



Jakość życia pacjenta ze szpiczakiem mnogim w Polsce



Razem zwyciężymy szpiczaka!

Tobiasz Moskunas



MATERIAŁY PRASOWE

Warszawa, dnia 29 listopada 2011 r.



Komunikat prasowy

Kluczowe znaczenie dla jakości życia pacjenta chorego na szpiczaka mnogiego ma wczesna diagnostyka i dostęp do optymalnego leczenia, które pozwala zwiększyć do maksimum długość przeżycia. Dzięki postępowi medycyny pojawiło się wiele nowych leków i metod terapeutycznych w leczeniu szpiczaka mnogiego, których skuteczność sprawia, że jest on określany jako choroba przewlekła. Niestety mimo możliwości, jakie daje współczesna medycyna, polscy pacjenci nie mają dostępu do standardowego leczenia, jakie mają inni obywatele Unii Europejskiej.

W Polsce, dostęp do nowoczesnych terapii jest regulowany zapisami Terapeutycznego Programu Zdrowotnego „Leczenie opornych postaci szpiczaka mnogiego (plazmocytowego)”. Program nie gwarantuje pacjentom z niewydolnością nerek dostępu do optymalnego leczenia. Obecne kryteria włączenia chorych do leczenia w ramach Programu Terapeutycznego są skomplikowane, co utrudnia ich prawidłowe zastosowanie w codziennej praktyce i zwiększa ryzyko negatywnych kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia. Prof. Wiesław Jędrzejczak – Konsultant Krajowy w dziedzinie Hematologii podkreśla, że *...zgodnie z obecnymi zapisami Programu pacjenci ze współistniejącą niewydolnością nerek nie mają dostępu do terapii bortezomibem. Nie jest to wprawdzie napisane wprost, ale wynika z kryterium, które wyklucza zastosowanie leku u chorych z klirensiem kreatyniny gorszym niż u zdrowej osoby (poniżej 30 ml/min). Rozwiązanie tej sytuacji wymaga jedynie usunięcia jednego kryterium wykluczającego, które nie pociągnie za sobą żadnych konsekwencji finansowych, gdyż ta grupa chorych z uwagi na nieefektywne leczenie i związaną z nim konieczność dializ generuje i tak duże koszty...*

Obowiązująca treść Programu Terapeutycznego zakłada zastosowanie bortezomibu w leczeniu kolejnych linii u chorych nieodpowiadających na początkową terapię lub nawracających po zastosowanym leczeniu. Ponadto, Program Terapeutyczny uniemożliwia pacjentom ze szpiczakiem mnogim i jednoczesną niewydolnością nerek (stanowią 10% pacjentów ze szpiczakiem) leczenie zgodnie ze standardami



europejskimi. U tej grupy chorych wcześniejsze wdrożenie bortezomibu w I linii umożliwiłoby stworzenie najkorzystniejszych warunków do ustąpienia niewydolności nerek, zahamowania progresji uszkodzenia nerek oraz zapobieżenia dializom. Według ostatnio ogłoszonych wyników badań (informacja prasowa z www.takeda.com/press/article_43462.html; Abstrakt 476 na Konferencję ASH 2011), bortezomib zastosowany w I linii wydłuża przeżycie o 13,3 miesiąca a odsetek chorych przeżywających 5 lat wzrósł o 43,9 proc. Jak zauważa prof. Wiesław Jędrzejczak *...gdyby umożliwić chorym ze szpiczakiem mnogim i współistniejącą niewydolnością nerek dostęp do terapii bortezomibem w I linii leczenia można byłoby uniknąć dializ, co poza aspektem finansowym niosłoby za sobą istotne zwiększenie komfortu leczenia dla pacjenta.*

Ekspert w dziedzinie ekonomiki zdrowia, założyciel firmy MAHTA – Michał Jachimowicz podkreśla, że *...nowoczesna terapia z włączeniem bortezomibu w I rzucie leczenia jest wysoce opłacalna zgodnie z polskimi standardami oceny opłacalności. Dodatkowy rok życia przy zastosowaniu wspomnianego leku kosztuje jedynie 58 000 złotych, przy czym granica opłacalności dla tego parametru w Polsce wynosi około 110 000 złotych.* Ekspert zwraca również uwagę, iż ograniczenia w finansowaniu tej terapii wynikają głównie z przesłanek finansowych, a nie medycznych. *Zgodnie bowiem z analizami farmakoekonomicznymi przygotowanymi na podstawie polskich Wytycznych Agencji Oceny Technologii Medycznych, uważanych za jedne z najbardziej restrykcyjnych na świecie, terapia powinna być udostępniona wszystkim chorym, którzy tej terapii potrzebują.*

Polska pod względem dostępu do nowoczesnego leczenia szpiczaka mnogiego zajmuje jedno z ostatnich miejsc w Europie. Jest to sytuacja budząca duży niepokój środowiska lekarzy oraz pacjentów, którzy podkreślają pilną konieczność modyfikacji Programu Terapeutycznego, a także poprawy warunków leczenia szpiczaka mnogiego w Polsce.

Zauważając konieczność podjęcia działań na rzecz poprawy sytuacji chorych na szpiczaka mnogiego w Polsce Fundacja Urszuli Jaworskiej oraz Fundacja Centrum Leczenia Szpiczaka zorganizowały w dniu 29 listopada 2011 roku w Warszawie konferencję prasową pt.: „Jakość życia pacjenta ze szpiczakiem mnogim w Polsce”. Zaproszenie do udziału w konferencji przyjęli: Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia – Adam Fronczak, Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych – Wojciech Matuszewicz, prof. dr hab. med. Wiesław W. Jędrzejczak – Konsultant Krajowy w dziedzinie Hematologii, prof. dr hab. med. Anna Dmoszyńska – Kierownik Katedry i Kliniki Hematoonkologii i Transplantacji Szpiku Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Przewodnicząca Polskiej Grupy Szpiczakowej, prof. dr hab. med. Aleksander B. Skotnicki – Kierownik Katedry i Kliniki Hematologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, dr med. Artur Jurczyszyn – Prezes Fundacji Centrum Leczenia Szpiczaka, Urszula Jaworska – założycielka Fundacji Urszuli Jaworskiej, pacjenci chorzy na szpiczaka mnogiego i ich bliscy. Ambasadorem akcji został Robert Moskwa.

Podczas konferencji omówiony został stan leczenia szpiczaka mnogiego w Polsce w odniesieniu do międzynarodowych standardów obowiązujących w większości państw europejskich. Szczególną uwagę



KOMUNIKAT PRASOWY

poświęcono konieczności wprowadzenia zmian do Terapeutycznego Programu Zdrowotnego, które nie wymagają dodatkowej oceny Agencji Oceny Technologii Medycznych i w związku z tym powinny być wdrożone w szybkim trybie. Dyskutowano na temat jakości życia pacjentów ze szpiczakiem mnogim w Polsce. Na konferencji zainaugurowano ogólnopolski projekt spotkań Grup Wsparcia dla pacjentów i ich bliskich, których pomysłodawczynią i organizatorką jest Urszula Jaworska. Projekt ma na celu pomoc pacjentom chorym na szpiczaka mnogiego oraz ich bliskim w przejściu przez proces leczenia, zwiększenie świadomości na temat choroby, wsparcie psychiczne, praktyczną pomoc specjalistów, a także poprawę komfortu życia pacjentów.

Więcej informacji:



D&D Communication

Anna Paplińska

tel. kom.: 516 033 577

e-mail: anna.paplinska@ddc.com.pl



Fundacja Urszuli Jaworskiej

Urszula Jaworska, tel. kom.: 608 453 479; tel./fax: (22) 870 05 21

e-mail: office@fundacjauj.pl

www.fundacjauj.pl



Fundacja Centrum Leczenia Szpiczaka + logo

tel. kom.: 601 539 077, fax: (12) 617 75 80

e-mail: fundacja@szpiczak.org

www.szpiczak.org



Szpiczak mnogi – epidemiologia, patogenezą, przebieg, kryteria rozpoznania, czynniki prognostyczne i klasyfikacje zaawansowania choroby

autorzy opracowania:

prof. dr hab. med. Aleksander B. Skotnicki – Kierownik Katedry i Kliniki Hematologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

dr med. Artur Jurczyszyn – Prezes Fundacji Centrum Leczenia Szpiczaka

Szpiczak mnogi (szpiczak plazmocytowy, *multiple myeloma*, *myeloma multiplex*, MM) jest złośliwym, nadal nieuleczalnym nowotworem hematologicznym, który charakteryzuje się monoklonalnym rozrostem komórek plazmatycznych. Szpiczak stanowi około 1% wszystkich nowotworów oraz około 15% pierwotnych hemocytopatii.

MM jest chorobą o nieznaną etiologią i dotyczy głównie osób w starszym wieku; mediana wieku przy rozpoznaniu wynosi 60-70 lat. W ostatnim czasie obserwuje się jednak stały wzrost liczby zachorowań wśród pacjentów poniżej 50. roku życia. Większość chorych oczekuje od lekarzy szansy na trwałe wyleczenie, a nie tylko łagodzenia dolegliwości związanych z nowotworem.

Etiologia choroby nie jest znana, prawdopodobnie na jej rozwój wpływają promieniowanie jonizujące oraz narażenie zawodowe na niektóre substancje chemiczne (azbest, benzen). Patologiczne plazmocyty, inaczej zwane komórkami szpiczakowymi, produkują duże ilości specyficznej dla danego klonu monoklonalnej immunoglobuliny, wykrywanej w surowicy, moczu bądź w obu tych płynach.

Istotne cechy szpiczaka mnogiego to:

- osteoliza kości,
- bóle kostne,
- zespół nadlepkkości w związku z uwalnianiem białka monoklonalnego do krwi krążącej,
- polineuropatia obwodowa,
- osłabienie,
- zwiększona podatność na zakażenia,
- zakłócenie prawidłowego funkcjonowania szpiku kostnego, zazwyczaj manifestujące się niedokrwistością.

Komórki szpiczaka mnogiego wzrastają również w postaci umiejscowionych guzów, jako tzw. plazmocytoma, które mogą być pojedyncze lub mnogie oraz ograniczone do szpiku kostnego i kości (szpikowe) bądź rozwijające się poza kośćmi w tkankach miękkich (plazmocytoma pozaszpikowe). Stąd mówimy o ogromnej heterogenności tej choroby, każdy pacjent choruje inaczej.



SZPICZAK MNOGI

Komórki szpiczakowe wytwarzają i uwalniają białko monoklonalne (białko M) do krwi i/lub moczu. Białko monoklonalne jest immunoglobuliną lub składnikiem/fragmentem immunoglobuliny. W komórkach szpiczakowych następuje jedna lub więcej mutacji genów odpowiedzialnych za wytwarzanie prawidłowych immunoglobulin, w związku z czym sekwencja aminokwasowa i struktura cząsteczki białka są zmienione. Dochodzi do zaburzenia prawidłowej funkcji immunoglobuliny jako przeciwciała i powstaje patologiczna struktura cząsteczki.

Zachorowalność na szpiczaka mnogiego w Stanach Zjednoczonych wynosi 4/100 000 mieszkańców. Jest to około 1% wszystkich typów nowotworów. Szacuje się, że w USA obecnie pojawia się co roku około 20 000 nowych przypadków choroby. Na świecie obecnie żyje około 1 milion chorych na szpiczaka. W Polsce liczba pacjentów ze szpiczakiem *de novo* wynosi prawdopodobnie 1500-1800 rocznie. Choroba jest bardziej powszechna u Afroamerykanów niż u osobników rasy kaukaskiej (np. w hrabstwie Los Angeles proporcje te wynoszą odpowiednio 9,8/100 000 i 4,3/100 000). Zapadalność na MM różni się w zależności od kraju – od niskiej, poniżej 1/100 000 w Chinach, do blisko 4/100 000 w większości uprzemysłowionych krajów zachodnich. Stosunek mężczyźni/kobiety wynosi 3/2. Zachorowalność wzrasta z wiekiem, jednak w ostatnim czasie coraz częściej szpiczaka diagnozuje się u chorych poniżej 55. roku życia.

Stałe udoskonalanie technik diagnostycznych i bardziej zaawansowany przeciętny wiek populacji ogólnej mogą po części wyjaśniać rosnącą w ciągu ostatnich kilku dekad zapadalność. Przeprowadzone badania populacyjne wskazują na wydłużenie względnego przeżycia 5-letniego (57%) i 10-letniego (41%), które nastąpiło w latach 1990-2000. Jest to szczególnie widoczne u młodych chorych, poniżej 60. roku życia. W ostatniej dekadzie (2000-2010) dzięki zastosowaniu nowych leków średnia długość życia wynosi 6-7, a nawet 10 lat.

Szpiczak mnogi diagnozowany jest na podstawie:

- obecności paraproteiny w surowicy i/lub moczu wykrywanej za pomocą elektroforezy białek/immunofiksacji,
- nacieku nowotworowych plazmocytoz w szpiku kostnym (ponad 10%),
- osteolitycznych zmian kostnych wykrywanych w badaniu radiologicznym i/lub za pomocą obrazowania innymi metodami (np. rezonansu magnetycznego).

Szpiczak mnogi może również przybierać postać niewydzielającą (*non-secretory myeloma*), bez białka M w surowicy i moczu.

Kliniczny początek choroby jest najczęściej mało charakterystyczny, przebieg schorzenia zaś zależy od agresywności procesu rozrostowego i jego wrażliwości na terapię. W około 30% choroba przebiega bezobjawowo i rozpoznanie stawiane jest przypadkowo. Czas przeżycia leczonych chorych wynosi średnio kilka lat; dzięki stałemu postępowi w medycynie jest coraz dłuższy. Około 70% pacjentów cierpi na bóle kostne o różnym nasileniu, często zlokalizowane w dolnych partiach żeber. Nagły, ostry ból może być oznaką złamania lub kompresji trzonu kręgu. Często występuje ogólne złe samopoczucie i inne niejasne dolegliwości.



SZPICZAK MNOGI

Neutropenia i hipogammaglobulinemia zwiększają skłonność do zakażeń. Pneumokokowe zapalenie płuc jest klasyczną infekcją związaną ze szpiczakiem objawowym. Obecnie jednak często izoluje się inne bakterie, takie jak paciorkowce i gronkowce. Wystąpić może także zakażenie *Haemophilus influenzae* i *Herpes zoster*.

Hiperkalcemia, stwierdzana w chwili rozpoznania u około 30% pacjentów, jest przyczyną osłabienia, zmęczenia, pragnienia i nudności. Odkładanie się wapnia może prowadzić również do pogorszenia funkcji nerek.

Nadmierna lepkość krwi wywołana wysokim stężeniem białka monoklonalnego może powodować podbiegnięcia krwawe, krwawienia z nosa, zaburzenia widzenia, bóle głowy, krwawienia z przewodu pokarmowego, senność oraz całą gamę neurologicznych zespołów niedokrwiennych spowodowanych obniżonym przepływem krwi do mózgu. Nadmierna lepkość występuje u około 10% pacjentów ze szpiczakiem mnogim.

Na rokowanie w szpiczaku mnogim wpływają liczba i swoiste właściwości komórek szpiczakowych u danego chorego. Bardzo ważne jest, czy u pacjenta występują niekorzystne zaburzenia cytogenetyczne, np. t (4; 14), t (14; 16), del13. W związku z tym możemy określić ryzyko oraz rozwój schorzenia.

Choroba rozwija się kilkietapowo. Pierwszy etap – gammapatia monoklonalna o nie określonym znaczeniu (MGUS), będąca skutkiem translokacji chromosomowych, prowadzi do unieśmiertelnienia komórki oraz powstania ograniczonej liczby plazmocytoów. Prawdopodobnie do zmian nowotworowych dochodzi w limfocycie B pamięci immunologicznej.

Międzynarodowa Grupa Robocza ds. Szpiczaka Mnożego (International Myeloma Working Group) ustanowiła kryteria rozróżniania MGUS, bezobjawowego (tłącego się) szpiczaka mnogiego oraz aktywnej choroby, kiedy niezbędna jest szybka terapia. Głównymi wskazaniami do leczenia są kryteria CRAB, czyli hiperkalcemia w surowicy, niewydolność nerek, anemia oraz zmiany osteolityczne kości.

Według najnowszych kryteriów diagnostycznych [Palumbo, ASH 2009] leczenie szpiczaka mnogiego zaczynamy, gdy stężenie białka M podwoi się w czasie krótszym niż dwa miesiące.

Do 2005 roku stadium choroby określano zgodnie z systemem Duriego-Salmona. Kilka lat temu wprowadzono nieskomplikowaną międzynarodową klasyfikację prognostyczną (ISS, IPI), która staje się coraz bardziej popularna. System ten zapewnia lepsze prognozowanie na podstawie łatwo dostępnych badań stężenia beta₂-mikroglobuliny oraz albumin w surowicy. Oceniając odpowiedź kliniczną na zastosowane leczenie, od kilku lat stosujemy coraz częściej International Uniform Response Criteria.

Każdy chory z cieniem podejrzenia szpiczaka mnogiego przez lekarza POZ powinien mieć wykonane badanie OB, morfologię oraz badanie ogólne moczu. Ponadto w szpiczaku wykonujemy:

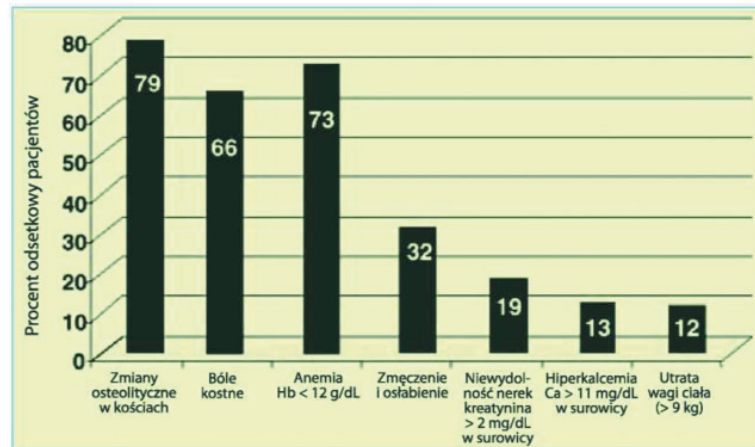
- morfologię krwi z rozmazem, płytki krwi, mocznik, kreatynina, kwas moczowy, wapń, elektroforeza białek surowicy i immunofiksacja, ocena ilościowa białka M, elektroforeza białek moczu i immunofiksacja (pacjenci z białkomoczem),
- punkcję i trepanobiopsję szpiku kostnego,
- badania RTG kości,



SZPICZAK MNOGI

- beta-2mikroglobulina w surowicy, CRP, LDH,
- wskaźnik znakowania plazmocytów,
- MRI – podejrzenie kompresji rdzenia kręgowego,
- MRI kręgosłupa (ewentualnie innych kości) – podejrzenie szpiczaka pozakostnego,
- biopsja tkanek dla rozpoznania szpiczaka odosobnionego o umiejscowieniu pozakostnym,
- badania cytogenetyczne lub FISH,
- badanie PET,
- badanie wolnych łańcuchów lekkich w surowicy.

Poniżej przedstawiono w tabeli najczęstsze kliniczne manifestacje szpiczaka mnogiego, na podstawie badań prof. R. Kyle:



Obraz kliniczny i przebieg szpiczaka jest bardzo zróżnicowany, co zależy zarówno od odmiennych cech biologiczno-molekularnych samej choroby, jak i od indywidualnej charakterystyki chorego. Wykazano zróżnicowanie zmian genetycznych oraz różne interakcje pomiędzy komórkami szpiczaka a zrębem szpiku, komórkami endotelium, osteoklastami i osteoblastami. Pomimo tej heterogenności w większości przypadków występuje wrażliwość na leczenie środkami alkilującymi, sterydami i nowymi lekami, co umożliwia uzyskiwanie remisji i wydłużanie życia.



Szpiczak mnogi – postęp w leczeniu

autor opracowania:

prof. dr hab. med. Anna Dmoszyńska – Kierownik Katedry i Kliniki Hematoonkologii i Transplantacji Szpiku Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Szpiczak plazmocytowy jest wieloetapowo przebiegającą chorobą charakteryzującą się rozrostem i gromadzeniem nowotworowych (monoklonalnych) plazmocytów wytwarzających nieprawidłowe (monoklonalne) białko bądź jego fragmenty. Jest drugim pod względem występowania nowotworem hematologicznym.

Do najczęstszych objawów choroby należą: bóle kostne, niedokrwistość i zaburzenia nefrologiczne manifestujące się nawracającymi infekcjami dróg moczowych i niewydolnością nerek. Najbardziej dewastującym objawem jest destrukcja układu kostnego. Osteolityczne zmiany w kościach prowadzą do kompresyjnych złamań kręgow, patologicznych złamań kości długich, co powoduje zniekształcenie sylwetki i obniżenie wzrostu nieraz nawet o kilkanaście centymetrów. Szpiczak plazmocytowy jest chorobą nieuleczalną ze średnim czasem przeżycia od 3-4 lat, ale zakres waha się od kilku miesięcy do ponad 10 lat. Tak duże różnice wynikają z cech biologicznych zarówno samego chorego, jak i choroby. Stan ogólny chorego i współistniejące choroby są ważnym czynnikiem predykcyjnym. Również ważne są cechy biologiczne samych komórek szpiczaka. Wśród zidentyfikowanych różnych czynników prognostycznych najważniejsze znaczenie ma charakterystyka cytogenetyczna. Korzystne rokowniczo jest stwierdzenie hiperdiploidii i translokacji 11; 14, natomiast zmiany takie jak translokacje 4; 14, 14; 16 czy delecja 17p są niezależnymi cechami cytogenetycznymi o złym rokowaniu, co wiąże się z krótszym czasem przeżycia chorych.

Przez ponad 50 lat podstawę leczenia szpiczaka stanowiły melfalan i prednizon, prowadząc do odpowiedzi leczniczej u ~50% chorych, ale tylko pojedynczy chorzy uzyskiwali remisję całkowitą.

W ostatniej dekadzie obserwujemy niebywały postęp w leczeniu szpiczaka plazmocytoowego, który zawdzięczamy wprowadzeniu nowych leków o odmiennym od cytostatyków mechanizmie działania. Leki te to talidomid, jego nowy analog lenalidomid i inhibitor proteasomu bortezomib. Łącząc te leki między sobą można uzyskać odpowiedź na leczenie u 80-100% chorych. Stosowanie tych leków wydłużyło dwu, a nawet trzykrotnie medianę całkowitego przeżycia w grupie chorych poniżej 65. roku życia. Aby utrzymać ten korzystny efekt leczniczy prowadzone są próby leczenia podtrzymującego remisję choroby. Wyniki są bardzo obiecujące i najprawdopodobniej możliwe będzie dalsze wydłużenie czasu całkowitego przeżycia chorych.

Obecnie cały arsenał nowych leków znajduje się w zaawansowanej fazie badań klinicznych i leki te wkrótce będą wyznaczały nowe standardy leczenia chorych na szpiczaka.



Optymalizacja terapii i personalizacja leczenia w szpiczaku mnogim w 2011 roku

autor opracowania:

dr med. Artur Jurczyszyn – Prezes Zarządu „Fundacji Centrum Leczenia Szpiczaka”

Szpiczak mnogi (myeloma multiplex, MM) jest schorzeniem bardzo złożonym, na który aktualnie cierpi ponad jeden milion osób na całym świecie. MM należy do grupy chłoniaków złośliwych i cechuje się proliferacją komórek plazmatycznych naciekających szpik kostny, co prowadzi do upośledzenia funkcji szpiku oraz destrukcji kości. Często dochodzi do upośledzenia czynności nerek, a w zdecydowanej większości przypadków, do produkcji i wydzielania do krwi cząsteczek przeciwciał, określanymi jako białko monoklonalne. Choroba dotyczy głównie osób w starszym wieku, choć zachorowania u osób w wieku 30–40 lat obecnie nie należą do wyjątku. Dzięki ogromnemu postępowi w medycynie chorzy z tym schorzeniem mają aktualnie szansę żyć 3x dłużej niż jeszcze 10 lat temu. Pacjenci muszą być poddani długiej terapii z wykorzystaniem wielu specjalistycznych procedur oraz kosztownych terapii.

MM powoduje objawy kliniczne o różnym nasileniu, od dyskretnych, aż do bardzo ciężkich i zagrażających życiu. Na czoło wysuwają się manifestacje kostne: bóle kostne oraz cechy destrukcji tkanki kostnej, najbardziej typowe pod postacią ognisk osteolizy, co może prowadzić do złamań samoistnych lub powstałych po niewielkich urazach. Mogą one dotyczyć kości długich, mostka, żeber i kręgow. Obserwuje się też zmiany o charakterze osteoporozy lub guzów kostnych. Istotne klinicznie jest też upośledzenie czynności nerek. Z objawów hematologicznych najczęstszą jest anemia wynikająca z nacieczenia szpiku kostnego przez nowotworowe plazmocyty lub też o charakterze niedokrwistości chorób przewlekłych.

Inne typowe objawy MM to skłonność do infekcji związana głównie z obniżeniem surowiczego stężenia prawidłowych immunoglobulin, różnorodne objawy neurologiczne (zespół nadlepkości, ucisk rdzenia kręgowego i neuropatie), krwawienia czy objawy związane z podwyższeniem stężenia wapnia w surowicy.

Podobnie jak w innych chorobach rozrostowych, w leczeniu MM bardzo istotną rolę odgrywa leczenie wspomagające. Ma ono na celu złagodzenie objawów choroby i niekorzystnych następstw leczenia. Szczególne znaczenie przypisuje się profilaktyce i leczeniu zmian kostnych dożylnymi wlewami bisfosfonianów. Towarzysząca chemioterapii niedokrwistość z poziomem hemoglobiny poniżej 10 g/dl jest wskazaniem do zastosowania erytropoetyny. Obniżenie wartości białych krwinek spowodowane chemioterapią może natomiast wymagać podania granulocytowego czynnika wzrostu. Istotną rolę odgrywa też leczenie przeciwbólowe według ogólnie przyjętych w onkologii zasad postępowania w tym zakresie.

Choć MM pozostaje w zdecydowanej większości przypadków chorobą nieuleczalną, to w ostatnich latach dokonał się znaczny postęp w przedłużaniu czasu wolnego od progresji i całkowitego czasu przeżycia. Było to możliwe dzięki upowszechnieniu nowych leków przeciwszpiczakowych, głównie immunomodulatorów



OPTIMALIZACJA TERAPII I PERSONALIZACJA LECZENIA

(lenalidomid) i inhibitorów proteasomu (bortezomib), a także udoskonaleniu technik przeszczepiania szpiku kostnego. Ważny jest też postęp w poprawie jakości życia chorych na MM dzięki zwalczaniu objawów kostnych (bisfosfoniany, leki przeciwbólowe) oraz upośledzenia hematopoezy przez samą chorobę i jej leczenie (krwiotwórcze czynniki wzrostu).

Lenalidomid jest nowoczesnym lekiem stosowanym w leczeniu szpiczaka zarejestrowanym w EU w czerwcu 2007 roku. Lek ten w odróżnieniu od bortezomibu i talidomidu nie powoduje skutków ubocznych pod postacią polineuropatii obwodowej. Odpowiedź na leczenie lenalidomidem i dexametazonem w drugiej lub trzeciej linii terapii jest widoczna u około 90% chorych, w tym u około 30% mamy trwale całkowite remisje. Obecnie lenalidomid jest wykorzystywany w leczeniu podtrzymującym po przeszczepie, co zostało udowodnione w trzech niezależnych próbach klinicznych na świecie.

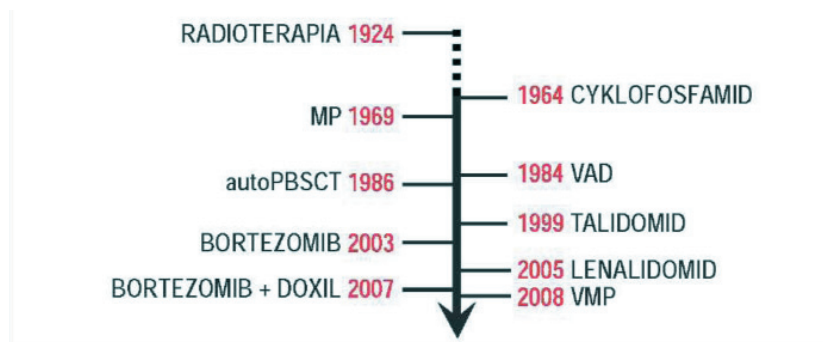
Według ekspertów zajmujących się szpiczakiem (prof. V. Rajkumar) około 20-30% pacjentów z wysokim ryzykiem przy rozpoznaniu (niekorzystne aberracje cytogenetyczne, wysokie stężenie beta2mikroglobuliny, liczne zmiany osteolityczne, niewydolność nerek) należy bezzwłocznie kwalifikować do intensywnej terapii wielolekowej, z wykorzystaniem *upfront* bortezomibu i lenalidomidu, co daje szansę na osiągnięcie remisji i przedłużenie życia.

Im głębsza remisja zostanie osiągnięta po pierwszej linii leczenia, tym dłużej chory zostaje w okresie bez leczenia i ma to wpływ na całkowite przeżycie wolne od choroby. W pierwszej linii leczenia powinien być stosowany bortezomib, co stwarza szansę na głęboką remisję.

Jaka jest przyszłość chorych na szpiczaka mnogiego w Polsce w 2011 roku?

- należy zwiększyć dostępność do leków, które powinny być używane w sposób bardziej powszechny: bortezomib oraz lenalidomid,
- powinno się wydłużać remisje oraz ulepszać jakość życia chorych (np. zabiegi vertebroplastyki lub kyfoplastyki kręgosłupa),
- należy zwiększyć dostępność do wielośrodkowych, randomizowanych badań klinicznych z nowymi lekami (np.: pomalidomid, carfilzomib, elotuzumab i inne),
- należy zapewnić wsparcie psychoonkologiczne oraz współpracę interdyscyplinarną z innymi specjalistami.

Rys. 2 – Kamienie milowe w leczeniu szpiczaka mnogiego



Szpiczak mnogi ciągle pozostaje chorobą najczęściej nieuleczalną. Jednak wprowadzenie nowych leków, najpierw talidomidu, a następnie bortezomibu oraz lenalidomidu w sposób istotny zmieniło przebieg choroby. Do lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku żadne metody leczenia z wyjątkiem chemioterapii wysokodawkowej nie wydłużały w sposób istotny życia chorym ze szpiczakiem – w porównaniu z klasyczną, mało efektywną chemioterapią według schematu MP (melfalan, prednizon). Ostatnia dekada przyniosła bezprecedensowy i fantastyczny postęp w leczeniu tej choroby (rycina powyżej). Złożyło się na to wiele czynników: (1) rozwój podstawowej wiedzy o szpiczaku mnogim, (2) intensywna analiza nowych cząstek w badaniach przedklinicznych i klinicznych oraz (3) konsekwentne wprowadzanie obiecujących związków do badań klinicznych i ich szybka rejestracja. Co najważniejsze, ten postęp jest mierzalny wydłużeniem życia chorych ze średnio 3 lat w końcu ubiegłego dziesięciolecia do obecnie 6-7, a nawet 10 lat.

Liczba obecnie prowadzonych badań klinicznych nad szpiczakiem przekracza 1000, a liczba analizowanych cząstek – ponad 100. O ile nie należy się spodziewać, by większość z badanych związków weszła do praktyki klinicznej, o tyle prowadzone badania zapewne zmienią podejście do leczenia w najbliższych latach – w sposób podobny lub nawet bardziej rewolucyjny niż to miało miejsce w ciągu ostatnich 10 lat.

Mimo wielu badań nad skutecznością i toksycznością poszczególnych schematów ciągle nie ma jednego „złotego standardu leczniczego”, chociaż wiemy, że powinien on zawierać bortezomib i jeden z leków immunomodulujących. Postępowanie terapeutyczne u chorych ze szpiczakiem mnogim przez długi czas będzie podejściem indywidualnym, dostosowanym do pacjenta, opierającym się na dostępności leku, warunkach ekonomicznych, czynnikach ryzyka oraz chorobach towarzyszących, i należy ciągle dążyć do tego, by większość chorych brała udział w badaniach klinicznych



Propozycje zmian w Terapeutycznym Programie Zdrowotnym „Leczenie opornych postaci szpiczaka mnogiego (plazmocytopowego)” ICD-90

autor opracowania:

prof. dr hab. med. Wiesław W. Jędrzejczak – Konsultant Krajowy w dziedzinie Hematologii

Propozycje zmian Programu były wielokrotnie składane do Ministerstwa Zdrowia, a nadto problemy z wymogami dotyczącymi realizacji Programu były zgłaszane do Narodowego Funduszu Zdrowia, a także identyfikowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w trakcie kontroli. Niestety dotychczasowe działania nie przyniosły oczekiwanego rezultatu.

Konsultant Krajowy w dziedzinie Hematologii zwraca uwagę na pięć grup problemów:

- 1.** wskazania i przeciwwskazania do stosowania bortezomibu: zapisy Programu eliminują z niego najbardziej poszkodowaną przez los grupę chorych na szpiczaka z niewydolnością nerek (grupa ta stanowi około 10% chorych). Występowano (czerwiec 2010) o to, aby usunąć to ograniczenie z programu w odniesieniu do pacjentów leczonych w II i kolejnych liniach leczenia,
- 2.** rozszerzenie programu o możliwość leczenia bortezomibem pacjentów nowozdiagnozowanych (w I linii leczenia) z niewydolnością nerek. Wystąpiono z wnioskiem (kwiecień 2011), aby dla tej szczególnej grupy chorych dopuścić stosowanie bortezomibu w I linii (w odróżnieniu bowiem od innych leków bortezomib może być stosowany u chorych z uszkodzonymi nerkami),
- 3.** monitorowanie programu: uproszczenie i uelastycznienie terminów wykonania badań,
- 4.** włączenie do niego lenalidomidu: zgodnie z zapowiedzią Wiceministra Zdrowia z czerwca 2010 roku i umową podpisaną przez Ministerstwo Zdrowia z podmiotem odpowiedzialnym – publicznie złożona deklaracja realizacji dotyczyła września 2010 roku,
- 5.** sprawozdawania wykonania programu do Narodowego Funduszu Zdrowia: system SMPT jest dysfunkcyjny.





prof. dr hab. med. Wiesław Wiktor Jędrzejczak

Prof. dr hab. med. Wiesław Wiktor Jędrzejczak. Specjalizacje: Choroby wewnętrzne st. II, Hematologia st. II, Onkologia kliniczna st. II, Transplantologia kliniczna st. II, w 1971 roku ukończył z wyróżnieniem i Nagrodą Ministra Obrony Narodowej Wydział Lekarski Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi i od tego czasu do 1998 roku pracował na różnych stanowiskach w Centralnym Szpitalu Klinicznym Wojskowej Akademii Medycznej w Warszawie, ostatnio jako kierownik Zakładu Immunologii i profesor zwyczajny. Od 1998 roku jest Kierownikiem Katedry i Kliniki Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Warszawie i profesorem zwyczajnym tej Uczelni. Doktoryzował się w 1974 roku, habilitował w 1978, a tytuł profesora nauk medycznych uzyskał w 1990 roku. Posiada specjalizację z chorób wewnętrznych, hematologii, onkologii klinicznej i transplantologii klinicznej. Sześciu jego współpracowników uzyskało stopień doktora habilitowanego i kierują oni własnymi zespołami badawczymi, w tym dwóch jest kierownikami klinik. Był promotorem 15 zakończonych przewodów doktorskich. Opublikował ponad 200 prac naukowych, w tym ponad 100 w czasopismach o międzynarodowym zasięgu, włączając w to najbardziej prestiżowe, takie, jak Science, Journal of Experimental Medicine, Blood, British Medical Journal i inne. Jest autorem lub współautorem 25 książek naukowych oraz wielu artykułów popularnonaukowych. Jego największe osiągnięcia obejmują opracowanie oryginalnych metod chemioterapii nowotworów, metod kontroli skutków ubocznych leków przeciwnowotworowych, współudział w odkryciu regulacyjnej roli limfocytów T w krwiotworzeniu, opracowanie metody ilościowego badania komórek ustanawiających krwiotworzenie, opracowanie metod hodowli komórek podścieliska krwiotwórczego, a także opracowanie oryginalnych modyfikacji metod przeszczepiania szpiku u ludzi. W 1984 roku wykonał, wraz z zorganizowanym przez siebie zespołem, pierwszy udany zabieg przeszczepienia allogenicznego szpiku w Polsce, a w 1985 roku pierwszy udany zabieg przeszczepienia autologicznego szpiku w Polsce. W przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych zajmował się głównie badaniami na odkrytym przez siebie modelu nieznanym wcześniej chorób polegających na wrodzonym braku czynników krwiotwórczych, w tym wypadku tzw. makrofagopoetyny. Badania te pozwoliły ustalić przyczynę choroby na poziomie cząsteczkowym, opracować metody diagnozowania i leczenia podobnych chorób, a także umożliwiły uzyskanie dowodów na słuszność własnej hipotezy dotyczącej istnienia dwóch różnych subpopulacji kluczowych komórek odpornościowych: makrofagów. Wyniki te mogą mieć istotne znaczenie dla rozwoju metod immunoterapii nowotworów, zwalczania zakażeń oraz sterowania i gojeniem tkanek po urazie. Zostały one zaliczone do trzech najważniejszych osiągnięć w tej dziedzinie na świecie w dziesięciolecie 1981–1990 i w 1993 roku zostały uhonorowane Nagrodą Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej, którą później otrzymało jeszcze dwóch jego wychowanków (prof. Leszek Kaczmarek i prof. Mariusz Ratajczak). W ostatnich latach zajmuje się głównie hematologią kliniczną, w tym wdrażaniem nowych metod przeszczepiania komórek krwiotwórczych, ze szczególnym uwzględnieniem krwi pępowinowej.

Jest Konsultantem Krajowym w dziedzinie hematologii, członkiem Komitetu Bioetyki Polskiej Akademii Nauk, członkiem Komitetu Cytobiologii PAN, członkiem Komitetu Immunologii PAN, członkiem Towarzystwa



Naukowego Warszawskiego i oraz członkiem wielu towarzystw naukowych krajowych i zagranicznych, w tym Międzynarodowego Towarzystwa Hematologów. Przez dwie kadencje był Przewodniczącym Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów.



prof. dr hab. med. Anna Dmoszyńska

Profesor doktor habilitowany nauk medycznych, specjalista chorób wewnętrznych, hematologii i transplantologii klinicznej. Jest kierownikiem Katedry i Kliniki Hematoonkologii i Transplantacji Szpiku Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Po uzyskaniu stopnia dr nauk medycznych kontynuowała podoktoranckie studia w szpitalu Saint Louis w Paryżu, gdzie następnie na Uniwersytecie Paryskim uzyskała tytuł „Assistant Etranger”. Odbiła również staże zagraniczne w Kopenhadze, Wiedniu, Pradze i Mediolanie. W latach 2003-2011 była vice-Prezesem Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów. Jest przewodniczącą i zarazem twórczynią Polskiej Grupy Szpiczakowej. Jest członkiem Amerykańskiego Towarzystwa Hematologów, Europejskiego Towarzystwa Hematologów oraz członkiem zarządu *European Myeloma Network*. Zainteresowania naukowe prof. Anny Dmoszyńskiej dotyczą biologii i leczenia przewlekłych chorób limfoproliferacyjnych, w tym szpiczaka plazmocytozy. Opublikowała ponad 600 artykułów w prasie krajowej i zagranicznej, w tym 200 w recenzowanych czasopismach o znaczącym czynnikiem wpływu (IF), takich jak *The New Eng. J. Med*, *The J. Clin. Oncol.*, *Haematologica*, *Leukemia*, czy *Blood*. Jest również autorem lub współautorem szeregu rozdziałów w książkach medycznych oraz współredaktorem książki pt.: „Podstawy Hematologii”, której II wydanie ukazało się w 2008 roku. Pod jej redakcją ukazało się już pięć wydań książki „Leczenie rozrostowych chorób hematologicznych”. Prof. Anna Dmoszyńska jest także redaktorem pierwszej w Polsce książki o szpiczaku plazmocytozy. Jesienią tego roku ukazał się pod jej redakcją tom „Hematologia” w ramach wielotomowego wydawnictwa „Wielka Interna”. Jest przewodniczącą Rady Redakcyjnej kwartalnika „Acta Haematologica Polonica” oraz członkiem zespołów redakcyjnych kilku czasopism hematologicznych i onkologicznych.





prof. dr hab. med. Aleksander B. Skotnicki

Od roku 1994 Kierownik Katedry i Kliniki Hematologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, od roku 2003 profesor zwyczajny. Stworzył w Krakowie nowoczesny Ośrodek Transplantacji Szpiku, spełniający standardy europejskie, o odpowiednich warunkach sterylnej hospitalizacji oraz niezbędnym, nowoczesnym wyposażeniu diagnostycznym, posiadający akredytację Ministerstwa Zdrowia i Europejskiego Towarzystwa Transplantacji Szpiku. Od początku istnienia ośrodka przeprowadzono w nim przeszło 650 transplantacji szpiku, tak auto-, jak i allogenicznych. Profesor Aleksander B. Skotnicki jest członkiem Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów, Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego (v-ce przewodniczący), Polskiego Towarzystwa Immunologicznego, Europejskiego Towarzystwa Hematologicznego (EHA), Amerykańskiego Towarzystwa Hematologicznego (ASH). Jest również Prezesem Fundacji Profilaktyki i Leczenia Chorób Krwi im. prof. Juliana Aleksandrowicza, członkiem Stowarzyszenia Wspierania Onkologii „Unicorn” oraz Fundacji dla Wydziału Lekarskiego CM UJ (v-ce prezes).

W latach 1999-2002 Prodziekan Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Konsultant Regionalny, potem Wojewódzki ds. Hematologii i Transfuzjologii.

Główny badacz w ponad 40 wieloośrodkowych próbach klinicznych krajowych i zagranicznych, mających na celu poprawę wyników leczenia białaczek i złośliwych chłoniaków, a także profilaktyki i leczenia zakażeń u tych chorych.

Autor 312 publikacji naukowych, 328 doniesień zjazdowych oraz 12 monografii książkowych z zakresu doświadczalnej i klinicznej immunologii i hematologii.

Profesor Skotnicki jest wykładowcą na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, prowadzi również zajęcia ze studentami Szkoły Medycznej Dla Obcokrajowców UJ CM. Był promotorem 20 prac magisterskich z Wydziału Farmacji CMUJ, 23 przewodów doktorskich na Wydziale Lekarskim.

Najważniejsze medale i odznaczenia: Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski (2000 r.), medal Gloria Medicinae (2007 r.), laureat wielu nagród zespołowych Ministra Zdrowia oraz Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego.





Michał Jachimowicz

Ekspert w dziedzinie ekonomiki rynku świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń lekowych. Z podstawowego wykształcenia chirurg stomatolog, posiadający doświadczenie zawodowe pracy zarówno jako lekarz w szpitalu, lekarz w niepublicznej służbie zdrowia, jak i po stronie płatnika w kasie chorych, a także w firmach farmaceutycznych. Dziś w pracy zawodowej, jako założyciel firmy MAHTA, skupia się głównie na ocenie technologii medycznych pod względem ich skuteczności, bezpieczeństwa i opłacalności, na ich wycenie, a także na sposobach ich finansowania w różnych modelach systemów ubezpieczeń zdrowotnych.



dr n. med. Artur Jan Jurczyszyn

Doktor nauk medycznych, starszy Asystent w Klinice Hematologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Absolwent Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Dyplom lekarza medycyny uzyskał w 1996 roku. Tytuł naukowy doktora nauk medycznych uzyskał w 2003 roku (praca doktorska pt.: „Cytokiny w patogenezie szpiczaka mnogiego”. W latach 1996-1997 odbył staże podyplomowe w Klinikach Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. W 2000 roku uzyskał specjalizację I stopnia z zakresu chorób wewnętrznych, w 2004 roku II stopnia z zakresu chorób wewnętrznych, a w 2007 roku zrobił specjalizację z zakresu hematologii. W latach 1995-1998 odbył staże zagraniczne: Universite de Bordeaux II, Francja (kierownik prof. Cardinaud), Hammersmith Hospital, Imperial College School of Medical, Londyn (kierownik: prof. J. Goldman), Department of Medical Oncology, St. Bartholomew's Hospital, Londyn (kierownik: prof. AZS Rohatiner). Jest członkiem polskich i zagranicznych towarzystw naukowych, m. in.: Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów, Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Towarzystwa Internistów Polskich, European Hematology Association, International Myeloma Society, American Society of Hematology, International Myeloma Working Group. Doktor Artur Jan Jurczyszyn brał czynny udział w licznych międzynarodowych kongresach naukowych, m. in.: Londyn – 1998, Londyn – 1999, Sztokholm – 1999, Barcelona – 1999, Genewa – 2000, Toronto – 2000, Jacksonville – 2001, Florencja – 2002, Lizbona – 2002, Salamanka – 2003, Lyon – 2003, Kopenhaga – 2003, Sydney – 2005, Atlanta – 2005, Orlando-2006, Amsterdam-2006, Wiedeń-2007, Atlanta-2007, San Francisco – 2008, Waszyngton – 2009, Ateny – 2009, Rzym – 2009, Nowy Orlean -2009, Atlanta – 2010, Paryż – 2011, Londyn – 2011. Od 1996 roku doktor Jurczyszyn uczestniczy w Zjazdach Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów, a także wielu kongresach oraz sympozjach internistycznych, immunologicznych, hematologicznych i onkologicznych. Główne zainteresowania naukowe doktora to diagnostyka i nowoczesne leczenie chorych na szpiczaka mnogiego; udział cytokin: IL-6, b-FGF, VEGF, HGF w patogenezie tej choroby. Nowe sposoby terapii, m.in.: Carfilzomibe, Pomalidomide, Elotuzumab i ich wpływ na angiogenezę w szpiczaku mnogim. Autor i współautor 60 publikacji i doniesień zjazdowych. Od 2008 roku Prezes Zarządu „Fundacji Centrum Leczenia Szpiczaka” w Krakowie.



ORGANIZATORZY



Fundacja Urszuli Jaworskiej

Fundacja powstała w październiku 1997 roku z inicjatywy Czesława Baranowskiego, Prezesa Fundacji. Jest ona jednym z największych pod względem liczby zarejestrowanych osób Bankiem Dawców Szpiku Kostnego w Polsce. Obecnie zrzesza ponad 11 200 dawców. Jest także rejestrem, który na swym koncie ma już 35 udanych przeszczepów szpiku kostnego pochodzącego od dawców zarejestrowanych w Fundacji, a dobrano już kolejnych, zgodnych genetycznie polskich dawców dla polskich pacjentów.

W celu pozyskania wolontariuszy chcących zostać potencjalnymi dawcami szpiku oraz funduszy na ich przebadanie Fundacja Urszuli Jaworskiej organizuje multimedialne kampanie społeczne oraz tworzy programy edukacyjne, które są prezentowane na uczelniach i w jednostkach wojskowych. Do akcji włącza się wiele firm, instytucji oraz prasa, radio, telewizja, w związku z tym Fundacja dociera do coraz większej rzeszy społeczeństwa. Dzięki akcjom edukacyjnym Fundacja pozyskała ok. 30 000 ochotników, ale Fundacja Urszuli Jaworskiej nie posiada funduszy na ich przebadanie. Brakujące fundusze są oceniane na ok. 6 300 000 zł.

Głównym celem działalności Fundacji Urszuli Jaworskiej jest szeroko pojęta pomoc dla ludzi chorych na białaczkę i inne nowotwory, prowadzenie akcji edukacyjnych i informacyjnych w prasie, radio i telewizji, na temat tworzenia Banków Dawców Szpiku oraz przeszczepów szpiku kostnego.

Pozostałe programy Fundacji:

- Program Edukacyjny – Transplantacja Narządów
- Grupy Wsparcia dla chorych onkologicznie i ich rodzin
- Grupy Wsparcia dla chorych na nowotwory mózgu, organizowanie turnusów rehabilitacyjnych i wypoczynkowych (spotkania z aktorami, spektakle, płyty). Organizacja obchodów Międzynarodowego Tygodnia Świadomości Nowotworów Mózgu
- Grupy Wsparcia dla osób przed i po przeszczepach szpiku
- Grupy Wsparcia dla chorych z HCV
- Warsztaty dla pacjentów z PBSz
- Kampania Społeczna „BIAŁACZKA – SPRAWDŹ, CZY NIE WESZŁA CI W KREW”
- Konferencje Prasowe, Gale.

Fundacja Urszuli Jaworskiej

ul. Międzynarodowa 61

03-922 Warszawa

Urszula Jaworska, kom. 608 453 479; tel./fax: 22 870 05 21

e-mail: office@fundacjauj.pl

www.fundacjauj.pl

Szanowni Państwo, zachęcamy do przekazywania 1% oraz darowizn.
Dzięki tym wpłatom będziemy mogli kontynuować programy wspierające pacjentów chorych na raka oraz program rozwoju Rejestru Dawców Szpiku

Fundacja Urszuli Jaworskiej

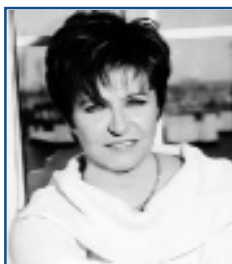
ul. Międzynarodowa 61, 03-922 Warszawa, KRS 0000055503

ING Bank Śląski S.A. | SWIFT: INGBPLPW, 03 1050 1025 1000 0022 9627 5312

PKO BP 63 1020 1127 0000 1102 0008 0010



ORGANIZATORZY



Urszula Jaworska: Absolwentka Państwowej Szkoły Baletowej w Warszawie, studentka Akademii Muzycznej im. Fryderyka Chopina w Warszawie na Wydziale Pedagogiki Baletu. Tancerka i solistka, a także kierownik wielu znaczących zespołów baletowych m. in.: Syrena, Sabat, Mazowsze. Od 1999 roku do chwili obecnej, Wiceprezes Zarządu Fundacji Urszuli Jaworskiej. W 1994 roku wykryto u niej chorobę nowotworową – białaczkę. Jeszcze jako pacjentka, która jako pierwsza w Polsce miała przeszczep szpiku od dawcy niespokrewnionego, została Fundatorem Założycielem Fundacji Urszuli Jaworskiej. Aktywnie uczestniczy w organizowaniu działań mających na celu szeroko pojętą pomoc chorym na białaczkę i inne nowotwory. Dużą wagę przywiązuje do podnoszenia poziomu wiedzy w społeczeństwie, dotyczącej chorób nowotworowych.



ORGANIZATORZY

„Fundacja Centrum Leczenia Szpiczaka”

Fundacja Centrum Leczenia Szpiczaka powstała w 2008 roku w Krakowie. Jest organizacją pożytku publicznego, która cyklicznie organizuje otwarte spotkania edukacyjno-szkoleniowe, pomaga w zakupie sprzętu medycznego, leków, pośredniczy w próbach klinicznych, funduje stypendia dla młodzieży uczącej się, działa aktywnie w promocji i ochronie zdrowia. Zgodnie ze swoim statutem najważniejszym celem Fundacji jest zorganizowanie interdyscyplinarnego ośrodka: „Centrum Leczenia Szpiczaka”, gdzie chory zostanie poddany kompleksowej diagnostyce i terapii poprowadzonej wspólnie przez hematologa, nefrologa, radioterapeutę, ortopedę, neurologa, rehabilitanta oraz psychoonkologa. Prezesem Zarządu Fundacji jest dr n. med. Artur Jurchyszyn.

Fundacja Centrum Leczenia Szpiczaka
ul. Ignacego Łukasiewicza 1
31-429 Kraków
tel.: 601 539 077, fax: (12) 617 75 80
e-mail: fundacja@szpiczak.org
www.szpiczak.org

Szanowni Państwo, zachęcamy do przekazywania 1% oraz darowizn.
Dzięki tym wpłatom będziemy mogli skutecznie realizować cele statutowe Fundacji i kontynuować realizację programów, które pozwalają walczyć z chorobą, jaką jest szpiczak mnogi

Fundacja Centrum Leczenia Szpiczaka
ul. Ignacego Łukasiewicza 1, 31-429 Kraków, KRS 0000317005
Nordea Bank Polska S.A. | SWIFT NDEAPL2
rachunek bieżący w PLN: **IBAN PL06 1440 1127 0000 0000 0835 970**

