

## RADA NAUKOWA DZIAŁU



Dr n. med.  
Małgorzata  
Wielopolska  
(przewodnicząca)



Dr hab. n. med.  
Anna Klukowska



Dr hab. n. med.  
Artur Mazur



Dr hab. n. med.  
Ewa Toporowska-  
Kowalska

## Zespół dziecka krzywdzonego – spojrzenie lekarzy szpitalnego oddziału ratunkowego

Jerzy Wassermann

Szpitalny Oddział Ratunkowy,  
Szpital Dziecięcy  
im. prof. dr med. Jana Bogdanowicza  
w Warszawie.  
Ordynator: Jerzy Wassermann

Adres do korespondencji:  
Szpitalny Oddział Ratunkowy,  
Szpital Dziecięcy  
im. prof. dr med.  
Jana Bogdanowicza  
03-924 Warszawa  
ul. Nieklańska 4/24  
e-mail : sor@nieklanska.pl  
jerzywasseraman@wp.pl  
tel. 22 5098282, 22 5098412  
faks: 22 6177071

### Opis przypadku

*W godzinach popołudniowych na szpitalny oddział ratunkowy (SOR) szpitala dziecięcego zgłosiła się wraz z dzieckiem matka 4-miesięcznego chłopca. Twierdziła, że w dniu wczorajszym, kiedy na chwilę wyszła po zakupy, niemowlę zostało uderzone ciężkim przedmiotem w brzuch przez jej siostrzenicę. Tego samego dnia dziecko było badane w szpitalu powiatowym, skąd zostało skierowane do szpitala dziecięcego z rozpoznaniem: uraz głowy, wymioty, bez podania przyczyny urazu oraz zapewnienia transportu. Dopiero następnego dnia matka zgłosiła się na konsultację do poradni chirurgicznej instytutu pediatrii, skąd dziecko skierowano na SOR szpitala dziecięcego.*

*W badaniu przedmiotowym na SOR-ze stwierdzono: zasinienia i podbiegnięcia krwawe obu okolic czołowych i lewego policzka (ryc. 1), zasinienia i podbiegnięcia krwawe wokół lewej małżowiny usznej i lewej okolicy skroniowej (ryc. 2), skaleczenie wargi górnej po lewej stronie (stare) (ryc. 3), zasinienia dystalnych części obu przedramion i obu barków (ryc. 4), zasinienia i otarcia naskórka okolicy pępka (ryc. 5), w okolicy ramienia i prawego barku złuszczenie płatowe naskórka (zdarte pęcherze po przebyłym oparzeniu?) (ryc. 6), otarcie naskórka grzbietu lewej stopy (ryc. 7). Wszystkie obrażenia zewnętrzne powłok były co najmniej kilkudniowe.*

*Stan ogólny dziecka oceniono jako średni, chłopczyk był blady, cierpiący, nadmiernie spokojny, nie płakał w czasie badania. Częstość rytmu serca 160/min, saturacja 100%, ciśnienie tętnicze 90/60 mm Hg, nad płucami szmer oddechowy pęcherzykowy prawidłowy, brzuch miękki, płaski, bez oporów patologicznych. W badaniu neurologicznym nie stwierdzono cech ogniskowego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego.*

*Lekarz przyjmujący dziecko rozpoznał zespół dziecka krzywdzonego, poprosił matkę o dowód osobisty, udał się do drugiego pokoju i powiadomił policję. W tym czasie uzupełniano wywiad, wypisywano skierowania na badania obrazowe, zakładano historię choroby, wypełniano ankietę anestetyczną (niezbędną do wykonania tomografii komputerowej w znieczuleniu ogólnym).*



RYCINA 1. Zasinienia i podbiegnięcia krwawe obu okolic czołowych i lewego policzka.



RYCINA 4. Zasinienia dystalnych części obu przedramion i obu barków.



RYCINA 2. Zasinienia i podbiegnięcia krwawe wokół małżowiny lewej usznej i lewej okolicy skroniowej.



RYCINA 5. Zasinienia i otarcia naskórka okolicy pępka.



RYCINA 3. Skaleczenie wargi górnej po lewej stronie (stare).



RYCINA 6. W okolicy ramienia i prawego barku złuszczenie płatowe naskórka (zdarte pęcherze po przebyłym oparzeniu?).

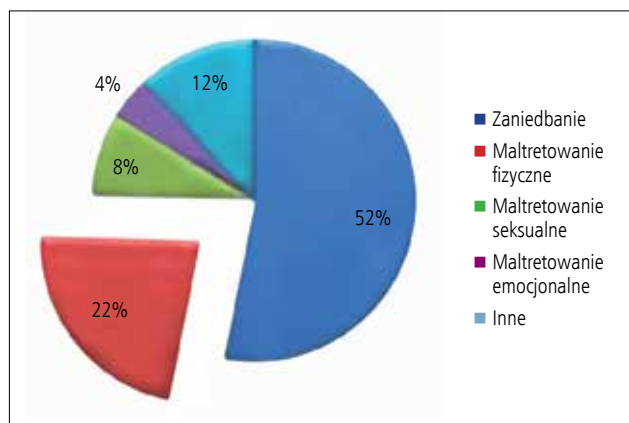


RYCINA 7. Otarcie naskórka grzbietu lewej stopy.

## Postępowanie

Bezpośrednio z SOR-u dziecko przewieziono do zakładu radiologii w celu przeprowadzenia szczegółowej diagnostyki obrazowej. W pierwszej kolejności wykonano badania przeglądowe klatki piersiowej i jamy brzusznej z ujęciem kończyn górnych oraz badania ultrasonograficzne jamy brzusznej i przeziemiączkowe. Zmian pourazowych w obrębie układu kostno-stawowego oraz narządów jamy brzusznej nie stwierdzono. Następnie, w znieczuleniu ogólnym, wykonano tomografię komputerową głowy (kolejność badań nieprzypadkowa). W badaniu tomograficznym, w trybie ostrego dyżuru, stwierdzono: tkanka mózgowa bez zmian ogniskowych, układ komorowy prawidłowy, bez cech obrzęku mózgu, niewielkie krwawienie przymózgowe w okolicy ciemieniowej lewej oraz tylnym dole czaszki, wieloodłamowe złamanie kości ciemieniowej lewej z niewielkim przemieszczeniem odłamów, nieprzekraczającym 2 mm, złamanie łuski kości skroniowej lewej, krwiak podczepcowy po lewej stronie, bezpowietrzne sitowie i zatoki szczękowe.

Wstępna diagnostyka na SOR-ze trwała około 40 minut. Następnie chłopca przewieziono na oddział neuro-



RYCINA 8. Częstość występowania różnych form urazów nieprzypadkowych u dzieci wg Richmana.

chirurgii. Matka dziecka została zatrzymana przez policję. Jak się później okazało, w szpitalu przebywał też konkubent matki, sprawca pobicia. Uciekł, gdy zobaczył zamieszanie i funkcjonariuszy policji oraz aresztowanie partnerki. Wkrótce został zatrzymany.

Hospitalizacja dziecka przebiegała bez istotnych powikłań, stosowano leczenie zachowawcze. W pierwszej dobie obserwacji, ze względu na niedokrwistość, przetoczono 100 ml koncentratu krwinek czerwonych. Po 16 dniach od przyjęcia wykonano kontrolną tomografię komputerową, która nie wykazała progresji zmian pourazowych. W okolicach czołowo-skroniowo-ciemieniowych obecne były płaskie zbiorniki płynowe o szerokości do 9 mm oraz poszerzone bruzdy boczne.

W trakcie hospitalizacji wydział rodzinny sądu rejonowego pozbawił rodziców władzy rodzicielskiej i zdecydował o umieszczeniu dziecka, po wypisaniu ze szpitala, w placówce opiekuńczej. Rokowanie dotyczące dalszego rozwoju psychoruchowego uznano za dobre. Zalecono okresowe kontrole w poradniach specjalistycznych (neurologicznej, neurochirurgicznej i okulistycznej) oraz rutynową opiekę pediatryczną. Sprawą pobicia niemowlęcia zainteresował się Rzecznik Praw Dziecka.

## Omówienie

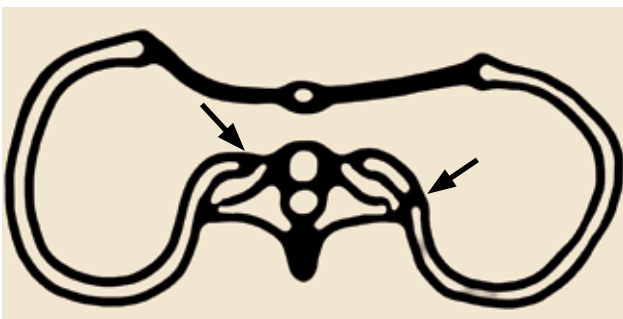
Następstwa maltretowania i krzywdzenia dzieci znane są w historii medycyny od wielu stuleci. Skoro problem dziecka bitego jest tak stary jak ludzkość, a w medycynie wydaje się ciągle nowy, to jaka jest jego skala i świadomość społeczna na ten temat? Dane epidemiologiczne są skąpe i bardzo zróżnicowane. W większości krajów problem dotyczy 1-2% dzieci, a śmiertelność wynosi 6-7 zgonów na 100 000 żywych urodzeń. Szacuje się, że w Stanach Zjednoczonych z powodu pobicia umiera rocznie ponad 4000 dzieci. W Polsce rocznie zespół dziecka maltretowanego (wg ICD-10 T74) rozpoznaje się tylko w 200 przypadkach(!), podczas gdy statystyki policyjne rejestrują około 60 000 sprawców użycia przemocy w rodzinie, z czego połowę ofiar stanowią dzieci (ryc. 8). Postępowanie z przedstawionym dzieckiem było typowe, zastosowano algorytm diagnostyczny wg Carty i Kleinmana, chłopiec nie wymagał leczenia neurochirurgicznego.

Algorytm diagnostyczny badania układu kostnego przeznaczonego do obrazowania rentgenowskiego zespołu dziecka krzywdzonego wg Carty i Kleinmana:

- Czaszka – zdjęcie RTG AP lub PA oraz w ułożeniu bocznym, obejmujące odcinek szyjny kręgosłupa
- Klatka piersiowa – zdjęcie RTG AP lub PA
- Miednica – zdjęcie RTG AP
- Kręgosłup piersiowy i lędźwiowy – zdjęcie RTG w ułożeniu bocznym
- Kończyny górne i kończyny dolne – zdjęcie RTG AP
- Ręce i stopy – zdjęcie RTG PA lub AP

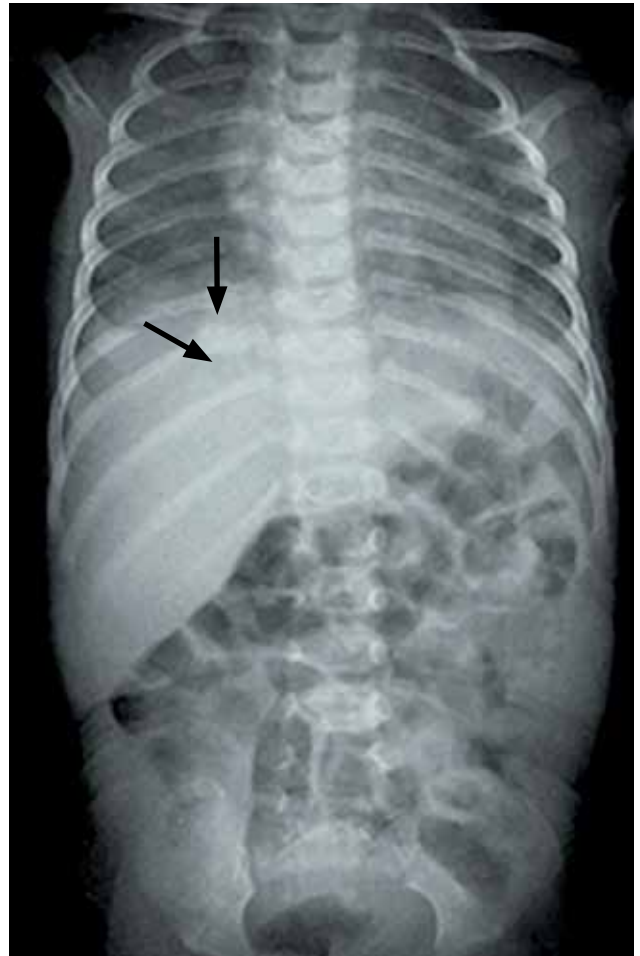


RYCINA 9. Mechanizm urazów klatki piersiowej i złamania żeber.



RYCINA 10. Najczęstsza lokalizacja złamań żeber w urazach nieprzypadkowych.

Złamania nieprzypadkowe i mechanizm ich powstania przedstawiono na rycinach 9-13. Najczęstsze złamania kości długich u małych dzieci zlokalizowane są w okolicach przynasad. Występują zwykle symetrycznie. Są konsekwencją pociągania, szarpania, potrząsania czy wykręca-



RYCINA 11. Stan po złamaniu dwóch żeber u 7-miesięcznego niemowlęcia.

nia rąk i stóp, często trudne do rozpoznania ze względu na powtarzalność urazów. W miejscu gojących się złamań powstają następne. Wskazane jest obrazowanie rentgenowskie całego układu kostno-stawowego wg algorytmu Carty i Kleinmana.

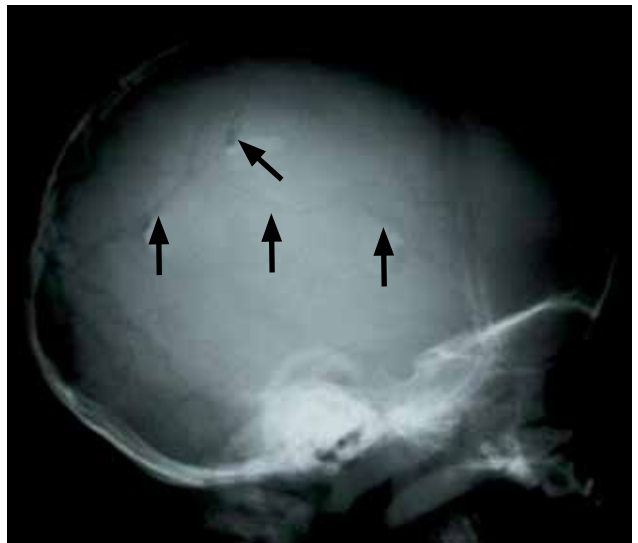
W około 80% przyczynę złamań kości pokrywy czaszki u dzieci w pierwszym roku życia stanowią urazy nieprzypadkowe. Pojedyncze, linijne złamanie kości ciemieniowej z towarzyszącym krwiakiem podokostnowym może być konsekwencją upadku z przewijaka czy stołu, natomiast liczne szczeliny złamania (ryc. 13), zwłaszcza jeśli są szerokie, powstają po urazach nieprzypadkowych, np. powtarzanych uderzeniach głową o ścianę czy podłogę. Podobnie jest z powstawaniem krwiaków podtwardówkowych. W podobnym mechanizmie dochodzi do złamań kompresyjnych dolnych trzonów kręgow łędźwiowych (L4, L5) czy uszkodzeń kości krzyżowej – sytuacja uderzenia pośladkami o twarde podłoże (ryc. 14).

Rozpoznanie zespołu dziecka krzywdzonego jest niezwykle ważne, ponieważ poza wyleczeniem uszkodzeń urazowych należy w tych przypadkach wdrożyć odpo-





RYCINA 12. Stan po złamaniu przynasad dalszych obu kości przedramienia, zagojone, nieleczone i względnie nowe złamanie trzonów przedramienia (ryc. 4).



RYCINA 13. Liczne linijne złamania kości pokrywy czaszki z szeroką szczeliną u 4-miesięcznego chłopca.

wiednie kroki, które powinny zapobiec powtórny urazom, a niejednokrotnie śmierci dziecka.

Inaczej sformułowane rozpoznania zespołu dziecka krzywdzonego:

- Zespół Silvermana
- Zespół Cafey'a-Kempego
- Parent-infant traumatic stress syndrome
- Zespół A. Tardieu
- Dziecko maltretowane
- Urazy nieprzypadkowe (Non accidental injuries).

Każdy lekarz ma obowiązek powiadomienia policji, jeśli bada dziecko, u którego podejrzewa urazy nieprzypadkowe. Nie musi uzgadniać tego z ordynatorem czy dyrektorem szpitala, szczególnie gdy sytuacja ma miejsce na dyżurze, bądź w nocy. Swoich przełożonych powia-

damia później. Należy pamiętać, że wywiady dotyczące urazu dziecka są zwykle fałszywe. Rodzice na ogół kłamią lub bagatelizują doznane urazy. Często mówią, że dziecko wymiotuje „bo pewnie mu coś zaszkodziło” i przyszli tylko „sprawdzić”. Trzeba pamiętać, że dzieci bite są od dawna, a rodzice zgłaszają się do szpitala wtedy, kiedy się przestraszą, że pewnie „przesadzili” z krzywdzeniem fizycznym. Na ogół zaniepokoił ich aktualny stan: dziecko nie chce jeść, gorączkuje, wymiotuje, jest podsypiające, nadmiernie spokojne, blade, cierpiące itd. Bardzo istotny jest również czas, jaki upłynął od początku zdarzenia do zgłoszenia się do lekarza – w zespole dziecka krzywdzonego najczęściej jest on długi (czasem niemożliwy do stwierdzenia). Przeprowadzając rozmowę z rodzicami krzywdzonego dziecka, dowiadujemy się o licznych wcześniejszych hospitaliza-

cyjach, zwykle w różnych szpitalach. Często rodzeństwo też ulegało „wypadkom”. Rodzina jest zwykle izolowana społecznie. Informacje o nadużywaniu alkoholu bądź narkotyków, czy stosowaniu przemocy fizycznej wobec innych członków rodziny nie należą do rzadkości.

Istotna jest też analiza liczby przebytych ciąż w stosunku do liczby żyjących dzieci. Mobilizacja, nadmierna troska i chęć niesienia pomocy ze strony dalszej rodziny następuje często dopiero po hospitalizacji dziecka, zwykle nagłośnień przez media.

Pamiętajmy – każdy lekarz, który badając dziecko podejrzewa, że jest ono krzywdzone, staje się jego pierwszym obrońcą. Od tego jak zareaguje i czy powiadomi odpowiednie instancje, będą zależeć dalsze losy malucha, a czasami nawet jego życie.

Autor jest biegłym Sądu Okręgowego w Warszawie w zakresie chirurgii dziecięcej, chirurgii urazowej, ortopedii i medycyny ratunkowej.

## Podziękowania

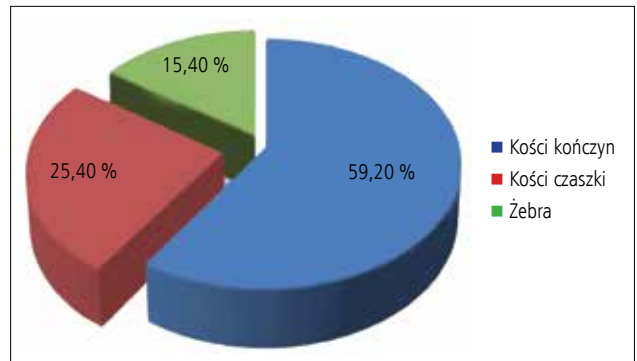
Autor dziękuje Magdalenie Janikowskiej-Cieślak, Annie Janus-Młodawskiej, Mariuszowi Rozbieckiemu, Radosławowi Rzepce, Pawłowi Samockiemu za pomoc w przygotowaniu artykułu.

Ciąg dalszy piśmiennictwa ze str. 89

5. Kopf AW, Bart RS, Hennessey P. Congenital nevocytic nevi and malignant melanomas. *J Am Acad Dermatol.* 1979; 1:123-130.
6. Bonifazi E, Bilancia M, Berloco A, Ciampo L, Roma MR. Malignant melanoma in children aged 0-12. Review of 289 cases of the literature. *Eur J Pediatr Dermatol.* 2001;11:157-175.
7. Krenzel S, Hauschild A, Schafer T. Melanoma risk in congenital melanocytic nevi: a systematic review. *Br J Dermatol.* 2006; 155(1):1-8.
8. Schafer JV. Pigmented lesions in children: when to worry. *Curr Opin Pediatr.* 2007;19:430-440.
9. National Institute of Health Consensus Development Panel of Early Melanoma. Diagnosis and treatment of early melanoma. *JAMA.* 1992;268:1314-1319.
10. Kardynał A, Rudnicka L. Znamiona melanocytowe nabyte. W: *Dermatocirurgia.* Red. A. Włodarkiewicz. Urban &Partner, Wrocław 2010:101-109.

Ciąg dalszy piśmiennictwa ze str. 96

44. Woroń J, Porębski G, Kostka-Trąbka E, Goszcz A. Nieracjonalne stosowanie leków w pediatrii jako przyczyna chorób polekowych, część I. *Med. Wieku Rozwoj.* 2007;11(2):87-91.
45. FDA Center for Drug Evaluation and Research – FDA Alert [4/2006]: Promethazine HCl (marketed as Phenergan) information. <http://www.fda.gov/drugs/>
46. Artykuł redakcyjny: Zagrożenia związane ze stosowaniem prometazyny u dzieci. Bezpieczeństwo stosowania prometazyny w świetle polskich raportów spontanicznych. *Biuletyn Leków.* 2006;2:9-11.
47. Gajewska-Meszaros S. Stosowanie prometazyny u dzieci: wątpliwa korzyść, znaczne ryzyko. *Terapia i Leki.* 2001;4:42-43.



RYCINA 14. Najczęstsze lokalizacje złamań.

## Piśmiennictwo

1. Marciński A. Urazy nieprzypadkowe u dzieci – symptomatologia zespołu dziecka krzywdzonego. *Standardy Medyczne.* 2009;6:4.
2. Matejaly Jolanty Zmarzlik i Emiliany Piwnik na temat pomocy dziecku krzywdzonemu. Fundacja Dzieci Niczyje.
3. Richman H. From a radiologist's judgment to public policy on child abuse and neglect: what have we wrought? *Pediatr Radiol.* 2000; 30:219-228.
4. Okłota M, Niemcunowicz-Janica A, Załuski J, Ptasińska-Sarosiek I. Urazy nieprzypadkowe u dzieci. Opis przypadku. *Arch Med Sąd Krym.* 2009;59:255-258.
11. Kolm I, Di Stefani A, Hofmann-Wellenhof R, et al. Dermoscopy patterns of halo nevi. *Arch Dermatol.* 2006;142:1627-1632.
12. Spitz S. Melanoma of childhood. *Am J Pathol.* 1948;24:591-609.
13. Stolz W, Riemann A, Cognetta AB, et al. ABCD rule of dermatoscopy: A new practical method for early recognition of malignant melanoma. *Eur J Dermatol.* 1994;4:521-527.
14. Argenziano G, Fabbrocini G, Carli P, et al. Epiluminescence Microscopy for the Diagnosis of Doubtful Melanocytic Skin Lesions: Comparison of the ABCD Rule of Dermatoscopy and a New 7-Point Checklist Based on Pattern Analysis. *Arch Dermatol.* 1998; 134:1563-1570.
15. Soyer P, Argenziano G, Zalaudek I. Three-Point Checklist of Dermoscopy A New Screening Method for Early Detection of Melanoma. *Dermatology.* 2004;208:27-31.
16. Pehamberger H, Steiner A, Wolff K. In vivo epiluminescence dermoscopy of pigmented skin lesions I. Pattern analysis of pigmented skin lesions. *J Am Acad Dermatol.* 1987;117:571-583.
48. American Academy of Pediatrics. Committee on Drugs: Use of codeine- and dextromethorphan-containing cough remedies in children. *Pediatrics.* 1997;99:918-920.
49. Arcab A, Brzezińska A, Budny M i wsp. Stosowanie leków przeciwkaszlowych u dzieci. *Biuletyn Leków.* 2009;2:18.
50. Arcab A, Brzezińska A, Gospodarczyk M i wsp. Leki bez recepty przeciwko kaszlowi i objawom przeziębienia dla dzieci powyżej 4 lat. *Biuletyn Leków.* 2009;1:10.
51. Erice Statement 2009: communications, medicines and patient safety. *Brit J Clin Pharmacol.* 2010; 69(2):207-208.