

# Wprowadzenie do badania podmiotowego u dzieci

## **ZNACZENIE I METODYKA BADANIA PODMIOTOWEGO**

„Posłuchajcie swojego pacjenta,  
on sam postawi diagnozę”  
sir William Osler (1849–1919)

Badanie podmiotowe (wywiad) stanowi pierwszy, a zarazem kluczowy etap badania lekarskiego. Szacuje się, że sam wywiad, jeśli jest dobrze zebrany, pozwala na identyfikację 75% istniejących problemów zdrowotnych. Dla porównania: na podstawie wyłącznie badania przedmiotowego możliwe jest ustalenie jedynie 25–50% trafnych rozpoznań. Sukces diagnostyczny w badaniu podmiotowym zależy od przygotowania merytorycznego i dotychczasowego doświadczenia osoby badającej, zdolności komunikacyjnych (umiejętności zadawania ukierunkowanych i przemyślanych pytań, moderowania rozmowy), nawiązania serdecznego kontaktu z dzieckiem i jego opiekunami, ale także od poświęconej na badanie dostatecznej ilości czasu (wrażenie pośpiechu czy zniecierpliwienia po stronie lekarza nie będzie sprzyjać rzeczowej rozmowie).

Wywiad zbierany jest zwykle od opiekunów dziecka, najczęściej od matki, która jest staranna i czujna, ale też często mało obiektywna. Należy więc krytycznie oceniać jej wypowiedzi, nie lekceważąc jednak jej spostrzeżeń.

Celem stawianych w czasie badania pytań jest poznanie prawdy. Pytania powinny być więc jasne, zrozumiałe dla rodzica (ale też pacjenta) i dociekliwe. Nie mogą natomiast sugerować odpowiedzi ani być nietaktowne, napastliwe czy wręcz uwłaczające godności drugiej strony. Integralną częścią badania podmiotowego jest też

rozmowa z samym pacjentem. Nawet małe dziecko powinno zostać zapytane o samopoczucie (jak się czuje), objawy (czy coś boli) i zrozumienie problemu. Poza nawiązywaniem kontaktu rozmowa z dzieckiem daje również możliwość określenia interakcji dziecka z rodzicem.

Bardziej rzeczowa rozmowa jest zwykle możliwa z dzieckiem w wieku przedszkolnym. W przypadku nastolatków duże znaczenie może mieć rozmowa w cztery oczy. Czasami pozwala ona bowiem na zdobycie ważnych klinicznie, ale jednocześnie bardziej poufnych informacji, które w obecności rodziców mogą być trudne do ujawnienia (np. problemy dotyczące zażywania substancji niedozwolonych, nałogów czy seksu).

## **POTENCJALNE PROBLEMY ZWIĄZANE ZE ZBIERANIEM WYWIADU LEKARSKIEGO**

---

W większości sytuacji klinicznych, z jakimi w swojej praktyce może spotkać się lekarz, dobrze zebrany wywiad, a po nim kompleksowo przeprowadzone badanie przedmiotowe prowadzą wprost do ustalenia rozpoznania i rozpoczęcia odpowiedniej terapii. Są jednak sytuacje, w których faktyczny obraz stanu zdrowia dziecka zafałszowują informacje przekazywane przez opiekunów lub też przez samego pacjenta. Przyczyną takich zdarzeń może być np. chęć zatajenia niewygodnej dla opiekuna prawdy, wskazującej na lekceważenie lub zaniedbywanie potrzeb dziecka. Nadmierna obawa o dziecko może prowadzić do wyolbrzymiania przez rodzica objawów występujących u dziecka. W skrajnych przypadkach dziecko może być ofiarą działań rodziców, którzy objawy chorobowe u dziecka sami prowokują.

### **Przeniesiony zespół Münchhausena**

Przeniesiony zespół Münchhausena (inaczej zespół Münchhausena zastępczy, udzielony, rozszerzony, per procuram, by proxy) stanowi poważne zaburzenie relacji między rodzicem (niemal zawsze jest nim matka) a dzieckiem. Znamienną cechą tej relacji jest przypisywanie dziecku objawów rzekomej choroby albo aktywne ich wywołanie.

Przeniesiony zespół Münchhausena (Münchhausen syndrome by proxy) to termin wprowadzony w 1977 r. przez angielskiego pediatrę Roya Meadowa. Nawiązał on w ten sposób do używanej już wcześniej nazwy „zespół Münchhausena”, oznaczającej zaburzenie

polegające na fabrykowaniu przez osoby dorosłe objawów rzekomej choroby u samych siebie.

Przeniesiony zespół Münchhausena może mieć wiele stopni nasilenia. Najcięższe przypadki są groźną, a nawet potencjalnie śmiertelną formą maltretowania dzieci (tab. 1). Zbieranie wywiadu, ocena dotychczas zgromadzonej dokumentacji medycznej dziecka, badanie przedmiotowe, a także obserwacja relacji pomiędzy matką a dzieckiem pozwalają dostrzec pewne sygnały alarmowe, które powinny uwrażliwić osobę badającą na możliwość rozpoznania zespołu Münchhausena z przeniesienia (tab. 2).

### Zaburzenia somatyzacyjne

Ocenia się, że ok. 15% dzieci (zazwyczaj w wieku szkolnym) zgłaszających się do lekarza może mieć objawy zaburzeń somatyzacyjnych, czyli dolegliwości o charakterze somatycznym, takich jak: bóle głowy, zawroty głowy i zasłabnięcia, które są związane z czynnikami psychologicznymi. Najczęściej takim czynnikiem jest stresująca, trudna dla dziecka sytuacja, np. problemy szkolne, konflikty w rodzinie, rozstanie z rodzicem, odrzucenie przez grupę rówieśniczą.

Symptomatologia dolegliwości somatyzacyjnych w dużej mierze zależy od wieku dziecka. Młodsze dzieci zgłaszają najczęściej pojedynczy objaw, zwykle ból brzucha lub bóle głowy. Starsze dzieci i młodzież doświadczają bardziej różnorodnych objawów, a dolegliwości dotyczą

Tabela 1. Stopnie nasilenia zastępczego zespołu Münchhausena

| Stopień             | Charakterystyka  |
|---------------------|--|
| Stopień łagodny     | Matka opowiada lekarzowi o wymyślonych objawach chorobowych występujących u dziecka (dziecko może zostać poddane niepotrzebnym badaniom diagnostycznym). Jest to najłatwiejszy do przeoczenia stopień zastępczego zespołu Münchhausena |
| Stopień umiarkowany | Prowokowanie u dziecka łagodnych objawów chorobowych. Rozpoznanie zastępczego zespołu Münchhausena najczęściej kończy się upomnieniem matki przez lekarza  |
| Stopień ciężki      | Przypadki praktykowania podduszania, trucia i innych potencjalnie letalnych czynności  |

Tabela 2. Sygnały (objawy) alarmowe uprawdopodobniające zastępczy zespół Münchhausena

| <b>Objawy alarmowe</b>   |
|--|
| Choroba dziecka wydaje się chorobą wieloukładową, długotrwałą, nietypową lub rzadką  |
| Objawy nie składają się na znany zespół objawowy albo nie pasują do już ustalonego rozpoznania   |
| Ogólny stan zdrowia dziecka nie odpowiada wynikom badań laboratoryjnych  |
| Jeśli zostało ustalone rozpoznanie, to często po pobytach w kilku ośrodkach medycznych   |
| U dziecka rozpoznaje się albo podejrzewa wiele alergii   |
| Częstymi wstępnymi rozpoznaniami są: padaczka, ataksja, porażenia kończyn  |
| Drgawki u dziecka nie reagują na leczenie lekami przeciwdrgawkowymi, a ich występowanie jest stwierdzone wyłącznie na podstawie relacji matki albo samego dziecka  |
| Matka sprawia wrażenie nadzwyczaj troskliwej i czulej dla dziecka  |
| Objawy ustępują w czasie nieobecności rodzica lub opiekuna   |
| W czasie hospitalizacji dziecko jest odwiedzane na oddziale tylko przez jednego z rodziców   |
| W rodzinie występuje historia niejasnych chorób innych dzieci lub ich śmierci  |
| Dziecko źle toleruje stosowane leczenie, w jego trakcie szybko pojawiają się działania niepożądane, takie jak częste wymioty, wysypka itp. (matka często zgłasza, że dziecko nie toleruje zaleconego leczenia) |
| Rodzik wykazuje się znaczną wiedzą medyczną  |
| Rodzik usilnie przekonuje lekarza do przeprowadzenia wielu badań i testów, co niejednokrotnie prowadzi do nadmiernego (bez dostatecznego uzasadnienia) poszerzenia diagnostyki                                 |
| Rodzik ujawnia nadmierną lub nieadekwatną troskę o samopoczucie personelu medycznego   |
| W rodzinie leczonego dziecka wystąpiły niewyjaśnione zgony noworodków  |
| We krwi, w moczu lub stolcu dziecka mogą być wykrywane ślady egzogennych substancji chemicznych, np. wykrycie we krwi leku niepodawanego dziecku   |

Tabela 3. Najczęściej zgłaszane przez dzieci dolegliwości w zaburzeniach somatyzacyjnych

| Lokalizacja objawów                            | Objawy   |
|--|--|
| Objawy ze strony układu nerwowego              | Bóle głowy, zawroty głowy, osłabienie siły mięśniowej, drętwienia, drżenia kończyn, drgawki          |
| Objawy ze strony układu krążenia i oddechowego | Osłabienie, omdlenia, kołatania serca, bóle w klatce piersiowej, duszności, uporczywy kaszel         |
| Objawy ze strony układu pokarmowego            | Bóle brzucha (czasem z towarzyszącą biegunką i/lub wymiotami), utrata apetytu, problemy z polykaniem |
| Objawy ze strony układu moczowego              | Bóle, pieczenie, częstomocz, moczenie się  |
| Objawy ze strony skóry                         | Świąd skóry, nadmierne pocenie się   |
| Objawy ze strony narządu ruchu                 | Bóle mięśniowe lub kostno-stawowe  |

zwykle kilku różnych narządów czy obszarów ciała i mogą z czasem zmieniać swój charakter lub lokalizację (tab. 3).

**Uwaga!** Somatyzacji nie można stawiać na równi z symulacją. W przeciwieństwie do symulowania objawów dziecko doświadczające somatyzacji nie ma nad nią kontroli.

Rozpoznanie zaburzeń somatyzacyjnych staje się uzasadnione, gdy przeprowadzona diagnostyka pozwala na jednoznaczne wykluczenie obiektywnych przyczyn zgłaszanych przez dziecko dolegliwości. W takiej sytuacji kolejnym krokiem jest konsultacja lekarza psychiatry w celu identyfikacji problemów emocjonalnych dziecka i podjęcia próby ustalenia okoliczności, które indukują objawy somatyczne.

### Symulacja i dysymulacja

Symulacja jest świadomym i celowym wytwarzaniem objawów jakichś zaburzeń, podejmowanym w sposób planowany i kontrolowany, bez jakiegokolwiek impulsywnej motywacji, w celu uzyskania korzyści. Dzieci symulują po to, by osiągnąć jakiś cel. Często

sygnalizują w ten sposób problemy w szkole lub z rówieśnikami, z którymi same nie potrafią sobie poradzić (np. dziecko, symulując ból głowy lub brzucha, uzyskuje zgodę rodziców na pozostanie w domu, który dziecku kojarzy się z miejscem bezpiecznym, dającym poczucie komfortu psychicznego). Symulacja w przypadku dzieci może też przybierać inne, bardziej zauważalne formy, np. dermatozy arteficyjnej (dermatitis artefacta), czyli zmian skórnych, które powstały w efekcie działania samego pacjenta.

Z kolei ze zjawiskiem dysymulacji, czyli ukrywania objawów choroby, częściej niż w innych grupach pacjentów można spotkać się u młodych sportowców. Celem jest zwykle uzyskanie pozytywnego orzeczenia o zdolności do uprawiania sportu.

# Zbieranie wywiadu pediatrycznego

Sposób zbierania wywiadu pediatrycznego podlega ściśle określonym zasadom i obejmuje stały zakres zagadnień, które należy w badaniu uwzględnić. Badanie podmiotowe zawsze zaczyna się od uzyskania szczegółowych informacji, jaki jest powód zgłoszenia się po pomoc do lekarza.

## **POWÓD ZGŁOSZENIA SIĘ DO LEKARZA**

---

O co należy zapytać:

- co dolega dziecku?
- co zaniepokoiło matkę?
- dlaczego matka uważa, że dziecko jest chore?

Znając powód zgłoszenia się do lekarza (główną dolegliwość czy wiodący objaw), można uszczegółwić i ukierunkować kolejne zadawane pytania, co pozwoli na przeprowadzenie wstępnej diagnostyki różnicowej.

## **WYWIAD DOTYCZĄCY OBECNEJ CHOROBY (AKTUALNIE ZGŁASZANYCH DOLEGLIWOŚCI)**

---

O co należy zapytać:

- od kiedy dziecko choruje?
- jakie były pierwsze objawy?
- w jakich okolicznościach się pojawiły? Czy można je powiązać z jakimś wydarzeniem (sytuacją)?
- jaka jest częstość/okresowość objawów (ciągłe, napadowe itp.)
- jaka była ich ewolucja?
- czy są jakieś objawy towarzyszące?
- jakie czynniki nasilają lub osłabiają dolegliwości?

- czy były podejmowane próby leczenia? Jeśli tak, to z jakim efektem?
- czy w przeszłości zdarzały się już podobne objawy?

**Uwaga!** Jeśli pacjent zgłasza dolegliwości bólowe, w celu uzyskania niezbędnych informacji można posłużyć się mnemotechnicznym akronimem SOCRATES: Site – umiejscowienie bólu, Onset – początek dolegliwości, Character – charakterystyka bólu, np. ból tępy, pulsujący, kłujący, Radiation – promieniowanie bólu, Associations – objawy towarzyszące, Time course – zmienność dolegliwości w czasie, Exacerbating or relieving factors – czynniki nasilające lub łagodzące dolegliwości, Severity – natężenie bólu.

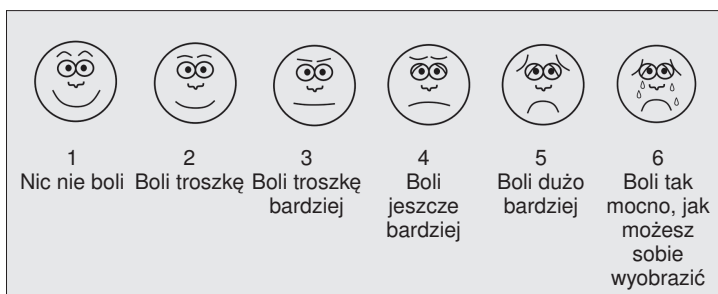
Do subiektywnej oceny natężenia bólu wykorzystuje się wizualną skalę analogową (VAS – visual analogue scale), skalę słowną (VRS – verbal rating scale) oraz skalę numeryczną (NRS – numerical rating scale). Służą one do ustalenia stopnia natężenia bólu oraz skuteczności stosowanego leczenia przeciwbólowego.

Wizualna skala analogowa ma postać linijki o długości 10 cm, na której pacjent wskazuje palcem (lub suwakiem) nasilenie bólu: od 0, oznaczającego zupełny brak bólu, do 10 – gdy ból jest najsilniejszy, nie do zniesienia. Do oceny nasilenia bólu u młodszych dzieci, >3 r.ż., można zastosować skalę obrazkową Wonga-Bakera (Wong-Baker FACES Pain Rating Scale), przedstawiającą różne wyrazy twarzy: na skrajnych biegunach znajdują się rysunki twarzy uśmiechniętej, wskazującej na brak bólu, oraz wykrzywionej grymasem bólu, gdy dolegliwości bólowe są najsilniejsze (ryc. 1).

Skala słowna umożliwia opisową ocenę bólu. Choremu przedstawia się szereg kolejno ustawionych cyfr (najczęściej stosuje się 5-stopniową skalę psychometryczną Likerta) z przypisanymi do nich określeniami natężenia bólu.

W przypadku dzieci w wieku szkolnym (>9 lat) można skorzystać ze skali numerycznej, obejmującej 11 stopni nasilenia bólu, od 0 do 10, gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, a 10 – najsilniejszy ból. U najmłodszych dzieci ocenę natężenia bólu należy opierać na obserwacji ich zachowania: wyrazu twarzy, ułożenia ciała, aktywności, płaczu, możliwości utulenia.





Rycina 1. Skala obrazkowa Wonga-Bakera

## **WYWIAD DOTYCZĄCY DOLEGLIWOŚCI ZE STRONY INNYCH UKŁADÓW I NARZĄDÓW (SYSTEMS REVIEW)**

### **Objawy ogólne i neuropsychologiczne**

O co należy zapytać:

- temperaturę ciała
- zmiany masy ciała (stała, zmienna)
- zaburzenia przyrostu masy ciała
- zaburzenia wzrastania
- łaknienie
- defekację
- pragnienie (ilość płynów wypijanych w ciągu doby)
- zaburzenia oddawania moczu
- ból głowy
- utratę przytomności
- zmiany zachowania
- zaburzenia pamięci
- sen
- senność
- zaburzenia snu, np. zmianę wzorca snu (trudności z zasypianiem lub wczesne wybudzanie)
- zaburzenia przysenne (parasomnie) – występujące w czasie snu pewne nieprawidłowe objawy lub zachowania, których podłożem może być częściowe wybudzanie (tab. 1)
- nawracające infekcje.

Tabela 1. Parasomnie według Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Śnu

| <b>Grupa zaburzeń</b>                        | <b>Parasomnie</b>   |
|--|---|
| Zaburzenia przebudzania (wzbudzenia)         | <p>Upojenie przysenne (zespół Elpenora) – przedłużanie się procesu budzenia ze snu</p> <p>Somnambulizm (sennowłóctwo) – wychodzenie z łóżka w czasie snu i chodzenie, któremu może towarzyszyć wykonywanie różnych czynności; dotyczy najczęściej dzieci między 4 a 8 r.ż.</p> <p>Lęki nocne – zazwyczaj między 4 a 12 r.ż., częściej u chłopców, zwykle 2–3 h po zaśnięciu; dziecko budzi się z krzykiem, sprawia wrażenie przerażonego, nie poznaje matki itp., po napadzie zasypia spokojnie, rano nie pamięta zdarzenia</p>                                     |
| Zaburzenia przejścia między snem a czuwaniem | <p>Jaktacje – np. jaktacje głowy u niemowląt to rytmiczne kołysanie lub skręcanie główki tuż przed zaśnięciem albo we wczesnych stadiach snu</p> <p>Mioklonie przedsenne lub przysenne (hipnagogiczne)</p> <p>Mówienie przez sen</p>  |
| Parasomnie związane z fazą snu REM           | <p>Zmora nocna (koszmar nocny) – występowanie przerażających marzeń sennych prowadzących do wybudzenia, po których często dziecko boi się zasnąć; mogą one świadczyć o istotnych problemach emocjonalnych dziecka; pojawiają się zwykle między 3 a 6 r.ż., głównie w drugiej połowie nocy (jest to najczęstsze z zaburzeń przysennych)</p> <p>Porażenie przysenne</p> <p>Zaburzenia wzrodu podczas snu</p> <p>Bolesne wzrody podczas snu</p> <p>Zaburzenia rytmu serca (zahamowanie zatokowe) podczas snu</p> <p>Napadowe zaburzenia zachowania w fazie snu REM</p> |
| Inne parasomnie                              | <p>Bruksizm, moczenie nocne, zespół zaburzeń polykania podczas snu, nocna napadowa dystonia, zespół naglej nieoczekiwanej śmierci podczas snu, chrapanie pierwotne, inne zespoły parasomniczne (np. zespół eksplodującej głowy)</p>   |

REM – szybkie ruchy gałek ocznych