie Pacjentów, zaangażowaniu Dawców i wolontariuszy, możemy zapewnić Pacjentom szansę na powrót do zdrowia i nowe życie. W ramach **Programu Rozwoju Polskiej Transplantologii i Wsparcia Pacjentów** Fundacja DKMS prowadzi również wiele działań mających na celu wsparcie Pacjentów w procesie leczenia.

oraz w Gdańsku. Dzięki udzielonemu wsparciu Kliniki mogą kontynuować rozpoczęte inwestycje infrastrukturalne i sprzętowe, takie jak zakup łóżek elektrycznych i szafek przyłóżkowych czy też pompy żywieniowej i ultrasonografu. Jesteśmy dumni z tego, że kolejny rok funkcjonowania naszego Programu przyczynia się do realnej pomocy i wsparcia ośrodków hematologicznych w całym kraju – mówi Monika Mizerska-Gryko, Lider Programu Rozwoju Polskiej Transplantologii i Wsparcia Pacjentów.

Program Rozwoju Polskiej Transplantologii i Wsparcia Pacjentów opracowany i realizowany przez Fundację DKMS od 2018 roku jest pierwszym tak kompleksowym i zaawansowanym projektem, który obejmuje wszystkie istotne obszary walki z nowotworami układu krwiotwórczego. Poprzez współpracę z ośrodkami hematologicznymi i organizacjami Pacjentów przyczynia się do poprawy warunków leczenia i życia Pacjentów. Program wspiera także rozwój polskiej transplantologii i hematologii. Podstawą Programu są współpraca, wymiana doświadczeń, wypracowanie i wdrażanie jak najlepszych rozwiązań i praktyk w myśl idei, że wspólne działanie i wspólny głos środowiska mogą przynieść zmiany i poprawę warunków oraz jakości leczenia Pacjentów.

Inicjatywa obejmuje trzy kluczowe filary:

- ◊ wsparcie klinik i szpitali w zakresie poprawy infrastruktury, rozbudowy/budowy oddziałów, zakupu sprzętów i środków medycznych,
- ◊ współpracę z organizacjami w zakresie wspierania Pacjentów w rehabilitacji psychoonkologicznej, żywieniowej i ruchowej,

- ◊ rozwój nauki i edukację, które Fundacja DKMS wspiera poprzez granty naukowe i dofinansowanie niekomercyjnych badań klinicznych.

Program jest finansowany ze środków pochodzących z darowizn dokonywanych przez darczyńców Fundacji DKMS, darowizn przekazanych w ramach 1% podatku oraz z przychodów ze świadczonych usług koordynacji procedur pobrania szpiku bądź krwiotwórczych komórek macierzystych.

Każdego roku 28 maja obchodzimy Światowy Dzień Walki z Nowotworami Krwi (World Blood Cancer Day). Jest to międzynarodowe święto zainicjowane przez Fundację DKMS w 2014 roku, podczas którego ludzie z całego świata wyrażają swoją solidarność z osobami chorymi na nowotwory krwi. Czerwony znak „&” to symbol tego święta, który pokazuje, że Ty i ja musimy połączyć siły, żeby pokonać tę chorobę.

W tym roku Światowy Dzień Walki z Nowotworami Krwi obchodzimy pod hasłem **#MOCNIEJSIRAZEM. Więcej informacji na stronie www.dkms.pl**



Dla wielu chorych jedyną szansą na życie jest przeszczepienie szpiku lub komórek macierzystych od niespokrewnionego Dawcy.

– Celem naszego Programu jest pomoc Pacjentom od momentu diagnozy, poprzez leczenie i pobyt w szpitalu, aż do całkowitego powrotu do zdrowia. W latach 2018-2020 przeznaczaliśmy na ten cel ponad 10 mln złotych, a od początku 2021 roku ponad 1,6 mln zł trafiło do Klinik opiekujących się najmłodszymi Pacjentami w Poznaniu, Krakowie

 SYLWETKA

Aneta Zając
Gwiazda serialu
„Pierwsza Miłość”, aktywnie
wspiera chorych na
nowotwory krwi



FOT.: ATM GRUPA S.A. MALGORZATA STASIEWICZ

Pomoc genetycznemu bliźniakowi

– jak możemy tego dokonać?

Aktorka, mama, osoba publiczna – Aneta Zając już od ponad sześciu lat zarejestrowana jest jako dawca szpiku. Co ją do tego skłoniło i dlaczego pragnie nieść pomoc osobom z nowotworami krwi?

Pani Aneto, od lat aktywnie wspiera pani pacjentów hematoonkologicznych. Co przekonało panią do zaangażowania się w pomoc chorym?

Nie wiem, co dokładnie mnie do tego skłoniło, ale kilka lat temu, bo w roku 2015, zarejestrowałam się jako dawca szpiku w bazie fundacji. Już wcześniej o tym myślałam, jednak niestety nie miałam ku temu okazji. Żyjemy obecnie w takim biegu, że bardzo często odkładamy tak ważne rzeczy na później. Nie powinno mieć to miejsca w tak kluczowej dla życia ludzkiego sprawie. Dlatego też w pewnym momencie stwierdziłam, że jeśli jest szansa, żebym się zarejestrowała, to po prostu to zrobię. Do tej pory nie dzwoniło do mnie w tej sprawie. Z jednej strony to dobrze. Cieszę się, ponieważ oznacza to, że mój genetyczny bliźniak ma się dobrze i nie jest chory. Z drugiej zaś stale jestem w pogotowiu – gotowa, by nieść mu pomoc.

”

Przed rejestracją (w bazie dawców szpiku – przyp. red.) starałam dowiedzieć się na temat dawstwa szpiku jak najwięcej, co polecam każdemu.

Czy jako osoba rozpoznawalna odczuwa pani dodatkową odpowiedzialność, aby angażować się w akcje i szerzyć świadomość społeczną?

To prawda, dzięki temu, że jestem rozpoznawalna, mogę to wykorzystać w szczytnym celu. Zachęcam do tego wszystkich moich znajomych, również obserwatorów



FOT.: URSZULA DĘBSKA

na portalach społecznościowych. Udziałem co jakiś czas informacje dotyczące niesienia pomocy pacjentom hematoonkologicznym. Niestety ostatnio coraz rzadziej się o tym mówi. To bardzo ważne, by przypominać, dzielić się wiedzą. Będąc osobą rozpoznawalną, wykonując zawód publiczny i mając wokół siebie mnóstwo osób, które mnie obserwują, lubią, a czasem nawet w pewnym stopniu naśladowają, aż żal nie skorzystać z takiej sytuacji i nie posłużyć się tym w dobry sposób. Warto mówić o tym, byśmy sobie wzajemnie pomagali, dbali o siebie, co jest szczególnie ważne teraz, gdy czas nie jest dla żadnego z nas łatwy. Temat pomocy pacjentom hematoonkologicznym zszedł niestety na dalszy plan w obecnej pandemii. Nie mnie oceniać, czy to dobrze, czy źle – wiem, że zawsze, niezależnie od okoliczności, należy pomagać. Dobrze, że jest taka możliwość, żeby znów móc o tym powiedzieć.

Co skłoniło panią do zarejestrowania się w bazie dawców szpiku?

Jak wcześniej wspominałam, myślałam o zapisaniu się jako dawca od dawna. W pomocy tego typu niewiele trzeba, by

uratować komuś życie. Przykładowo: mój kolega jakiś czas temu się zarejestrował i ostatnio otrzymał telefon, że jego szpik jest potrzebny. Pomógł swojemu bliźniakowi genetycznemu najlepiej, jak mógł. Na pewno jest to niezwykle przeżycie zarówno dla jednej, jak i dla drugiej strony. Ta pierwsza walczy o życie, a druga może cieszyć się z tego, że robi dla niej coś dobrego. Wiele osób obawia się całego procesu, jednak u mnie chęć niesienia pomocy jest dużo większa niż strach. Przed rejestracją starałam dowiedzieć się na temat dawstwa szpiku jak najwięcej, co polecam każdemu, ponieważ wiedza rozwiewa wiele wątpliwości. Na pewno wielu rzeczy jeszcze nie wiem, ale gdy będę potrzebna, te informacje do mnie spłyną, także od specjalistów.

Jak każdy z nas może przyczynić się do wsparcia chorych na nowotwory krwi?

Poprzez zarejestrowanie się w fundacji jako dawca. Zachęcam do regularnego odwiedzania strony i social mediów fundacji, by dowiedzieć się więcej: jak wygląda zapis, a później pobranie szpiku dla chorego. Na nich również dostępne są informacje na temat tego, jak jeszcze możemy pomóc pacjentom hematoonkologicznym.

i

Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

EKSPERT

Jak leczymy pacjentów hematologicznych zakażonych wirusem SARS-CoV-2?

Ostatni rok to nieustanna walka z pandemią SARS-CoV-2. Chorzy na choroby krwi, w tym nowotwory układu krwiotwórczego i chłonnego, stanowią grupę szczególnie zagrożoną zarówno większym ryzykiem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 jak i cięższym przebiegiem choroby COVID-19 oraz istotnie większą śmiertelnością.

Przyczyną tego stanu jest upośledzone funkcjonowanie układu immunologicznego wywołane zarówno chorobami krwi, jak i stosowanym leczeniem. Według danych z piśmiennictwa ryzyko ciężkiego przebiegu choroby COVID-19 u chorych hematologicznych jest istotnie większe w porównaniu z chorymi na

Prof. dr hab. n. med. Ewa Lech-Marańda
Dyrektor Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, Krajowy Konsultant w Dziedzinie Hematologii

Lek. med. Joanna Barankiewicz
Lekarz Oddziału Chorób Układu Chłonnego Kliniki Hematologii, oddział „COVID-19”

Lek. med. Aleksander Salomon-Perzyński
Lekarz Oddziału Chorób Układu Krwiotwórczego, oddział „COVID-19”

i

Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

nowotwory lite czy osobami bez chorób nowotworowych. Śmiertelność w grupie chorych na nowotwory hematologiczne zakażonych SARS-CoV-2 może osiągać aż 62 proc. i jest 2-3 razy większa w porównaniu z chorymi zakażonymi SARS-CoV-2 bez nowotworów hematologicznych. Opieka nad takimi pacjentami wymaga więc nie tylko prowadzenia leczenia przeciwwirusowego, ale w większości przypadków wymaga również stosowania specjalistycznego leczenia hematologicznego. Nie można zapominać, że zakażenie SARS-CoV-2 u pacjentów hematologicznych może być również przyczyną opóźnienia diagnostyki i przerw w leczeniu przeciwnowotworowym, co istotnie zmniejsza skuteczność stosowanej terapii – mówi prof. dr hab. med. Ewa Lech-Marańda, dyrektor Instytutu Hematologii i Transfuzjologii i krajowy konsultant w dziedzinie hematologii.

Odpowiedzią na potrzebę prowadzenia wyspospecjalistycznej opieki nad pacjentami hematologicznymi zakażonymi SARS-CoV-2 było utworzenie w Instytucie Hematologii i Transfuzjologii (IHIT) oddziału dla takich właśnie chorych.

– Szpitale jednoimienne, które zajmują się chorymi na COVID-19, wielokrotnie nie miały możliwości równoczesnego leczenia choroby hematologicznej, dlatego w trosce o pacjentów hematologicznych została podjęta decyzja o utworzeniu w Instytucie oddziału poświęconego leczeniu owych pacjentów. Do naszego wniosku

przychyliło się Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Mazowiecki Urząd Wojewódzki i od 17 listopada 2020 roku, decyzją Wojewody Mazowieckiego, mamy możliwość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów hematologicznych z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 – wyjaśnia prof. dr hab. n. med. Ewa Lech-Marańda.

Oddział „COVID-19” funkcjonuje w ramach Oddziału Chorób Układu Chłonnego Kliniki Hematologii IHIT i dysponuje łóżkami w salach jedno- i dwuosobowych oraz salą intensywnego nadzoru, umożliwiającą ciągłe monitorowanie parametrów życiowych pacjentów. W chwili obecnej Oddział ma pełen dostęp do leków stosowanych w leczeniu COVID-19 oraz farmaceutyków stosowanych w leczeniu wspomagającym, a także dostęp do osocza ozdrowieńców.

– Leczenie pacjentów hospitalizowanych w Oddziale „COVID-19” wymaga wielokierunkowego podejścia. Zakażenie SARS-CoV-2 w poważnym stopniu komplikuje leczenie pacjentów chorujących na nowotwory hematologiczne, dotyczy to w szczególności pacjentów z ostrymi rozrostami układu mielo- i limfoidalnego, którzy wymagają podejmowania pilnych decyzji klinicznych w celu ratowania życia. W dobie pandemii SARS-CoV-2 hematolodzy muszą tak prowadzić leczenie radykalne, aby nie narazić pacjentów na ciężkie powikłania zakażenia SARS-CoV-2 i jednocześnie nie dopuścić do istotnego pogorszenia ich rokowania z powodu zbyt długiego opóźnienia w rozpoczęciu czy wznowieniu leczenia przeciwnowotworowego – wyjaśniają lek. med. Joanna Barankiewicz i lek. med. Aleksander Salomon-Perzyński pracujący w Oddziale „COVID-19”.

Do tej pory w Oddziale hospitalizowano ponad 150 pacjentów z całego województwa mazowieckiego, którzy wymagali leczenia choroby COVID-19 i jednoczesnego prowadzenia specjalistycznego leczenia hematologicznego.

WAŻNE

Jak wygląda życie pacjentów z chorobą nowotworową układu chłonnego?

Chłoniak to choroba, którą da się wyleczyć, a niestety wielu chorych poddaje się już na starcie, ponieważ słowo „nowotwór” traktuje jak wyrok. Jest to mylne przeświadczenie – warto się badać i poddać terapii, by mieć szansę na jak najszybsze wyleczenie.

Jak pandemia COVID-19 wpłynęła na życie pacjentów?

Według mojej wiedzy zachorowań na chłoniaka w okresie pandemii nie było więcej. Natomiast sytuacja pacjentów z chłoniakami (i nie tylko) znacznie się pogorszyła. Brak osobistego kontaktu z lekarzem, utrudniony dostęp do diagnostyki, a także niejednokrotne mylenie chłoniaka z objawami koronawirusa sprawiły, że postawienie diagnozy znacznie się wydłużyło. Chorzy obawiali się wyjść z domu, aby się nie zakazić i pojawiali się u specjalistów za późno. Niestety przez to wielu pacjentów z chłoniakami w okresie pandemii zmarło. Część z nich nawet nie wiedziała o chorobie. Zdarzało się, że pacjenci trafiali do szpitala z dodatnim wynikiem COVID-19, a tam stwierdzano tak zaawansowane stadium choroby, że lekarze nie wiedzieli, jakie leczenie podjąć, ponieważ wcześniej nie stykali się z tak poważnymi przypadkami.

Jakie są zatem objawy chłoniaka?

Najczęstszym objawem początkowym chłoniaka jest niebolesne powiększenie węzłów chłonnych, jednak może to być również oznaka zwykłego przeziębienia, dlatego często w pierwszej fazie diagnoza może być mylna. Chłoniak jest niezwykle podstępny nowotworem. Charakterystycznymi sygnałami, które mogą wskazywać na rozwój choroby, są: uporczywy, suchy kaszel, duszność, gorączka ponad 38°C lub nawracające stany podgorączkowe i brak jakichkolwiek innych objawów infekcji. Częstym symptomem są także obfite nocne poty. O chorobie może również świadczyć występowanie intensywnego świądu skóry, który przeszkadza choremu w normalnym funkcjonowaniu.

Czy pacjenci mają obecnie dostęp do skutecznych terapii?



Maria Szuba
Przewodnicząca Zarządu Stowarzyszenia Przyjaciół Chorych na Chłoniaki „Przebiśnięg”

i

Więcej informacji na stronie:

byczdrowym.info

W większości tak. Nie jest to sytuacja idealna, ale nie jest też zła. Większa część pacjentów w Polsce otrzymuje leczenie na poziomie europejskim, a nawet światowym. Mamy bardzo dobrych specjalistów, którzy są w stanie profesjonalnie zająć się chorymi i zaoferować im najlepszą terapię. Jest jednak jedno ale – jeśli nie są to chłoniaki agresywne, odporne na chemioterapię lub z wysokim ryzykiem nawrotu choroby. Istnieje grupa pacjentów, dla których leczenie w pierwszej linii jest nieskuteczne bądź następuje szybki nawrót choroby. Dla nich nie wszystkie terapie zarejestrowane i stosowane w innych krajach są obecnie dostępne. Nasze stowarzyszenie zabiega o to, by polski pacjent miał dostępne takie leczenie, jakie oferowane jest w innych krajach Europy Zachodniej czy też w Stanach Zjednoczonych. Wielką nadzieję wśród chorych budzi terapia CAR-T, która jest już dostępna dla pacjentów także w Polsce. Mimo braku dostępności wszystkich terapii zarejestrowanych i stosowanych w innych krajach na przestrzeni ostatnich lat dla pacjentów z chłoniakami udało się zrobić bardzo dużo.

Jakie są aktualne potrzeby pacjentów z nowotworami układu limfatycznego?

Tak jak w przypadku innych chorób życzymy sobie powrotu do normalności, aby każdy pacjent bez obawy mógł pójść do lekarza na wizytę kontrolną. Dostępność lekarzy i stała opieka są w tym przypadku bardzo ważne. Należy także podkreślić, jak ważna jest pomoc psychologiczna dla pacjentów i ich rodzin. Chłoniak to choroba, którą da się wyleczyć, a niestety wielu chorych poddaje się już na starcie, ponieważ słowo „nowotwór” traktuje jak wyrok. Jest to mylne przeświadczenie – warto się badać i poddać terapii, by mieć szansę na jak najszybsze wyleczenie. Kluczowy jest także czas lekarza dla pacjenta – dobrze poinformowany pacjent, otoczony opieką ma większą szansę na wyzdrowienie.