

MAŁGORZATA MARCYSIAK
Państwowa Uczelnia Zawodowa
im. Ignacego Mościckiego
w Ciechanowie
ORCID: 0000-0002-1848-9399

„Leczyć czy nie leczyć” – rozwój medycyny geriatrycznej w Polsce w okresie powojennym do lat 70. (wybrane zagadnienia)

“To treat or not to treat” – the development of geriatric medicine in Poland in the post-war period until 70's (Selected Issues)

Summary

Aging is a slow but progressive and irreversible process. It leads to old age, which is characterized by increasing unfavorable changes in the body. They cover the biological, mental and social spheres. They affect all organs and systems. They cause, among others: failure of regulatory and adaptive mechanisms, instability of water, heat and electrolyte management, and failure of detoxification organs. In the post-war period, this posed a challenge in the diagnosis and treatment of this age group. Due to the specificity of diseases in the elderly, diagnostics attempted to distinguish groups of patients in relation to the severity of changes, which could facilitate the identification of deficits, needs and problems in order to make a diagnosis. The ongoing changes in the morphology, physiology and pathology of older people resulted in specific therapy, both in terms of conservative and surgical treatment, with particular emphasis on pharmacotherapy.

The aim of the study was to learn about selected aspects of the development of geriatric medicine in the post-war period, with particular emphasis on the specificity of pathology, diagnosis and therapy in old age.

Słowa kluczowe: osoby starsze, zmiany patologiczne, diagnostyka, leczenie, medycyna geriatryczna, okres powojenny

Keywords: elderly people, pathological changes, diagnosis, treatment, geriatric medicine, post-war period

Wstęp

Dzięki osiągnięciom medycyny, poprawiającym się warunkom życia i zdrowotnych wydłuża się czas trwania życia ludzkiego, co przyczyniło się do zwiększenia odsetka starszej ludności w okresie powojennym¹. Stwarzało to nowy problem dla ówczesnej służby zdrowia².

Osoby starsze chorowały często na choroby przewlekłe, które wykazywały odrębności kliniczne i sprawiały trudności zarówno diagnostyczne, jak i lecznicze. Wynikały one, jak stwierdził już w latach 50. XX w. Marek Wirecki, z istoty procesu fizjologicznego starzenia się. Dla zapewnienia jak najlepszych warunków zdrowotnych ludziom w podeszłym wieku i dostarczenia im skutecznej pomocy w razie choroby, lekarz powinien posiadać, według niego, wiedzę na temat fizjologii wieku podeszłego, która pozwalała na odróżnianie normalnych oznak starzenia się od pojawiającej się w tym okresie życia choroby. Podkreślał, że nie należy interpretować objawów chorobowych u osób starszych jako nieuniknionej konsekwencji samego procesu starzenia się, który miał często indywidualny przebieg. Wiele osób w wieku podeszłym, mimo fizjologicznych cech starzenia, cieszyło się bowiem dobrym zdrowiem i prowadziło aktywny tryb życia³.

Starzenie się to proces uwarunkowany wieloma teoriami, które powstawały na przestrzeni wieków. Najstarsze poglądy i koncepcje dotyczące przyczyn i mechanizmów starzenia sięgające czasów starożytnych miały charakter spekulatywny. Okres badań naukowych nad tym zagadnieniem datuje się od drugiej połowy XIX w., kiedy to nastąpił rozwój medycyny i nauk doświadczalnych⁴. Głównym przedmiotem dociekań nauki o starości i starzeniu było pytanie o ich przyczyny. Starzenie przez wielu badaczy zgodnie zostało uznane zjawiskiem fizjologicznym – naturalnym, prawidłowym okresem w rozwoju osobniczym, końcowym etapem w cyklu życiowym, w przeciwieństwie do

¹ Z badań E. Rosseta oraz J. Piotrowskiego wynikało, że w roku 1948 liczba osób dożywających 60 lat wynosiła 64,1%, w latach 1952–1953 – 68,9%, a w latach 1965–1966 już 81%. Odsetek osób starszych powyżej 60. roku życia w całej populacji wynosił 8,1% w 1949 r., a w 1955 r. – 8,5% i zwiększał się systematycznie. E. Rosset, *Proces starzenia się ludności*, Warszawa 1959, s. 195, 351; J. Piotrowski, *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*, Warszawa 1973, s. 19, 351.

² S. Bednarzewski, *Starszy człowiek prosi o chwilę uwagi*, „Zdrowie Stolicy” 1956, r. I, nr 11, Dodatek naukowy, s. 1–2.

³ M. Wirecki, *Odrębności wieku podeszłego w stanie zdrowia i choroby*, [w:] *Vademecum lekarza praktyka*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1955, t. I, s. 575.

⁴ K. Wiśniewska-Roszkowska, A. Zgirski, *Starość, metabolizm, rewitalizacja*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1973, s. 10.

dawniejszego poglądu, kiedy było uważane za zjawisko patologiczne⁵. Wraz z poznawaniem przedmiotu badań na początku okresu powojennego przedstawiano poglądy na łamach czasopism naukowych, z których wynikało m.in., że starość naturalna, fizjologiczna jest procesem obejmującym cały organizm, a zmiany starcze są najlepiej uchwytne w procesach starzenia się koloidów plazmy komórkowej i płynów śródtkankowych⁶.

Kinga Wiśniewska-Roszkowska⁷, jedna z badaczek okresu powojennego zajmujących się problematyką starości, dokonała przeglądu teorii starzenia. Wśród tych, które nie znajdowały naukowego uzasadnienia, można było wyróżnić, np. teorie „zużycia”, opierające się na koncepcji zużywania się organizmu, a właściwie wyczerpywania się zapasu energii życiowej wytworzonej przy zapłodnieniu, czy teorię opisującą starzenie się jako upośledzenie wszystkich funkcji organizmu, co zmniejszało jego ogólną żywotność. Podobnie niewystarczające argumenty dla wyjaśnienia przyczyny starzenia się organizmu występowały w grupie teorii, jak stwierdziła, które opierały swoje wnioski o następujące zjawiska: odwodnienie i histereza plazmy, nagromadzenie złogów, osłabienie przepływu cieczy tkankowych, osłabienie kontroli neurohormonalnej, upośledzenie funkcji układów enzymatycznych, osłabienie samoodnowy tkankowej. Ten sam zarzut stawiano teoriom, które za przyczyny starzenia się uważały zmiany zachodzące z wiekiem w pewnych ważnych narządach, układach czy tkankach. Zmiany te z kolei pociągały za sobą starcze zwyrodnienie w innych tkankach i w rezultacie w całym organizmie. Zwolennikami takiej teorii byli Vogt i Groen, którzy upatrywali przyczyny starzenia w zmianach zachodzących w układzie nerwowym, Lorand widział je w postępującym osłabieniu czynności tarczycy, Brown-Séquard uważał, że starość jest skutkiem zmian zachodzących w gonadach. Bo-

⁵ W. Moskwa, *O teoriach starzenia się*, „Kosmos” 1955, r. IV, nr 5, s. 659; M. Voit, *Problem starzenia się i starości*, „Problemy Lekarskie” 1957, rok IV, nr 3/4, s. 218–228.

⁶ M. Peszczyński, *Medycyna starości*, „Wiadomości Lekarskie” 1948, r. I, nr 1, s. 30–34.

⁷ Prof. Kinga Wiśniewska-Roszkowska (1916–2006) należała do grona lekarzy, którzy już w latach 60. rozwijali w Polsce nową gałąź medycyny – geriatricę. Autorka wielu książek, prac badawczych i artykułów. Bardzo ważną częścią dorobku naukowego były prace poświęcone geriatrici i gerontologii. Sądziła, że u podłoża rozwoju geriatrici jako specjalności lekarskiej leżą trzy przyczyny: wydłużenie życia ludzkiego (wzrost liczby ludzi starszych), charakteryzowanie się wieku starszego specyficzną fizjologią, patologią i terapią, a także konieczność wypracowania i realizacji zasad profilaktyki geriatricznej, przede wszystkim zapobieganie chorobom i niedoładom starczemu. M. Dziegielewska, *Kinga Wiśniewska-Roszkowska – pionierka geriatrici w Łodzi*, „Exlibris Biblioteka Gerontologii Społecznej” 2022, nr 1, s. 126, <https://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-4016bdc1-17e3-4c1e-9a41-1ef5dcd8b53b>.

homolec zwrócił uwagę na przedstawicze zmiany tkanki łącznej, które upośledzając dyfuzję cieczy, zwłaszcza między tkankami a krwią, prowadziły do upośledzenia odżywienia tkanek i ich starczego zwyrodnienia⁸. Miecznikow stwierdził, że w procesie starzenia dochodziło do zaniku elementów swoistych tkanek i zastępowania ich przez wspomnianą tkankę łączną, która również ulegała starzeniu, tracąc sprężystość włókien. W wyniku tego dochodziło m.in. do wiotkości skóry, zmniejszenia elastyczności ścian naczyń krwionośnych, łamliwości kości czy rozedmy płuc⁹. Inne teorie wyjaśniające proces starzenia się organizmu dotyczyły czynników „zatrucia” czy „samozatrucia”, np. twierdzono, że nadmierne przyjmowanie pokarmów powodowało nagromadzenie się w tkankach trujących produktów przemiany materii¹⁰. Teorie ewolucyjne wyjaśniały zachodzenie zjawiska za sprawą czynników integralnie i nierozzerwalnie związanych z rozwojem i bytowaniem organizmu złożonego. Uważano, że komórki ulegają specjalizacji, a w miarę różnicowania zatracają zdolność podziału, co pociągało za sobą starzenie się i śmierć. Jendrassik podkreślał, że główną przyczyną starzenia się były zmiany zachodzące w substancji międzykomórkowej¹¹.

Najnowsza grupa teorii pozostawała w związku z rozwojem nowoczesnej biochemii i cytogenetyki. Teorie doszukiwały się przyczyn starzenia w przypadkowych, niekorzystnych zdarzeniach, które zachodziły w ciągu życia, a ich sumowanie, jak stwierdzono, miało prowadzić do starczego zwyrodnienia. Teoria Miedwiediewa – powolnego „sztywnienia” łańcuchów białkowych – wychodziła z założenia, że w cząsteczkach białkowych poszczególne wiązania peptydowe mają różną trwałość, ponieważ stawały się bardziej kruche i łatwiej pękały. Białka znajdowały się w stanie ciągłego rozpadu i odbudowy. Podczas resyntezy dochodziło do błędów. Na miejsce pewnego aminokwasu mogła wbudować się inna cząsteczka. Teoria „mutacji somatycznych”

⁸ K. Wiśniewska-Roszkowska, *Zagadnienia geriatryczne w klinice chorób wewnętrznych*, PZWL, Warszawa 1964, s. 15–16; T. Czystohorski, *Starzenie się i towarzyszące mu zmiany biochemiczne*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1955, r. X, nr 48, s. 1554; K. Wiśniewska-Roszkowska, *Medycyna w walce ze starością*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1972, s. 11–38.

⁹ W. Moskwa, *Fizjopatologia starości ludzkiej*, Zeszyty Problemowe „Kosmosu” 1956, z. 4, s. 84–85.

¹⁰ W.W. Wiśniewski, *Zagajenie, Zagadnienia procesu starzenia się i przedłużania życia*, Zeszyty Problemowe „Kosmosu” 1956, z. 4, s. 5–7. Obserwacja Miecznikowa, że źródłem zatrucia mogły być procesy gnilne zachodzące w jelicie grubym, uważana była za jedną z pierwszych z końca XIX w.

¹¹ K. Wiśniewska-Roszkowska (red.), *Geriatrya*, PZWL, Warszawa 1971, s. 18.

sformułowana przez fizyka Szilarda tłumaczyła starzenie nagromadzeniem się drobnych uszkodzeń w układzie genetycznym komórek w ciągu życia. Według tej teorii nagromadzenie mutacji miało prowadzić do starczego zwyrodnienia, obumierania komórek i śmierci całego ustroju. Teoria immunologiczna opierała się m.in. na wyjaśnianiu procesu starzenia się zjawiskiem przypadkowych mutacji zachodzących w limfocytach, które wywoływały ich agresywność w stosunku do tkanek lub powodowały, że normalne limfocyty były odczuwane jako obce i atakowane przez komórki somatyczne. Dokonując analizy teorii starzenia się, K. Roszkowska-Wiśniewska podkreśliła, że zarówno te historyczne, jak i najnowsze (lata 70.) tylko częściowo wyjaśniały ten proces¹².

Jeśli weźmie się pod uwagę powyższe teorie, można stwierdzić, syntetyzując poglądy badaczy, że starzenie oznaczało nieodwracalne zmiany w organizmie, będące funkcją czasu. Jednak w wyznaczeniu początku starości występowały sprzeczne poglądy. Zdaniem W. Moskwy jedni badacze za początek starości uznawali występowanie pierwszych somatycznych objawów starzenia. Inni (Hirsch, Nagornyj, Burger) uważali, że proces starzenia rozpoczyna się od początku rozwoju organizmu, kumulują się i nasilają w ciągu życia. Kolejni badacze początku starzenia organizmu upatrywali w uzyskaniu przez tkanki pełnego stopnia zróżnicowania tkanek, co miało obniżyć zdolności wzrostowe i regeneracyjne. Najczęściej jednak był reprezentowany pogląd, głoszony m.in. przez Minota, Leviego czy Hansemanna, że początek starości wiąże się z okresem rozwoju osobniczego, w którym następowało zahamowanie lub ograniczenie wzrostu organizmu¹³.

Prezentowane poglądy skłoniły do rozróżnienia dwóch pojęć: starzenia się jako procesu trwającego przez całe życie i starości jako końcowego okresu w życiu.

Starzenie postrzegano jako zjawisko powszechne i próbowano ustalić wspólne cechy dla tego procesu. Należały do nich m.in.: osłabienie i niewydolność przemiany materii w późniejszym okresie życia jako przyczyna wszystkich dalszych zmian starczych, zmiany w strukturze koloidalnej protoplazmy jako podłoże dla pozostałych objawów starości, zahamowanie wzrostu poprzedzającego okres właściwej starości, różnicowanie się tkanek jako czynnik ograniczający możliwości wzrostowe i regeneracyjne, niedożywienie komórek, samozatrucie ustroju, pierwotne starzenie się naczyń krwionośnych, gruczołów dokrewnych

¹² Ibidem, s. 18–20.

¹³ W. Moskwa, *O teoriach...*, op. cit., s. 659–661.

lub systemu nerwowego jako szczególnie ważnych dla organizmów, dziedziczność, zużywanie się ustroju, oddziaływanie na organizm szkodliwych czynników zewnętrznych. Z powyższej analizy wynika, że przyczyn starzenia doszukiwano się w czynnikach wewnętrznych lub zewnętrznych. Jedne teorie zakładały całościowe starzenie się organizmu (synchroniczne), inne wysuwały tezę o nierówności starzenia się narządów (heterochroniczne)¹⁴. Niezależnie od teorii, jak podawał Roman Peret, w procesie starzenia zachodziły zmiany morfologiczne i funkcjonalne na skutek przewlekłe postępujących zaburzeń przemiany materii¹⁵.

Starość jako kompleks egzo- i endogennych zjawisk była definiowana jako stan, w którym procesy fizjopatologiczne i patologiczne były ze sobą powiązane i nie dawały się odgraniczyć, wpływając w niejednakowy sposób na komórki i tkanki¹⁶. Według Johannesesa Judy Groena¹⁷ na starość składały się postępujące procesy biochemiczne i biofizyczne zachodzące w protoplazmie i substancji międzykomórkowej, które objawiały się m.in. utratą sprężystości skóry, naczyń krwionośnych, tkanki płucnej, jak również spadkiem sprawności narządów oraz ich zanikami. Istotnym elementem były niedobory hormonów, występowanie chorób dotyczących najczęściej ośrodkowego układu nerwowego, naczyniowego, ruchowego oraz cukrzycy i chorób nowotworowych. Stan organizmu pogarszało kumulowanie się następstw działających na organizm zatruc i czynników szkodliwych, jak nikotynizm, alkoholizm i inne, a także niekorzystny wpływ niedożywienia (niedobory białek i wapnia w diecie) czy przekarmienia oraz niekorzystny wpływ nadmiernego wysiłku fizycznego (ciężka praca). W konsekwencji następowała utrata naturalnej zdolności adaptacji do warunków wewnętrznych i zewnętrznych. Ponadto dochodziło do zmian psychicznych (subiektywnych i obiektywnych)¹⁸.

Podjmując próbę uporządkowania powyższych poglądów, R. Peret stwierdził, że starzenie się, którego konsekwencją była starość, to złożony proces, a za pierwotną zmianę jako przyczynę utraty przez organizm biologicznego czynnika regulującego przyjmowanie pożywienia

¹⁴ Ibidem, s. 659–661.

¹⁵ R. Peret, *Geneza starości*, „Tygodnik Lekarski i Wiadomości Lekarskie” 1958, r. XIII, nr 43, s. 1665.

¹⁶ Ibidem, s. 1665.

¹⁷ J. Benbassat, *Johannes Juda Groen (1903–1990): A Forgotten Visionary in the History of Medical Education*, “Rambam Maimonides Medical Journal” 2020. Doi: 10.5041/RMMJ.10395.

¹⁸ R. Peret, op. cit., s. 1666.

uznał wyczerpanie podwzgórza, wskutek czego zmniejszyła się wydzielanie hormonu wzrostu, hormonu tyreotropowego, przysadki i gonad. W konsekwencji obniżała się aktywność przedniego płata przysadki mózgowej. Swoje poglądy przedstawił na IV Kongresie Międzynarodowego Towarzystwa Gerontologów w Merano (14–19.07.1957 r.)¹⁹.

W okresie powojennym nauka o starości przebiegała w dwóch nurtach: gerontologii²⁰ i geriatрії. Tę pierwszą cechował kierunek badawczy, doświadczalny, natomiast geriatρία obejmowała leczenie²¹. W 1964 r. K. Roszkowska-Wiśniewska pisała, że w miarę jak w medycynie światowej coraz więcej uwagi poświęcało się człowiekowi staremu, coraz bardziej aktualna stawała się potrzeba wyodrębnienia geriatрії jako specjalności, której zadaniem powinno być leczenie lub zapobieganie niedołęstwu starczemu. Jak twierdziła, mimo dociekań wielu badaczy „jeszcze nie wiadomo czym jest starość, a szczególnie jakie są jej przyczyny”²². Geriatρία powinna zastosować w praktyce zasób danych naukowych, które posiada gerontologia²³. Według niej starzenie się organizmu, czyli starcze zwyrodnienie tkanek, zmniejszenie liczby czynnych komórek mięszowych, odchylenia w regulacji neurohormonalnej i w metabolizmie, wpływało na przebieg chorób, co pociągało za sobą specyfikę diagnostyki i terapii. W miarę starzenia się organizm wykazywał tendencje do przewlekłych uszkodzeń i zwyrodnień²⁴.

Celem pracy było poznanie wybranych aspektów rozwoju medycyny geriatrycznej w okresie powojennym ze szczególnym uwzględnieniem specyfiki patologii, diagnostyki i terapii w wieku starczym.

Główny problem badawczy zawiera się w pytaniu: jakie były możliwości rozwoju medycyny geriatrycznej w początkach okresu powojennego do lat 70.? Uszczegóławiając, skonstruowano następujące pytania badawcze: czym charakteryzowała się patologia wieku podeszłego w latach powojennych?; na czym polegała diagnostyka w okresie powojennym do lat 70.?; jak wyglądała specyfika leczenia chorób w starszym wieku w badanym okresie? Cezura czasowa niniejszej pra-

¹⁹ Ibidem.

²⁰ M. Voit, op. cit., s. 226. Celem geriatрії było usuwanie przykrych dolegliwości wieku starczego, ale też przedłużenie okresu jak najbardziej produktywnej wydolności i stworzenia warunków dłuższego, pogodnego życia. P. Schmidt określił go w zdaniu: „Dać latom więcej życia, a życiu więcej lat”.

²¹ W. Moskwa, *O teoriach...*, op. cit., s. 658; M. Voit, op. cit., s. 218–228.

²² Cyt. za K. Wiśniewska-Roszkowska, *Zagadnienia...*, op. cit., s. 7–8.

²³ Ibidem, s. 7–8. Por. J. Rutkiewicz, *Geriatρία w aspekcie klinicznym i społecznym*, PZWL, Warszawa 1970.

²⁴ K. Wiśniewska-Roszkowska, A. Zgirski, *Starość...*, op. cit., s. 9.

cy obejmuje okres od pierwszych lat powojennych do lat 70. Początek cezury był uwarunkowany zmianami zachodzącymi po II wojnie światowej, dotyczącymi sytuacji zdrowotnej i demograficznej, jako wyzwanie w opiece medycznej nad osobami starszymi. Koniec cezury jest związany z zainteresowaniem w latach 70. niniejszą problematyką, oprócz lekarzy, przedstawiciele różnych dziedzin m. in. socjologów, demografów, psychologów, co skutkowało powstaniem interdyscyplinarnego stowarzyszenia naukowego – Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego (1973). Stwarzało ono szansę na rozwój badań naukowych w zakresie geriatry i gerontologii oraz wyznaczanie kierunków działalności w organizowaniu opieki nad osobami starszymi.

Zastosowano metodę badania dokumentów, analizę i krytykę piśmiennictwa. Wykorzystano czasopiśmiennictwo polskie (medyczne) o zasięgu krajowym, podręczniki i opracowania.

Specyfika patologii

Opisane powyżej zmiany fizjologiczne zachodzące w organizmie człowieka w miarę jego starzenia się miały związek ze specyfiką przebiegu procesów patologicznych, takich jak stany zapalne, zakażenia, uczulenia czy zwyrodnienia. Jak podaje K. Wiśniewska-Roszkowska, starcze zwyrodnienie tkanek i zmiany we włóscinkach powodowały osłabienie tkankowej reaktywności i biologicznej obrony, której wyrazem były klasyczne cechy zapalenia. Biorąc pod uwagę wspomniane zmiany zachodzące w organizmie, przebieg zapaleń i zakażeń u starców był indywidualnie różny, jednak dominowała tendencja do zwolnienia i osłabienia objawów zapalnych przy znacznym zwiększeniu niebezpieczeństwa zaburzeń ogólnych. Gorączka często bywała słabsza, a niekiedy, nawet przy poważnych infekcjach, w ogóle się nie pojawiała. Podobną specyfiką przebiegu charakteryzowały się uczulenia. Reakcje uczuleniowe przebiegały w miarę starzenia się coraz słabiej i łagodniej, ale nietypowo. Niektóre odczyny skórne (np. tuberkulinowe) często w ogóle wygasły. W patologii dominowały procesy zwyrodnieniowe, do których starzenie się stwarzało specjalną predyspozycję (miażdżyca²⁵, zwyrodnienia stawowe, starcza marskość narządów mięsaszowych itp.). Również gdy proces zwyrodnieniowy powstał w wieku młodym, ulegał on zwykle na starość nasileniu i dużo częściej niż u ludzi młodych zdarzały się powikłania. U osób starszych w okresie powojennym obserwowano także specyfikę w rozwoju

²⁵ A. Wolański, *Niektóre problemy kliniczne późniejszych lat życia*, Zeszyty Problematyczne „Kosmosu” 1956, z. 4, s. 101.

i przebiegu nowotworów. Z jednej strony proces starzenia się stwarzał pewne okoliczności, które teoretycznie mogłyby powstrzymać rozwój nowotworów, np. zanik włósniczek i naczyń limfatycznych, ogólne zmniejszenie energii wzrostu i odnowy tkanek. Jednak obserwowano czynniki sprzyjające powstaniu nowotworu. Należały do nich: sama długość życia (która pozwalała na długoletnie sumowanie się działania czynników rakotwórczych), osłabienie biologicznej obrony, niewydolność narządów odtruwających (co prowadziło do nagromadzenia się substancji potencjalnie rakotwórczych), zaburzenia w przemianie materii, zwłaszcza związków sterydowych, długoletnie przewlekłe nieżyty i stany przedrakowe²⁶.

Zaburzenia u osób starszych dotyczyły także czynności układu nerwowego, w sferze psychiki, co często występowało pod postacią zmian osobowości, a nawet psychoz. W procesach psychicznych obserwowano osłabienie analizy, syntezy, zdolności tworzenia nowych związków czasowych i odruchów warunkowych (hamowanie bierne i czynne). W wyniku tych zaburzeń występowała zmienność nastrojów, od senności, apatii i obojętności wobec otoczenia do nieopanowania, popędlowości czy kłótności²⁷.

Biorąc pod uwagę przedstawioną specyfikę chorowania u osób starszych, wyodrębniono dwa rodzaje chorób. Pierwsza grupa to choroby niezwiązane z wiekiem, które mogły występować w każdym okresie życia (np. zapalenie płuc, ropień, białaczka), a starość tylko modyfikowała ich przebieg. Drugą grupę stanowiły choroby ściśle związane z procesem starzenia się. Tu istota patologii polegała na nadmiernym nasileniu zmian charakterystycznych dla starzenia się i na powikłaniach, które mogły być przez to spowodowane. Ponadto charakterystyczną cechą patologii starczej w obydwu rodzajach było nagromadzenie się i nakładanie na siebie różnego rodzaju przewlekłych stanów chorobowych. Razem ze wspomnianą wcześniej zmienioną odczynowością (osłabienie reaktywności) prowadziło to do nietypowości obrazów klinicznych (ubóstwo objawów, przebieg bezobjawowy, utajony lub zamaskowany) i tym samym do trudności diagnostycznych²⁸.

Wiśniewska-Roszkowska wyróżniła dwa istotne momenty dla przebiegu chorób w starości, Pierwszym było według niej zwyrodnienie i niedokrwienie narządów mięsaszowych, głównie serca, mózgu i nerek, które nawet przy niewielkich wahaniami środowiska wewnątrz-

²⁶ K. Wiśniewska-Roszkowska (red.), *Geriatrya...*, op. cit., s. 62–64.

²⁷ A. Wolański, op. cit., s. 99–100.

²⁸ K. Wiśniewska-Roszkowska (red.), *Geriatrya...*, op. cit., s. 64.

nego, np. chwilowe zaburzenia w krążeniu czy intoksykacje, mogły przesłaniać wówczas cały obraz kliniczny. Niewydolność kory mózgowej (zamroczenie, śpiączka), niewydolność krążenia i mocznica stanowiły zasadnicze niebezpieczeństwa, które zagrażały starcom przy każdej poważniejszej ostrej chorobie. Drugi moment to niewydolność mechanizmów regulacyjnych i adaptacyjnych w zakresie gospodarki wodnej, cieplnej i elektrolitowej. Było to związane z procesami starzenia się w układzie podwzgórze – przysadka – układ nerwowy wegetatywny, co przekładało się na chwiejność homeostazy i równowagi wewnętrznej środowiska organizmu człowieka starego. Już takie przyczyny, jak urazy, biegunki czy zakażenia, mogły powodować znaczne zakłócenia stanu ogólnego, zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej i osmotycznej oraz zatrucia wewnątrzpochodne. Obserwowano dłuższy przebieg ostrych i podostrych chorób u starców w porównaniu z osobami młodymi. Z powodu zmniejszonej zdolności odnowy rekonwalescencja przebiegała z reguły wolniej i wymagała czujnej uwagi ze strony lekarza, gdyż w tym okresie zagrożeniem mogły być nawroty choroby, a przede wszystkim zniechęcenie. Ważny problem patologii starczej stanowiło samozatrucie, do którego mogło dochodzić z powodu niewydolności narządów i mechanizmów oczyszczających oraz odtruwających ustrój. Zwolniona przemiana materii, o czym już wspomniano, powodowała nagromadzenie szkodliwych produktów. Za Koranschewskym podkreślano, że nadmierne odżywianie, zwłaszcza produktami białkowymi, było dla osób starszych szkodliwe, gdyż nasilało proces samozatrucia, prowadząc do uszkodzenia i do rozwoju chorób zwyrodnieniowych, związanych ze starzeniem się, jak miażdżyca, cukrzyca, otyłość, zmiany stawowe²⁹.

Główne cechy patologii starczej ujmowano zarówno w kategoriach przyczyn, przebiegu, objawów, jak i powikłań chorób. Przyczyny chorób były raczej endogenne, liczne i skryte. Procesy chorobowe miały przewlekły charakter, również liczne, nakładające się na siebie. Przebieg chorób często był nietypowy i zamaskowany lub bezobjawowy, utajony, a reakcje alergiczne i zapalne słabsze i wolniejsze. Występowała skłonność do przeciągania się choroby. Objawy choroby zasadniczej były słabsze i skąpe przy dużej skłonności do powikłań ze strony narządów mięszowych i ciężkich stanów ogólnych. Niewydolność mechanizmów regulacyjnych i adaptacyjnych, chwiejność gospodarki wodnej, cieplnej i elektrolitowej, niewydolność narządów odtruwają-

²⁹ Ibidem, s. 65–66. Por. J. Rutkiewicz, op. cit.

cych wydłużała rekonwalescencję, co w konsekwencji mogło spowodować niedołęstwo³⁰.

Marek Wirecki w latach 50. dokonał szczegółowej analizy, zwracając uwagę na specyfikę najczęściej występujących chorób u osób starszych. Do takich należał np. ropień płuca. Przebieg kliniczny tego schorzenia, mimo poważnych konsekwencji, czasem wykazywał nietypowy charakter i objawiał się jedynie postępującym osłabieniem i wzmożonym poceniem, bez podwyższonej temperatury ciała. Innym schorzeniem częściej występującym u osób w podeszłym wieku była niedokrwistość złośliwa, która niejednokrotnie wykazywała skojarzenie z polipami żołądka, poprzedzającymi raka³¹. Z kolei w przebiegu niedokrwistości wtórnej, gdzie dochodziło do spadku zarówno hemoglobiny, jak i krwinek czerwonych, zdecydowanie u osób starszych dominował pierwszy objaw. Odrębności zaobserwowano również wśród przyczyn, do których należała przed wszystkim obniżona zawartość żelaza w pożywieniu lub upośledzone jego zużytkowanie, co u osób w podeszłym wieku mogło być następstwem zbyt jednostronnego odżywiania się na skutek braków w użębieniu, obniżonej kwaśności soku żołądkowego lub różnych zaburzeń przewodzenia pokarmowego. Ponadto jako przyczynę opisywano również ostre krwotoki, np. z nosa przy nadciśnieniu tętniczym czy z żołądka w chorobie wrzodowej³².

Dusznica bolesna to kolejna choroba charakteryzująca się odrębnym przebiegiem u ludzi w starszym wieku, najczęściej skojarzona z cukrzycą lub nadciśnieniem. U osób starszych napady dusznicy bolesnej stawały się łżejsze, ale powtarzały się częściej i były mniej charakterystyczne niż w młodszym wieku. Promieniowanie bólu także było nietypowe. Zamiast odczuwania bólu w okolicy serca lub poza mostkiem, występował on w okolicy szyi, szczęki, ramion lub nadbrzusza. Dlatego u osób w podeszłym wieku w każdym przypadku bólu powyżej pasa, występującego pod wpływem wysiłków fizycznych lub wstrząsów psychicznych, należało podejrzewać dusznicę bolesną³³. Osoby starsze częściej zapadały na zawały mięśnia sercowego, które niejednokrotnie były zamaskowane napadami częstoskurczu lub astmy sercowej. Często też miały bezbólowy charakter i ciężki przebieg. Mimo tego, jak stwierdził Adam Wolański,

³⁰ K. Wiśniewska-Roszkowska (red.), *Geriatría...*, op. cit., s. 66.

³¹ M. Wirecki, op. cit., s. 591. W tym przypadku podczas diagnozowania należało pamiętać o dodatkowych badaniach – badaniu radiologicznym żołądka i gastrokopii.

³² Ibidem.

³³ Ibidem.

przeżywały dłużej niż osoby młode, co wynikało z jego obserwacji badawczych³⁴.

W starszym wieku częściej niż u młodszych osób obserwowano udar mózgowy, który był najczęściej spowodowany przez krwotok, zakrzep lub zator w naczyniach mózgu. Przyczyną były głównie zmiany miażdżycowe w naczyniach mózgowych, związane również z procesem starzenia się. W przeważającej liczbie przypadków udaru mózgowego wskutek krwotoku początek był nagły i występowała głęboka śpiączka. Równie gwałtownie rozwijały się objawy udaru spowodowanego zatorem, którego źródłem u osób w podeszłym wieku był przeważnie zakrzep przyścienny lewej komory serca (skrzepliny – przy migotaniu przedsionków lub złamaniach)³⁵. Udar mózgowy wskutek zakrzepu u osób w podeszłym wieku występował znacznie rzadziej niż wskutek krwotoku. Charakteryzował się też tym, że poprzedzały go objawy zwiastunowe, takie jak: bóle i zawroty głowy, bezsenność, utrudnienie mowy, lekkie przemijające porażenie połowicze, nudności, wymioty, bóle w brzuchu i klatce piersiowej, parestezje, objawy przypominające zespół Parkinsona, zmiany w psychice chorego, drażliwość, osłabienie pamięci. Zdarzało się również, że po wystąpieniu objawów zwiastunowych nie powstawał klasyczny obraz udaru mózgowego z porażeniem połowicznym i objawami neurologicznymi, lecz wymienione objawy utrzymywały się przez szereg lat, doprowadzając do znacznego upośledzenia stanu fizycznego i psychicznego chorego lub do dużego, śmiertelnego udaru. Nadciśnienie tętnicze nie było warunkiem koniecznym do powstania udaru u osób starszych³⁶.

W zapaleniu wyrostka robaczkowego występującego również u osób starszych obserwowano ciężki przebieg, który wzrastał wraz z wiekiem chorego, jak stwierdzał wspomniany już M. Wirecki. Często dochodziło do rozległej zgorzeli wyrostka i do rozlanego zapalenia otrzewnej. Obraz kliniczny choroby u osób w podeszłym wieku był inny niż u osób młodych. U większości chorych obserwowano przebieg bezgorączkowy, natomiast tętno nie przekraczało zwykle 80–90 uderzeń na minutę. W wielu przypadkach choroba rozpoczynała się nieznacznym bólem w okolicy pępka i biegunką. Charakterystyczne dla tego schorzenia umiejscowienie bólu w prawym dolnym kwadrancie brzucha również występowało rzadziej u osób starszych. Ponadto nie stwierdzano wzmożonego napięcia powłok brzusznych. Brzuch był

³⁴ A. Wolański, op. cit., s. 101.

³⁵ M. Wirecki, op. cit., s. 591–593, 595.

³⁶ Ibidem, s. 596; J. Rutkiewicz, op. cit.

przeważnie miękki i wzdęty. Leukocytoza nieznacznie podwyższona lub liczba leukocytów prawidłowa. Nie obserwowano typowych objawów, co opóźniało rozpoznanie choroby we wczesnej fazie i czasem skutkowało wytworzeniem się dużego ropnia wyrostka, sugerującego guz, nasuwając błędną diagnozę³⁷.

U osób w starszym wieku dochodziło do schorzeń ze strony układu oddechowego, np. starczej rozedmy płuc, jak to nazywano. Była ona spowodowana zmniejszeniem sprężystości oraz zanikiem tkanki płucnej i włókien sprężystych, a objawem była duszność nasilająca się po wysiłku oraz napadowy, męczący kaszel, który zwykle pojawiał się rano³⁸. Obserwowano również występowanie dychawicy oskrzelowej, którą zazwyczaj poprzedzał alergiczny nieżyt nosa. Była często skojarzona z rozedmą płuc i przewlekłym nieżytem oskrzeli. W diagnostyce tego schorzenia u osób starszych występowały problemy ze względu na trudności w odróżnieniu dychawicy oskrzelowej od dychawicy sercowej³⁹.

Chorobą, która dotyczyła osób w różnym wieku, była cukrzyca. Z obserwacji i badań klinicznych w latach 50. wynikało, że u starców początek cukrzycy był zwykle skryty. Przez długi czas choroba miała przebieg bezobjawowy, a pierwszymi objawami, które zwykle skłaniały chorego, żeby udał się do lekarza, było: wychudzenie, bóle mięśniowe, rwa kulszowa, poliuria, polidypsja i polifagia. Często jednak u osób starszych nie występowała ani poliuria, ani polidypsja, a jedynym objawem choroby, który obserwowano, był świąd zewnętrznych narządów płciowych. Czynnikiem usposabiającym do cukrzycy była otyłość. W rozpoznaniu różnicowym należało jednak pamiętać o tym, że u osób starszych przyczyną cukromoczu mogły być m.in.: nadczynność tarczycy, akromegalia, zespół Cushinga, choroby gorączkowe czy zatrucia⁴⁰. Ponadto stany śpiączkowe (kwasicza i hipoglikemiczna) występowały częściej u starszych niż u młodszych osób, ponieważ były też spowodowane różnymi chorobami współistniejącymi. W sporadycznych przypadkach jednocześnie obserwowano obydwa rodzaje śpiączki, co wymagało dokładnej znajomości ich symptomatologii⁴¹.

Miażdżycza tętnic, wypadkowa nagromadzenia się lipidów i ich wchłaniania się, była charakterystyczna dla wieku podeszłego⁴² i wy-

³⁷ M. Wirecki, op. cit., s. 597.

³⁸ A. Wolański, op. cit., s. 101.

³⁹ M. Wirecki, op. cit., s. 602.

⁴⁰ Ibidem, s. 613.

⁴¹ Ibidem, s. 614.

⁴² Ponad 85% zmarłych po 75. roku życia była dotknięta miażdżycą. Z. Rydzyński, *Miażdżycza tętnic*, „Wiadomości Lekarskie” 1957, r. X, nr 3, s. 98.

stępowała, jak stwierdzono, częściej u mężczyzn niż u kobiet. Czynniki usposabiającymi do niej było nadciśnienie i cukrzyca. Objawy zależały od umiejscowienia i nasilenia procesu chorobowego. Częste umiejscowienie zmian miażdżycowych w tętnicy głównej brzusznej i w tętnicach kregkowych objawiało się wzdęciami i bólami brzucha po jedzeniu, co często prowadziło do błędów diagnostycznych⁴³.

Większość klinicznych objawów schorzeń układu sercowo-naczyniowego pozostawała w związku ze zmianami miażdżycowymi naczyń. Do takich należało np. chromanie przestankowe, które dotyczyło przede wszystkim kończyn dolnych⁴⁴.

Jak wynikało z obserwacji klinicznych w latach 50., gościec zwyrodniający to choroba występująca przeważnie w wieku starszym i podeszłym, której przyczyną była suma zmian inwolucyjnych związanych ze starzeniem się. Gościec zwyrodniający rozwijał się powoli, a objawy choroby występowały w większości przypadków dopiero w wieku podeszłym. Objawy początkowo polegały na skurczach mięśniowych i nieznacznych bólach w wymienionych stawach oraz na lekkim obrzmieniu bez zaczerwienienia tkanek miękkich nad stawami. Pod wpływem nadużywania chorego stawu lub w razie uwięźnięcia powstałego wskutek martwicy chrząstki wolnego ciała występowało zaostrzenie objawów stawowych, które nasilały się w dni wilgotne. Towarzyszyły im objawy ogólne (gorączka, leukocytoza, przyspieszony odczyn Biernackiego itp.)⁴⁵.

U osób w podeszłym wieku często występowało zapalenie oskrzeli, a czynnikiem usposabiającym było obniżenie odporności ustroju i rozedma płuc. Przeważnie występowało jako powikłanie grypy lub niezytu nosa. Zdarzało się jako ostry niezyt oskrzeli, przechodzący często w zapalenie odoskrzelowe płuc. Przewlekły niezyt oskrzeli mógł występować w przebiegu wielu chorób (niewydolność krążenia, gruźlica, ropień płuc, rozstrzeń oskrzelowa, nowotwory płuc)⁴⁶.

Chorobą charakterystyczną dla osób w podeszłym wieku było otępienie (*dementia*). Odróżniano kilka jego postaci: otępienie starcze (*dementia senilis*) otępienie przedstarcze (*dementia praesentis*), otępienie miażdżycowe (*dementia arteriosclerotica*). Otępienie starcze było uzależnione od zmian inwolucyjnych w mózgu i charakteryzowało się postępującym upośledzeniem sprawności umysłowej. Występowało częściej u kobiet niż u mężczyzn, zwykle po 70. roku życia.

⁴³ M. Wirecki, op. cit., s. 598.

⁴⁴ A. Wolański, op. cit., s. 101–102.

⁴⁵ M. Wirecki, op. cit., s. 598–599.

⁴⁶ Ibidem, s. 604.

Chorobę przyspieszały ciężkie urazy psychiczne. Jedną z najważniejszych cech otępienia starczego było pogorszenie się pamięci, szczególnie w odniesieniu do ostatnich wydarzeń. Inne to brak zdolności skupienia uwagi, przesadne zainteresowanie chorego własną osobą, upór, zaburzenia orientacji, zmienność nastroju, konfabulacje, depresje lub euforie⁴⁷.

Specyfika diagnostyki

Jak wynika z powyższego, biorąc pod uwagę kliniczne aspekty, podstawową trudność w diagnostyce chorób u osób starszych mogło sprawiać ustalenie granicy fizjologii i patologii starzenia⁴⁸, chociaż na początku okresu powojennego przeszkód można było również upatrywać w trudnej sytuacji zdrowotnej, ekonomicznej i społecznej. Jak stwierdziła Ewelina Szpak, dotyczyło to szczególnie wsi. Na odczuwane przez chorych dolegliwości zwracano uwagę dopiero wtedy, gdy miały one ostry charakter, co u osób starszych było dużym utrudnieniem ze względu na odrębności fizjopatologiczne. Ponadto według niej rozpoznanie oraz leczenie chorób przewlekłych pojawiło się dopiero około lat 60. oraz w latach 70. i wiązało się z postępem wiedzy medycznej oraz jej docieraniem do Polski, jak również częstszym kontaktem z lekarzem i bezpłatnym dostępem do służby zdrowia. Nie dotyczyło to jednak w jednakowym stopniu wszystkich chorób przewlekłych, a najczęściej byli to pacjenci z nadciśnieniem tętniczym czy cukrzycą⁴⁹.

Zdaniem M. Wireckiego dla jak najwcześniejszego rozpoznania choroby i podjęcia wczesnego leczenia, które często rozstrzygało o jego skuteczności istotne znaczenie miało wnikliwe badanie osób w podeszłym wieku. Powinno być przeprowadzane przez lekarza praktyka i wymagało zwrócenia szczególnej uwagi na ewentualne objawy tych chorób, które najczęściej występowały w starości⁵⁰.

To zdanie podzielali inni badacze, w tym K. Wiśniewska-Roszkowska, która podkreślała również, że każdy pacjent geriatryczny powinien być zawsze jednakowo starannie zbadany, niezależnie od tego, czy przybywał w celach profilaktycznych, czy jako chory potrzebujący leczenia. Określany niejednokrotnie jako pacjent męczący (z powo-

⁴⁷ Ibidem, s. 612.

⁴⁸ M. Peszczyński, op. cit., s. 32.

⁴⁹ E. Szpak, *Społeczno-kulturowa historia zdrowia i choroby na wsi w Polsce Ludowej*, Warszawa 2018, s. 207–208.

⁵⁰ M. Wirecki, op. cit., s. 577.

du swego niedołęstwa), trudny (z powodu skomplikowanej patologii) i niebezpieczny (z powodu możliwości wystąpienia pomyłek diagnostycznych) wymagał odpowiedniego podejścia psychologicznego, dużej dozy cierpliwości i wyrozumiałej łagodności. Według niej schemat diagnozy geriatrycznej powinien obejmować badanie podmiotowe (wywiad) i przedmiotowe⁵¹.

Profesor Louis Ruyter Radcliffe Grote w referacie wygłoszonym na Międzynarodowym Zjeździe Medycyny Neohipokratesowej (Montecatini, 1956) uznał anamnezę (wywiad) za najważniejszą metodę badania, jaką rozporządzał lekarz. Wywiad chorobowy przeprowadzony bezpośrednio z chorym był według niego niezastąpiony i niezbędny do całościowej oceny chorego w jego sferze materialnej, psychicznej i duchowej. Pozwalał na identyfikację jego formy, indywidualnych możliwości życiowych oraz jakości życia. Dawał wgląd w przyczynowe i końcowe powiązania stanu chorego oraz cechy jego osobowości⁵².

Wywiad cechował się standardowymi wymaganiami obowiązującymi również w innych dziedzinach, m.in. w internie, ale specyfiką wywiadu geriatrycznego była konieczność określenia stopnia wiarygodności wypowiedzi osoby starszej. Mogło mieć to związek np. z występującym otępieniem u chorego czy ze zmniejszoną wrażliwością układu nerwowego, co mogło powodować, że zaburzenia i dolegliwości były odczuwane w sposób niezbyt dotkliwy, lekceważone lub pomijane milczeniem. Niejednokrotnie też starcy, których dolegliwości i zaburzenia widoczne były od razu, podawali, że nic im nie dolega i czują się dobrze. Dlatego należało pytać dokładnie i wymieniać poszczególne dolegliwości, co mogło być ułatwieniem dla osoby starszej. Szczególną uwagę zwracano na objawy, które mogły pomóc w identyfikacji wieku biologicznego i postępu miażdżycy (ból i zawroty głowy, uderzenia krwi do głowy, mroczki przed oczami, łatwe męczenie się, „ucisk” w głowie przy myśleniu, zaniki pamięci, ból kości i stawów, osłabienie sprawności, stan wzroku i słuchu). W celu uzyskania niezbędnych, rzetelnych informacji lekarz powinien zawsze zadać trzy podstawowe pytania. Pierwsze powinno dotyczyć zasadniczej choroby, z powodu której pacjent przybył. W drugim pytaniu należało dowieść, jaka jest ogólna wydolność i żywotność organizmu (wiek biologiczny). Wreszcie trzecie pytanie powinno dotyczyć możliwości

⁵¹ K. Wiśniewska-Roszkowska (red.), *Geriatra...*, op. cit., s. 67–68; W. Orłowski, *Zarys ogólnej diagnostyki lekarskiej*, PZWL, Warszawa 1956, s. 9–11.

⁵² L.R. Grote, *Znaczenie anamnezy dla pracy lekarskiej*, „Służba Zdrowia” 1956, nr 36, s. 3.

ewentualnych pomyłek, czyli na ile zidentyfikowane objawy zostały utajone lub zamaskowane⁵³.

W przypadku chorób przewlekłych u ludzi starych zalecano przede wszystkim zainteresowanie się m.in. ich trybem życia i odżywiania, nałogami, jak i występującymi problemami, ponieważ mogły one wywierać wpływ na zdrowie. Istotną szkodliwością było niedożywienie, które prowadziło do niedoborów białka i witamin, niedokrwistości czy skłonności do obrzęków. Należało zatem dokładnie wypytać w tym zakresie, jak również o funkcje fizjologiczne, jak wydalanie (zaparcia)⁵⁴. Prowadząc rozmowę z osobą starszą, przywiązywano wagę do komunikowania się. Jak stwierdzono: „niedopuszczalne są kpiny, ironia czy zniecierpliwienie ze strony personelu, a wysoce nietaktowne jest zwracanie się do chorego per *dziadku* lub *babciu*”⁵⁵.

Oprócz wywiadu w praktyce geriatrycznej należało wykonywać zawsze badanie przedmiotowe, które dawało wgląd w stan i czynność najważniejszych układów narządowych. Przy badaniu chorego obserwowano nie tylko objawy choroby, ale także wskaźniki wieku biologicznego oraz stanu odżywienia (niedobory witaminowe, łuszczenie się skóry, stan dziąseł i zębów oraz języka). Należało zwrócić choremu uwagę na konieczność ważenia się w określonych odstępach czasu, ponieważ nadmierne zwiększenie lub zmniejszenie się wagi ciała u osób w podeszłym wieku mogło być jednym z pierwszych objawów chorobowych. Znaczny i utrzymujący się wzrost wagi ciała mógł być następstwem zatrzymania wody w ustroju wskutek niewydolności krążenia lub też objawem otyłości. Niedobór zaś lub szybki spadek wagi ciała mógł świadczyć o nadczynności tarczycy, nowotworze złośliwym, gruźlicy, cukrzycy i wielu innych chorobach. Ważnym czynnikiem był stan skóry i błon śluzowych pod kątem zabarwienia, stopnia wilgotności, sprężystości skóry, obecności ewentualnych wykwitów skórnych. Następnie należało dokonać oceny węzłów chłonnych, badania płuc (kaszel, ból w klatce piersiowej) i układu krążenia (duszność, obrzęki). Ponadto wskazane było dowiedzieć się, czy chory miewa napady omdlenia, bóle i zawroty głowy, zaburzenia w oddawaniu moczu i stolca, czy występują takie objawy, jak ziębnięcie palców i bóle w kończynach dolnych⁵⁶.

Jak już w latach 40. stwierdził M. Peszczyński, rozpoznanie za pomocą tradycyjnych metod – opukiwanie, osłuchiwanie czy mierzenie

⁵³ K. Wiśniewska-Roszkowska (red.), *Geriatra...*, op. cit., s. 69.

⁵⁴ Ibidem, s. 73; J. Rutkiewicz, op. cit.

⁵⁵ Cyt. za K. Wiśniewska-Roszkowska (red.), *Geriatra...*, op. cit., s. 69.

⁵⁶ M. Wirecki, op. cit., s. 577.

temperatury – mogło nie wystarczać przy zmianach fizjologicznych, takich jak m.in. zeszytwnienie klatki piersiowej, brak podwyższonej ciepłoty ciała, zmniejszone odczuwanie bólu czy trudności w wykrywaniu cukru w moczu, o czym już wspomiano⁵⁷. Jedną z metod wspomagających proces rozpoznania była diagnostyka rentgenowska, która również cechowała się pewną specyfiką, ponieważ zmiany starcze początkowo mogły dawać bardzo subtelne, słabo uchwytnie zmiany w obrazie radiologicznym. Badanie radiologiczne narządów klatki piersiowej pozwalało na ujawnienie zmian typowych dla wieku starczego, jak również w przypadku współistniejącego procesu chorobowego na prześledzenie jego przebiegu, np. w układzie kostnym (zmiany osteoporotyczne), w chorobach płuc (powikłania w postaci wysięku opłucnowego lub ropnia płuc czy opłucnej), czy wykluczenie procesu nowotworowego, ale też rozpoznanie zawału płuca. W różnicowaniu i ocenie przypadków pomocne były specjalne metody badania radiologicznego, jak wykonywanie zdjęć techniką twardą, zdjęć warstwowych lub też bronchografii. Zmiany w przebiegu naczyń, w ich świetle, w szybkości przepływu, można było uwidocznić, wprowadzając do naczyń środek cieniujący. Jednak najlepsze efekty diagnostyczne można było uzyskać dzięki zastosowaniu urządzeń umożliwiających wykonanie do kilku zdjęć na sekundę czy użyciu wzmacniaczy jasności obrazu rentgenowskiego (elektronowych), które pozwalały nie tylko na lepszą obserwację obrazów, lecz także na zarejestrowanie obrazu na taśmie filmowej. Po wprowadzeniu cewnika pod kontrolą ekranu lub wzmacniacza elektronowego można – zależnie od objawów klinicznych – wykonać badanie wybiórcze naczyń wieńcowych, płucnych, nerkowych, naczyń wątroby, mózgu i innych. Środek cieniujący wprowadzany strzykawką automatyczną sprzężoną z aparatem rentgenowskim pozwalał na uwidocznienie odpowiednich odcinków naczyń tętnicznych żylnych oraz chłonnych (arteriografia, flebografia, limiografia)⁵⁸.

Ze względu na specyfikę procesu starzenia się i patologii w okresie powojennym przy zastosowaniu opisanych wyżej metod diagnostycznych w latach 60. wyodrębniono trzy typy pacjentów geriatrycznych, co pozwalało na ich kategoryzację i wiązało się z doбором właściwego rodzaju pomocy geriatrycznej. Pierwszy typ określał osobę starszą, czującą się dobrze, która chciała skontrolować swój stan i zasięgnąć

⁵⁷ M. Peszczyński, op. cit., s. 32.

⁵⁸ S. Boczoń, *Specyfika diagnostyki rentgenowskiej u starców*, [w:] K. Wiśniewska-Roszkowska, *Geriatra...*, op. cit., s. 59–60.

porady co do trybu życia i odżywiania, aby zapobiec zniedołężnieniu. Wiązało się to z postępowaniem profilaktycznym, jednak w praktyce, szczególnie w początkowym okresie, zdarzało się to bardzo rzadko, ponieważ brakowało poradni geriatrycznych mogących realizować niniejsze zadania. Drugi typ charakteryzował starca, jak to określano, z chorobą przypadkową ostrą lub przewlekłą, np. zapalenie płuc, wrzód żołądka, nowotwór itp., lub też z ostrym powikłaniem miażdżycowym, np. zawał serca, udar, które nie pozostają w wyraźnym związku ze starzeniem się. W zależności od stanu klinicznego istniała możliwość wyleczenia lub zaleczenia w postępowaniu leczniczym. Odpowiednią instytucją był szpital lub oddział szpitalny geriatryczny, lub też przychodnia geriatryczna typu rejonowego. Typ trzeci to starzec, który przybywał z powodu dolegliwości związanych z samym starczym zwyrodnieniem tkanek. Nasilając się ponad miarę, stawały się one często przyczyną dotkliwych cierpień i zaburzeń (ból kostnowstawowe, duszność, obrzęki, wyniszczenie, niedowłady, zmiany psychiczne i inne) albo też podłożem dla różnych przewlekłych chorób (nieżyt oskrzeli i żołądka, opuszczenie jelit, uchyłkowatość esicy itp.). Była to sytuacja najbardziej niekorzystna, bo przyczynę dolegliwości stanowiły często nieodwracalne zmiany. Postępowanie lecznicze miało głównie charakter objawowy, łagodzący. Często wobec takiej sytuacji wskazana była stała opieka. Opiekuńczy charakter skłaniał do kierowania takich osób do zakładów opieki społecznej⁵⁹.

Ustalenie rozpoznania u starców, jak stwierdzono, wymagało gruntownej znajomości norm charakterystycznych dla wieku dojrzałego i stosowania nowoczesnych badań techniczno-diagnostycznych. W związku z tym konieczne było upowszechnienie i udostępnianie dla szerokich warstw społeczeństwa, co stanowiło nieodzowny warunek rozwoju geriatryi⁶⁰. Znajdowało to swoje miejsce na łamach czasopism naukowych niniejszego okresu oraz podręczników, obejmujących zakres ówczesnej wiedzy geriatrycznej.

Specyfika leczenia

Jak wynika z powyższych rozważań, postępowanie lekarza powinno być poprzedzone staranną analizą całokształtu objawów podmiotowych, przedmiotowych i wyników badań dodatkowych. Odmienność morfologii, fizjologii i patologii w starszym wieku pociągała za sobą specyfikę terapii. Jednym z największych wyzwań była farmakoter-

⁵⁹ K. Wiśniewska-Roszkowska (red.), *Geriatrya...*, op. cit., s. 66–67.

⁶⁰ M. Peszczyński, op. cit., s. 33.

pia prowadzona u osób starszych. Konieczne było uwzględnienie czynników, od których zależało działanie leków. Należały do nich takie, jak: zmniejszenie wagi ciała i ilości krwi krążącej, wzmożona wrażliwość uczuleniowa na leki, osłabienie działalności odtruwającej i wydalającej wątroby oraz nerek, co utrudniało korygowanie błędów terapii farmakologicznej. Ponadto upośledzone wchłanianie w przewodzie pokarmowym, które powodowało, że leki podane doustnie mogły być mniej skuteczne, a podane parenteralnie mogły osiągać zbyt wysoki poziom we krwi na skutek niedomogi narządów wydzielniczych. Dodatkowo zmianie ulegały: przepuszczalność włośniczek, nawodnienie tkanek, skład białek surowicy, wrażliwość ośrodków nerwowych i inne. U każdej osoby starszej reakcja na zespół tych czynników mogła być zróżnicowana, co utrudniało możliwość przewidywania efektu po podaniu leku. Niniejsze czynniki sugerowały zatem obniżenie dawek leków, szczególnie silnie działających, które powinny być stosowane z dużą ostrożnością i tylko przy wyraźnych wskazaniach⁶¹.

Szczególnie niebezpieczne dla osób starszych, jak podawała K. Wiśniewska-Roszkowska, mogły być opiaty (np. morfina), ponieważ ich działanie obniżało wrażliwość ośrodków mózgowych, zwłaszcza oddechowego. Podobnie działały mocne leki hipotensyjne, znieczulające, przeciwbólowe, uspokajające i nasenne. Obniżały one wrażliwość i funkcję zwyrodniałych ośrodków nerwowych osób starszych, jak też ciśnienie tętnicze oraz zmniejszały ukrwienie mózgu i narządów mięszszowych. Z kolei przy stosowaniu diuretyków należało pamiętać, że przy ich przyjmowaniu dochodziło do wypłukiwania elektrolitów i witamin, co mogło być niekorzystne przy zmniejszonej zdolności organizmu osoby starszej do zachowania homeostazy. Urata wody i ograniczenie płynów mogło spowodować zespół odwodnienia komórkowego (silne pragnienie, suchy język, kurcze mięśniowe, śpiączka). W przypadku gdy utrata dotyczyła głównie soli, istniało ryzyko wystąpienia zespołu nadmiernego nawodnienia komórkowego (ból głowy, wstręt do picia, wymioty, drgawki). Dlatego, biorąc pod uwagę powyższe przesłanki, w praktyce geriatrycznej okresu powojennego stosowano u ludzi starych przewlekłą, podtrzymującą terapię, jak to określano, która polegała na podawaniu małych dawek leków działających na różne układy i funkcje organizmu (np. glukozydy sercowe, rauwolifia, eufilina, efedryna, witaminy, leki wzmacniające)⁶².

⁶¹ K. Wiśniewska-Roszkowska (red.), *Geriatrya...*, op. cit., s. 71.

⁶² Ibidem, s. 71–72; J. Rutkiewicz, op. cit.

Jak w latach 50 podawał Kazimierz Kalinowski na łamach czasopiśma „Wiadomości Lekarskie”, stosowano też preparaty złożone z tzw. leków geriatrycznych, które charakteryzowały się odpowiednim zestawieniem znanych i stosowanych substancji, zgodnie z potrzebami organizmu osoby starszej. Dzieliły się na kilka grup. Pierwszą stanowiły preparaty zawierające same witaminy, jako podstawa leków w geriatryi (Multivitamina, Multibionta, Hexavitamin, Abidec). Drugą grupę obejmowały takie preparaty, jak wapń, żelazo i inne makro- i mikroelementy. Kolejna grupa to preparaty zawierające enzymy trawienne (np. takadiastazę), ponieważ uważano, że niedoczynność trzustki może być jedną z przyczyn miażdżycy. Inne preparaty zawierały produkty hydrolizy białka, tzw. hydrolizaty zawierające niezbędne aminokwasy (Metionina). Ponadto w skład leków geriatrycznych wchodziły preparaty przeznaczone dla osób w okresie klimakterium lub po klimakterium, zawierające hormony (męskie i/lub żeńskie) w małych dawkach (Vimone, vi-Estrando), co wpływa korzystnie na przemianę białkową. W niektórych preparatach geriatrycznych znajdowały się substancje pobudzające ośrodek nerwowy (działanie antydepresyjne i wspomagające przemianę gazową oraz mające lekkie działanie diuretyczne (perwityna, psychedryna). Ponadto preparaty zawierające składniki odżywcze dla osób wychudzonych, które zawierały substancje białkowe i tłuszczowe. Określano je jako preparaty dietetyczne (zawierające przetwory owocowe i jarzynowe oraz białko o niewielkiej wartości kalorycznej). W zaleceniach do stosowania niniejszych leków podkreślano konieczność ich ograniczenia do minimum⁶³.

Mimo tych wskazań i ograniczeń i tak nie udawało się zredukować podawanych leków, ponieważ ich stosowanie było konieczne w wielu przypadkach ze względu na wielostronną i skomplikowaną patologię starczą. Z powodu objawów chorobowych konieczne było pobudzenie krążenia, rozszerzenie naczyń mózgowych, rozszerzenie oskrzeli, zwalczanie anemii, łagodzenie bólów, podanie witamin itp. W konsekwencji prowadziło to do polipragmazji, która często przynosiła, jak stwierdzano, więcej szkody niż pożytku, co opisywano w podręczniku do geriatryi. Dlatego zalecano zapisywanie środków farmakologicznych osobom starszym z dużą ostrożnością, biorąc pod uwagę ściśle wskazania, pamiętając o wspomianej już zmniejszonej u starca zdolności zobojętniania i wydalania leków⁶⁴.

⁶³ K. Kalinowski, *Leki stosowane w geriatryi*, „Wiadomości Lekarskie” 1954, r. VII, s. 273–279.

⁶⁴ K. Wiśniewska-Roszkowska (red.), *Geriatrya...*, op. cit., s. 71–72.

Ze względu na niebezpieczeństwo terapii rozważano u osób starszych stosowanie alternatywnych metod, jak terapia fizykalna, ziołolecznictwo czy leczenie dietą. Jedną z nich przy dolegliwościach miażdżycowych dusznicy bolesnej, nadciśnieniu tętniczym, niewydolności krążenia, duszności i obrzękach, według K. Wiśniewskiej-Roszkowskiej, mogło być stosowanie jedno-trzydniowej głodówki. Kura-cja polegała na przyjmowaniu przez pacjenta trzech szklanek płynu w ciągu doby (soki owocowe, lekka herbata). Przed głodówką należało wykonać enemę lub podać lekki środek przeczyszczający. W czasie głodówki organizm uwalniał się od nadmiaru chlorku sodu i wody, zmniejszały się obrzęki, duszność zwykle ustępowała, a podwyższone ciśnienie – zarówno skurczowe, jak i rozkurczowe – zwykle spadało. Podczas stosowania niniejszej metody wymagano od pacjentów leżenia i odpoczynku⁶⁵.

W farmakoterapii należało uwzględniać aspekt psychologiczny. Wielu bowiem starych ludzi (zwłaszcza kobiet) nadużywało leków, a ich przyjmowanie stawało się dla nich nałogiem. Inni zaś przeciwnie, bojkotowali terapię farmakologiczną i nie chcieli przyjmować żadnych leków. Wyrażali zgodę jedynie na zabiegi fizykalne i zioła. Wymagało to od lekarzy dużej uważności, znajomości specyfiki fizjopatologii i odrębności klinicznych tego okresu życia⁶⁶.

Leczenie niektórych dolegliwości wymagało szczególnej uwagi i ostrożności. Do takich należały np. objawy ze strony jamy brzusznej, szczególnie ostre, niejasne i skąpoobjawowe (zapalenie wyrostka robaczkowego, skręt jelit), które przebiegały często w sposób nietypowy, co utrudniało właściwe rozpoznanie i wywoływało ryzyko powikłań. Było to spowodowane zanikiem ochronnej tkanki limfoidalnej i włósniczek oraz stwardnieniem tętniczek, co powodowało skłonność do głębokiego wnikania bakterii, prowadząc do zgorzeli oraz w konsekwencji przebicia ściany wyrostka czy woreczka żółciowego (perforacji). Ze względu na możliwość wystąpienia powikłań, takich jak zgorzel lub perforacja, wskazana była niezwłoczna interwencja chirurgiczna, co potwierdzały badania prowadzone na podstawie statystyk szpitalnych w latach 50. i 60.⁶⁷

⁶⁵ Ibidem, s. 73.

⁶⁶ Ibidem, s. 72. J. Rutkiewicz, op. cit.

⁶⁷ K. Wiśniewska-Roszkowska (red.), *Geriatra...*, op. cit., s. 73. Jak wynikało ze statystyk szpitalnych z lat 50. i 60. przedstawionych przez Goldenberga, u 129 chorych powyżej 60 lat z zapaleniem wyrostka robaczkowego stwierdzono 13% zgorzeli, a 53% perforacji, przy objawach klinicznych często skąpych i przebiegu pozornie łagodnym. Browne podawał, że na 22 przypadki tej choroby u starców w 17 stwierdził perforację,

W przebiegu niektórych chorób dochodziło do unieruchomienia w łóżku, co dla chorego w starszym wieku mogło być bardzo szkodliwe. Sprzyjało bowiem wystąpieniu poważnych powikłań, jak: opadowe zapalenie płuc, odleżyny, zaniki mięśniowe, przykurcze, zmiany stawowe, powikłania zakrzepowo-zatorowe, nietrzymanie moczu, zakażenia dróg moczowych, zaparcia lub nietrzymanie stolca, wzmożona utrata białka i wapnia, pogłębiająca już występującą osteoporozę, a ponadto utrata apetytu i ogólne osłabienie oraz pogłębienie zmian psychicznych⁶⁸. Do takich chorób należał np. udar mózgu. Najważniejszym czynnikiem w leczeniu udaru mózgowego miał być spokój. Chorego należało ostrożnie przenieść do łóżka, często zmieniać położenie ciała. W razie wysokiego ciśnienia zalecano upust krwi (300 ml). Celem zmniejszenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego podawano dożylnie 40% roztwór glukozy (20–50 ml). Szczególną uwagę należało zwracać na pielęgnowanie chorego, pamiętając o konieczności opróżniania pęcherza moczowego. W ciągu pierwszych dni, gdy chory był nieprzytomny, należało podawać mu płyny w postaci kroplówek dożylnych lub wlewów podskórnych, a dopiero po odzyskaniu przez niego przytomności należało przystąpić do podawania pożywienia. Przez staranne pielęgnowanie chorego często udawało się zapobiec odleżynom, pleśniawkom jamy ustnej i odoskrzelowemu zapaleniu płuc, które u osób w podeszłym wieku zaliczały się do ciężkich powikłań. Po ustąpieniu objawów ostrych należało rozpocząć ćwiczenia rehabilitacyjne – początkowo ruchy bierne i masaże, a następnie wykonywanie ruchów czynnych⁶⁹.

Warto podkreślić, że w specyfice leczenia osób starszych w geriatrici ogromną rolę odgrywała psychoterapia. Dla pomyślnych efektów terapii trzeba było nie tylko pozyskać sympatię i zaufanie pacjenta, ale też wzbudzić w nim zaufanie do samego siebie, swoich sił i możliwości. Należało unikać błędów komunikacyjnych w postaci takich komunikatów, jak „już nigdy chodzić nie będzie”, że „w tym wieku nie ma co myśleć o wyleczeniu z takiej choroby”, co było udziałem niektórych lekarzy, jak stwierdzała K. Wiśniewska-Roszkowska w podręczniku do geriatrici⁷⁰.

Zdaniem prof. Grote już sam wywiad, oprócz diagnostyki, był ważną częścią terapii. Prawdłowo prowadzony bowiem pozwalał na zdo-

w 11 rozlane zapalenie otrzewnej; w 8 przypadkach przyczyną perforacji było podanie środków czyszczących. Carp i wsp. oceniali śmiertelność z powodu ostrego wyrostka u starców na około 24%.

⁶⁸ K. Wiśniewska-Roszkowska (red.), *Geriatrici...*, op. cit., s. 74.

⁶⁹ M. Wirecki, op. cit., s. 596.

⁷⁰ K. Wiśniewska-Roszkowska (red.), *Geriatrici...*, op. cit., s. 74.

bycie zaufania i tym samym pozyskanie być może więcej informacji od chorego na temat jego dolegliwości, skuteczności kuracji czy ewentualnych powikłań⁷¹.

W postępowaniu z pacjentem geriatrycznym oprócz terapii istotne też było zapobieganie chorobom. Charakteryzowało się ono pewną specyfiką, ponieważ u osób starszych nie zawsze udawało się zapobiec chorobie. Częściej starano się zapobiegać wzmożeniu objawów chorobowych lub jej nawrotom, co w latach 60. podkreślał Marcin Kacprzak⁷². Niemniej niektórym chorobom groźnym w skutkach można było zapobiec, ale wymagało to bardzo dużej dyscypliny, przede wszystkim ze strony pacjenta, ale i lekarza (monitorowanie zaleceń). Przykładowo, zapobieganie udarom mózgowym u osób w podeszłym wieku polegało na uregulowaniu ich trybu życia i leczeniu chorób, które mogły stać się przyczyną udaru. W razie silnych bólów głowy i znacznego wzrostu ciśnienia u osób z nadciśnieniem należało zalecić kilkudniowy pobyt w łóżku, przystawienie pijawek za uszami lub wykonać upust krwi (200–300 ml), co często zapobiegało krwotokowi mózgowemu. Nadmierne podniecenie wymagało stosowania środków uspokajających (bromek sodu, waleriana, luminal, wodnik chlorału), o czym już w latach 50. pisał M. Wirecki⁷³.

K. Kalinowski podkreślał na łamach prasy medycznej w 1954 r. znaczenie prawidłowego odżywiania w efektywnej terapii. Na przestrzeni lat zmieniały się priorytety. W okresie powojennym (lata 50.) uznano, że białka (jako najistotniejszy składnik) powinny być dostarczane w ilości 0,8–1 g na dobę. Toczyła się jednak dyskusja dotycząca źródła białka. Zdania były podzielone co do mięsa, ponieważ uważano, że w starszym wieku może spowodować artretyzm. Jednak spożywanie mleka jako źródła białka nie budziło żadnych wątpliwości. Zwracano uwagę na znaczenie tłuszczu dla przyswajania witamin rozpuszczalnych w tłuszczach (A, D, E) oraz jego pobudzające działanie na korę mózgową. Ustalono też potrzeby kaloryczne dla osób starszych – 1500–1800 kcal na dobę. Podkreślano znaczenie składników mineralnych (wapnia, żelaza) z uwagi na niedokrwistość. Zalecano spożywanie płynów o mniejszym stężeniu. Posiłki powinny być podawane częściej w mniejszych ilościach (co 4–5 godz.). Przyczyn niedostatecznego stanu odżywienia upatrywano również w czynnikach zewnętrznych, jak: złe uzębienie, niedostateczne trawienie czy

⁷¹ L.R. Grote, op. cit., s. 4.

⁷² M. Kacprzak (red.), *Medycyna zapobiegawcza w praktyce lekarskiej*, PZWL, Warszawa 1957, s. 13–14.

⁷³ M. Wirecki, op. cit., s. 596.

brak apetytu, a także przyzwyczajień, jak nieregularne, jednostronne odżywianie⁷⁴.

Wnioski

W okresie powojennym do lat 70. następował rozwój medycyny geriatrycznej, co wynikało z sytuacji demograficznej (zmniejszenie się liczby urodzeń w Polsce, poprawa opieki zdrowotnej, a w konsekwencji wydłużenie prognozowanej średniej długości życia) i pojawiających specyficznych potrzeb ludzi starszych, wynikających z ich odrębności patofizjologicznych. Rozwój geriatry na świecie, dostęp do badań naukowych skupiał wokół zagadnienia medycyny geriatrycznej grono lekarzy zainteresowanych niniejszą problematyką. Prowadzono badania w celu identyfikacji problemów i wprowadzano nowoczesne metody z uwzględnieniem specyfiki patologii, możliwości diagnostycznych i terapeutycznych.

- Na podstawie badań i obserwacji ustalono, że przebieg procesów chorobowych u osób starszych charakteryzuje się odrębnością, co stanowiło wyzwanie w diagnostyce i leczeniu tej grupy wiekowej.
- W związku ze specyfiką chorób w starszym wieku w diagnostyce próbowano wyodrębnić grupy pacjentów w odniesieniu do nasilenia zmian, co mogło ułatwić identyfikację deficytów potrzeb i problemów w celu postawienia rozpoznania.
- Zachodzące zmiany w morfologii, fizjologii i patologii osób starszych pociągały za sobą specyfikę terapii, zarówno w zakresie leczenia zachowawczego, jak i zabiegowego, ze szczególnym uwzględnieniem farmakoterapii.

Bibliografia

Źródła

- Bednarzewski S., *Starszy człowiek prosi o chwilę uwagi*, „Zdrowie Stolicy” 1956, r. I, nr 11, Dodatek naukowy.
- Czystohorski T., *Starzenie się i towarzyszące mu zmiany biochemiczne*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1955, r. X, nr 48.
- Grote L.R., *Znaczenie anamnezy dla pracy lekarskiej*, „Służba Zdrowia” 1956, nr 36.

⁷⁴ K. Kalinowski, *Odżywianie jako podstawowy czynnik w działaniu leków geriatrycznych*, „Wiadomości Lekarskie” 1954, r. VII, s. 223–227.

- Kacprzak M. (red.), *Medycyna zapobiegawcza w praktyce lekarskiej*, PZWL, Warszawa 1957.
- Kalinowski K., *Leki stosowane w geriatrici*, „Wiadomości Lekarskie” 1954, r. VII.
- Kalinowski K., *Odżywianie jako podstawowy czynnik w działaniu leków geriatricywnych*, „Wiadomości Lekarskie” 1954, r. VII.
- Moskwa W., *O teoriach starzenia się*, „Kosmos” 1955, r. IV, nr 5.
- Moskwa W., *Fizjopatologia starości ludzkiej*, Zeszyty Problemowe „Kosmosu” 1956, z. 4.
- Orłowski W., *Zarys ogólnej diagnostyki lekarskiej*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1956.
- Peret R., *Geneza starości*, „Tygodnik Lekarski i Wiadomości Lekarskie” 1958, r. XIII, nr 43.
- Peszczyński M., *Medycyna starości*, „Wiadomości Lekarskie” 1948, r. I, nr 1.
- Piotrowski J., *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*, Warszawa 1973.
- Rosset E., *Proces starzenia się ludności*, Warszawa 1959.
- Rutkiewicz J., *Geriatrica w aspekcie klinicznym i społecznym*, PZWL, Warszawa 1970
- Rydzynski Z., *Miażdżycy tętnic*, „Wiadomości Lekarskie”, 1957, r. X, nr 3.
- Voit M., *Problem starzenia się i starości*, „Problemy Lekarskie” 1957, r. IV, nr 3/4.
- Wirecki M., *Odrębności wieku podeszłego w stanie zdrowia i choroby*, [w:] *Vademecum lekarza praktyka*, PZWL, Warszawa 1955.
- Wiśniewska-Roszkowska K., *Zagadnienia geriatricywnych w klinice chorób wewnętrznych*, PZWL, Warszawa 1964.
- Wiśniewska-Roszkowska K. (red.), *Geriatrica*, PZWL, Warszawa 1971.
- Wiśniewska-Roszkowska K., *Medycyna w walce ze starością*, PZWL, Warszawa 1972.
- Wiśniewska-Roszkowska K., Zgirski A., *Starość, metabolizm, rewitalizacja*, PZWL, Warszawa 1973.
- Wiśniewski W.W., *Zagajenie, Zagadnienia procesu starzenia się i przedłużania życia*, Zeszyty Problemowe „Kosmosu” 1956, z. 4.
- Wolański A., *Niektóre problemy kliniczne późniejszych lat życia*, Zeszyty Problemowe „Kosmosu” 1956, z. 4.

Opracowania

Szpak E., *Społeczno-kulturowa historia zdrowia i choroby na wsi w Polsce Ludowej*, Warszawa 2018.

Strony internetowe

Benbassat J., *Johannes Juda Groen (1903–1990): A Forgotten Visionary in the History of Medical Education*, “Rambam Maimonides Medical Journal” 2020. Doi: 10.5041/RMMJ.10395.

Dzięgielewska M., *Kinga Wiśniewska-Roszkowska – pionierka geriatry w Łodzi*, „Exlibris Biblioteka Gerontologii Społecznej” 2022, nr 1, <https://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.de-sklight-4016bdc1-17e3-4c1e-9a41-1ef5dcd8b53b>.