

Vaikų smurtinių traumų ypatumai

Specific features of the child abuse

Jolanta Labanauskienė¹, Haroldas Bernotas¹, Benjaminas Siaurusaitis²

¹ *Vilniaus universiteto Vaikų ligoninė, Santariškių g. 7, LT-08406 Vilnius*

² *Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Vaikų ligų klinika, Santariškių g. 7, LT-08406 Vilnius*

El. paštas: j.labanauskiene@yahoo.com

¹ *Vilnius University Childrens Hospital, Santariškių str. 7, LT-08406 Vilnius, Lithuania*

² *Clinic of Childrens Diseases of Vilnius University Medical Faculty, Santariškių str. 7, LT-08406 Vilnius, Lithuania*

E-mail: j.labanauskiene@yahoo.com

Įvadas / tikslas

Vaikų smurtinės traumos aktualios visame pasaulyje, taip pat ir Lietuvoje. Šių traumų klinikiniai požymiai nėra specifiniai, todėl nesant tikslų anamnezės duomenų šių traumų diagnostika nėra lengva. Šio tyrimo tikslas – nustatyti vaikų smurtinių traumų ypatumus, lyginant jas su atsitiktinėmis traumomis.

Metodai

Retrospektyviai analizuota vaikų, gydytų Vilniaus universiteto vaikų ligoninėje 2001–2005 metais, medicininiai dokumentai. Tirta po 200 ligonių, gydytų dėl smurtinių ir atsitiktinių traumų stacionare ir po 100 ligonių, gydytų ambulatoriškai. Analizuotos traumų priežastys, padariniai ir sunkumas.

Rezultatai

Vaikų smurtinių ir atsitiktinių traumų priežastys buvo skirtingos. Smurtinėms traumoms buvo būdingi galvos smegenų sužeidimai (55,5%), nosies kaulų, delnakaulių lūžiai, durtinės bei šautinės žaizdos, dauginiai kūno sumušimai. Jos buvo sunkesnės nei atsitiktinės traumos. Šioms buvo būdingi įvairių kūno vietų sumušimai, žaizdos, nudegimai, pavienių kaulų lūžiai.

Išvados

Vaikų smurtinių ir atsitiktinių traumų priežastys, sužeidimai ir sunkumas buvo skirtingi. Smurtinės traumos buvo daug sunkesnės pagal klinikinius kriterijus ir pediatrinę traumų skalę.

Pagrindiniai žodžiai: vaikų smurtinės ir atsitiktinės traumos, ypatumai

Background / objective

Child abuse trauma is a concerning issue worldwide, also in Lithuania. Clinical signs of such traumas are not specific, therefore, in lack of definite anamnestic data, the diagnostics of child abuse traumas is complicated. The purpose of this research is to determine the features of child abuse traumas by comparing them to accidental traumas.

Methods

A retrospective study of medical documents was carried out with regard to the children treated at Vilnius University Children's Hospital in 2001–2005. The study included two groups. Each group included 200 in-patients and 100 out-patients with abuse and accidental traumas. The causes, consequences and severity of traumas were analyzed.

Results

Causes of child abuse traumas differed from those of accidental traumas. Child abuse traumas typically included cerebral affection (55.5%), broken nasal and metacarpus bones, punctured and gunshot wounds and multiple body bruises. These traumas were more severe than accidental traumas which typically included bruises of different body parts, wounds, burns and single broken bones.

Conclusions

The causes, consequences and severity of child abuse traumas were different from those of accidental traumas. With regard to clinical criteria and according to the Pediatric Trauma Scale, abuse traumas were much more severe than accidental traumas.

Key words: child abuse and accidental injuries, specific features

Įvadas

Vis dažnėjantis smurtas prieš vaikus – rimta medicininė ir socialinė problema įvairiose šalyse: JAV [1, 2], Japonijoje [3], Anglijoje [4], Olandijoje [5], Lietuvoje [6]. JAV fizinio smurto prieš vaikus dažnumas 5,7 iš 1000 vaikų per metus, panašus dažnumas ir Europos šalyse – 5 iš 1000 vaikų per metus [7]. Tačiau kai kuriose šalyse jis daug dažnesnis, pvz., Honkonge 526 iš 1000 vaikų per metus [8]. Kai kurie autoriai teigia, kad smurtinės traumos yra sunkesnės už atsitiktines, nuo jų didesnis mirštamumas [9–12]. Pabrėžiama, kad pirmos grandies gydytojai, ypač pediatrai, turi gerai žinoti smurtinių traumų ypatumus [13–15]. Pateikiami smurtinių traumų būdingi požymiai [16–18], tačiau pažymima, kad diagnozuoti šias traumas nėra lengva, gali pasitaikyti diagnostikos klaidų [2, 19]. Pavyko rasti tik vieną publikaciją, kuri įvertina smurtinių traumų sunkumą pagal sužalojimų sunkumų skalę (ISS) [9], mūsų šalyje panašių tyrimų duomenų nepaskelbta.

Lietuvoje apie smurtinių traumų požymius rašoma tik keliose publikacijose [17, 20, 21].

Mūsų tyrimo tikslas – nustatyti vaikų smurtinių traumų ypatumus ir skirtumus nuo atsitiktinių traumų.

Ligoniai ir metodai

Retrospektyviai analizuota vaikų, gydytų 2001–2005 metais Vilniaus universiteto Vaikų ligoninėje dėl smur-

tinių traumų (200 ligonių) ir atsitiktinių traumų (200 ligonių) bei ambulatoriškai gydytų (po 100 ligonių) vaikų medicininiai dokumentai. Ligonių atranka buvo atsitiktinė. Šios dvi ligonių grupės buvo vienodos pagal ligonių amžių ir lytį (1, 2 lentelės).

Kiekvienoje amžiaus grupėje mergaičių ir berniukų santykis buvo vienodas.

Atskirose amžiaus grupėse analizuoti šių traumų požymiai: traumos mechanizmas, sužeidimų pobūdis ir sunkumas, gydymo stacionare trukmė, mirštamumas. Sužeidimų sunkumą vertinome pagal įprastus klininius kriterijus: diagnozę, gydymo intensyviosios terapijos skyriuje bei stacionare trukmę, LR SAM 2001 07 18 įsakymą Nr. 397 „Dėl sunkių traumų klasifikacinių požymių“ ir pediatrinę traumų skalę (PTS) [22].

Statistinei duomenų analizei naudoti variacinės statistikos metodai. Kiekybiniams rodikliams skaičiuotas vidutinis aritmetinis vidurkis (M) ir vidutinė kvadratinė paklaida (m), santykiniams dydžiams – procentas. Dviejų grupių rezultatams lyginti naudotas Stjudento t kriterijus. Skirtumas laikytas patikimu, kai paklaidos tikimybė buvo $p < 0,05$.

Rezultatai

Stacionare gydytų vaikų traumų priežastys pateikiamos 3 lentelėje.

1 lentelė. Stacionare nuo traumų gydyti ligoniai

Amžius metais	Smurtinės traumos		Atsitiktinės traumos	
	Ligonių skaičius	%	Ligonių skaičius	%
Iki 3 m.	17	8,5	17	8,5
4–6 m.	13	6,5	13	6,5
7–11 m.	27	13,5	27	13,5
12–17 m.	143	71,5	143	71,5
Iš viso	200	100	200	200

2 lentelė. Ambulatoriškai nuo traumų gydyti ligoniai

Amžius metais	Smurtinės traumos		Atsitiktinės traumos		p
	Ligonių skaičius	%	Ligonių skaičius	%	
Iki 3 m.	18	18	19	19	0,8
4–6 m.	5	5	8	8	0,3
7–11 m.	20	20	18	18	0,7
12–17 m.	57	57	55	55	0,7
Iš viso	100	100	100	100	1,0

3 lentelė. Vaikų, gydytų stacionare, traumų priežastys

Priežastys	Smurtinės traumos				Atsitiktinės traumos				
	M	B	Iš viso	%	Priežastys	M	B	Iš viso	%
Sumušė nepažįstami asm.	6	62	68	34,0	Krito	41	123	164	82
Mušė, spardė pažįstami asm.	26	46	72	36,0	Krito iš aukštai	3	5	8	4,0
Mušė nepažįstami, atėmė telef., pinigus	–	9	9	4,5	Nudegė karštu vandeniu	4	6	10	5,0
Nepažįstami asm. dūrė peiliu	–	5	5	2,5	Nudegė benzinu	–	1	1	0,5
Pažįstami asm. dūrė peiliu	2	2	4	2,0	Susižeidė ranką peiliu	2	8	10	5,0
Šovė nepažįstami asm.	–	2	2	1,0	Užlipo ant stiklo, adatos	1	2	3	1,5
Šovė pažįstami asm.	–	1	1	0,5	Sušalo	–	1	1	0,5
Mušė tėtis	2	8	10	5,0	Įkando gyvatė	–	1	1	0,5
Tėtis dūrė peiliu	–	1	1	0,5	Pasuko koją	1	–	1	0,5
Mušė patėvis	3	1	4	2,0	Patraukė už rankos	–	1	1	0,5
Mušė dėdė	1	–	1	0,5					
Mušė mama	6	3	9	4,5					
Mama skandino	1	0	1	0,5					
Tėtis išmetė per langą	–	2	2	1,0					
Vaiko nepriežiūra	5	6	11	5,5					
Iš viso	52	148	200	100		52	148	200	100

Matyti, kad abiejų grupių traumų priežastys iš esmės skyrėsi. Smurtinės traumas tyčia sukėlė nepažįstami (42%) ar pažįstami (38,5%) vaikai ir suaugusieji, vaiką mušdami, spardydami, durdami peiliu ar šaudami. Šeimoje įvyko 19,5% visų smurtinių traumų, o mažiems ir ikimokyklinio amžiaus vaikams – visos.

Atsitiktines traumas vaikai dažniau patyrė netyčia krisdami (86%), kitos priežastys buvo labai įvairios ir nedažnos: nudegimai, atsitiktiniai susižeidimai aštriu daiktu, gyvatės įkandimas ir kt.

Šių traumų padariniai ir sužeidimų pobūdis matyti 4 lentelėje.

Jei trauma buvo smurtinė, drauge su galvos smegenų sukrėtimu 33 ligoniams buvo nosies kaulų lūžiai ir vienam momenkaulio lūžis, o jei atsitiktinė – atitinkamai 1 ir 0. Lūžus galvos kaulams dėl smurtinių traumų 5 vaikams buvo galvos smegenų sumušimas, 5 – subarachnoidinės kraujosruvos, 1 – epidurinė hematoma, 1 – šonkaulio lūžis ir 1 – plaučio sumušimas. Įvykus atsitiktinėms traumoms, šių sužeidimų nebuvo.

Iš šių duomenų matyti, kad reikšmingai skyrėsi tiek sužeidimų pobūdis, tiek jų sunkumas abiejose grupėse. Smurtinėms traumoms buvo būdingi galvos smegenų sužeidimai: 52% galvos smegenų sukrėtimas,

4,5% kaukolės kaulų lūžiai, 3,5% galvos smegenų sumušimai, intrakranijinės kraujosruvos. Jiems taip pat būdingi nosies kaulų lūžiai (16,5%) ir delnakaulių lūžiai berniukams (8,0%), dauginiai kūno sumušimai (21,0%). Keliems mažiems vaikams buvo matyti mušimo diržu žymės nugaros ar sėdmenų srityje. Atsitiktinių traumų metu buvo pavieniai įvairių kūno vietų sumušimai, žaizdos, nudegimai ir pavienių kaulų lūžiai. Galvos traumas daug lengvesnės: 22% galvos smegenų sukrėtimų, sunkesnių smegenų sužalojimų nebuvo, 15,5% buvo tik sumušti galvos minkštieji audiniai.

Vertinant, kiek buvo sunkių traumų mūsų tirtiems ligoniams pagal LR SAM nustatytus sunkių traumų klasifikacinius požymius, atsitiktines traumas patyrusiems vaikams sunkių sužalojimų nebuvo, tačiau jų buvo septyniolikai smurtines traumas patyrusių ligonių (8,5%): 9 – kaukolės skliauto kaulų lūžimai (tarp jų 5 ligoniams buvo galvos smegenų sumušimas ir 6 – subarachnoidinis kraujo išsiliejimas ar epidurinė hematoma), 2 – galvos smegenų sumušimas nesant kaulų lūžimų, 4 – durtinės krūtinės ir pilvo žaizdos, 1 – plaučio sumušimas ir galvos smegenų sukrėtimas ir 1 – dubens kaulų ir šlaunikaulio lūžimas.

Visi ligoniai, patyrę atsitiktines traumas, gydyti traumatologijos skyriuje, o iš patyrusiųjų smurtines trau-

4 lentelė. Stacionare gydytų vaikų sužeidimai

Diagnozė	Smurtinės traumas		Atsitiktinės traumas		P
	Ligonų skaičius	%	Ligonų skaičius	%	
Galvos smegenų sukrėtimas	104	52,0	44	22,0	0
Galvos smegenų sumušimas	2	1,0	0	0	>0,05
Galvos kaulų lūžimas	8	4,0	0	0	<0,05
Galvos sumušimas	10	5,0	32	15,5	<0,05
Ilgųjų kaulų lūžiai	6	3,0	41	20,5	0
Trumpųjų kaulų lūžiai	13	6,5	30	15,5	0,1
Išnirimai	0	0	5	2,5	>0,05
Nudegimai, nušalimai	1	0,5	12	6,0	<0,05
Dauginiai sumušimai	42	21,0	13	6,5	0
Nedidelės žaizdos	6	3,0	19	9,5	<0,05
Durtinės krūtinės, pilvo žaizdos	4	2,0	0	0	>0,05
Šautinės žaizdos	3	1,5	0	0	>0,05
Kitos traumos	1	0,5	4	2,0	>0,05
Iš viso	200	100	200	100	

mas 7 ligoniai (3,5%) buvo sunkios būklės ir iš pradžių gydyti reanimacijos ir intensyvios terapijos skyriuje.

Kiek laiko abiejų grupių ligoniai gydyti stacionare, matyti 5 lentelėje.

Analizuojant ligonių gydymo stacionare trukmę, reikšmingo abiejų grupių skirtumo neradome ($p > 0,05$). Jis buvo tik kai kuriose amžiaus grupėse.

Traumų, gydytų stacionare, sunkumą pagal PTS matome 6 lentelėje.

Vertinant traumų sunkumą pagal PTS, tiek mergaitėms, tiek berniukams, tiek visiems vaikams, smurtinės traumas buvo sunkesnės nei atsitiktinės: $M = 9,6 \pm 0,1$ ir $M = 10,1 \pm 0,1$, $p < 0,05$.

Ypač tai ryšku 4–6 metų mergaičių ir 7–11 metų berniukų grupėse.

Tarp stacionare gydytų vaikų dėl atsitiktinių traumų girtų nukentėjusiųjų nebuvo, tuo tarpu vaikų smurtines traumas neretai (7,5%) sukėlė neblaivūs asmenys. Ypač dažnai vaikus iki 3 metų skriaudė girti asmenys šeimoje – net 41,2% vaikų patytė tokias traumas.

Ambulatoriškai gydytų vaikų traumų pobūdis matyti 7 lentelėje.

Akivaizdu, kad dėl smurto vaikai patyrė sunkesnes traumas. Atsitiktines traumas patyrusiems vaikams dažniausiai buvo nesunkūs galvos ir kitų kūno vietų sumušimai, paviršinės žaizdos ir kitos nesunkios traumas. Esant smurtinėms traumoms dažniau buvo sužeidžiama galva (64% visų traumų), neretai – sunkiai: 8 vaikams lūžo nosies kaulai, 6 – buvo galvos smegenų sukrėtimas. Joms būdingi ne pavieniai, o dau-

5 lentelė. Gydymo stacionare trukmė

Lytis	Amžius	Smurtinės traumas $M \pm m$ (paros)	Atsitiktinės traumas $M \pm m$ (paros)	p
M	Iki 3 m.	$1,0 \pm 0$	$3,4 \pm 0,7$	$<0,05$
	4–6 m.	$8,5 \pm 1,0$	$3,6 \pm 1,0$	$<0,05$
	7–11 m.	$8,3 \pm 3,0$	$2,3 \pm 0,5$	$<0,05$
	12–17 m.	$3,9 \pm 0,5$	$4,3 \pm 0,5$	$>0,05$
	Iš viso	$4,4 \pm 0,5$	$3,7 \pm 0,4$	$>0,05$
B	Iki 3 m.	$5,0 \pm 0$	$4,2 \pm 1,7$	$>0,05$
	4–6 m.	$2,5 \pm 0,3$	$3,8 \pm 1,5$	$>0,05$
	7–11 m.	$7,0 \pm 2,6$	$2,8 \pm 0,5$	$<0,05$
	12–17 m.	$4,1 \pm 0,3$	$3,7 \pm 0,4$	$>0,05$
	Iš viso	$4,2 \pm 0,3$	$4,3 \pm 0,3$	$>0,05$
Iš viso M+B		$4,2 \pm 0,3$	$4,1 \pm 0,2$	$>0,05$

6 lentelė. Traumų, gydytų stacionare, sunkumas pagal PTS

Lytis	Amžius	Smurtinės traumas Balai $M \pm m$	Atsitiktinės traumas Balai $M \pm m$	p
M	Iki 3 m.	$7,7 \pm 0,2$	$7,6 \pm 0,2$	$>0,05$
	4–6 m.	$8,4 \pm 1,0$	$10,8 \pm 0,2$	$<0,05$
	7–11 m.	$10,4 \pm 1,0$	$10,25 \pm 0,2$	$>0,05$
	12–17 m.	$9,9 \pm 0,2$	$10,6 \pm 0,1$	$<0,05$
	Iš viso	$9,5 \pm 0,1$	$10,0 \pm 0,1$	$<0,05$
B	Iki 3 m.	$7,5 \pm 0,2$	$7,6 \pm 0,2$	$>0,05$
	4–6 m.	$10,6 \pm 0,2$	$10,6 \pm 0,2$	$= 1,0$
	7–11 m.	$9,3 \pm 0,3$	$10,3 \pm 0,1$	$<0,05$
	12–17 m.	$9,9 \pm 0,1$	$10,3 \pm 0$	$<0,05$
	Iš viso	$9,8 \pm 0,1$	$10,1 \pm 0,1$	$<0,05$
Iš viso M+B		$9,6 \pm 0,1$	$10,1 \pm 0,1$	$<0,05$

7 lentelė. Ambulatoriškai gydytų vaikų traumų pobūdis

Diagnozė	Smurtinės traumos		Atsitiktinės traumos	
	Ligonių skaičius	%	Ligonių skaičius	%
Galvos sumušimas	41	41	30	30
Kitų kūno vietų pavieniai sumušimai	10	10	37	37
Galvos žaizda	9	9	19	19
Kitų vietų paviršinės žaizdos	2	2	4	4
Čiurnos raiščių patempimas	0	0	5	5
Stipinkaulio galvos panirimas	0	0	3	3
Galvos sumušimas ir nosies kaulų lūžis	8	8	2	2
Delnakaulių, pirštakaulių lūžiai	3	3	0	0
Galvos smegenų sukrėtimas	6	6	0	0
Peiliu durtos ir pjautos pilvo ir šlaunies žaizdos	3	3	0	0
Dauginiai sumušimai	18	18	0	0
Iš viso	100	100	100	100

8 lentelė. Ambulatoriškai gydytų traumų sunkumas pagal PTS

Amžius metais	Smurtinės traumos	Atsitiktinės traumos	p
	Balai M ± m	Balai ± m	
Iki 3 m.	8,0 ± 0	8,0 ± 0	= 1,0
4–6 m.	11,0 ± 0	11,0 ± 0	= 1,0
7–11 m.	10,7 ± 0,1	11,0 ± 0	< 0,05
12–17 m.	10,7 ± 0,1	11,0 ± 0	< 0,05
Iš viso	10,3 ± 0,1	10,7 ± 0,1	< 0,05

giniai sumušimai, pavojingos peiliu durtos ir pjautos žaizdos. Visi kaulų lūžimai buvo berniukams.

Ambulatoriškai gydytų traumų sunkumas pagal PTS pateiktas 8 lentelėje.

Verindami traumų sunkumą pagal PTS matome, kad mažų ir ikimokyklinio amžiaus vaikų atsitiktinių ir smurtinių traumų sunkumas nesiskyrė. Mokyklinio amžiaus vaikų smurtinės traumos buvo reikšmingai sunkesnės, $p < 0,05$. Abiejose traumų grupėse reikšmingo skirtumo tarp mergaičių ir berniukų nebuvo.

Visi gydomi ligoniai pasveiko.

Diskusija

Analizuodami vaikų smurtinių ir atsitiktinių traumų priežastis nustatėme, kad jos visiškai skyrėsi. Tai yra natūralu, todėl daugelis autorių smurtines traumas

analizuoja atskirai nuo kitų traumų, kai kurie jas tik palygina su atsitiktinėmis traumomis [9–12].

Į šį tyrimą mes, kaip ir kiti autoriai [9, 13], neįtraukėme vaikų, patyrusių eismo traumas, nes šios yra labai aktualios, jų priežastys ir padariniai yra visiškai skirtingi. Todėl daugelyje šalių vaikų autotraumas yra analizuojamos atskirai, siekiant numatyti jų prevencijos priemones [23–25].

Literatūroje yra aprašomi dėl smurtinių traumų patirti sužeidimai ir jiems būdingi klinikiniai požymiai [2, 14, 17, 18]. Tačiau jie ne visuomet yra būdingi smurtinėms traumoms ir ne visuomet nustatoma tiksliai smurtinių traumų diagnozė [2, 19, 26]. Todėl mes analizavome, kokie sužeidimai būdingi smurtinėms ir atsitiktinėms traumoms. Nustatėme, kad dėl smurtinių traumų dažniausiai buvo sužeidžiama galva – 62% ligonių, tarp jų 52% buvo galvos smegenų sukrėtimas, 4,5% – kaukolės kaulų lūžimai, 3,5% –

galvos smegenų sumušimas, intrakranijinės kraujosruvos (4 lentelė). Atsitiktinių traumų grupėje galvos sužeidimai buvo retesni, jie buvo lengvesni. Šioms traumoms buvo būdingi pavieniai įvairių kūno vietų sumušimai, žaizdos ir pavieniai kaulų lūžimai, o smurtines traumas patyrusiems vaikams gerokai dažniau nustatyti dauginiai sumušimai (21,0% ir 6,5%, $p = 0$), jiems buvo mušimo diržu žymės nu-garos, sėdmenų srityse.

Smurtinėms traumoms buvo būdingi galvos kau-lų, ypač nosies kaulų, lūžiai (16,5% ir 1,0%, $p = 0$), vyresniems vaikams lūžo delnakauliai (8%). Durtinės ir šautinės krūtinės, pilvo ir kitų sričių žaizdos buvo tik smurtines traumas patyrusiems vaikams (3,5% ir 0%, $p < 0,05$).

Šie dėsniniai nustatyti visose keturiose vaikų amžiaus grupėse, taip pat ir vaikams, gydytiems ambulatoriškai.

Literatūroje vaikų smurtinės traumas lyginamos su atsitiktinėmis ir nurodoma, kad pirmosios yra daug sunkesnės [9–12]. Mūsų kà tik aptarti duomenys tai patvirtina tiek stacionare, tiek ambulatoriškai gydytiems ligoniams. Ypač didelis skirtumas nurodomas vaikams iki 5–6 metų. *Di Scala* ir kt. [10] duomenimis, vaikams iki 5 metų, patyrusiems smurtines traumas, intrakranijiniai sužeidimai sudarė 42,2%, o atsitiktinės – 14,1%. Mūsų rezultatai panašūs: vaikams iki 6 metų jų buvo 40% ir 16,7%, $p < 0,01$.

Lyginant šių traumų sunkumą pagal LR SAM nustatytus sunkių traumų klasifikacinius požymius, tarp atsitiktinių traumų sunkių traumų nebuvo, tačiau jų buvo 8,5% vaikų, patyrusių smurtines traumas.

Chang ir kt. [9] nurodo, kad vaikai, patyrę smurtines traumas, gydyti stacionare 4 dienas, o atsitiktinės – 1 dieną. Mes to patvirtinti negalime, nes gydymo trukmė stacionare buvo beveik vienoda (5 lentelė): $M = 4,1 \pm 0,2$ ir $4,2 \pm 0,3$ d., $p > 0,05$. Šį skirtumą nustatėme tik lygindami atskiras vaikų amžiaus grupes: mergaitės iki 3 m., 4–6 m. ir 7–11 m. bei 7–11 m. berniukai, patyrę smurtines traumas, gydyti ligoninėje ilgiau nei patyrusieji atsitiktinės ($p < 0,05$).

Literatūroje nurodoma [9, 27, 28], kad vaikų traumų sunkumas yra vertinamas ne tik pagal PTS, bet ir sužalojimų sunkumo skalę (ISS), trumpąją sužalojimų skalę (AIS), revizuotą traumų skalę (RTS). Tačiau kai kurie autoriai nurodo, kad šios ir kitos trau-

mų sunkumo įvertinimo skalės, kurios naudojamos suaugusiems ligoniams, vaikams netinka [29], nes neatspindi vaiko amžiaus įtakos traumoms sunkumui. Tą patį teigia A. Pamerneckas ir kt. [30], be to, ten teigiama, kad ISS mažai remiasi fiziologiniais rodmenimis, todėl kartais pavėluotai nustatomas tikrasis sužeidimų sunkumas. Dėl šių priežasčių ir dėl to, kad visos šios skalės yra skirtos įvertinti politraumą patyrusių ligonių būklės sunkumui, o mūsų tiriamoje medžiagoje yra daugiausia pavieniai sužeidimai, atvykusio į stacionarą ligonio būklei įvertinti mes pasirinkome PTS.

Vertinant abiejų tiriamų grupių traumas sunkumą pagal PTS, visiems vaikams smurtinės traumas buvo sunkesnės nei atsitiktinės (6 lentelė): stacionare gydytiems ligoniams $M = 9,6 \pm 0,1$ ir $10,1 \pm 0,1$, $p < 0,05$, ambulatoriškai gydytiems ligoniams $M = 10,3 \pm 0,1$ ir $10,7 \pm 0,1$, $p = 0,05$ (8 lentelė).

Vertindamas vaikų smurtinių traumų sunkumą pagal ISS *Chang* ir kt. [9] teigia, kad smurtinės traumas yra sunkesnės (10 balų) nei atsitiktinės (4 balai) ir jos sukelia didesnę mirštamumą (12% ir 2%). *Reece* ir kt. [12] taip pat nurodo daug didesnę mirštamumą nuo smurtinių traumų (13% ir 2%). Mes šių duomenų patvirtinti negalime, nes mūsų tirtose grupėse mirusių ligonių nebuvo.

Visus šiuos požymius ir skirtumus analizavome pagal keturias vaikų amžiaus grupes. Tokios analizės literatūroje neradome.

Išvados

1. Vaikų, gydytų stacionare, smurtinių traumų priežastys visiškai skyrėsi nuo atsitiktinių traumų priežasčių.
2. Sužeidimų pobūdis taip pat skyrėsi:
 - smurtinėms traumoms buvo būdingi galvos sužeidimai (62,0%), dauginiai kūno sumušimai (21,0%), durtinės bei šautinės žaizdos;
 - atsitiktinėms traumoms būdingi įvairių kūno vietų sumušimai, žaizdos ir pavienių kaulų lūžimai.
3. Sužeidimai, patirti dėl smurtinių traumų, buvo sunkesni nei esant atsitiktinėms traumoms:
 - tiek pagal nustatytas kliniškines diagnozes: smurtinių traumų grupėje buvo daugiau sun-

- kių galvos smegenų sužeidimų, kaukolės kaulų lūžių, durtinių krūtinės ir pilvo žaizdų;
- tiek pagal LR SAM nustatytus sunkių traumų kriterijus: smurtinių traumų grupėje 8,5% traumų buvo sunkios ir tokių traumų

- nepatyrė atsitiktinių traumų grupės vaikai;
 - tiek įvertinus šių traumų sunkumą pagal PTS: $M = 9,6 \pm 0,1$ ir $M = 10,1 \pm 0,1$, $p < 0,05$.
4. Tie patys dėsningumai nustatyti ir abiejų grupių ligoniams, gydytiems ambulatoriškai.

LITERATŪRA

- Bethea L. Primary prevention of child abuse. *Am Fam Physician* 1999; 59 (6): 1577–85.
- Jain AM. Domestic violence: emergency department evaluation of child abuse. *Emerg Med Clin North Am* 1999; 17 (3): 575–593.
- Kayama M, Sagami A, Watanabe Y. Child Abuse Prevention in Japan: An Approach to Screening and Intervention with Mothers. *Public Health Nurs* 2004; 21 (6): 513–518.
- May-Chahal C, Cawson P. Measuring child maltreatment in the United Kingdom: a study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 2005; 29 (9): 949–51.
- Reijneveld SA, van der Wal MF, Brugman E, Sing RA, Verloove-Vanhorick SP. Infant crying and abuse. *Lancet* 2004; 364 (9442): 1295–6.
- Siaurusaitis B, Bernotienė D, Pūras D, Radzevičienė J, Bernadišienė B. Vaikų smurtinės traumos: priežastys ir pasekmės (Child Abuse: Causes and Consequences). *Pediatrrija* 2003; 8: 35–39.
- Gincman J, Palavinskienė B. Violence Against Women and Children in Lithuania. *Acta medica Lituanica* 2002; 9 (2): 113–119.
- Tang CS. The rate of physical child abuse in Chinese families: a community survey in Hong Kong. *Child Abuse Negl* 1998; 22 (5): 381–91.
- Chang DC, Knight V, Ziegfeld S. The tip of the iceberg for child abuse: the critical roles of the pediatric trauma service and its registry. *J Trauma* 2004; 57 (6): 1189–98.
- Di Scala C, Sege R, Reece RM. Child abuse and unintentional injuries: a 10-year retrospective. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154 (1): 16–22.
- Perez-Arjona E, Dujovny M, Del Proposto Z, Vinas F, Park H, Lizarraga S, Park T, Diaz FG. Late outcome following central nervous system injury in Child abuse. *Childs Nerv Syst* 2003; 19 (2): 69–81.
- Reece RM, Sege R. Childhood Head Injuries: Accidental or Inflicted? *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154 (1): 11–15.
- Greenbaum AR, Done J, Wilson D, Dunn KW. Intentional burn injury: an evidence-based, clinical and forensic review. *Burns* 2004; 30 (7): 628–42.
- Maquire S, Mann MK, Sibert J, Kemp A. Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic or suggestive of abuse? A systematic review. *Arch Dis Child* 2005; 90 (2): 182–6.
- Thompson S. Accidental or inflicted? *Pediatr Ann* 2005; 34 (5): 372–81.
- Essen HV, Schlickewei W, Dietz HG. Kindermisshandlung Child Abuse. *Unfallchirurg* 2005; 2: 92–101.
- Labanauskienė J, Siaurusaitis B. Vaikų smurtinių traumų diagnostika (Diagnosis of physical abuse in children). *Pediatrrija* 2006; 1: 79–84.
- Pressel DM. Evaluation of Physical Abuse in Children. *Am Fam Physician* 2000; 61 (10): 3057–64.
- Russell M, Lazenbatt A, Freeman R, Marcenes W. Child physical abuse: health professionals perception, diagnosis and responses. *Br J Community Nurs* 2004; 9 (8): 332–8.
- Gincman-Dorošenko J. Violence against children from forensic medicine perspective [summary of doctoral dissertation]. Vilnius: Vilnius University; 2005.
- Markevičienė A, Blažys V. Fizinis ir psichologinis smurtas (Physical and emotional abuse). LR SAM; 2000.
- Breauch CW, Smith G, Georgeson KE. The first two years experience with major trauma at a pediatric trauma center. *J Trauma* 1990; 30 (1): 37–43.
- Bockholdt B, Schneider V. The injury pattern to children involved in lethal traffic accidents in Berlin. *Leg Med (Tokyo)* 2003; Suppl 1: 390–392.
- Hasselberg M, Laflame L. Children at risk in traffic: improvement potentials in the Swedish context. *Acta Paediatr* 2004; 93 (1): 113–119.
- Rivara FP, Cummings P, Mock C. Injuries and death of children in rollover motor vehicle crashes in the United States. *Inj Prev* 2003; 9: 76–80.
- Siaurusaitis B, Jasevičius M, Sakalauskaitė I. Vaikų auto-traumos: priežastys ir pasekmės (Traffic accidents in children: causes and consequences). *Pediatrrija* 2006; 1: 74–78.
- Furnival RA, Schunk JE. ABCs of scoring systems for pediatric trauma. *Pediatr Emerg Care* 1999; 15(3): 215–223.
- Ott R, Krämer R, Martus P. Prognostic value of trauma scores in pediatric patients with multiple injuries. *J Trauma* 2000; 49: 729–36.
- Broga R. Politrauminių ligonių diagnostikos ir gydymo algoritmai (Algorithms of diagnostics and treatment of polytraumatic patients). Med. dr. disertacija. Vilnius: Vilniaus universitetas; 1995.
- Pamerneckas A, Adukauskienė D, Macas A. Dauginė trauma: ligonio būklės ir lokalių sužalojimų vertinimas pagal traumų klasifikavimo sistemas (Polytrauma: evaluation of patients condition and local injury by trauma classification systems). *Medicina* 2002; 38 (7): 687–694.

Gauta: 2007-01-10

Priimta spaudai: 2007-04-10