



Rozmowa z prof. dr hab. Barbarą Bień,
kierownikiem Kliniki Geriatrii UMB.

Gdy doczekasz starości

W świecie, w którym panuje kult młodości, nie ma miejsca dla starych ludzi.

Niechęć do osób starych jest na tyle powszechna, że doczekała się nawet swojej nazwy. Określa się ją mianem ageizmu. Zjawisko polega na dyskryminacji seniorów oraz na ignorowaniu i lekceważeniu ich potrzeb. Także tych kulturalnych i rekreacyjnych.

Ludzie starszy są zrędlivi, kłótlivi, egoistyczni i wiecznie czegoś od nas chcą. Przeszkadzają nam po prostu żyć.

Mnie zaburzenia osobowościowe, które manifestowane są przez pacjentów w wieku starszym, prowokują do myślenia: czy to patologia, czy fizjologia? Oczywiście u osób starszych dochodzi do pewnych przerysowań charakterologicznych. Powszechnie uważa się, że osoby, które były oszczędne, na starość robią się sknerami, a te, które były rozrzutne z jeszcze większym zapałem trwonią majątek. Do pewnego stopnia jest to prawda. Dla mnie, jako dla geriatry, ważniejszy jest jednak konkretny pacjent niż uogólnienia. Jeżeli osoba, która przez całe życie była miła i kulturalna, nagle zaczyna się zachowywać wulgarnie, to warto pomyśleć o przyczynach. Może to być stres, mikroudar, proces zwyrodnieniowy podkliniczny albo jakiś inny proces chorobowy.

Może być to choroba Alzheimer'a?

Może. Dotyka ona około 40 proc. ludzi w wieku powyżej 80 roku życia. Na ostatnim kongresie w Pradze

przedstawiono nam wyniki, które pokazały, że odsetek osób chorych na Alzheimer'a wśród osób starszych rośnie szybciej niż sam odsetek seniorów.

Jaka jest różnica między demencją starczą a chorobą Alzheimer'a?

Obniżenie sprawności umysłowej, łagodne zaburzenia pamięci są normą wieku. Między 20 a 80 rokiem życia, wskutek fizjologicznego starzenia się, organizm traci około 20 procent neuronów. W przypadku choroby Alzheimer'a utrata neuronów wynosi w tym przedziale wiekowym około 80

uczenia się nowego materiału. Wraz z postępem choroby, zaburzenia pamięci stają się wyraźniejsze. Współczesna medycyna rozpoznaje deficyty poznawcze u pacjenta, dopiero gdy liczba neuronów oscyluje w okolicach 30 procent.

Często, gdy o czymś zapomnimy, ogarnia nas przerażenie, że może to „Alzheimer”?

Przesadzamy. Zaburzenia pamięci jeszcze nic nie znaczą. One mogą wynikać z różnych powodów, np. spadku przepływu mózgowego, przemęczenia, stresu, ciśnienia tętniczego. Problem zaczyna się wtedy gdy dochodzi

Choroba Alzheimer'a dotyka około 40% ludzi powyżej 80 roku życia

procent. Choroba Alzheimer'a zaczyna się wcześniej, gdzieś około 30 roku życia, ale w jej rozwoju jest czas tzw. niemy. Objawy choroby można przeoczyć lub zlekceważyć. Osoba chora w początkowym okresie wydaje się trochę bardziej roztargniona, sprawia wrażenie, że coś jest z nią nie tak, ale codzienne czynności i obowiązki zawodowe, które dobrze zna, wykonuje prawidłowo. Nie sprawia wrażenia osoby, która ma problem z pamięcią. Zaburzenia takie uwidaczniają się dopiero w nowych sytuacjach, wymagających giętkości myślenia i

jeszcze do innych dysfunkcji. Charakterystyczne dla choroby Alzheimer'a jest zagubienie w czasie. Chory wybiera się dwie godziny wcześniej do sklepu, ponieważ boi się, że nie zdąży. Czas staje się dla niego wirtualną wielkością. Niepokojące jest, gdy w stosunkowo znanym terenie nie umie on znaleźć drogi do domu albo schowa coś tak dobrze, że nie może tego znaleźć sam ani nikt z rodziny. Jeśli do tego dojdą zaburzenia liczenia i językowe, nieumiejętność wypełnienia rachunków, napisania podania czy gospodarowania lekami,

to może budzić się podejrzenie, że mamy do czynienia z chorobą Alzheimera.

Jak długo trwa choroba?

Przeciętnie 8 lat, ale zdarzają się przypadki, kiedy choroba trwa tylko 3-4 lata. Zawsze prowadzi do degeneracji organizmu. W końcu następuje taki moment, że chory nie może już sam funkcjonować.

I co wtedy? Oddać chorego do ośrodka?

To bardzo trudna decyzja, ale gdy bliscy nie mogą już sobie dać rady, to takim optymalnym okresem na umieszczenie chorego w ośrodku jest czas, gdy traci on kontakt emo-

Nie jesteśmy oczywiście do tego przygotowani.

W ogóle, nie mówiąc już o tym, że brakuje geriatrów. W Polsce jest ich tylko około stu. Kształcenie studentów i młodych lekarzy jest upośledzone. W wielu uczelniach medycznych nie ma nawet klinik geriatrycznych.

A przecież minister Ewa Kopacz tak wiele obiecywała na ostatniej konferencji w Białymstoku. Ruszyło coś w geriatrii?

Obawiam się, że niewiele. Minister ogłosiła priorytet dla geriatrii, który ja rozumiem, między innymi, w ten sposób, że jeżeli zdiagnozujemy więcej pacjentów, to wszyscy

*Wszystkiego mogłam się spodziewać,
ale nie tego, że będę kiedyś stara*
Zofia Natkowska

jonalny z najbliższymi członkami rodziny. Gdy już nie rozpoznaje męża, żony, dzieci, wnuków... Czasami bywa to złudne, ponieważ niby chory nas nie rozpoznaje, ale po jego oczach i uśmiechu widzimy, że nasza obecność sprawia mu przyjemność. Może jednak coś sobie przypomina? Oczywiście trzeba się liczyć z tym, że przeniesienie chorego w nieznaną mu miejsce może spowodować nagłe pogłębienie choroby.

Tym bardziej że wzruszające nazwy domów opieki niekoniecznie przekładają się na wzruszającą opiekę.

Państwowe zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze mają określone warunki. Jeśli choroba przebiega z zaburzeniami zachowania i psychicznymi, to takie ośrodki mają w ogóle prawo odmówić przyjęcia pacjenta. Natomiast prywatne domy opieki są nastawione na biznes, a poza tym nie ma ich wiele. Najwięcej jest w okolicach Warszawy. W naszym regionie nie mamy szczególnego wyboru. A przecież ludzi starych, a więc i schorowanych, będzie nam przybywać. Prognozy mówią, że za dwadzieścia lat podwoi się ich odsetek.

na tym zyskamy. Okazuje się, że niekoniecznie. W ochronie zdrowia brakuje pieniędzy na leczenie osób w podeszłym wieku.

Może nie warto leczyć starego człowieka. To kiepski biznes.

Procedury w medycynie geriatrycznej są kosztowne, ponieważ pacjenci w podeszłym wieku chorują jednocześnie na kilka schorzeń. Oszczędzanie jednak na zdrowiu ludzi starych, to, jakby na to nie patrzeć, pewien rodzaj eutanazji. Kraje wysoko cywilizowane, takie np. jak Szwecja, wydają ogromne pieniądze na ochronę zdrowia, pomoc psychologiczną, aktywizację i kształcenie seniorów.

W Niemczech rozwinięte są ubezpieczenia pielęgnacyjne, czyli ubezpieczenia od braku samodzielności. Obejmują one około 40 proc. osób. Pacjent, gdy znajdzie się w potrzebie, ma prawo do usług socjalnych, pielęgnacyjnych, opiekunki do prowadzenia domu.

Tam długie życie nie jest przekleństwem?

Tam jakoś zdają sobie sprawę, że wszyscy zmierzamy w tym samym kierunku.

Rozm. **Danuta Ślósarska**

Pożegnanie Profesorów – emerytów

W roku akademickim 2008/2009 na emeryturę odeszli:

- prof. **Jerzy Janica** – kierownik Zakładu Medycyny Sądowej,
- prof. **Stefan Jaworski** – Klinika Ginekologii,
- prof. **Janina Moniuszko-Jakoniuk** – kierownik Zakładu Toksykologii,
- prof. **Bogusław Musiatowicz** – Zakład Patomorfologii Lekarskiej,
- prof. **Wiaczesław Niczyporuk** – Klinika Dermatologii i Wenerologii,
- prof. **Bogusław Sawicki** – kierownik Zakładu Histologii i Embriologii,
- prof. **Mirosława Urban** – kierownik II Kliniki Chorób Dzieci,
- dr hab. **Piotr Jakoniuk** – Zakład Mikrobiologii.



Pożegnanie prof. Janiny Moniuszko-Jakoniuk i dr. hab. Piotra Jakoniuka. Pierwszy z prawej rektor UMB prof. Jacek Nikliński.



Od lewej: Profesorowie: B. Musiatowicz, W. Niczyporuk, B. Sawicki, J. Nikliński – rektor UMB, J. Janica, M. Urban, S. Jaworski.