nad niesamodzielnym członkiem rodziny, a nie stać ich na zatrudnienie profesjonalnego, odpowiednio wykwalifikowanego opiekuna, często zatrudniają do pomocy całkowicie przypadkową osobę, nie rejestrując tego faktu. Dlatego nowe regulacje mają nie tylko podnieść jakość opieki, zagwarantować wsparcie instytucjonalne osobom niesamodzielnym oraz ich rodzinom, ale także być bodźcem dla rozwoju rynku usług opiekuńczych dającego legalne, stabilne zatrudnienie. Szacuje się, iż wprowadzenie proponowanej rewolucji może stworzyć w Polsce 200 tys. nowych miejsc pracy. Zasady, którymi kierowali się autorzy projektu (autonomia i podmiotowość osób niesamodzielnych, współdziałanie i uzupełnianie się systemów i podmiotów, centralna rola rodziny w procesie opieki, równy dostęp do świadczeń, równa konkurencja i traktowanie świadczeniodawców) mają sprzyjać utrzymaniu harmonii między potrzebami osób niesamodzielnych i ich opiekunów a możliwościami systemu opieki długoterminowej.

Prezentowany projekt ustawy zakłada wprowadzenie tzw. czeku opiekuńczego refundowanego przez państwo. Bonem będzie dysponowała osoba niesamodzielna lub jej bezpośredni opiekun. W ten sposób pieniądze zostaną wydawane w optymalny sposób, na najbardziej potrzebne i z góry określone świadczenia. Wartość czeku zależy od stopnia niesamodzielności danej osoby. Przy pierwszym, najcięższym stopniu, wysokość bonu ma wynosić 1 tys. zł miesięcznie. Przy drugim - 850 zł, natomiast przy najlżejszym - 650 zł. W przypadku, gdy opiekę nad osobą niesamodzielną zdecyduje się sprawować krewny, będzie mu przysługiwać refundacja określonych kosztów oraz możliwość skorzystania z rocznego bezpłatnego urlopu. W tym czasie jego składki na ubezpieczenie emerytalne zostaną opłacone z budżetu państwa.

Według przedstawionego planu, ustawa ma być wprowadzona w III etapach. W latach 2014-16 objęłaby osoby o I stopniu niesamodzielności, w latach 2017-18 osoby z II stopniem niesamodzielności, zaś od 2019 r. również osoby z orzeczeniem o III stopniu niesamodzielności.

Obecnie projekt ustawy analizowany jest w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwie Zdrowia i w biurze legislacyjnym Senatu.

Stanowisko resortu Pracy i Polityki Społecznej wobec projektu ustawy o pomocy niesamodzielnym zaprezentował podczas konferencji sam minister Władysław Kosiniak-Kamysz, zdaniem którego obecne wyzwania demograficzne determinują przeprowadzenie niezbędnych i szerokich zmian na rzecz pomocy osobom niesamodzielnym. Podkreślił również, że prezentowany podczas konferencji projekt ustawy został poddany ocenie zarówno ministerstwu pracy, jak i resortowi zdrowia. Zdaniem Ministra dyskusja nad projektem jest konkretną rozmową na temat rozwiązań, które miałyby wprowadzić zmiany w obowiązującym systemie opieki. Minister zadeklarował również szerokie wsparcie dla wypracowania najlepszych rozwiązań niosących za sobą zmiany w opiece długoterminowej oraz pomocy osobom niesamodzielnym.

# NEUROMODULACJA - wskazania do terapii

**dr n. med. Mariusz Blewniewski**
**Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej**
**II Klinika Urologii UM w Łodzi**

Pierwsze zabiegi neuromodulacji, wykonane w latach 80-tych przez Tanagho i Schmidta, potwierdziły skuteczność tej metody w leczeniu nadreaktywności pęcherza oraz nietrzymaniu kału. Do tej pory wykonano 150 tysięcy takich zabiegów na całym świecie. Procedura ta polega na stymulacji prądem elektrycznym aktywności w obrębie jednego szlaku nerwowego, co prowadzi do modyfikacji istniejących dróg przewodzenia i odruchów. Neuromodulacja wpływa m. in. na odruch miedniczno-współczulny, miedniczno-somatyczny, miedniczno-miedniczy. Stymulacja nerwów krzyżowych na poziomie S3 indukuje czynność wypieracza oraz zwieracza cewki moczowej przez co odgrywa aferentną rolę w pęcherzu nadaktywnym (OAB) i zatrzymaniu moczu. Wytyczne EAU zalecają stosowanie neurostymulacji jako specjalistycznego leczenia po niepowodzeniu leczenia pierwszego rzutu u kobiet z nadaktywnością pęcherza moczowego, śródmiąższowym zapaleniem pęcherza, utrudnionym wydalaniem moczu bez przeszkody podpęcherzowej oraz niedostateczną aktywnością wypieracza.

Na diagnostykę i kwalifikację do zabiegu neuromodulacji składa się wywiad lekarski, badanie przedmiotowe, dziennik mikcji oraz badanie urodynamiczne. Dodatkowo ocena funkcji dna miednicy mniejszej, badanie moczu z posiewem, ultrasonografia, cystoskopia, badanie neurologiczne i badania obrazowe.

Wywiad lekarski pozwala poznać czynniki etiologiczne, wykluczyć czynniki neurologiczne, cukrzycę oraz schorzenia dolnych dróg moczowych (kamica pęcherza moczowego, rak pęcherza moczowego). Należy również brać pod uwagę wiek chorego, okres trwania choroby, funkcję jelit i sprawność seksualną.

Dziennik mikcji natomiast daje informacje czy parciu towarzyszy gubienie moczu, wyciek moczu występuje przy

kaszlu, kichaniu, wysiłku fizycznym.
Badanie urodynamiczne również jest ważnym elementem rozpoznania. Pozwala na wykrycie innych przyczyn dolegliwości. Nie ma potrzeby wykonywania badania urodynamicznego po implantacji.
Dodatkowa ocena stanu chorego powinna zawierać ocenę neurologiczną, uszkodzenia peryferyjne, uszkodzenia metaboliczne oraz centralnego układu nerwowego. W ocenie uszkodzeń obwodowych należy zwrócić uwagę na przeszłość operacyjną w obrębie miednicy mniejszej, porody drogą pochwową, wypadnięcie dysku międzykręgowego. W przypadku zmian metabolicznych zwracamy uwagę na niedobór witamin, cukrzycę oraz polineuropatię poalkoholową. Schorzenia w centralnym układzie nerwowym to stwardnienie rozsiane i choroba Parkinsona. Dodatkowa ocena stanu zdrowia opiera się na badaniach obrazowych (MRI, PET).
Wskazaniami do neuromodulacji są nadaktywność wypieracza, nietrzymanie moczu z parcia, nietrzymanie o typie mieszanym, zespół bolesnej miednicy, zaleganie moczu bez przeszkody podpęcherzowej oraz nietrzymanie moczu u mężczyzn. Stosowana jest także u chorych z nietrzymaniem stolca i zaparciami.

## 1. Nadreaktywność wypieracza

Kwalifikacja do zabiegu neuromodulacji następuje w przypadku niepowodzenia leczenia początkowego, jak biofeedback, farmakoterapia lub zewnętrzna elektrostymulacja, po wykluczeniu innych przyczyn występowania parć naglących jak zapalenie pęcherza, kamica pęcherza moczowego. Przed kwalifikacją należy wykonać badanie urodynamiczne potwierdzające rozpoznanie.

## 2. Nietrzymanie moczu o typie mieszanym u kobiet

Kwalifikacja jak w przypadku nadreaktywności pęcherza po wykluczeniu patologii dolnych dróg moczowych, wypadania narządów miednicy mniejszej. Należy rozważyć wykonanie uretrocystoskopii i badania urodynamicznego. Leczenie rozpoczynamy od najbardziej uciążliwych objawów chorobowych.

## 3. Zaleganie moczu po mikcji lub zatrzymanie moczu bez przeszkody podpęcherzowej

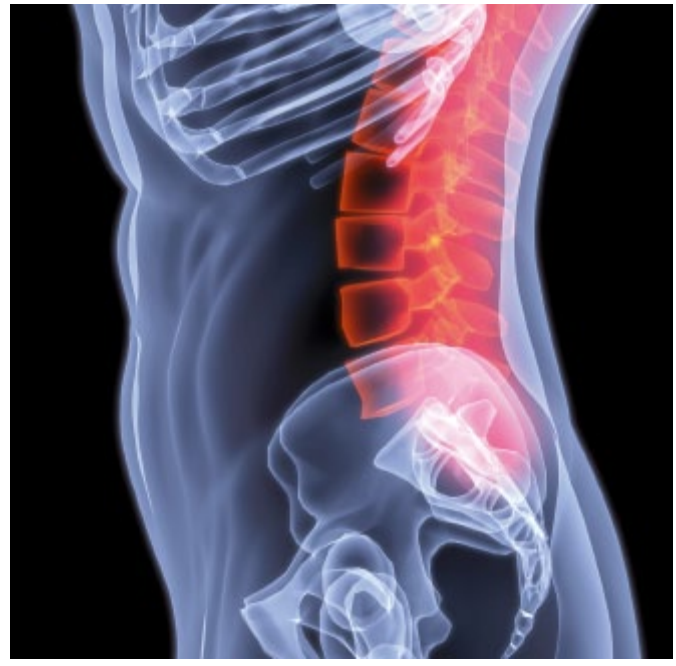
Kwalifikacja chorych, którzy nie tolerują samocewnikowania lub założonego cewnika do pęcherza na stałe. Przyczynami są niewydolność wypieracza pęcherza moczowego, niemożność relaksacji zwieracza lub mięśni dna miednicy mniejszej. Kwalifikacja powinna zawierać badanie urodynamiczne.

## 4. Nietrzymanie moczu u mężczyzn

Nietrzymanie moczu z parcia z powodu nadreaktywności wypieracza pęcherza moczowego. Należy wykonać badanie urodynamiczne, badania obrazowe ewentualnie uretrocystoskopię.

## 5. Nietrzymanie kału

Po przeprowadzonym wywiadzie i potwierdzeniu schorzenia należy wykonać badania czynnościowe i obrazowe jelita grubego. Po potwierdzeniu diagnozy niewydolności zwieracza stosuje się leczenie zachowawcze (dieta, nawyki dotyczące wypróżnienia, farmakoterapia), a przy braku powodzenia jedną z metod leczenia jest neuromodulacja poprzedzona testem neuromodulacji. Zabieg można zastosować także w neurogennym nietrzymaniu kału (nadkrzyżowe zmiany rdzenia kręgowego, zaburzenia nadmostowe).



Przeciwskazaniami do tego typu zabiegu są m.in. wysiłkowe nietrzymanie moczu, chorzy poniżej 16 roku życia, ciężkie anomalie anatomiczne, urazy rdzenia kręgowego, postępujące choroby neurologiczne oraz ciąża.
Skuteczność procedury na podstawie 150 tysięcy wszczepionych stymulatorów wynosi 75% w przypadkach nietrzymania moczu z parcia, 77% w przypadkach zalegania moczu, 66% w zespole bolesnej miednicy.

*Piśmiennictwo u autora*

### Od redakcji:

Neuromodulacja korzeni krzyżowych jako metoda leczenia nietrzymania moczu stosowana jest w Europie od początku lat 90-tych. Na całym świecie z implantacji systemu InterStim skorzystało już 85 tys. pacjentów. Niestety obecnie w Polsce nie przeprowadza się tego typu zabiegów. Pacjenci chcący skorzystać z tej metody leczenia zmuszeni są wyjeżdżać na terapie poza granice kraju.
Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti" w styczniu 2011 roku za pośrednictwem konsultanta krajowego w dziedzinie urologii złożyło oficjalny wniosek do Ministerstwa Zdrowia o refundację neuromodulacji krzyżowej w Polsce. Wniosek trafił do Agencji Ocen Technologii Medycznych, gdzie do dziś oczekuje na rekomendację.