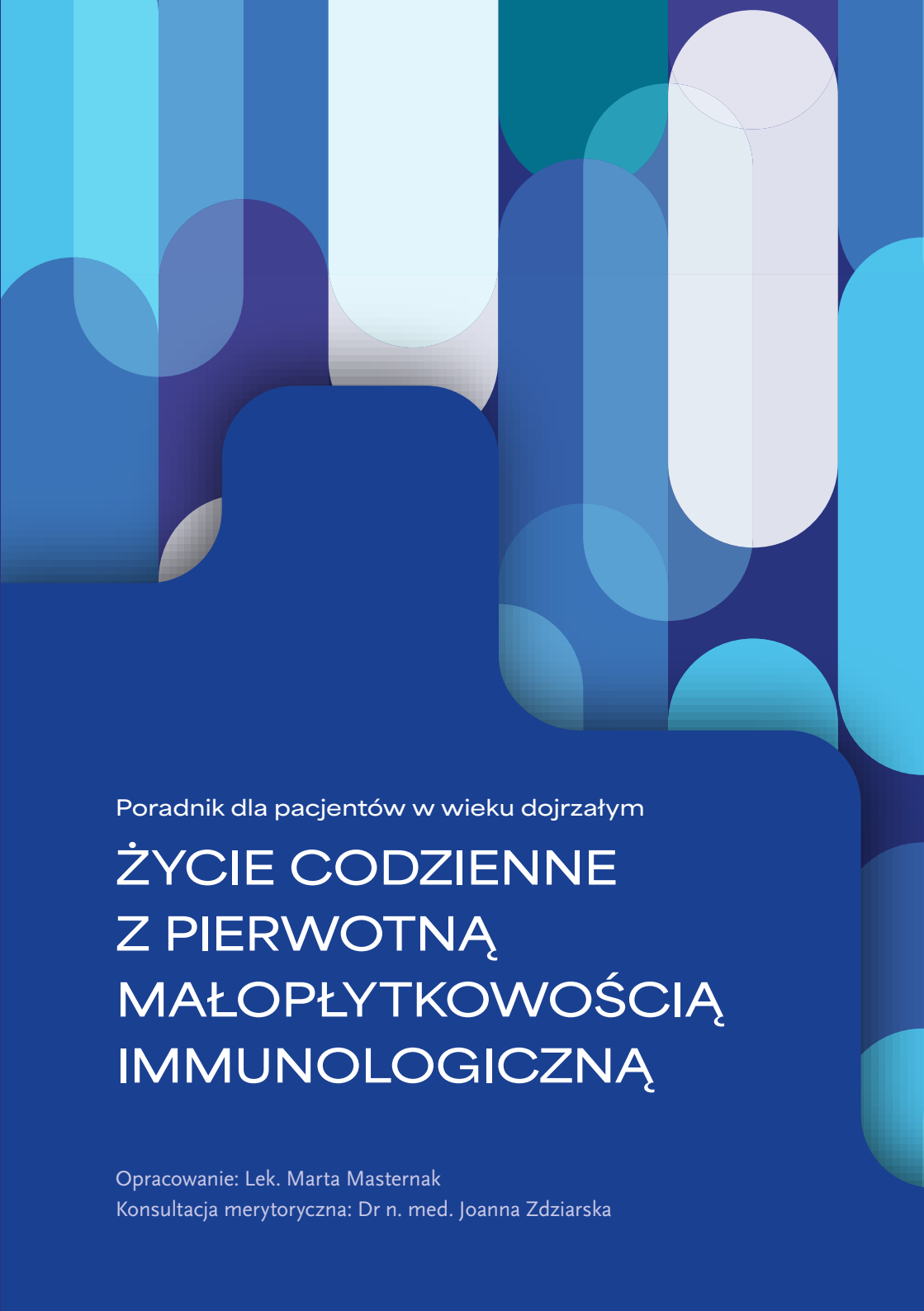




Poradnik dla pacjentów w wieku dojrzałym

ŻYCIE CODZIENNE Z PIERWOTNĄ MAŁOPŁYTKOWOŚCIĄ IMMUNOLOGICZNĄ

Opracowanie: Lek. Marta Masternak

Konsultacja merytoryczna: Dr n. med. Joanna Zdziarska



Materiał powstał na zlecenie firmy Amgen.
Data przygotowania: 27.05.2026

Opracowanie redakcyjne:
Hematoonkologia.pl
Agnieszka Giannopoulos
ul. Kilińskiego 18, 20-809 Lublin
www.hematoonkologia.pl



POL-NP-26-80006

ITP – co musisz
wiedzieć?



ITP – co musisz wiedzieć?

CZYM JEST ITP?

PIERWOTNA MAŁOPŁYTKOWOŚĆ IMMUNOLOGICZNA, nazywana skrótowo ITP (od dawnej angielskiej nazwy *idiopathic thrombocytopenic purpura* – idiopatyczna plamica małopłytkowa) jest rzadkim schorzeniem autoimmunologicznym. Jej istotą jest nieprawidłowa reakcja układu odpornościowego, prowadząca do przedwczesnego niszczenia własnych, prawidłowo zbudowanych płytek krwi, a w konsekwencji do obniżenia ich liczby we krwi obwodowej.¹

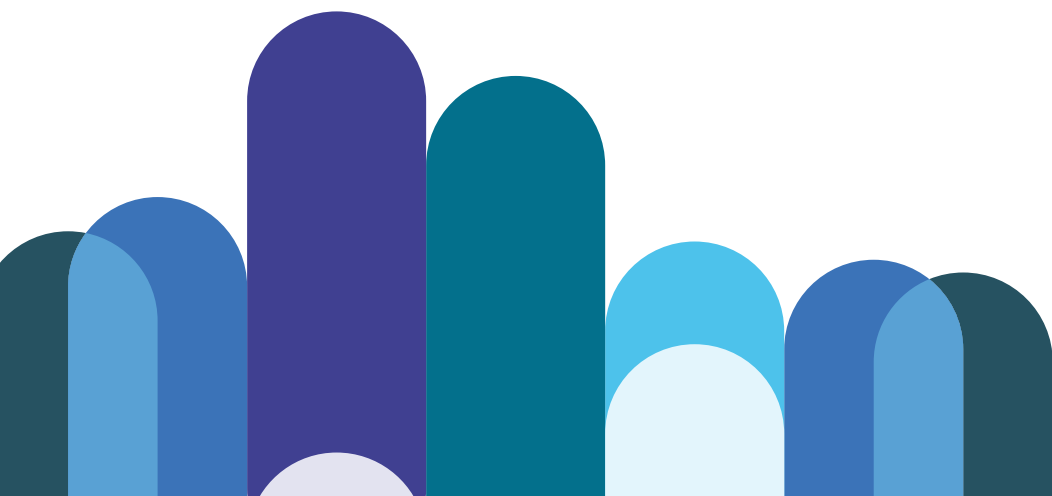
JAK DZIAŁAJĄ PŁYTKI KRWI?

PŁYTKI KRWI, nazywane także trombocytami, są elementami morfotycznymi krwi odgrywającymi zasadniczą rolę w procesie krzepnięcia, czyli hamowaniu krwawienia. W przypadku uszkodzenia naczyńia krwionośnego jako pierwsze gromadzą się w miejscu przerwania jego ciągłości, przylegają do siebie i tworzą tzw. czop hemostatyczny. W kolejnych etapach uczestniczą w kaskadzie krzepnięcia, uwalniając ze swojego wnętrza substancje niezbędne do prawidłowego przebiegu tego procesu.¹

Trombocyty powstają w szpiku kostnym, natomiast ich fizjologiczne usuwanie zachodzi głównie w śledzionie. Średni czas ich życia wynosi około 7–10 dni. U osób zdrowych zachowana jest równowaga pomiędzy wytwarzaniem a rozpadem płytek, co umożliwia utrzymanie ich prawidłowej i stabilnej liczby.¹

1. Windyga J, Młynarski W, Ochrem B, Zawilska K. Małopłytkowość immunologiczna [w:] Interna Szczeklika 2024. Medycyna Praktyczna, Kraków 2024, s. 1975-80.

Liczbę płytek krwi ocenia się w rutynowym badaniu laboratoryjnym, jakim jest morfologia krwi obwodowej. Oznacza się ją skrótem PLT. Prawidłowa liczba płytek krwi mieści się w zakresie 150 000–400 000/mm³. Wartości poniżej dolnej granicy normy określa się mianem małopłytkowości (inaczej trombocytopenii). Dodatkowe parametry widoczne w morfologii, dotyczące płytek krwi, nie mają u chorych na ITP znaczenia i nie podlegają interpretacji, nawet jeżeli są oznaczone jako nieprawidłowe.¹



Jakie parametry płytek krwi oceniamy w badaniu morfologicznym?

PLT

(ang. *platelets*) – całkowita liczba płytek krwi, 150 000 do 400 000/mm³;

MPV

(ang. *mean platelet volume*) – średnia objętość płytek krwi, 7,5-10,5 fL;

PDW

(ang. *platelet distribution width*) – wskaźnik zróżnicowania objętości płytek, 40-60%;

PCT

(ang. *plateletcrit*) – płytkokryt, czyli procent objętości krwi, jaką zajmują płytki, 0,16-0,34%;

P-LCR

(ang. *platelet-large cell ratio*) – odsetek płytek o zwiększonej objętości, <30%.¹

1. Windyga J, et al.
Małopłytkowość
immunologiczna...

PRZYCZYNY WYSTĘPOWANIA ITP W WIEKU DOJRZAŁYM

1. Windyga J, et al.
Małopłytkowość
immunologiczna...

U około 80% dorosłych pacjentów rozpoznaje się ITP pierwotną (idiopatyczną), w której nie udaje się wskazać jednoznacznej przyczyny choroby. Pozostałe przypadki stanowią ITP wtórne, rozwijające się w następstwie określonych czynników, takich jak:

- infekcje wirusowe (np. wirusy zapalenia wątroby, HIV),
- niektóre leki i rzadziej szczepienia,
- współistnienie innych chorób autoimmunologicznych (np. toczenia rumieniowego układowego),
- chłoniaki i inne nowotwory układu krwiotwórczego.

Czynniki te mogą inicjować lub nasilać nieprawidłową odpowiedź układu odpornościowego prowadzącą do małopłytkowości.¹

RÓŻNICE W WYSTĘPOWANIU I LECZENIU ITP U KOBIET I MĘŻCZYZN

Każdego roku rozpoznaje się około 3–4 nowe przypadki ITP na 100 000 osób dorosłych, a łącznie z chorobą żyje około 8–10 osób na 100 000. Choroba może wystąpić w każdym wieku, jednak ryzyko wystąpienia rośnie u osób starszych.¹

ITP częściej rozpoznawana jest u kobiet, zwłaszcza w wieku młodszym i średnim, przed menopauzą. W tej grupie pacjentek choroba może objawiać się dodatkowymi dolegliwościami związanymi z obfitymi lub przedłużającymi się krwawieniami miesięczkowymi. Często stanowią one jeden z pierwszych sygnałów skłaniających do wykonania badań i dalszej diagnostyki. Po okresie przekwitania

różnice w częstości występowania ITP pomiędzy kobietami i mężczyznami stopniowo się zmniejszają.¹

1. Windyga J, et al.
Małopłytkowość
immunologiczna...

U pacjentek z rozpoznaniem ITP konieczne jest uwzględnienie dodatkowych aspektów, takich jak plany macierzyńskie, ciąża i okres okołoporodowy oraz wpływ choroby i stosowanego leczenia na cykl miesięczkowy oraz codzienne funkcjonowanie i jakość życia.¹

U mężczyzn ITP bywa częściej rozpoznawana w starszym wieku i nierzadko współistnieje z innymi chorobami przewlekłymi, co może mieć znaczenie przy wyborze odpowiedniej terapii i jej bezpieczeństwa. Niezależnie od płci, leczenie zawsze powinno być dostosowane indywidualnie do potrzeb pacjenta, a rokowanie w ITP jest porównywalne u kobiet i mężczyzn.¹

PRZEBIEG CHOROBY U PACJENTÓW DOROSŁYCH

U dorosłych ITP najczęściej ma charakter przewlekły, z okresami zaostrzeń i remisji, czyli dobrej kontroli choroby. W czasie remisji liczba płytek krwi może być prawidłowa lub nieznacznie obniżona i nie wymagać leczenia. Objawy krwotoczne pojawiają się zwykle przy istotnym spadku liczby płytek, choć ich nasilenie zależy również od indywidualnych czynników ryzyka.²

2. Rodeghiero F, et al.
Standardization of terminology, definitions and outcome criteria in immune thrombocytopenic purpura of adults and children: report from an international working group. *Blood*. 2009 Mar 12;113(11):2386-93. doi: 10.1182/blood-2008-07-162503. Epub 2008 Nov 12. PMID: 19005182.

W zależności od czasu trwania ITP klasyfikuje się jako:



ITP może przez długi czas przebiegać bezobjawowo. Objawy pojawiają się zwykle dopiero przy znacznym spadku liczby płytek krwi i mają najczęściej charakter krwotoczny. Należą do nich m.in. krwawienia z nosa i dziąseł, łatwe powstawanie siniaków, drobne wybroczyny na skórze i błonach śluzowych oraz przedłużone lub nasilone krwawienia miesiączkowe u kobiet. U części chorych występuje także uczucie przewlekłego zmęczenia.¹

Rzadziej obserwuje się poważniejsze objawy, takie jak nieprawidłowe krwawienia z dróg rodnych, obecność krwi w moczu lub stolcu, które mogą świadczyć o krwawieniu z narządów wewnętrznych.¹

Ciężkie powikłania krwotoczne, takie jak krwawienia do ośrodkowego układu nerwowego, występują rzadko (poniżej 1% chorych), jednak stanowią bezpośrednie zagrożenie życia i wymagają pilnej interwencji.¹

Większość pacjentów z ITP nie doświadcza objawów choroby na co dzień. Niepokojące symptomy pojawiają się zazwyczaj dopiero przy obniżeniu liczby płytek krwi poniżej 20 000-30 000/mm³ (choć nie jest to regułą i niekiedy przy występowaniu dodatkowych czynników ryzyka krwawienie może pojawić się także przy wartościach wyższych). Pojawienie się nowych wybroczyn, siniaków czy aktywnego krwawienia zawsze jest wskazaniem do wykonania kontrolnej morfologii krwi oraz kontaktu z lekarzem.¹

ŚCIEŻKA PACJENTA Z ITP – JAK WYGLĄDA DIAGNOSTYKA I OPIEKA W POLSCE?

Diagnostyką oraz leczeniem immunologicznej małopłytkowości zajmuje się lekarz hematolog. U większości pacjentów droga diagnostyczna rozpoczyna się w podstawowej opiece zdrowotnej, ponieważ pierwszym sygnałem choroby jest zwykle nieprawidłowy wynik morfologii krwi, wykonanej w ramach badań profilaktycznych lub z powodu wystąpienia krwawienia. W takiej sytuacji lekarz rodzinny kieruje pacjenta do poradni hematologicznej.³

Hematolog przeprowadza dalszą diagnostykę, której celem jest potwierdzenie rozpoznania ITP, wykluczenie innych przyczyn małopłytkowości oraz ocena ryzyka krwawienia i potrzeby leczenia.³

W przypadkach bardzo niskiej liczby płytek krwi lub występowania istotnych krwawień pacjent może zostać skierowany bezpośrednio do szpitala, najczęściej na oddział hematologii lub chorób wewnętrznych.³

Nie istnieje jedno badanie, które jednoznacznie potwierdza lub wyklucza ITP. Rozpoznanie stawiane jest na podstawie obrazu klinicznego, wyników badań laboratoryjnych, a także wykluczenia innych przyczyn małopłytkowości. Pomocnym elementem potwierdzającym rozpoznanie bywa również dobra odpowiedź na standardowe leczenie.⁴

U wszystkich pacjentów z podejrzeniem ITP wykonuje się:

- pełną morfologię krwi z rozmazem;
- oznaczenie retikulocytów;
- badania w kierunku zakażeń wirusowych – WZW typu B i C oraz HIV;⁴

3. Chojnowski K, Klukowska A, Łętowska M, Łąguna P, Młynarski W, Mital A, Musiał J, Treliński J, Undas A, Urański T, Windyga J, Zdziarska J, Podolak-Dawidziak M. Polskie zalecenia postępowania w pierwotnej małopłytkowości immunologicznej u dorosłych opracowane przez Grupę ds. Hemostazy Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów – aktualizacja 2024. Med. Prakt., 2024; 5: 29–56.

4. Provan D, et al. Updated international consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. Blood Adv. 2019 Nov 26;3(22):3780-3817. doi: 10.1182/bloodadvances.2019000812. PMID: 31770441; PMCID: PMC6880896.

3. Chojnowski K, et al.
Polskie zalecenia
postępowania...

4. Provan D, et al.
Updated international
consensus report...

- test w kierunku zakażenia *Helicobacter pylori*;³
- oznaczenie poziomu immunoglobulin (IgG, IgA, IgM);
- bezpośredni test antyglobulinowy (tzw. test Coombsa);
- oznaczenie grupy krwi w układzie ABO i Rh.⁴

W zależności od sytuacji klinicznej lekarz może zlecić dodatkowe badania, m.in.:

- badania w kierunku chorób tarczycy, chorób autoimmunologicznych czy innych chorób przewlekłych, jeżeli podejrzewa, że małopłytkowość może mieć charakter wtórny do innych schorzeń;
- badanie szpiku kostnego (biopsja aspiracyjna lub trepanobiopsja) – nie rutynowo, lecz tylko w wybranych sytuacjach, np. przy niejednoznacznym obrazie choroby, braku odpowiedzi na leczenie lub przed planowaną operacją usunięcia śledziony;
- test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.⁴

PIERWSZA WIZYTA U HEMATOLOGA

Pierwsza konsultacja hematologiczna ma istotne znaczenie dla dalszej diagnostyki i planowania leczenia, dlatego warto odpowiednio się do niej przygotować. Czas przeznaczony na wizytę jest zwykle ograniczony, a dobre przygotowanie pozwala na bardziej efektywne wykorzystanie spotkania z lekarzem.⁵

5. Hematoonkologia.pl, Pierwsza wizyta u hematologa. Jak się do niej przygotować?, <https://hematoonkologia.pl/informacje-dla-chorych/aktualnosci/id/4283-pierwsza-wizyta-u-hematologa-jak-sie-do-niej-przygotowac>.

Podczas wizyty warto:

1.

Przedstawić powód skierowania oraz dokładnie opisać występujące objawy i ich nasilenie. Należy zabrać ze sobą aktualne wyniki badań, najlepiej w wersji papierowej. W przypadku obecności zmian skórnych, takich jak wybroczyny czy siniaki, należy je pokazać lekarzowi.

2.

Przygotować informacje dotyczące historii medycznej, w tym wcześniejsze wypisy ze szpitala, karty informacyjne oraz pełną listę aktualnie i niedawno stosowanych leków. Lekarz może zapytać m.in. o przebyte operacje, nałogi, uczulenia, a u kobiet – zebrać wywiad ginekologiczno-położniczy (m.in. miesiączki, ciążę, porody).

3.

Sporządzić listę pytań, które chcemy zadać podczas wizyty – ułatwia to omówienie wszystkich istotnych kwestii i zapobiega ich pominięciu.

4.

Zanotować zalecenia lekarskie lub poprosić o krótkie pisemne podsumowanie wizyty, co pomaga uniknąć nieporozumień dotyczących dalszego postępowania i leczenia.⁵



Leczenie ITP

U części pacjentów postępowaniem z wyboru jest obserwacja, czyli regularna kontrola liczby płytek oraz zachowanie czujności pod kątem ewentualnego występowania objawów choroby. Leczenie ITP jest wskazane u pacjentów, u których liczba płytek krwi spada poniżej 20 000-30 000/mm³. Może być ono również konieczne przy wyższych wartościach płytek, jeśli występują samostne krwawienia, istnieje potrzeba stosowania leków przeciwkrzepliwych lub przeciwplatekcyjnych, obecne są choroby zwiększające ryzyko krwawień, planowany jest zabieg operacyjny lub inwazyjna procedura diagnostyczna albo gdy tryb życia pacjenta wiąże się z podwyższonym ryzykiem urazów.³

3. Chojnowski K, et al.
Polskie zalecenia
postępowania...

Postępowanie terapeutyczne w ITP jest zawsze dostosowywane indywidualnie do potrzeb pacjenta. Celem terapii nie jest zazwyczaj całkowite wyleczenie choroby, lecz utrzymanie bezpiecznej liczby płytek krwi, zapobieganie krwawieniom oraz poprawa jakości życia.³

LECZENIE POCZĄTKOWE U DOROSŁYCH Z ITP

Leczeniem pierwszego wyboru u większości pacjentów z nowo rozpoznaną ITP są GLIKOKORTYKOSTEROIDY (GKS). Działają poprzez hamowanie nadmiernej aktywności układu odpornościowego odpowiedzialnego za niszczenie płytek krwi. Najczęściej stosowane preparaty to deksametazon, prednizon i metyloprednizon.³

Wzrost liczby płytek obserwuje się zwykle w ciągu kilku dni od rozpoczęcia leczenia. Terapia jest skuteczna u większości chorych, jednak ze względu na ryzyko działań niepożądanych GKS stosuje się krótkotrwale (zwykle kilka dni, maksymalnie do kilku tygodni). U ok. 20% pacjentów występuje oporność na leczenie GKS, a u większości pozostałych po różnym czasie dochodzi do nawrotu małopłytkowości wymagającej ponownego podania GKS lub zastosowania innych metod leczenia.³

U pacjentów z ciężkimi krwawieniami lub nieodpowiadających na terapię GKS stosowane są DOŻYLNIE IMMUNOGLOBULINY (IVIg). Modułują one przejściowo działanie układu odpornościowego, co wpływa na zmniejszenie niszczenia płytek krwi. U większości pacjentów wzrost liczby płytek krwi po IVIg obserwuje się bardzo szybko, często już w ciągu pierwszych 24 godzin od rozpoczęcia leczenia. Działanie to ma jednak charakter przejściowy i utrzymuje się zazwyczaj przez kilka tygodni. Immunoglobuliny podaje się we wlewie dożylnym przez 1–2 dni, a w razie potrzeby cykl leczenia może być powtórzony. Dożylne immunoglobuliny mogą być stosowane równocześnie z glikokortykosteroidami w celu uzyskania lepszego i szybszego efektu terapeutycznego lub jako jedyna metoda leczenia w przypadku nietolerancji GKS.³

LECZENIE CHOROBY OPORNEJ

Jeżeli początkowe leczenie nie prowadzi do trwałego zwiększenia liczby płytek krwi do poziomu zapewniającego bezpieczeństwo i nadal istnieje ryzyko groźnych krwawień, konieczna jest zmiana dalszego postępowania terapeutycznego. Brak poprawy po leczeniu glikokortykosteroidami i dożylnymi immunoglobulinami wymaga także ponownej oceny rozpoznania i wykluczenia innych przyczyn małopłytkowości.³

U pacjentów, u których rozpoznanie ITP jest pewne, a choroba utrzymuje się mimo leczenia początkowego, wprowadza się kolejne metody terapii. Dawniej standardem było chirurgiczne usunięcie śledziony, jednak obecnie, dzięki dostępności nowoczesnych i skutecznych leków, zabieg ten wykonywany jest rzadko i zwykle rozważany dopiero po upływie co najmniej 12–24 miesięcy od rozpoznania, z uwagi na możliwość samoistnej remisji choroby.⁶

AGONIŚCI RECEPTORA TROMBOPOETYNY

są skuteczną i bezpieczną opcją leczenia u pacjentów, u których terapia pierwszej linii nie doprowadziła do wystarczającej poprawy liczby płytek. Mechanizm ich działania polega na pobudzaniu szpiku kostnego do zwiększonej produkcji płytek krwi. Leki te naśladują działanie naturalnej trombopoetyny (TPO) – hormonu odpowiedzialnego za regulację wytwarzania płytek krwi. W przeciwieństwie do glikokortykosteroidów czy dożylnych immunoglobulin, agoniści receptora TPO nie hamują bezpośrednio układu odpornościowego i nie wpływają na proces niszczenia płytek, lecz zwiększają ich produkcję. Z tego względu mogą być skuteczne także u pacjentów opornych na inne metody leczenia.⁶

Stosowanie agonistów receptora trombopoetyny zalecane jest u chorych z przetrwałą lub przewlekłą ITP, którzy wymagają utrzymania stabilnej, bezpiecznej liczby płytek krwi. Odpowiedź na leczenie pojawia się zwykle w ciągu 1–2 tygodni od jego rozpoczęcia. Terapia ma jednak charakter długoterminowy – po odstawieniu leku liczba płytek najczęściej powraca do wartości wyjściowych, dlatego leczenie prowadzone jest przewlekłe, pod stałą kontrolą hematologiczną.⁶

Badania wskazują na porównywalną skuteczność tych leków. Wybór TPO–RA zależy zwykle od wskazań rejestracyjnych, dostępności leku, chorób współistniejących, działań niepożądanych, doświadczeń lekarza prowadzącego i preferencji pacjenta.³

6. Vianelli N, Auteri G, Buccisano F, Carrai V, Baldacci E, Clissa C, Bartoletti D, Giuffrida G, Magro D, Rivolti E, Esposito D, Podda GM, Palandri F. Refractory primary immune thrombocytopenia (ITP): current clinical challenges and therapeutic perspectives. *Ann Hematol.* 2022 May;101(5):963-978. doi: 10.1007/s00277-022-04786-y. Epub 2022 Feb 24. PMID: 35201417; PMCID: PMC8867457.

3. Chojnowski K., et al. Polskie zalecenia postępowania...

W praktyce klinicznej dostępne są trzy preparaty z tej grupy, różniące się sposobem podania i niektórymi cechami użytkowymi.⁶

ROMIPLOSTYM

jest lekiem podawanym w postaci wstrzyknięcia podskórnego, raz w tygodniu. Zaletą tego preparatu jest stosunkowo rzadkie podawanie.⁶ LEK MOŻE BYĆ STOSOWANY SAMODZIELNIE PRZEZ PACJENTA po stabilizacji liczby płytek i ich poziomie $\geq 50\ 000$ przez minimum 4 tygodnie oraz po odpowiednim przeszkoleniu przez personel medyczny.⁷

ELTROMBOPAG

jest lekiem doustnym, przyjmowanym codziennie w postaci tabletki. Jego zaletą jest wygodna forma stosowania bez konieczności iniekcji. Należy jednak pamiętać, że wchłanianie eltrombopagu może być istotnie zmniejszone przez produkty bogate w wapń, takie jak nabiał czy niektóre suplementy diety, co wymaga stosowania się do specyficznych zaleceń dietetycznych.⁶

AWATROMBOPAG

jest również lekiem doustnym, który należy przyjmować o stałej porze dnia razem z posiłkiem. Nie wykazuje istotnych interakcji z pokarmami.⁶

Wszystkie wymienione leki odznaczają się dobrą, długotrwałą skutecznością. Niezależnie od wybranego preparatu, leczenie agonistami receptora trombopoetyny wymaga regularnego monitorowania morfologii krwi, zwłaszcza na początku terapii, kiedy mogą występować większe wahania liczby płytek. Celem leczenia jest utrzymanie ich na bezpiecznym poziomie, zwykle powyżej $50\ 000/\text{mm}^3$, bez dążenia do wartości nadmiernie wysokich, które mogłyby zwiększać ryzyko powikłań zakrzepowych. Największe wahania występują na początku terapii, dlatego w tym okresie należy oznaczać pełną morfologię krwi co najmniej raz w tygodniu aż do ustabilizowania poziomu PLT powyżej $50\ 000/\text{mm}^3$, utrzymującego się przez co najmniej miesiąc. Później należy kontrolować morfologię raz w miesiącu.⁸

6. Vianelli N, et al.
Refractory primary immune
thrombocytopenia (ITP)...

7. Charakterystyka Produktu
Leczniczego Nplate,
https://www.amgen.pl/about/-/media/Themes/CorporateAffairs/Redesign/amgen-pl/Amgen-pl/Documents/products/Nplate_PIL_doroli.pdf

8. Mititelu A, Onisăi MC,
Roșca A, Vlădăreanu AM.
Current Understanding of
Immune Thrombocytopenia:
A Review of Pathogenesis and
Treatment Options. Int J Mol
Sci. 2024 Feb 10;25(4):2163.
doi: 10.3390/ijms25042163.
PMID: 38396839; PMCID:
PMC10889445.

RYTUKSYMAB

jest alternatywną dla agonistów receptora TPO opcją leczenia drugiego wyboru w opornej ITP. Działa on na wybrane komórki układu odpornościowego, które uczestniczą w wytwarzaniu przeciwciał odpowiedzialnych za niszczenie płytek krwi. Lek podawany jest dożylnie, zazwyczaj raz w tygodniu przez cztery kolejne tygodnie. U około 60% chorych obserwuje się wzrost liczby płytek krwi, najczęściej w ciągu kilku tygodni od rozpoczęcia leczenia, a u części pacjentów efekt ten może utrzymywać się przez wiele lat. Najlepsze wyniki leczenia uzyskuje się u młodszych pacjentów, szczególnie kobiet z krótszym czasem trwania choroby.⁶

6. Vianelli N, et al.
Refractory primary immune
thrombocytopenia (ITP)...

INNE MOŻLIWOŚCI LECZENIA

- LEKI IMMUNOSUPRESYJNE (np. azatiopryna, cyklosporyna), czyli leki hamujące układ odpornościowy, mogą być stosowane u niektórych chorych opornych na inne metody leczenia. Ich stosowanie jest jednak ograniczone ze względu na stosunkowo niską skuteczność i duże ryzyko działań niepożądanych.⁸
- FOSTAMATYNIB działa poprzez hamowanie w śledzionie enzymu, biorącego udział w niszczeniu płytek krwi. Przyjmowany jest w formie doustnej.⁸ W Polsce lek nie jest objęty standardową refundacją, możliwe jest finansowanie w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych, zgodnie z aktualnymi zasadami.⁹
- SPLENEKTOMIA to zabieg operacyjny polegający na usunięciu śledziony, czyli narządu odpowiedzialnego za niszczenie płytek krwi. Do zabiegu kwalifikowani są niektórzy pacjenci z przetrwałą lub przewlekłą ITP, którzy nie odpowiedzieli na leczenie farmakologiczne. Decyzja o zabiegu jest podejmowana indywidualnie u każdego pacjenta. Splenektomia wiąże się z przewlekłym upośledzeniem odporności, a więc typowym powikłaniem po zabiegu są częste zakażenia.⁸

8. Mititelu A, et al.
Current Understanding of
Immune Thrombocytopenia...

9. Komunikat Ministra
Zdrowia w sprawie pro-
duktów leczniczych podlega-
jących finansowaniu w ramach
procedury ratunkowego
dostępu do technologii le-
kowych, PLD.4731.1.2026.
AK, Warszawa, 14 kwietnia
2026. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-ministra-zdrowia-w-sprawie-produktow-leczniczych-podlegajacych-finansowaniu-w-ramach-procedury-ratunkowego-dostepu-do-technologiei-lekowych>.

ITP A CHOROBY WSPÓŁISTNIEJĄCE

1. Windyga J, et al.
Małopłytkowość
immunologiczna...

3. Chojnowski K, et al.
Polskie zalecenia
postępowania...

U osób w wieku dojrzałym ITP często współwystępuje z innymi chorobami internistycznymi, a zarówno przebieg choroby, jak i stosowane leczenie mogą istotnie wpływać na ryzyko powikłań schorzeń towarzyszących. W praktyce oznacza to konieczność prowadzenia terapii w sposób zintegrowany – tak, aby nie tylko dążyć do opanowania małopłytkowości, ale także zminimalizować ryzyko pogorszenia przebiegu chorób przewlekłych. Współczesne wytyczne podkreślają potrzebę krótkotrwałego stosowania steroidów i uwzględniania chorób współistniejących oraz przyjmowanych leków w podejmowaniu decyzji terapeutycznych.^{1,3}

10. Neunert C, et al.
American Society of
Hematology 2019
guidelines for immune
thrombocytopenia. Blood
Adv. 2019 Dec 10;3(23):3829-
3866. doi: 10.1182/
bloodadvances.2019000966.
Erratum in: Blood Adv. 2020
Jan 28;4(2):252. doi: 10.1182/
bloodadvances.2019001380.
PMID: 31794604; PMCID:
PMC6963252.

U pacjentów z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym szczególnej uwagi wymaga okres leczenia glikokortykosteroidami, ponieważ leki te mogą podnosić ciśnienie tętnicze, sprzyjać retencji sodu i płynów oraz nasilać wahania ciśnienia, zwłaszcza przy wyższych dawkach i dłuższym stosowaniu. Dlatego w czasie terapii steroidami zaleca się częstsze pomiary ciśnienia i – jeśli to konieczne – czasową modyfikację leczenia hipotensyjnego. Istotne jest również, aby dążyć do możliwie szybkiego odstawienia steroidów zgodnie z rekomendacjami leczenia ITP.¹⁰

11. Cuker A, Liebman HA.
Corticosteroid overuse
in adults with immune
thrombocytopenia: Cause
for concern. Res Pract
Thromb Haemost. 2021 Aug
25;5(6):e12592. doi: 10.1002/
rth2.12592. PMID: 34466771;
PMCID: PMC8387601.

Glikokortykosteroidy mogą także zwiększać stężenie glukozy, co może prowadzić do rozwoju cukrzycy posterydowej lub pogarszać kontrolę glikemii u osób już leczonych diabetologicznie. W praktyce oznacza to konieczność częstszej samokontroli glikemii w okresie steroidoterapii, a czasem przejściowej intensyfikacji leczenia przeciwcukrzycowego. Z perspektywy pacjenta ważne jest regularne mierzenie glikemii i prowadzenie dzienniczka pomiarów, obserwowanie i zgłaszanie lekarzowi objawów hiperglikemii (np. wzmożone pragnienie, częste oddawanie moczu, nasilone zmęczenie) oraz informowanie hematologa o stosowanych lekach diabetologicznych.¹¹

Pomimo że ITP kojarzy się przede wszystkim z występowaniem krwawień, u części pacjentów obserwuje się równoległe zwiększenie ryzyka powikłań zakrzepowo-zatorowych związane z nadmierną aktywacją układu odpornościowego i towarzyszącym stanem zapalnym, uwalnianiem prozakrzepowych cząsteczek podczas niszczenia płytek oraz działaniem niektórych leków. Dodatkowe czynniki zwiększające ryzyko zakrzepicy to starszy wiek i współistnienie miażdżycy, otyłości lub chorób sercowo-naczyniowych. Ma to kluczowe znaczenie u pacjentów wymagających leczenia przeciwkrzepliowego lub przeciwpłytkowego, na przykład z powodu współistniejącego migotania przedsionków czy po przebytych incydentach sercowo-naczyniowych. U tych chorych konieczne bywa czasowe wstrzymanie leczenia przeciwzakrzepowego w okresach nasilenia małopłytkowości. Pacjenci ci wymagają częstszego monitorowania morfologii krwi po włączeniu leczenia ITP, tak aby powrócić do terapii przeciwzakrzepowej w optymalnym momencie. Decyzje dotyczące leczenia przeciwzakrzepowego w ITP są trudne i wymagają indywidualnego wyważenia ryzyka krwawienia i zakrzepicy.¹²

12. Dai MF, et al. Thromboembolic Risk of Thrombopoietin Receptor Agonists for Adult Primary Immune Thrombocytopenia: A Systematic Review and Meta-Analysis Integrating Randomized Controlled Trials and Prospective Evidence. *Pharmacotherapy*. 2025 Nov;45(11):764-773. doi: 10.1002/phar.70075. Epub 2025 Nov 12. PMID: 41224244.

U pacjentów w wieku dojrzałym osteoporoza bywa już obecna przed rozpoznaniem ITP, a glikokortykosteroidy mogą dodatkowo przyspieszać utratę masy kostnej, zwiększając ryzyko złamań i osłabienia mięśni. Z tego względu, zwłaszcza przy konieczności dłuższego lub powtarzanego leczenia steroidami, należy rozważyć profilaktykę zdrowia kości, do której należy ocena ryzyka złamań, adekwatna podaż wapnia i witaminy D, aktywność fizyczna dostosowana do stanu pacjenta, a w wybranych przypadkach farmakoprofilaktyka według zaleceń lekarza. Jednocześnie podkreśla się, że w ITP powinno się unikać przewlekłej ekspozycji na steroidy, jeśli możliwe jest zastosowanie innych strategii leczenia. Warto również pamiętać, że u pacjentów leczonych eltrombopagiem konieczne jest przestrzeganie zaleceń dotyczących odstępu między przyjęciem leku a spożyciem produktów bogatych w wapń.

13. Hill QA, Grainger JD, Thachil J, Provan D, Evans G, Garg M, Bradbury C, Bagot C, Kanis JA, Compston JE. British Society of Haematology in conjunction with the UK ITP forum. The prevention of glucocorticoid-induced osteoporosis in patients with immune thrombocytopenia receiving steroids: a British Society for Haematology Good Practice Paper. Br J Haematol. 2019 May;185(3):410-417. doi: 10.1111/bjh.15735. Epub 2019 Jan 4. PMID: 30609018.

Leczenie to nie powinno jednak wpływać na niedobór wapnia w przypadku dobrego zbilansowania diety oraz ewentualnej suplementację wapnia i witaminy D zgodnie z zaleceniami lekarza.¹³

Podsumowując, choroby współistniejące istotnie wpływają na dobór i bezpieczeństwo terapii pacjentów z ITP. Zintegrowana opieka, regularne monitorowanie stanu zdrowia i ścisła współpraca pacjenta z hematologiem oraz lekarzami innych specjalności pozwala na zminimalizowanie ryzyka powikłań terapii i pogorszenia przebiegu chorób współistniejących.^{1,3}

1. Windyga J, et al.
Małopłytkowość
immunologiczna...

3. Chojnowski K, et al.
Polskie zalecenia
postępowania...



DIETA I SUPLEMENTACJA

Pomimo że dieta nie wpływa bezpośrednio na rozwój ani leczenie ITP, odgrywa istotną rolę we wspieraniu ogólnego stanu zdrowia i bezpieczeństwa leczenia, zwłaszcza u pacjentów w wieku dojrzłym i z chorobami współistniejącymi. Zalecane jest racjonalne, zbilansowane odżywianie oparte na regularnych posiłkach, odpowiedniej podaży białka, warzyw i owoców, pełnoziarnistych produktów zbożowych oraz zdrowych tłuszczów. Taki sposób żywienia sprzyja utrzymaniu prawidłowej masy ciała, wspiera układ krążenia i pomaga ograniczać niektóre działania niepożądane leczenia, w tym glikokortykosteroidów. Szczególną uwagę należy zwrócić na ryzyko osteoporozy, zwłaszcza u pacjentów długotrwale leczonych steroidami – w diecie powinny znaleźć się źródła wapnia i witaminy D.^{14,15}

Należy zachować ostrożność w stosowaniu suplementów diety i preparatów ziołowych. Część z nich, takich jak czosnek, imbir, kurkuma, miłorząb japoński czy żeń-szeń, może wpływać na krzepliwość krwi i zwiększać ryzyko krwawień, szczególnie u pacjentów z niską liczbą płytek. Należy ograniczyć spożycie alkoholu, ponieważ może nasilać skłonność do krwawień oraz wchodzić w interakcje z lekami. Każdy suplement diety powinien być stosowany wyłącznie po konsultacji z lekarzem prowadzącym.^{14,15}

Szczególne zalecenia żywieniowe dotyczą pacjentów leczonych eltrombopagiem. Lek ten wykazuje istotne interakcje z wapniem oraz innymi jonami metali, dlatego nie powinien być przyjmowany jednocześnie z produktami mlecznymi, suplementami wapnia, preparatami żelaza ani z niektórymi wodami mineralnymi. Zaleca się zachowanie odpowiedniego odstępu czasowego pomiędzy przyjęciem leku a posiłkiem zawierającym te składniki, zgodnie z zaleceniami lekarza. Przestrzeganie tych zasad zwiększa skuteczność leczenia i zmniejsza ryzyko nieprawidłowych wahań liczby płytek krwi.^{14,15}

14. Platelet Disorder Support Association (PDSA). Nutrition and immune thrombocytopenia (ITP). Rare Disease Advisor, <https://www.rarediseaseadvisor.com>.

15. ITP Support Association (UK). Healthy eating with ITP., <https://itpsupport.org.uk>.

16. Trotter P, Hill Q A. Immune thrombocytopenia: improving quality of life and patient outcomes. Patient related outcome measures, November 2018 Volume 2018:9 Pages 369-384. DOI 10.2147/prom.s140932, <https://www.dovepress.com/immune-thrombocytopenia-improving-quality-of-life-and-patient-outcomes-peer-reviewed-fulltext-article-PROM>.

Rozpoznanie immunologicznej małopłytkowości często budzi obawy dotyczące bezpieczeństwa codziennej aktywności fizycznej, jednak u większości pacjentów choroba nie oznacza konieczności rezygnacji z ruchu. Możliwości podejmowania wysiłku zależą przede wszystkim od aktualnej liczby płytek krwi oraz obecności objawów krwotocznych, a nie od samego faktu rozpoznania ITP. W okresach stabilnej choroby i bez istotnych dolegliwości bezpieczne są zazwyczaj umiarkowane formy aktywności, takie jak spacer, pływanie, jazda na rowerze czy ćwiczenia rozciągające, które wspierają kondycję układu sercowo-naczyniowego, pomagają utrzymać siłę mięśni i korzystnie wpływają na samopoczucie. Z kolei sporty kontaktowe oraz aktywności wiążące się z dużym ryzykiem urazu powinny być ograniczane lub czasowo wykluczane, zwłaszcza przy niskiej liczbie płytek.¹⁶

Wielu pacjentów z ITP doświadcza okresowego osłabienia i zmęczenia, które mogą wynikać zarówno z samej choroby, jak i ze stosowanego leczenia. W takich sytuacjach aktywność fizyczna powinna być dostosowana do indywidualnych możliwości, z zachowaniem równowagi pomiędzy ruchem a odpoczynkiem. Należy również pamiętać, że niektóre terapie, szczególnie glikokortykosteroidy, mogą prowadzić do osłabienia mięśni, przyrostu masy ciała i zmniejszenia wydolności fizycznej, co dodatkowo uzasadnia stopniowe i ostrożne zwiększanie wysiłku. U osób starszych szczególną uwagę należy zwrócić na profilaktykę upadków i urazów. Regularna rozmowa z lekarzem prowadzącym na temat kondycji fizycznej i planowanej aktywności pozwala bezpiecznie utrzymać ruch jako ważny element zdrowego stylu życia, także po rozpoznaniu ITP.¹⁶





Wpływ ITP na codzienne funkcjonowanie pacjenta

ZNACZENIE JAKOŚCI ŻYCIA

ITP u osób dorosłych ma najczęściej charakter choroby przewlekłej, co oznacza, że może towarzyszyć pacjentowi przez długi czas, z okresami zaostrzeń i remisji. Taki przebieg choroby sprawia, że jej wpływ wykracza poza same objawy kliniczne i dotyczy wielu aspektów codziennego funkcjonowania. Obawy związane z możliwością wystąpienia krwawienia, niestabilną liczbą płytek krwi oraz koniecznością regularnych badań i wizyt kontrolnych mogą powodować stres, poczucie niepewności i obniżenie komfortu psychicznego.¹⁶

Istotnym elementem jakości życia jest skuteczna kontrola objawów choroby, która pozwala ograniczyć dolegliwości krwotoczne i zmniejszyć ryzyko powikłań. Równie ważny pozostaje komfort samego leczenia – zarówno pod względem sposobu jego stosowania, jak i ewentualnych działań niepożądanych. Terapie wykonywane w ITP mogą różnić się częstością podawania, formą przyjmowania leków oraz profilem bezpieczeństwa, co ma bezpośredni wpływ na codzienne życie pacjenta.^{16,17}

Istotną rolę w długoterminowym funkcjonowaniu pacjenta z ITP odgrywa współpraca z lekarzem prowadzącym. Otwarta komunikacja, wspólne podejmowanie decyzji dotyczących leczenia oraz

16. Trotter P, et al. Immune thrombocytopenia: improving quality...

17. European Society for Blood and Marrow Transplantation. Immune Thrombocytopenia. A Practical Guide for Nurses and Other Allied Healthcare Professionals. 2021, https://www.ebmt.org/sites/default/files/migration_legacy_files/document/EBMT%20Practical%20Guides%20for%20Nurses_Immune%20Thrombocytopenia_ITP%20Handbook_UK.PDF.



DARIA, 41 L.:

„Na początku choroby bardzo stresowałam się poziomem płytek krwi i często rezygnowałam z atrakcji, na które nieraz czekałam tygodniami. Znajomość choroby i rozmowy z lekarzem prowadzącym pomogły mi podejmować bardziej wyważone decyzje”.

uwzględnianie indywidualnych potrzeb, stylu życia i oczekiwań chorego pozwalają lepiej dostosować leczenie i zwiększają poczucie bezpieczeństwa. Świadomość przewlekłego charakteru choroby, dobre zrozumienie jej przebiegu oraz aktywne uczestnictwo w procesie leczenia pomagają zachować możliwie dobrą jakość życia i utrzymać kontrolę nad codziennymi aktywnościami mimo rozpoznania ITP.^{16,17}

16. Trotter P, et al. Immune thrombocytopenia: improving quality...

17. European Society for Blood and Marrow Transplantation. Immune Thrombocytopenia. A Practical Guide...

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA A ITP

U zdecydowanej większości pacjentów z ITP możliwe jest kontynuowanie aktywności zawodowej, a samo rozpoznanie choroby rzadko stanowi powód do trwałej rezygnacji z pracy. Przy odpowiedniej kontroli choroby i utrzymaniu bezpiecznej liczby płytek krwi wielu chorych może dalej wykonywać swoje obowiązki zawodowe. Wpływa na to jednak charakter pracy oraz związane z nią potencjalne ryzyko urazów. Praca biurowa czy administracyjna zazwyczaj nie wymaga szczególnych ograniczeń. W przypadku prac fizycznych, wykonywanych na wysokości, przy maszynach lub w warunkach zwiększonego ryzyka urazu, konieczna jest indywidualna ocena bezpieczeństwa, zwłaszcza u pacjentów z niską lub niestabilną liczbą płytek krwi. W takich sytuacjach lekarz może zalecić czasowe dostosowanie zakresu obowiązków lub odpowiednie modyfikacje leczenia, aby umożliwić bezpieczne wykonywanie pracy. Czasami może być konieczne czasowe zwolnienie lekarskie, aby nie narażać się na powikłania krwotoczne w okresie zaostrzenia choroby.¹⁷

Stosowane leczenie również może wpływać na aktywność zawodową pacjentów z ITP. Współczesne terapie ITP w wielu przypadkach pozwalają na wygodne i skuteczne leczenie, które nie musi znacząco zakłócać życia zawodowego. Należy jednak uwzględnić sposób przyjmowania leków, konieczność regularnych wizyt kon-

trolnych oraz możliwe działania niepożądane, takie jak zmęczenie czy zaburzenia koncentracji, które mogą przejściowo wpływać na wydajność pracy. Regularne badania kontrolne i okresowe modyfikacje terapii wymagają czasem elastycznego podejścia do organizacji czasu pracy, jednak zazwyczaj nie stanowią istotnej przeszkody w jej kontynuowaniu.¹⁷

Rozmowa z lekarzem o charakterze wykonywanej pracy pozwala lepiej dostosować leczenie do codziennych potrzeb pacjenta. Dzięki indywidualnemu podejściu, dobrej kontroli choroby oraz współpracy z zespołem medycznym większość pacjentów z ITP może pozostać aktywna zawodowo pomimo choroby.¹⁷

SPOŻYCIE ALKOHOLU I PALENIE PAPIEROSÓW

Użytki, takie jak alkohol i papierosy, generalnie mają niekorzystny wpływ na stan zdrowia. Ich działanie może być szczególnie istotne u pacjentów z chorobami przewlekłymi, w tym z ITP. Alkohol wpływa na funkcję płytek krwi oraz mechanizmy krzepnięcia, a jego nadmierne spożycie zwiększa ryzyko krwawień, zwłaszcza u osób z niską liczbą płytek. Dodatkowo alkohol może nasilać działania niepożądane niektórych leków oraz działa toksycznie na wątrobę. Z tego względu zaleca się ograniczenie spożycia alkoholu, a w okresach niskiej liczby płytek krwi lub występowania objawów krwotocznych – jego unikanie.¹⁸

Palenie papierosów nie wpływa bezpośrednio na liczbę płytek krwi, jednak istotnie zwiększa ryzyko chorób sercowo-naczyniowych i powikłań zakrzepowo-zatorowych, które mogą współistnieć u pacjentów z ITP. Ma to szczególne znaczenie w kontekście coraz lepiej poznanego ryzyka zakrzepicy u chorych na ITP, zwłaszcza u osób obciążonych dodatkowymi czynnikami ryzyka, takimi jak nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia czy otyłość.

18. Eismann H, Sieg L, Ahmed H, Teske J, Behrendt P, Friedrich L, Schumacher C, Johanning K. Influence of alcohol consumption on blood coagulation in rotational thromboelastometry (ROTEM): an in-vivo study. Korean J Anesthesiol. 2020 Aug;73(4):334-341. doi: 10.4097/kja.20071. Epub 2020 Apr 16. PMID: 32299155; PMCID: PMC7403120.



KRZYSZTOF, 60 L.:

„Po otrzymaniu diagnozy bardzo obawiałem się utraty pracy, ponieważ pracuję fizycznie. Rzeczywiście na początku potrzebowałem kilku 1-2 tygodniowych zwolnień, ale szef przyjął to lepiej niż myślałem. Wyjaśniłem, że zachorowałem i że zrobię, co się da, żeby dalej pracować tak samo dobrze”.

19. Ito S, et al.
Evaluation of thrombotic
events in patients with
immune thrombocytopenia.
Ann Hematol. 2020
Jan;99(1):49-55. doi: 10.1007/
s00277-019-03886-6. Epub
2019 Dec 18. PMID: 31853702.

20. Machin N, Ragni MV,
Comer DM, Yabes JG.
Prevalence and correlates of
thrombosis in adults with
immune thrombocytopenia:
An NIS study. Thromb Res.
2018 Dec;172:80-85.
doi: 10.1016/j.
thromres.2018.10.017. Epub
2018 Oct 24. PMID: 30384039.

16. Trotter P, et al.
Immune thrombocytopenia:
improving quality...

Palenie papierosów pogarsza również ogólną kondycję organizmu, zwiększa podatność na infekcje oraz może niekorzystnie wpływać na przebieg leczenia.^{19,20}

AKTYWNOŚĆ SEKSUALNA

U większości pacjentów rozpoznanie ITP nie stanowi przeciwwskazania do prowadzenia aktywnego życia seksualnego. Przy stabilnej liczbie płytek krwi i braku istotnych objawów krwotocznych współżycie jest bezpieczne i nie wymaga szczególnych ograniczeń. Podobnie jak w innych aspektach codziennego funkcjonowania, kluczowe znaczenie ma aktualna kontrola choroby oraz indywidualna ocena stanu zdrowia pacjenta.¹⁶

W okresach znacznego obniżenia liczby płytek krwi lub występowania nasilonych objawów krwotocznych, takich jak łatwe powstawanie siniaków czy krwawienia z błon śluzowych, zalecana jest ostrożność i ewentualne czasowe ograniczenie współżycia. Warto otwarcie komunikować się zarówno z partnerem, jak i z lekarzem prowadzącym, co pozwala rozwiązać wątpliwości, dostosować zalecenia do indywidualnej sytuacji oraz zmniejszyć niepotrzebny lęk.¹⁶

21. Won YW, Moon W, Yun YS,
Oh HS, Choi JH, Lee YY,
Kim IS, Choi IY, Ahn MJ.
Clinical aspects of pregnancy
and delivery in patients
with chronic idiopathic
thrombocytopenic purpura
(ITP). Korean J Intern Med.
2005 Jun;20(2):129-34. doi:
10.3904/kjim.2005.20.2.129.
PMID: 16134767; PMCID:
PMC3891381.

U kobiet z ITP możliwe jest również bezpieczne planowanie ciąży i macierzyństwa. U pacjentek z nowo rozpoznaną lub niestabilną postacią choroby, o ile pozwala na to sytuacja kliniczna, zaleca się rozważenie czasowego odroczenia planowanej ciąży do momentu uzyskania stabilnej kontroli ITP. U kobiet z przewlekłą, dobrze kontrolowaną chorobą możliwe jest natomiast bezpieczne donoszenie ciąży do terminu porodu, jak również poród drogami natury.²¹



PAULINA, 46 L.:

„Pierwsze miesiące po diagnozie były dla mnie szczególnie trudne. Stres oraz poczucie, że nic ode mnie nie zależy, sprawiły, że moje libido najpierw bardzo spadło, a potem po prostu bałam się wrócić do współżycia. Wyrozumiałość i rozmowy z mężem były wspierające, ale potrzebowałam także usłyszeć od lekarza, że współżycie nie zagraża mojemu zdrowiu. Krępowałam się rozmowy z mężczyzną, więc wyjątkowo umówiłam się na wizytę do pani doktor”.

Ciąża u pacjentki z ITP wymaga ścisłej współpracy pomiędzy hematologiem a lekarzem prowadzącym ciążę, ponieważ choroba wiąże się z podwyższonym ryzykiem krwawień zarówno w jej trakcie, jak i podczas porodu. W zależności od liczby płytek krwi i sytuacji klinicznej, w okresie poprzedzającym poród może być konieczne czasowe włączenie leczenia w celu zapewnienia bezpieczeństwa matki i dziecka. W czasie ciąży stosuje się wybrane, sprawdzone metody leczenia, takie jak glikokortykosteroidy lub dożylnie immunoglobuliny, leki immunosupresyjne są zazwyczaj przeciwwskazane, a leki z grupy agonistów receptora trombopoetyny nie zostały jeszcze zarejestrowane do stosowania w ciąży. Dzięki odpowiedniemu nadzorowi i właściwie dobranemu postępowaniu większość kobiet z ITP może bezpiecznie przejść przez okres ciąży i porodu.²¹

WPŁYW CHOROBY NA STYL ŻYCIA I FORMY SPĘDZANIA WOLNEGO CZASU

Rozpoznanie ITP, mimo przewlekłego charakteru choroby, nie powinno oznaczać konieczności rezygnacji z dotychczasowego stylu życia ani z ulubionych aktywności. Hobby, zainteresowania oraz różne formy spędzania wolnego czasu odgrywają istotną rolę w utrzymaniu równowagi psychicznej, redukcji stresu i poprawie ogólnego samopoczucia. Dla wielu pacjentów są one również ważnym źródłem motywacji i poczucia kontroli w obliczu choroby przewlekłej.¹⁶

W większości przypadków możliwe jest kontynuowanie dotychczasowych pasji, pod warunkiem uwzględnienia aktualnego stanu zdrowia, liczby płytek krwi oraz indywidualnego ryzyka urazów. Pacjenci ze stabilną liczbą płytek krwi nie muszą ograniczać aktywności fizycznej i mogą bezpiecznie uprawiać większość sportów. U pacjentów z liczbą płytek poniżej 50 000/mm³ przeciwwskazane

są jednak sporty ekstremalne, sporty walki czy sporty kontaktowe, związane ze zwiększonym ryzykiem urazu i krwawienia (np. skok ze spadochronem, narciarstwo alpejskie, skok na bungee, nurkowanie, boks).^{16,17}

16. Trotter P, et al. Immune thrombocytopenia: improving quality...

17. European Society for Blood and Marrow Transplantation. Immune Thrombocytopenia. A Practical Guide...

Choroba nie musi również stanowić bariery w realizacji planów podróży i spełnianiu osobistych marzeń. Większość pacjentów może bezpiecznie podróżować, zarówno w kraju, jak i za granicą, o ile choroba pozostaje pod dobrą kontrolą. Warto odpowiednio przygotować się do wyjazdu poprzez zapewnienie wystarczającego zapasu leków, zabranie dokumentacji medycznej z informacją o rozpoznaniu i aktualnym leczeniu oraz wykupienie ubezpieczenia zdrowotnego uwzględniającego chorobę przewlekłą. Przed dłuższymi podróżami, wyjazdami do krajów o ograniczonym dostępie do opieki medycznej lub planowanymi aktywnościami o podwyższonym ryzyku zalecana jest konsultacja z lekarzem prowadzącym, który może ocenić aktualną sytuację kliniczną i udzielić indywidualnych wskazówek.^{16,17}

Podstawą bezpiecznego i satysfakcjonującego funkcjonowania z ITP jest uważne obserwowanie sygnałów wysyłanych przez organizm oraz elastyczne dostosowywanie aktywności do bieżącego samopoczucia i wyników badań. Unikanie zbędnego ryzyka nie powinno jednak prowadzić do nadmiernej ostrożności ani rezygnacji z aktywnego życia. Świadome podejmowanie decyzji, oparte na wiedzy o chorobie, regularnej kontroli medycznej i współpracy z zespołem leczącym, pozwala wielu pacjentom budować poczucie wpływu na własne zdrowie. Dzięki temu ITP staje się jednym z elementów życia, a nie jego centralnym punktem, umożliwiając realizację planów, marzeń i codziennych aktywności w sposób bezpieczny i satysfakcjonujący.^{12,13}

12. Dai MF, et al. Thromboembolic Risk of Thrombopoietin Receptor...

13. Hill QA, et al. The prevention of glucocorticoid-induced osteoporosis...



MARCIN, 45 L.:

„Po otrzymaniu diagnozy najbardziej martwiłem się, że będę musiał całkowicie zrezygnować z wyjazdów, zwłaszcza tych z kolegami – w wysokie góry albo survivalowych do mniej rozwiniętych krajów. Szukałem informacji na stronach i forach dla pacjentów, zwłaszcza amerykańskich, a potem z gotową listą poszedłem na wizytę, aby upewnić się, czy mogę jechać. Niestety z niektórych lokalizacji musiałem zrezygnować, zdarzyło się też przełożyć plany na później, ale najważniejsze, że nadal mogę podróżować”.

Lista organizacji
udzielających
wsparcia pacjentom
z chorobami
hematologicznymi



Częstochowska Fundacja Na Rzecz Hematologii „PRZY TOBIE”

www.fundacjaprzytobie.czest.pl

Fundacja Carita im. Wiesławy Adamiec

www.fundacjacarita.pl

Fundacja Na Rzecz Pomocy Chorym Na Białaczki

www.fundacja.hematologiczna.org

Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych

www.pkpo.pl

Fundacja OnkoCafe. Razem lepiej

www.onkocafe.pl

REFERENCJE

1. Windyga J, Młynarski W, Ochrem B, Zawilska K. Małopłytkowość immunologiczna [w:] Interna Szczeklika 2024. Medycyna Praktyczna, Kraków 2024, s. 1975-80.
2. Rodeghiero F, et al. Standardization of terminology, definitions and outcome criteria in immune thrombocytopenic purpura of adults and children: report from an international working group. *Blood*. 2009 Mar 12;113(11):2386-93. doi: 10.1182/blood-2008-07-162503. Epub 2008 Nov 12. PMID: 19005182.
3. Chojnowski K, Klukowska A, Łętowska M, Łaguna P, Młynarski W, Mital A, Musiał J, Treliński J, Undas A, Urasiński T, Windyga J, Zdziarska J, Podolak-Dawidziak M. Polskie zalecenia postępowania w pierwotnej małopłytkowości immunologicznej u dorosłych opracowane przez Grupę ds. Hemostazy Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów – aktualizacja 2024. *Med. Prakt.*, 2024; 5: 29-56.
4. Provan D, et al. Updated international consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. *Blood Adv*. 2019 Nov 26;3(22):3780-3817. doi: 10.1182/bloodadvances.2019000812. PMID: 31770441; PMCID: PMC6880896.
5. Hematoonkologia.pl, Pierwsza wizyta u hematologa. Jak się do niej przygotować?, <https://hematoonkologia.pl/informacje-dla-chorych/aktualnosci/id/4283-pierwsza-wizyta-u-hematologa-jak-sie-do-niej-przygotowac>. Dostęp: 20.12.2025 r.
6. Vianelli N, Auteri G, Buccisano F, Carrai V, Baldacci E, Clissa C, Bartoletti D, Giuffrida G, Magro D, Rivolti E, Esposito D, Podda GM, Palandri F. Refractory primary immune thrombocytopenia (ITP): current clinical challenges and

therapeutic perspectives. *Ann Hematol.* 2022 May;101(5):963-978. doi: 10.1007/s00277-022-04786-y. Epub 2022 Feb 24. PMID: 35201417; PMCID: PMC8867457.

7. Charakterystyka Produktu Leczniczego Nplate, https://www.amgen.pl/about/-/media/Themes/CorporateAffairs/Redesign/amgen-pl/Amgen-pl/Documents/products/Nplate_PIL_doroli.pdf Dostęp: 02.02.2026 r.

8. Mititelu A, Onisâi MC, Roșca A, Vlădăreanu AM. Current Understanding of Immune Thrombocytopenia: A Review of Pathogenesis and Treatment Options. *Int J Mol Sci.* 2024 Feb 10;25(4):2163. doi: 10.3390/ijms25042163. PMID: 38396839; PMCID: PMC10889445.

9. Komunikat Ministra Zdrowia w sprawie produktów leczniczych podlegających finansowaniu w ramach procedury ratunkowego dostępu do technologii lekowych, PLD.4731.1.2026.AK, Warszawa, 14 kwietnia 2026. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-ministra-zdrowia-w-sprawie-produktow-leczniczych-podlegajacych-finansowaniu-w-ramach-procedury-ratunkowego-dostepu-do-technologii-lekowych>. Dostęp: 08.05.2026 r.

10. Neunert C, et al. American Society of Hematology 2019 guidelines for immune thrombocytopenia. *Blood Adv.* 2019 Dec 10;3(23):3829-3866. doi: 10.1182/bloodadvances.2019000966. Erratum in: *Blood Adv.* 2020 Jan 28;4(2):252. doi: 10.1182/bloodadvances.2019001380. PMID: 31794604; PMCID: PMC6963252.

11. Cuker A, Liebman HA. Corticosteroid overuse in adults with immune thrombocytopenia: Cause for concern. *Res Pract Thromb Haemost.* 2021 Aug 25;5(6):e12592. doi: 10.1002/rth2.12592. PMID: 34466771; PMCID: PMC8387601.

12. Dai MF, et al. Thromboembolic Risk of Thrombopoietin Receptor Agonists for Adult Primary Immune Thrombocytopenia: A Systematic Review and Meta-Analysis Integrating Randomized Controlled Trials and Prospective Evidence. *Pharmacotherapy*. 2025 Nov;45(11):764-773. doi: 10.1002/phar.70075. Epub 2025 Nov 12. PMID: 41224244.
13. Hill QA, Grainger JD, Thachil J, Provan D, Evans G, Garg M, Bradbury C, Bagot C, Kanis JA, Compston JE. British Society of Haematology in conjunction with the UK ITP forum. The prevention of glucocorticoid-induced osteoporosis in patients with immune thrombocytopenia receiving steroids: a British Society for Haematology Good Practice Paper. *Br J Haematol*. 2019 May;185(3):410-417. doi: 10.1111/bjh.15735. Epub 2019 Jan 4. PMID: 30609018.
14. Platelet Disorder Support Association (PDSA). Nutrition and immune thrombocytopenia (ITP). *Rare Disease Advisor*, <https://www.rarediseaseadvisor.com>. Dostęp: 20.12.2025 r.
15. ITP Support Association (UK). Healthy eating with ITP, <https://itpsupport.org.uk>. Dostęp: 20.12.2025 r.
16. Trotter P, Hill QA, Immune thrombocytopenia: improving quality of life and patient outcomes. Patient related outcome measures, November 2018 Volume 2018:9 Pages 369-384. DOI 10.2147/prom.s140932, <https://www.dovepress.com/immune-thrombocytopenia-improving-quality-of-life-and-patient-outcomes-peer-reviewed-fulltext-article-PROM>. Dostęp: 20.12.2025 r.
17. European Society for Blood and Marrow Transplantation. Immune Thrombocytopenia. A Practical Guide for Nurses and Other Allied Healthcare Professionals. 2021, https://www.ebmt.org/sites/default/files/migration_legacy_files/document/

EBMT%20Practical%20Guides%20for%20Nurses_Immune%20Thrombocytopenia_ITP%20Handbook_UK.PDF. Dostęp: 21.12.2025 r.

18. Eismann H, Sieg L, Ahmed H, Teske J, Behrendt P, Friedrich L, Schumacher C, Johanning K. Influence of alcohol consumption on blood coagulation in rotational thromboelastometry (ROTEM): an in-vivo study. *Korean J Anesthesiol.* 2020 Aug;73(4):334-341. doi: 10.4097/kja.20071. Epub 2020 Apr 16. PMID: 32299155; PMCID: PMC7403120.

19. Ito S, et al. Evaluation of thrombotic events in patients with immune thrombocytopenia. *Ann Hematol.* 2020 Jan;99(1):49-55. doi: 10.1007/s00277-019-03886-6. Epub 2019 Dec 18. PMID: 31853702.

20. Machin N, Ragni MV, Comer DM, Yabes JG. Prevalence and correlates of thrombosis in adults with immune thrombocytopenia: An NIS study. *Thromb Res.* 2018 Dec;172:80-85. doi: 10.1016/j.thromres.2018.10.017. Epub 2018 Oct 24. PMID: 30384039.

21. Won YW, Moon W, Yun YS, Oh HS, Choi JH, Lee YY, Kim IS, Choi IY, Ahn MJ. Clinical aspects of pregnancy and delivery in patients with chronic idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP). *Korean J Intern Med.* 2005 Jun;20(2):129-34. doi: 10.3904/kjim.2005.20.2.129. PMID: 16134767; PMCID: PMC3891381.



Electronic Certificate

Version: 1 . 0

Document Number: POL-NP-26-80006

Document Name: Broszura dla pacjentów dorosłych z ITP

Country: Poland

Product: No Product

Branding: Unbranded

Type: GRP Material

Sub Type: Other

Classification:

Material Intent: Non-Promotional

Expiration Date: 30 Jul 2028

Certification Statement

We certify that the final electronic form of this material is in accordance with the regulations set forth by the health authority (where applicable) for the country of this document, and is a fair and truthful presentation of the facts about the product.

Role	Signature
Agnieszka Krawczyk - Commercial Approval (agnieska@amgen.com)	Meaning: As the Commercial, I approve this document for use. Date: 30-Jul-2026 12:24:21 GMT+0000