



2014–2020 metų  
Europos Sąjungos  
fondų investicijų  
veiksmų programa

**Projektas “Integruoto Lietuvos vaikų sveikatos priežiūros paslaugų modelio sukūrimas ir specialistų mokymai” , projekto Nr. 08.4.2\_ESFA-V-622-01-0007**

**Vaikų raidos sutrikimai:  
ankstyvos diagnostikos ir gydymo algoritmai, pacientų  
logistika**

---

Metodinio dokumento patvirtinimo data

---

Metodinio dokumento galiojimo terminas

**Lietuvos Pediatrių draugija, Lietuvos socialinės pediatrijos draugija**

---

Metodiniam dokumentui pritarusios institucijos

---

Elektroninė nuoroda į metodinį dokumentą

**1. Pavadinimas:**

Vaikų raidos sutrikimai: ankstyvos diagnostikos ir gydymo algoritmai, pacientų logistika.

**2. Metodinio dokumento patvirtinimo data:**

**3. Metodiniam dokumentui pritarusių institucijų sąrašas:**

3.1. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Medicinos akademija, Vaikų ligų klinika

3.2. Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas, Klinikinės medicinos institutas, Vaikų ligų klinika

3.3. Lietuvos socialinės pediatrijos draugija

**4. Elektroninė nuoroda į metodinį dokumentą:**

5.

## Turinys

1. Pavadinimas:.....	1
2. Metodinio dokumento patvirtinimo data: .....	2
3. Metodiniam dokumentui pritarusių institucijų sąrašas:.....	2
4. Elektroninė nuoroda į metodinį dokumentą: .....	2
5. TURINYS .....	3
6. APIBENDRINIMAS .....	4
7. AUTORIAI.....	7
8. SĄVOKOS, SUTRUMPINIMAI .....	7
9. REIKŠMINIAI ŽODŽIAI .....	8
10. ĮVADAS .....	9
10.1.Ligos ar sveikatos sutrikimo apibrėžimas.....	9
10.2 Vaikų raidos sutrikimų epidemiologija,paplitimas Europoje ir pasaulyje.....	10
10.3 Klinikinė problematika.....	11
10.4 Metodinio dokumento tikslas ir reikalingumas.....	12
11. METODINIO DOKUMENTO ĮGYVENDINIMO PRIORITETAI.....	12
12. PACIENTO KELIO APRAŠYMAS .....	13
12.1. Vaikų turinčių raidos sutrikimų diagnostikos ir gydymo principai pagal nustatytus paslaugų lygius .....	13
12.2. Vaikų raidos sutrikimų priežastys.....	13
12.3. Vaikų raidos sutrikimų diagnostika .....	14
12.4 Vaikų raidos sutrikimų gydymo ir ankstyvosios reabilitacijos principai.....	51
12.5 Indikacijos vaikų su raidos sutrikimais siuntimui pas gydytojus specialistus..	58
13. PACIENTO KELIO ORGANIZAVIMO APRAŠYMAS .....	58
14. REIKALAVIMAI ASPĮ, TEIKIANČIOMS VAIKŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGAS VAIKAMS SU RAIDOS SUTRIKIMAIS AR JŲ RIZIKA...	64
15. METODINIO DOKUMENTO DIEGIMO KONKRETAUS LYGIO PASLAUGAS TEIKIANČIOJE ASPĮ TVARKOS APRAŠYMAS .....	70
16. PACIENTŲ PASITENKINIMO SUTEIKTOMIS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGOMIS VERTINIMO APRAŠYMAS .....	70
17. METODINIO DOKUMENTO ATNAUJINIMAS .....	72
18. METODINIO DOKUMENTO AUDITO APRAŠYMAS .....	73
19. SVARBIAUSIŲ KRITERIJŲ SĄRAŠAS .....	74
20. KONTAKTINIS ASMUO (INSTITUCIJA).....	74
21. LITERATŪRA .....	74
22. REKOMENDACIJOS MOKSLINIAMS TYRIMAMS .....	82
23. INFORMACIJA VISUOMENEI IR PACIENTUI .....	83
24. PRIEDAI .....	84

## 6. APIBENDRINIMAS

6.1. Metodinio dokumento tikslas - remiantis geriausiais medicinos įrodymais aptarti įvairaus amžiaus vaikų raidos sutrikimų ankstyvos diagnostikos, diferencinės diagnostikos, gydymo ir jų neįgalumo prevencijos taktiką, siekiant pagerinti vaikų, turinčių raidos sutrikimų, ankstyvosios reabilitacijos ir gydymo rezultatus, bei pacientų logistiką

6.2. Algoritmai apibrėžia įvairių lygių sveikatos priežiūros specialistų veiksmus teikiant pagalbą vaikams, turintiems raidos sutrikimų pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos Australijos modifikaciją **TLK-10-AM (toliau – TLK-10-AM) žymimų kodais** :

- F70 - F79 Protinis atsilikimas
- F80 Specifinis tarimo ir kalbos raidos sutrikimas
- F81 Specifiniai mokymosi sugebėjimų raidos sutrikimai
- F82 Specifinis judesių raidos sutrikimas
- F83 Mišrūs specifiniai raidos sutrikimai
- F84 Įvairiapusiai raidos sutrikimai
- F88 Kiti psichologinės raidos sutrikimai
- F89 Nepatikslintas psichologinės raidos sutrikimas
- F90 Hiperkineziniai sutrikimai
- G80 Cerebrinis paralyžius

6.3. Šie veiksmai apima sutrikusios raidos vaikų raidos sutrikimo įtarimą ir atpažinimą, paciento ištyrimą, sutrikimo diagnostiką, diferencinę diagnostiką, ankstyvąją reabilitaciją ir gydymą. Algoritmuose pateikiamas paciento kelias sveikatos priežiūros sistemoje, apibūdinamos skirtingų sveikatos priežiūros lygių įstaigų ir jose dirbančių specialistų teikiamų ambulatorinių ir stacionarinių paslaugų apimtys. Apibrėžiami vaikų, turinčių raidos sutrikimų, ambulatorinio ir stacionarinio, gydymo principai.

6.4. Metodinis dokumentas skirtas specialistams, pagal kompetenciją teikiantiems vaikų sveikatos priežiūros paslaugas vaikams su raidos sutrikimais: šeimos gydytojams, vaikų ligų gydytojams, vaikų neurologams, vaikų ligų gydytojams – socialiniams pediatrams bei kitiems sveikatos priežiūros specialistams.

6.5. Šeimos gydytojai, vaikų ligų gydytojai bei kiti vaikų sveikatos priežiūros specialistai, bendrosios praktikos slaugytojai pagal savo kompetenciją teikdami paslaugas vaikams ir priimdami sprendimus turi vadovautis šiuo metodiniu dokumentu visa apimtimi, tačiau kiekvienu individualiu atveju turi būti atsižvelgiama į individualius pacientų poreikius, pasirinkimus ir vertybes.

6.6. Metodinis dokumentas bus įdiegiamas ir taikomas organizuojant darbą sveikatos priežiūros paslaugas vaikams teikiančiose Asmens sveikatos priežiūros įstaigose (toliau ASPĮ).

6.7. Metodinio dokumento taikymo sritys:

6.7.1. atrenkant vaikus, turinčius padidintą raidos sutrikimų riziką ar raidos sutrikimų požymius;

6.7.2. diagnozuojant vaikų raidos sutrikimus ir gretutinius sveikatos sutrikimus;

6.7.3. nustatant indikacijas vaikų raidos sutrikimų ankstyvajai reabilitacijai;

6.7.4. teikiant ambulatorines ir stacionarines vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugas;

6.7.5. taikant ilgalaikį vaiko raidos stebėjimą.

6.8. Metodinio dokumento įdiegimą koordinuojančių ir susijusių institucijų sąrašas:

- Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos
- Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos
- Lietuvos sveikatos mokslų universitetas
- Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas
- Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų Vaiko raidos centras
- Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija
- Lietuvos socialinės pediatrijos draugija.

6.9. Metodinis dokumentas ir algoritmai parengti vadovaujantis teisės aktais, reglamentuojančiais diagnostikos ir gydymo metodinių dokumentų rengimą, vaikų sveikatos priežiūrą, joje dalyvaujančių specialistų pareigybių aprašus, vaistų ir gydymo procedūrų taikymą:

- Lietuvos Respublikos Sveikatos sistemos įstatymas, 1994 m. liepos 19 d. Nr. I-552.
- Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymas, 1996 m. rugsėjo 25 d. Nr. I-1555.
- Respublikos vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatymas. 1996 m. kovo 14 d. Nr. I-1234.
- Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. 1996 m. Birželio 6 d. Nr. I-1367.
- Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. 1996 m. spalio 3 d. Nr. I-1562, 2019-07-18 buvo priimta nauja Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo redakcija, kuri įsigaliojo nuo 2020-01-01
- (LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl medicinos praktikos profesinių kvalifikacijų rūšių sąrašo patvirtinimo“, 2004 m. birželio 28 d. Nr. V-469.
- Lietuvos Respublikos vaiko minimalios ir vidutinės priežiūros įstatymas. 2007 m. birželio 28 d. Nr. X-1238.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 8 d. įsakymas Nr. V-208 „Dėl Būtiniosios medicinos pagalbos teikimo tvarkos ir masto aprašo patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. 728 „Dėl Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 29 d. Įsakymas Nr.V-680 „Dėl teisės verstis siaura medicinos praktika įgijimo“
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro, Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro ir Lietuvos Respublikos švietimo, mokslo ir sporto ministro 2005 m. kovo 23 d. įsakymas Nr. V-188/A1-84/ISAK-487 „Dėl neįgalumo lygio nustatymo kriterijų ir tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro, Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2018 m. gruodžio 27 d. įsakymas Nr. A1-765/V-1530 „Dėl specialiojo nuolatinės slaugos, specialiojo nuolatinės

priežiūros (pagalbos), specialiojo lengvojo automobilio įsigijimo ir jo techninio pritaikymo išlaidų kompensacijos poreikių nustatymo tvarkos aprašo patvirtinimo”.

- Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2022 m. sausio 13 d. įsakymas Nr. A1-25 „Dėl asmenų aprūpinimo klausos, regos, komunikacijos ir sensorikos techninės pagalbos priemonėmis tvarkos aprašų patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2006 m. gruodžio 19 d. įsakymas Nr. A1-338 „Dėl Neįgalųjų aprūpinimo techninės pagalbos priemonėmis ir šių priemonių įsigijimo išlaidų kompensavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“
- Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2019 m. vasario 19 d. įsakymas Nr. A1-103 „Dėl Būsto pritaikymo neįgaliesiems tvarkos aprašo patvirtinimo“
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. rugsėjo 20 d. įsakymas Nr. V-1033 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 66:2018 „Vaikų ligų gydytojas“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22d. įsakymas Nr. V-1013 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2019 „Šeimos gydytojas“ patvirtinimo“ (galiojanti suvestinė redakcija 2019-05-01).
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. kovo 21 d. įsakymas Nr. V-325 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 153:2018 „Gydytojas vaikų neurologas“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. liepos 13 d. įsakymas Nr. V-577 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 114:2019 „Gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. gegužės 30 d. įsakymas Nr. V-627 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 162:2018 „Medicinos psichologas“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. vasario 5 d. įsakymas Nr. V-184 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 124:2016 „Kineziterapeutas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. balandžio 28 d. įsakymas Nr. V-544 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 125:2016 „Ergoterapeutas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. vasario 23 d. įsakymas Nr. V-388 „Dėl klinikinio logopedo veiklos reikalavimų aprašo patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. balandžio 23 d. įsakymas V-457 „Dėl Meno terapeuto veiklos reikalavimų patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. birželio 28 d. įsakymas Nr. V-636 „Dėl Siuntimų asmens sveikatos priežiūros paslaugoms gauti išdavimo, įforminimo ir atsakymų pateikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 27 d. įsakymas Nr. V-120 „Dėl Privalomų sveikatos statistikos apskaitos ir kitų tipinių formų bei Privalomų sveikatos statistikos ataskaitų formų patvirtinimo“.

- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011m. birželio 8 d. įsakymas Nr. V-591 Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2019 „Bendrosios praktikos slaugytojas“ patvirtinimo.
  - Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011m. birželio 30 d. įsakymas Nr. V-650 Dėl Lietuvos medicinos normos MN 57:2011 „Bendruomenės slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo.
  - Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. balandžio 16 d. įsakymas Nr. V-419 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių ambulatorinę asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veikos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašo ir šių rodiklių duomenų suvestinių formų patvirtinimo“.
  - Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba ([www.vvkt.lt](http://www.vvkt.lt)), vaistinių preparatų registras.
  - Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija, dešimtas pataisytas ir papildytas leidimas, Australijos modifikacija (TLK-10-AM)
- 6.10.** Metodinio dokumento šiuolaikiškumas ir taikymo efektyvumas grindžiamas praktikoje įrodytais medicinos pasiekimais, gautais, išanalizavus užsienio šalių patirtį, tarptautinėse duomenų bazėse PubMed (JAV Nacionalinės medicinos bibliotekos duomenų bazė Medline), Cochrane Library, ScienceDirect, SpringerLink, EBSCO Publishing, WHOSIS, UpToDate pateiktas sistemines apžvalgas bei metodines rekomendacijas. Metodiniame dokumente įrodymais pagrįstos rekomendacijos apibendrintos ir adaptuotos Lietuvai.
- 6.11.** Metodinis dokumentas skirtas vaikų raidos sutrikimų diagnostikai, diferencinei diagnostikai ir gydymu, bei pacientų logistikai. Šių veiksmų vieningų algoritmų sukūrimui ir įdiegimui kasdienėje specialistų, teikiančių sveikatos priežiūros paslaugas vaikams, praktikoje.

## 7. AUTORAI

- 7.1.** Metodikos vadovas Jovita Petrulytė, biomedicinos mokslų daktarė, Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų Vaiko raidos centro vadovė vaikų ligų gydytoja-socialinė pediatrė, Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Sveikatos mokslų instituto, Reabilitacijos fizinės ir sporto medicinos katedros asistentė.
- 7.2.** Laima Mikulėnaitė, Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų Vaiko raidos centro Ankstyvosios reabilitacijos skyriaus vedėja-gydytoja vaikų neurologė-socialinė pediatrė.

## 8. SĄVOKOS, SUTRUMPINIMAI

### 8.1. Sąvokos ir jų apibrėžtys

**8.1.1. Raida** – tai sudėtingas psichomotorinių funkcijų procesas prasidedantis nuo vaisiaus užuomazgos ir besitęsiantis visą žmogaus gyvenimą

**8.1.2. Raidos sutrikimai** – heterogeninių būklių grupė, prasidedančių ankstyvoje vaikystėje ir pasireiškiančių sutrikusia ir/ ar atipine raida įvairiose raidos srityse, pvz. motorikos, pažintinėje, kalbos, komunikacijos ir kt. srityse.

**8.1.3. Šeimos medicinos gydytojas** – šiame metodiniame dokumente tai gydytojas, teikiantis pacientui pirmines sveikatos priežiūros paslaugas.

**8.1.4. Vaikų ligų gydytojas** – medicinos gydytojas, teisės aktų numatyta tvarka įgijęs vaikų ligų gydytojo profesinę kvalifikaciją. Tai gydytojas specialistas, teikiantis asmens sveikatos priežiūros paslaugas vaikams iki 18 m.; šiuo metu teisės aktų numatyta tvarka galintis

teikti pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas komandoje (kartu su vidaus ligų gydytoju, chirurgu bei akušeriu – ginekologu).

**8.1.5. Gydytojas specialistas** – medicinos gydytojas, įgijęs gydytojo specialisto profesinę kvalifikaciją. Gydytojo specialisto profesinę kvalifikaciją įgyjama baigus medicinos studijas ir medicinos praktikos specializaciją universitete (*LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl medicinos praktikos profesinių kvalifikacijų rūšių sąrašo patvirtinimo“*, 2004 m. birželio 28 d. Nr. V-469 <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.236895/asr> ).

**8.1.6. Gydytojas socialinis pediatras** – gydytojas, turintis teisę verstis siaura medicinos praktika (socialine pediatrija) pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 29 d. įsakymu Nr. V-680 „Dėl teisės verstis siaura medicinos praktika“ nustatytą tvarką;

**8.1.7. Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugos** – specialistų komandos teikiamos licencijuojamos ambulatorinės ir (ar) stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos, užtikrinančios ankstyvą vaikų raidos sutrikimų nustatymą, ankstyvą kompleksinę pagalbą raidos sutrikimų ar jų rizikos veiksnių turintiems vaikams, jų tėvams ar kitiems vaiko atstovams pagal įstatymą.

**8.1.8. Daugiadalykė specialistų komanda** – pacientui reikalingų kelių specialistų komanda, teikianti ankstyvosios reabilitacijos sveikatos priežiūros paslaugas stacionare, dienos stacionare ar ambulatoriškai.

**8.1.9. Kompleksinė pagalba** – socialinės, sveikatos priežiūros, švietimo, psichologinės ir kitokios pagalbos priemonių derinys, sudarantis sąlygas vaiko atstovams pagal įstatymą užtikrinti vaiko saugumą, kokybišką šeimos funkcionavimą ir būtiną jos gerovę.

**8.1.10. Vaikas** – pacientas iki 18 metų amžiaus.

## **8.2. Sutrumpinimai**

**8.2.1.** ASPĮ – asmens sveikatos priežiūros įstaiga;

**8.2.2.** ASP – asmens sveikatos priežiūra;

**8.2.3.** LR SAM – Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija;

**8.2.4.** PAASPI – pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaiga;

**8.2.5.** m. – metai;

**8.2.6.** mėn. – mėnuo;

**8.2.7.** ŠG – šeimos gydytojas

**8.2.8.** VLG – vaikų ligų gydytojas

**8.2.9.** VU – Vilniaus universitetas;

**8.2.10.** AR – Ankstyvoji reabilitacija;

**8.2.11.** VRSAR – vaikų raidos sutrikimų ankstyvoji reabilitacija;

**8.2.12.** MRT – magnetinio rezonanso tyrimas

**8.2.13.** TLK-10-AM – Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtas pataisytas ir papildytas leidimas, Australijos modifikacija.

**8.2.14.** ASS – autizmo spektro sutrikimas

**8.2.15.** MSRS – Mišrūs specifiniai raidos sutrikimai

**8.2.16.** PRS – psichologinės raidos sutrikimas

**8.2.17.** PA -- protinis atsilikimas

## **9. REIKŠMINIAI ŽODŽIAI**

**9.1.** Algoritmas, vaikų raidos sutrikimas, raidos negalia, autizmo spektro sutrikimas, kalbos raidos sutrikimas, protinis atsilikimas, bendras raidos sulėtėjimas, cerebrinis paralyžius, ankstyvoji reabilitacija, vaikai.



## 10. ĮVADAS

### 10.1. Ligos ar sveikatos sutrikimo apibrėžimas.

Raidos sutrikimai – heterogeninė grupė būklių, prasidedančių ankstyvoje vaikystėje ir pasireiškiančių raidos sutrikimu ir / ar atipine raida įvairiose raidos srityse, pvz. motorikos, pažintinėje, kalbos, komunikacijos ir kt. srityse. Tai įvairių vaiko raidos sričių sutrikimas dėl smegenų pažeidimo, įvykusio prenataliniu, perinataliniu ar postnataliniu laikotarpiu. Raidos sutrikimų adaptacija visuomenėje didele dalimi priklauso nuo esamų pagalbos galimybių.

Raidos sutrikimo diagnozė yra funkcinė diagnozė. Ji neparodo raidos sutrikimo priežasties ir dažnai pakeičia etiologinę diagnozę, ypač jei yra nežinoma sutrikimo priežastis. Kiekvienas vaikas gauna raidos diagnozę, pvz. cerebrinį paralyžių, autizmo spektro sutrikimą, intelekto sutrikimą ir atlikus specialius tyrimus (metabolinius, genetinius, smegenų vaizdo ir kt.), etiologinę diagnozę. Pvz. vaikas turintis intelekto sutrikimo požymių gauna protinio atsilikimo diagnozę ir chromosomų delecijos sindromo diagnozę, kuri dažnai ir yra PA priežastis.

Raidos sutrikimai dažniausiai yra susiję su raidos negalia. Raidos negalia – sunki lėtinė negalia, susijusi su fiziniu, sensoriniu, protiniu ir psichiniu sutrikimu, prasidedanti iki 18 metų amžiaus ir trunkanti visą individo gyvenimą, žymiai sutrikdanti mažiausia tris žmogaus funkcionavimo sritis (pvz., savitvarką, kalbą, mokymąsi, judėjimą, savarankiškumą, ekonominį savarankiškumą), ir dėl to tokiam asmeniui reikalinga nuolatinė speciali pagalba. Pagrindinės raidos negalios priežastys susijusios su liga, trauma ar kita sveikatos būkle, kurias siekiama išgydyti, sumažinti jų poveikį ir pagerinti vaiko būklę, paveikti vaiko adaptaciją visuomenėje.

Raidos sutrikimai yra žymiai dažnesni nei mums gali atrodyti. Literatūros duomenis teigia, kad iki 15 proc. iki 5 metų amžiaus vaikų turi raidos sunkumų vienoje ar keliose raidos srityse. Lengvi, vidutinio sunkumo raidos sutrikimai dažniausia nenustatomi iki vaikas pakliūna į ugdymo įstaigą. Tuo tarpu sunkūs raidos sutrikimai nustatomi gana anksti vaikystėje nes turi ryškiai matomus raidos sutrikimo požymius ir tėvai pakankamai anksti kreipiasi į specialistus.

Raidos sutrikimų klasifikacija gali būti įvairi. Lentelėje N.1 ir n. 2 pateikiamos vaikų raidos sutrikimų klasifikacijos.

1 lentelė.

#### RAIDOS SUTRIKIMŲ KLASIFIKACIJA

Psichologinės raidos sutrikimas, mišrūs specifiniai raidos sutrikimai

Protinis atsilikimas (intelekto sutrikimas)

Kalbos ir kalbėjimo sutrikimai

Įvairiapusiai raidos sutrikimai, autizmas.

Cerebrinis paralyžius

Specifinis judesių raidos sutrikimas

Mokymosi sutrikimai.

Aktyvumo ir dėmesio sutrikimas ir kiti dėmesio trūkumo sindromai.

Klausos sutrikimai.

Regos sutrikimai.

2 lentelėje pateikiama detalesnė vaikų raidos sutrikimų klasifikacija

2 lentelė

## RAIDOS SUTRIKIMŲ KLASIFIKACIJA

(pagal Brown K., Parikh S., Dilip R., Patel D., 2020)

Raidos sutrikimas	Formos
Protinis atsilikimas (intelektų sutrikimas)	Lengvas, vidutinis, sunkus, gilus
	Raidos sutrikimas (global delay), specifinis mišrus raidos sutrikimas, psichologinės raidos sutrikimas
	Nepatikslintas protinis atsilikimas
Komunikacijos sutrikimas	Kalbos raidos sutrikimas
	Artikuliacijos sutrikimas
	Mikčiojimas
	Socialinės komunikacijos sutrikimas
	Nepatikslintas komunikacijos sutrikimas
Autizmo spektro sutrikimas	ASS (etiologija žinoma)
	ASS, susijęs su kitais raidos sutrikimais
Dėmesio ir aktyvumo sutrikimas	Dominuoja dėmesio sutrikimas
	Dominuoja hiperaktyvumas/impulsyvumas
	Sudėtingas dėmesio sutrikimas ir hiperaktyvumas/impulsyvumas
	Kiti dėmesio ir aktyvumo sutrikimai
	Nepatikslintas dėmesio ir aktyvumo sutrikimas
Specifiniai mokymosi sutrikimai	Skaitymo, rašymo, matematikos sutrikimai
Motorikos sutrikimai	Specifinis motorikos funkcijos raidos sutrikimas
	Stereotipinių judesių sutrikimas
Kiti	Nepatikslinti raidos sutrikimai

Dalis sutrikimų diagnozuojami ikimokykliniame amžiuje, kiti (mokymosi sutrikimai, dėmesio ir aktyvumo sutrikimai) dažniausia nustatomi mokykliniame amžiuje.

### 10.2. Vaikų raidos sutrikimų epidemiologija, paplitimas Europoje ir pasaulyje.

Vaikų skaičius, turinčių raidos sutrikimų, didėjimas, tampa didele problema visame pasaulyje. Šiandien nuo 14% iki 17%, vaikų turi raidos sutrikimus. Paskutinių metų raidos

sutrikimų analizės duomenys rodo, kad 75.1 iš 1000 vaikų iki 5 metų amžiaus turi raidos sutrikimus (The Global Research on Developmental Disabilities Collaboration, 2022).

Lietuvos Higienos instituto duomenimis, bendras 0-6 amžiaus metų vaikų su raidos sutrikimais skaičius per metus yra apie 30 000, tai sudaro apie 14 proc. šio amžiaus vaikų.

Pasauliniais populiacijos tyrimų duomenimis mišraus raidos ir psichologinės raidos sutrikimo paplitimas apie 1-3 proc., Higienos instituto duomenimis Lietuvoje – apie 1,7 proc. Protinio atsilikimo paplitimas apie 1 proc.

Ypač pastaruoju metu didėja vaikų, turinčių autizmo spektro sutrikimus. Svarbu suprasti, kad autizmas yra ne vien vaikiško amžiaus sutrikimas. Šiandien – tai vaikas, turintis autizmo spektro sutrikimą, rytoj jis – suaugęs asmuo, besistengiantis gyvenime rasti savo vietą, todėl asmenų, turinčių ASS, skaičiaus didėjimas tampa rimtu iššūkiu visame pasaulyje. 2012 m. PSO autizmo paplitimą įvardijo 0,6 proc. visų vaikų populiacijos, šiandien JAV autizmas priskiriamas 1,85proc. vaikų. Kitos studijos nurodo dar didesnius skaičius (iki 3 proc.) (Elsabbag et al., 2012; Maenmer et al., 2020, Christensen et al., 2019).

Šiandien bendras autizmo spektro sutrikimų paplitimas Europoje, Azijoje ir Jungtinėse Amerikos valstijose yra 2-25/1000 arba apie 1 iš 40 – 1 iš 500. Autizmo spektro sutrikimai 3-4 kartus dažnesni tarp berniukų nei tarp mergaičių. Paplitimas tarp autizmo spektro sutrikimą turinčių vaikų brolių ir seserų nurodomas nuo 4 iki 14 procentų, kai kurių studijų duomenimis – iki 20 proc., ir iki 30 proc., kai šeimoje yra daugiau vaikų, turinčių autizmo spektro sutrikimų.

Higienos instituto duomenimis Lietuvoje 0–17 m. amžiaus asmenų grupėje autizmo spektro (įvairiapusių) raidos sutrikimų (F84) paplitimas 2016 m. buvo 278,8/100 000 vaikų, o 2021 m. – 538,9/100 000 vaikų. Berniukų rodiklis visais analizuojamais metais buvo 3–4 kartus didesnis nei mergaičių.

Bendras cerebrinio paralyžiaus paplitimas yra apie 2-3 iš 1000 gyvų gimusių vaikų. Pagerėjus labai mažo svorio, neišnešiotų naujagimių, kurių nebrandi nervų sistema ypač jautri nepalankiems veiksniams, išgyvenamumui, cerebrinio paralyžiaus paplitimas padidėjo. Paplitimas tarp neišnešiotų kūdikių dažnesnis nei tarp išnešiotų ir didėja, mažėjant gestaciniam amžiui ir gimimo svoriui: pavyzdžiui, gestaciniam amžiui esant mažiau nei 28 sav. – cerebrinio paralyžiaus paplitimas 82 iš 1000 gyvų naujagimių, daugiau nei 36 sav. – 1,4 iš 1000, naujagimio svoriui esant mažiau nei 1500 g – paplitimas 59 iš 1000, o daugiau nei 2500 g – 1,3 iš 1000 gyvų gimusių naujagimių. Vaikų, sergančių cerebriniu paralyžiumi, epidemiologinėse studijose 25 proc. buvo labai neišnešioti (gestacinis amžius mažiau nei 32 savaitės), 10-20 proc. - tarp 32-36 savaičių gestacinio amžiaus ir 60 proc. buvo išnešioti (daugiau nei 36 savaičių gestacinio amžiaus) [2].

### **10.3. Klinikinė problematika**

Sutrikusi vaiko raida yra vienas iš dažnai pasitaikančių skundų vaikų amžiuje, dėl kurio dažniausiai kreipiamasi į šeimos ar vaikų ligų gydytoją. Didėjant raidos sutrikimą turinčių vaikų skaičiui ir atsiradus efektyvių gydymo ir reabilitacijos metodų ypač didelę reikšmę įgauna ankstyvoji raidos sutrikimų diagnostika ir pagalba.

Ankstyvai raidos sutrikimo diagnozei nustatyti ir savalaikiai pagalbai vaikui ir šeimai labai svarbus gydytojo raštingumas vaiko raidos srityje, kuris apima vaikų normalios raidos įgūdžių įgijimo ir pagrindinių raidos sąvokų žinojimą, sugebėjimą atpažinti įvairius raidos sutrikimus ir raidos sulėtėjimą bei normalios raidos variacijas, išsiaiškinti svarbius biologinius ir socialinius rizikos faktorius. Svarbu gydytojui suvokti nenustatytų laiku raidos sutrikimų pasekmes vaiko sveikatai ir jo adaptacijai visuomenėje, galimos pagalbos formas (ankstyvoji reabilitacija, reabilitacija, įvairūs terapijos modeliai ir būdai.) ir jų pritaikymą vaikui ir šeimai,

juolab, kad didelė dalis vaikų laiku negauna jiems tinkamos pagalbos. Literatūros duomenimis (Shenouda J et al., 2022) iš 4050 aštuonerių metų amžiaus vaikų, tirtų 2006-20016 metais tik 1887 (46.6%) gavo savalaikę ankstyvąją reabilitaciją.

Dalis tėvų kurių vaikams įtariamas raidos sutrikimas neįvertina vaiko būklės ir laukia, kad vaikas iš problemos „išaugs“. Pirminės grandies gydytojų pareiga atlikus psichomotorinės raidos patikrą laiku nukreipti vaikus socialinio pediatro konsultacijai ir į Ankstyvosios reabilitacijos tarnybas. Tikimės, kad raidos sutrikimų priežiūros metodika padės pirminės grandies specialistams vykdyti šiuos veiksmus, o antrinio lygio specialistams (Ankstyvosios reabilitacijos specialistams) laiku pradėti reabilitacijos programą. Kartu nustatčius retas ligas perduoti pacientus retų ligų centrų medicinos priežiūrai bei tinkamai konsultuoti šeimos gydytojus ir retų ligų centrus šių vaikų gydymo ir ilgalaikės priežiūros klausimais.

#### **10.4. Metodinio dokumento tikslas ir reikalingumas.**

Šiuo metodiniu dokumentu siekiama:

- 10.4.1. Atnaujinti sveikatos priežiūros paslaugas vaikams teikiančių specialistų žinias ir įgūdžius atpažįstant vaikų raidos sutrikimų ankstyvuosius požymius ir juos diagnozuojant
- 10.4.2. Pateikti vaikų raidos sutrikimų diagnostikos algoritmus, kuriais galėtų remtis sveikatos paslaugas vaikams teikiantys gydytojai, diagnozuojant ir gydant dažniausius raidos sutrikimus sistemos susirgimus;
- 10.4.3. Pagerinti vaikų raidos sutrikimų diagnostiką ir sutrumpinti laiką nuo sutrikimo pasireiškimo iki ankstyvosios reabilitacijos pradžios;
- 10.4.4. Pagerinti įvairių specialistų bendradarbiavimą, užtikrinant vaikų raidos sutrikimų gydymo kompleksiskumą ir efektyvumą, sprendžiant pacientų logistikos klausimus;
- 10.4.5. Suaktyvinti vaikų raidos sutrikimų ir juos lydinčių medicininių bei socialinių problemų sprendimą.

### **11. METODINIO DOKUMENTO ĮGYVENDINIMO PRIORITETAI**

- 11.1. Vaikų raidos sutrikimų diagnostikos algoritmo sukūrimas ir įdiegimas į kasdieninę praktiką specialistams, teikiantiems pirminio bei kitų lygių asmens sveikatos priežiūros paslaugas sutrikusios raidos vaikams, tokiu būdu užtikrinant paslaugų kokybę šiai pacientų grupei;
- 11.2. TLK-10-AM sisteminių ligų sąrašų paremto vaikų raidos sutrikimų pradinio gydymo rekomendacijų sukūrimas bei įdiegimas ASPĮ, teikiančiose įvairių lygių asmens sveikatos priežiūros paslaugas vaikams, siekiant pagerinti gydymo kokybę ir efektyvumą.
- 11.3. Metodinė pagalba sveikatos priežiūros specialistams, siekiant atpažinti vaikų raidos sutrikimų rizikos veiksnius bei ankstyvus požymius ir laiku nusiųsti pacientus daugiadalykės komandos taikomai vaikų raidos sutrikimų ankstyvajai reabilitacijai, siekiant pagerinti vaikų integraciją ir socialinę adaptaciją visuomenėje, sumažinti neįgalumo lygį;
- 11.4. Pacientų ir jų tėvų (globėjų) mokymas geriau suprasti vaiko raidos ypatumus bei raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos principus, jų pritaikymo namų aplinkoje galimybes, gauti reikiamą vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos specialistų komandos pagalbą.

## **12. PACIENTO KELIO APRAŠYMAS**

### **12.1. VAIKŲ TURINČIŲ RAIDOS SUTRIKIMŲ DIAGNOSTIKOS IR GYDYMO PRINCIPAI PAGAL NUSTATYTUS PASLAUGŲ LYGIUS:**

- 12.1.1.** Pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos pagal SAM ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymą Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo organizavimo ir šių paslaugų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo tvirtinimo“ bei jo pakeitimus. Pirminio lygio paslaugos yra ambulatorinė vaikų sveikatos priežiūra, teikiama šeimos gydytojo arba vaikų ligų gydytojo pagal Lietuvos medicinos normoje MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ arba Lietuvos medicinos normą MN 66:2018 „Vaikų ligų gydytojas“ (jei paslaugas teikia vaikų ligų gydytojas) apibrėžtą kompetenciją.
- 12.1.2.** Jei PSPC ar rajone yra  $\geq 1500$  vaikų, jų sveikatos priežiūrai privalomas vaikų ligų gydytojas.
- 12.1.3.** Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos ambulatorinės, dienos stacionaro ir stacionaro paslaugos neskirstomos į lygius;
- 12.1.4.** Vaikams su raidos sutrikimais pagal poreikį gali būti teikiamos specializuotos antrinio lygio ambulatorinės konsultacijos ir stacionarinės vaikų ligų, vaikų specializuotos paslaugos (vaikų gastroenterologija, vaikų neurologija, vaikų onkohematologija, vaikų kardiologija, vaikų infekcinės ligos, vaikų nefrologija, vaikų pulmonologija, vaikų reumatologija, vaikų endokrinologija,). Taip pat LOR ,vaikų chirurgijos, vaikų abdominalinės chirurgijos (IIA, IIB), vaikių krūtinės chirurgijos, vaikų ortopedijos ir traumatologijos, vaikų plastinės ir rekonstrukcinės chirurgijos, vaikų širdies chirurgijos, vaikų urologijos.
- 12.1.5.** Vaikams su raidos sutrikimais pagal poreikį gali būti teikiamos specializuotos tretinio lygio ambulatorinės ir stacionarinės paslaugos, teikiamos universitetų ligoninėse ir kitose gydymo įstaigose, turinčiose licenciją III lygio paslaugoms. Tretinio lygio licencijuojamos stacionarinės paslaugos: vaikų alergologija, vaikų endokrinologija, vaikų gastroenterologija, vaikų onkohematologija, vaikų kardiologija, vaikų nefrologija, vaikų neurologija, vaikų pulmonologija, vaikų reumatologija.
- 12.1.6.** Vaikams su raidos sutrikimais pagal poreikį taip pat teikiamos III lygio licenzijuotos paslaugos kaip, įgimtų vaikų ligų chirurgija, vaikų abdominalinė chirurgija (IIIA, IIIB, IIIC), vaikų burnos chirurgija, vaikų burnos, veido ir žandikaulių chirurgija, vaikų krūtinės chirurgija, vaikų ortopedija ir traumatologija, vaikų plastinė ir rekonstrukcinė chirurgija, vaikų širdies chirurgija (IIIA, IIIB, IIIC), vaikų urologija (IIIA, IIIB, IIIC).

### **12.2. RAIDOS SUTRIKIMŲ PRIEŽASTYS**

Labai svarbu kuo anksčiau nustatyti raidos sutrikimą, bet ne mažiau svarbu nustatyti jo etiologinę diagnozę. Sutrikimo etiologija gali būti nustatoma nuo 40 iki 80 proc. sutrikimo atvejų. Dažniausiai tai – genetinių priežasčių sukelti sutrikimai, sudarantys apie 47 proc. atvejų. Nervų sistemos malformacijos sudaro iki 28 proc. atvejų, teratogenų poveikis nustatomas iki

21 proc. atvejų, perinatalinių veiksnių įtaka nustatoma iki 55 proc., postnatalinių – iki 11 proc. atvejų (Jimenez-Gomez, A, 2014).

3 lentelė. Dažniausios vaikų raidos sutrikimų priežastys.

1.	Prenatalinės priežastys	Genetinės mutacijos, delecijos ir kt. Chromosomų patologijos Nėštumo patologija Toksinių ir kt. medžiagų poveikis vaisiui Nėštumo infekcijos Kt.
2.	Perinatalinės priežastys	Virkštelės, placentos patologija Gimdymo patologija Neišnešiotumas Kt.
3.	Postnatalinės priežastys	Galvos smegenų traumos CNS infekcijos Kt.

Pacientą tiriančio gydytojo pirmoji užduotis – įtarti ir/ar nustatyti raidos sutrikimo diagnozę, atlikus psichomotorinės raidos patikrą. Svarbiausi tyrimo proceso komponentai – kruopščiai surinkta anamnezė ir išsamus fizinis ir sensorinis ištyrimas, vaiko raidos įvertinimas, etiologinės diagnozės nustatymas. Etiologinei diagnozei nustatyti gali prireikti genetinių, radiologinių ir laboratorinių tyrimų.

Vėliau tiksliai raidos sutrikimo diagnozei nustatyti reikalingas kompleksinis vaiko raidos tyrimas multidisciplininės komandos metodu, atliekamas Ankstyvosios reabilitacijos tarnybose ar Vaiko raidos centruose ir klinikose.

### 12.3. VAIKŲ RAIDOS SUTRIKIMŲ DIAGNOSTIKA

#### 12.3.1 BENDROSIOS NUOSTATOS

Vaikų raidos sutrikimų diagnostika – sudėtingas procesas. Vaiko raidos tyrimas apima įvairius raidos aspektus. Motorikos, kalbos, pažintinės, socialinės emocinės raidos sritys, buitinių - higieninių įgūdžių formavimasis negali būti tiriamas atskirtai vieni nuo kitų. Didelę reikšmę vaiko raidos diagnozei nustatyti turi vaiko adaptacijos procesai šeimoje ir visuomenėje.

Vaiko raidos tyrimo pagrindiniai tikslai yra:

1. Nustatyti vaiko raidos ypatumus, anksti diagnozuoti raidos sutrikimą ar nustatyti rizikos faktorius raidos sutrikimui atsirasti;
2. Nustatyti raidos sutrikimo priežastis;
3. Nustatyti stipriasias vaiko ir šeimos puses ir identifikuoti jų poreikius;
4. Remiantis vaiko tyrimo išvadomis, sudaryti reabilitacinę ir ugdymo programą.
5. Prognozuoti vaiko raidos sutrikimo išeią

Vaiko raidos tyrimas turi būti atliekamas, kai tėvai nerimauja dėl vaiko raidos ar elgesio, jei vaikas turi sveikatos sutrikimų, dažnai serga peršalimo ligomis, ausų uždegimais, lėtine liga, jei vaiko elgesys neatitinka vaiko amžiui būdingo elgesio. Vaiko raida tiriama, jei gydytojas įtaria raidos sutrikimą, jei vaikui nustatyta liga, kurios metu gali būti sutrikusi raida

(pvz. medžiagų apykaitos ligos), jei vaikui sunku mokytis mokykloje, jei yra nustatytas raidos sutrikimas, pvz. cerebrinis paralyžius ir kt. Vaikas tiriamas ramioje draugiškoje aplinkoje, dalyvaujant tėvams/globėjams.

Norint nustatyti sutrikusią raidą ir identifikuoti raidos sutrikimą reikia atsižvelgti į nuolatinę vaiko dinamiką bei stebėti pokyčius, kad būtų įvertintos galimos įvairios normalios raidos variacijos, susijusios su vaiko fizine sveikata, augimo ypatumais, somatinėmis ligomis ir kitomis būklėmis (13).

.Interpretuojant vaiko raidos tyrimo duomenis, svarbu įvertinti šeimos kultūrą, tautinius ypatumus, šeimos gyvenimo būdą. Atkreiptinas dėmesys į tėvų išsilavinimą, galimybes stimuliuoti vaiką. Dažnai skurdžiose šeimose vaikas nėra matęs daugelio žaislų, todėl testuojant vaiką būtina į tai atsižvelgti.

Raidos sutrikimų diagnostika atliekama norint nustatyti, ar vaiko raida yra įprastinė kaip ir daugelio vaikų, atipinė ar sutrikusi. Atipinės ar sutrikusios raidos atvejais vaiko įgūdžių įgijimo laikas ir seka sutrinka vienoje ar keliose raidos srityse. Specialistai, vertindami ir interpretuodami gautus vaiko raidos tyrimo duomenis, naudoja specialius terminus, kurie padeda nustatyti raidos sutrikimo diagnozę.

1. **Sutrikimas** – vienos ar daugiau raidos sričių sulėtėjimas. Gali būti stebimas visų raidos sričių sulėtėjimas (protinis atsilikimas) arba vienos raidos srities, pvz., kalbos, sutrikimas.

2. **Disociacija** pasireiškia vienos raidos srities didesniu sutrikimu negu kitos, pvz., sunkaus protinio atsilikimo atvejais visada labiau bus pažeista vaiko pažintinė ir kalbos raida negu motorika, cerebrinio paralyžiaus atvejais vaiko judesių raida bus labiau sutrikusi negu kitos sritys.

3. **Deviacija** (nukrypimas) vadiname būkle, kai vaikas vystosi ne pagal raidos seką vienoje ar keliose raidos srityse. Deviacija dažnai rodo esantį sutrikimą, pvz., vaikystės autizmo atvejais vaikas gali atlikti sudėtingas konstrukcines veiklas, neatlikdamas paprasčiausių buitinių užduočių, arba vaikas, kuris vertinamas kaip turintis cerebrinio paralyžiaus riziką, gali pirmiau išmokti stovėti, negu sėdėti.

4. Norint įvertinti, kiek stipriai yra pažeista viena ar kita sritis, skaičiuojamas **raidos koeficientas**. Raidos koeficientas gaunamas vaiko išsivystymo amžių padalinus iš vaiko chronologinio amžiaus ir padauginus iš 100. Jei raidos koeficientas yra mažesnis negu 50, vaiko raida yra stipriai sutrikusi, tokį vaiką reikia išsamiai iširti mediciniškai ir atlikti multidisciplininį vaiko raidos tyrimą. Vaikas, kurio raidos koeficientas yra didesnis negu 50, gali turėti lengvus raidos sutrikimus. Didesnis negu 80 raidos koeficientas rodo normos variantą, galimi labai nežymūs kokybiniai pakitimai. Vaikai, kurių raidos koeficientas mažesnis negu 50, dažniausiai turi organinius centrinės nervų sistemos pažeidimus, todėl indikuotina atlikti neurologinius, instrumentinius, laboratorinius ir kitus tyrimus.

### 12.3.2 VAIKO RAIDOS TYRIMO TESTAI

Vaiko raida tiriama atliekant atrankos, raidos ir specialius testus.

Pirminiame lygyje atliekami atrankos testai arba taikomi raidos klausimynai. Atrankos testai leidžia atrinkti tuos vaikus, kurie siejami su didesne rizika turėti raidos sutrikimus, pvz., gimę mažo svorio, neišnešioti, susiję su biologiniais ir socialiniais rizikos veiksniais raidos sutrikimui atsirasti arba jau matomi raidos sutrikimo požymiai.

Raidos atranka (skriningas) – specialus raidos tyrimo metodas, padedantis išaiškinti, kurių vaikų raida yra galimai sutrikusi. Tai gali būti klausimynas, kai tėvai ar su vaiku dirbantys specialistai apklausiami raštu ar žodžiu apie vaiko raidos ypatumus arba skalės ar

testai, kurių dėka nustatomas vaiko išsivystymo lygis atskirose srityse ir brėžiamas vaiko raidos profilis – kreivė.

Atrankos testai turi savo privalumų ir trūkumų. Vaiko psichomotorinės raidos tikrinimas atrankos metodu atliekamas atsižvelgiant į tėvų/globėjų nusiskundimus. Be abejo tėvai/globėjai apie savo vaiko raidą žino daugiausia, nes jie jį augina ir daugiausia laiko praleidžia su vaiku, geriausiai jį pažįsta, todėl jų pateikiama informacija dažniausiai yra patikima. Deja, ne visi tėvai vienodai gerai pastebi vaiko raidos ypatumus, nemažai tėvų neigia, nuvertina, bijo pripažinti vaiko problemas.

Raidos atrankos klausimynas yra patogus, greitas metodas, nereikalaujantis tiesioginio kontakto su vaiku, bet tėvų nuomonė dažnai subjektyvi, jie savo vaiką visuomet mato geresnės raidos negu jis gali būti. Skalė arba testas reikalauja papildomų priemonių, specialistų apmokymo, tiesioginio kontakto su vaiku, užima daugiau laiko.

Idealu, kad skrinimo testai būtų atliekami visiems vaikams, nes tai leistų anksti nustatyti, kurių vaikų raida sutrikusi. Lietuvoje taikoma psichomotorinės raidos tikrinimo metodika priskirtina atrankos testų kategorijai.

Nustačius padidėjusią riziką turėti raidos sutrikimą vaiko raida tiriama standartizuotais raidos testais, kurių tikslas yra įvertinti vaiko įgūdžius visose raidos srityse. Toks raidos vertinimas atliekamas Ankstyvosios reabilitacijos tarnybose, psichikos sveikatos centruose ir kt.

DISC skalė (Diagnostic inventory for screening children, 1984) naudojama vaikams nuo 2 savaičių iki 5 metų amžiaus. DISC testas sukurtas Kanadoje, Ontarijyje. Testu tiriamos 8 raidos sritys (bendroji ir smulkioji motorika, kalbos suvokimas ir kalbos raiška, girdimasis ir regimasis dėmesys ir atmintis, savarankiškumas, socialinė adaptacija). Vertinami kiekvienos srities įgūdžiai. Testas nepateikia bendro raidos rodiklio (koeficiento), kiekvienos skalės rezultatai vertinami atskirai. DISC siūlomas kaip instrumentas vaikams, turintiems raidos sutrikimų, atrinkti ir kaip pagalbini priemonė raidos diagnozei pagrįsti.

Vekslerio intelekto tyrimo skalė (Weschler Intelligence Scales for Children) WISC-III LT naudojama pažintinių procesų ir intelekto įvertinimui. Tiriami vaikai, įtariami dėl protinio atsilikimo, kitų intelekto sutrikimų ar turintys mokymosi problemų, nuo 6 iki 17 metų amžiaus. Testą atlieka psichologai ar kiti specialistai, turintys teisę jį atlikti. Testas sudarytas iš 2 dalių: verbalinės ir konstrukcinės. Pirmiausia atliekama testo dalis, po to tyrimo rezultatai žymimi protokole, vėliau interpretuojami testo rezultatai. Nustatomas verbalinis ir konstrukcinis intelekto koeficientai bei bendras intelekto koeficientas (IQ).

### 12.3.3 SUTRIKUSIOS RAIDOS VAIKO TYRIMAS

4 lentelė. Sutrikusios raidos vaiko tyrimas

<b>Etapai</b>	<b>Turinys</b>
Medicininė anamnezė	Ligos, biologiniai ir socialiniai rizikos faktoriai raidos sutrikimui atsirasti
Raidos anamnezė	Pažinimas Kalba ir kalbėjimas Bendroji ir smulkioji motorika Socialiniai įgūdžiai, emocinė raida Savitvarka
Somatinis vaiko ištyrimas	Fizinis augimas Įgimtos anomalijos Odos pakitimai



	Vidaus organų būklė Regėjimas Klausa
Neurologinis vaiko ištyrimas	
Medicininis laboratorinis ir instrumentinis ištyrimas	Igimtų infekcijų tyrimai, chromosominė molekulinė diagnostika, medžiagų apykaitos tyrimai, smegenų vaizdo tyrimai ir kt.
Multidisciplininis Vaiko raidos tyrimas	
Raidos sutrikimo diagnostika	
Vaiko ir šeimos ypatumai, vaiko adaptacija	

### 12.3.3.1 Anamnezė.

Kruopščiai surinkta medicininė ir vaiko raidos anamnezė yra pagrindas raidos sutrikimui nustatyti. Surinkti tiksliai anamnezei reikalinga gera tėvų/globėjų atmintis. Dažnai tik jie gali suteikti informaciją, kaip vaikas vystėsi, kada ir kokiomis ligomis sirgo, ar buvo skiepytas ir pan.

Tėvai/globėjai retai atsimena net svarbiausius raidos etapus, jei jų nuomone vaikas vystėsi normaliai. Žymiai daugiau informacijos galima gauti, jei vaiko raida tėvams/globėjams kėlė nerimą. Pokalbis su tėvais/globėjais yra pradinė vaiko raidos tyrimo dalis. Dažniausia ji nulemia tolimesnį sėkmingą ar nesėkmingą tėvų-specialistų bendradarbiavimą.

Svarbu išsiaiškinti pagrindinius tėvų/globėjų nusiskundimus dėl vaiko sveikatos, raidos, elgesio ar kitų problemų. Stebima tėvų/globėjų reakcija į vaiko problemas, jų pateikimo būdas. Tai leidžia išsiaiškinti psichologines ar kt. šeimos problemas, tėvų/globėjų pasiruošimą padėti vaikui. Vaiko amžius yra susijęs su atitinkamais raidos nusiskundimais. Pirmais gyvenimo metais dominuoja motorikos problemos (vaikas laiku nesėdi, nestovi, nevaikšto). Antrais -trečiais gyvenimo metais pradeda dominuoti kalbos sutrikimai, vėliau elgesio patologija. Mokslumo problemos išryškėja pirmaisiais mokykliniais metais. Tėvai/globėjai subjektyviai interpretuoja vaiko raidą, ypač jei ji yra sutrikusi. Jie visada papasakos apie kalbos problemas, bet labai retai pasiskųs pažintiniais vaiko sutrikimais, nors mato, kad vaikas daugelio dalykų nesupranta.

Surenkama informacija apie rizikos faktorius, kurie gali būti reikšmingi vaiko raidai. Yra biologiniai ir socialiniai rizikos faktoriai, turintys didelės įtakos vaiko raidai.

5 lentelė. Svarbiausi rizikos faktoriai, turintys įtakos raidos sutrikimams atsirasti

Rizikos faktorių grupės	Rizikos faktoriai
Biologiniai rizikos faktoriai	neišnešiotumas, ypač naujagimiai, kurių svoris iki 1500g ir adaptaciniame periode buvo smegenų kraujosrūvos
	vidutinio ir sunkaus laipsnio hipoksine encefalopatija;
	CNS infekcijos;
	maitinimo sutrikimai adaptaciniame laikotarpyje
	naujagimio sunki asfiksija (pidusimas
	chromosominė ir geninė patologija;

	įgimtos CNS vystymosi ydos;
	medžiagų apykaitos ligos
	epilepsija
	aklumas, kurtumas
	galvos smegenų traumos
	kt.
Socialiniai rizikos faktoriai	tėvų nepatyrimas, protinė negalia ar psichinė liga
	tėvų alkoholizmas
	tėvų bedarbystė
	blogos gyvenimo sąlygos, skurdas
	vaiko nepriežiūra
	fizinė, emocinė ar seksualinė prievarta
	neorganinis svorio augimo sutrikimas
	kt.

Raidos sutrikimui nustatyti labai svarbi vaiko raidos anamnezė. Kalbėdami su tėvais/globėjais sužinome, kaip vaikas vystėsi visose raidos srityse (pažinimo, kalbos, bendrosios ir smulkiosios motorikos, socialinės, emocinės raidos).

Lengviausiai tėvai/globėjai pasakoja apie motorinės sistemos raidą. Visuomenėje priimta manyti, kad 6 mėnesių kūdikis sėdi, 12 mėn. vaikšto, todėl jei vaikas šiuo laiku nepradeda to daryti, tėvai/globėjai greitai kreipiasi į specialistą. Tačiau dažnai tėvai laukia kol vaikas išaugs, jei jis turi kalbos ar suvokimo problemų. Tik neprakalbus vaikui 3-4 metų amžiaus, pasirodo raidos specialistams. Svarbu pažymėti, kad tėvai labai jautrūs vaiko kalbos sutrikimams, t.y. dažniausiai yra teisūs, nurodydami vaiko kalbos problemas. Smulkiai klausinėdami galime sužinoti apie vaiko prieškalbinių įgūdžių raidą, kalbos išraiškos ir supratimo vystymąsi.

Raidos regresija – vienas daugiausia nerimo sukeliantis požymis. Regresija dažnai susijusi su vaiko elgesio pasikeitimu. Būna sunku atskirti tikrą regresiją nuo pseudoregresijos. Tikroji regresija yra pakankamai reta. Tuo tarpu pseudoregresija gali būti stebima raidos sutrikimų atvejais. Regresiją dažnai pažymi tėvai, auginantys vaikus, turinčius autizmo spektro sutrikimą, cerebrinį paralyžių, psichomotorinės raidos sutrikimus ir kt. Cerebrinį paralyžių turintys vaikai, ir ypač tie, kurie greitai auga, dažnai parodo žymiai pablogėjusią judesių funkcinę būklę. 30 procentų atvejų autizmas prasideda raidos pseudoregresija, kai vaikas jau taręs kelis žodžius, juos nustoja sakyti. Raidos regresija visada yra svarbus simptomas ir dėl to vaikas būtinai turi būti nukreipiamas vaikų neurologo konsultacijai ir ištyrimui.

Tėvai stengiasi suteikti teisingą informaciją, tačiau būna ir išimčių. Vaiko prievartos ar Miunhauzeno sindromo atvejais gautą informaciją reikėtų vertinti labai atsargiai. Kartais tėvai nežino kaip atsakyti į specialistų klausimus arba neatsako, bijodami būti apkaltinti savo šeimos narių. Renkant anamnezę, reikia būti taktiškiems, nes priešingu atveju tėvai/globėjai užsisklės, ir surinkti informaciją bus labai sunku arba net neįmanoma.

### 12.3.3.2 Pediatriinis somatinis ištyrimas

**Fizinis augimas.** Vertindami vaiko somatinę būklę, kreipiame dėmesį į fizinį vaiko augimą (ūgio, svorio augimo dinamiką, galvos apimties augimą ir kt.). Fizinį vaiko išsivystymą vertiname pagal fizinio vystymosi lenteles. Didelę reikšmę sindromui nustatyti turi įgimtų anomalijų buvimas, odos pakitimai, vidaus organų padidėjimas. Būtinai turi būti ištiriama vaiko klausa ir rega.

Didelę reikšmę sindromui nustatyti turi įgimtų anomalijų buvimas, odos pakitimai, vidaus organų padidėjimas. Būtinai turi būti ištiriama vaiko klausa ir rega.

Medicininis vaiko tyrimas nėra toks malonus kaip raidos tyrimas, todėl turėtų būti atliekamas pabaigoje arba pakaitomis su raidos tyrimu.

**Odos pakitimai, įgimtos anomalijos** (širdies ydos, ortopedinės deformacijos ir kt.), vidaus organų padidėjimas, pakitimai akių dugne kartais leidžia diagnozuoti ligas, kurios sukėlė raidos sutrikimą. Pvz. tuberozinei sklerozei būdingas protinis atsilikimas, vidaus organų padidėjimas, ypač kepenų, būdingas mukopolisacharidozėms ir kitoms medžiagų apykaitos ligoms, kurioms būdingi ryškūs raidos sutrikimai. Motorinė ir kalbos raida sulėtėja, vaikui sergant širdies yda Yra nustatyta, kad vaikams su cerebriniu paralyžiumi žymiai dažniau randama įgimtų anomalijų smegenyse negu bendrai populiacijoje (Coorsen, Msall, 1991). Tokia pati tendencija stebima vaikams su protiniu atsilikimu, mokymosi sutrikimais.

Veido anomalijos dažnai leidžia įtarti specifinius sutrikimus. Apvalus veidas būdingas Prader-Willi, Laurence-Moon-Biedl, cri-du-chat sindromams. Trikampio formos veidą turi vaikai su Russell- Silver sindromu. Grubūs veido bruožai būdingi įgimtai hipotireozei, mukopolisacharidozėms, smulkūs - Williams'o sindromui. Nosies formos pakitimai būdingi Cornelijos de Lange, Rubinstein - Taybi sindromams. Įgimtų sindromų metu dažnos ausų, dantų, lūpų anomalijos.

**Regėjimas.** Akių pakitimai leidžia įtarti specifinius sindromus. Regos ištyrimas padeda diferencijuoti žievinį regos sutrikimą nuo specifinių akių sutrikimų. Sutrikusios raidos vaikams būdingi regos sutrikimai, kurie dar labiau apsunkina vaiko raidos procesus, ypač ankstyvojo vaiko-tėvų bendravimo formavimąsi. Didesnę riziką regos sutrikimams atsirasti turi neišnešioti kūdikiai. Tėvai gali įtarti regos sutrikimus kai vaikas į juos nežiūri, neseka judančių daiktų, nestebi artimųjų veidų, nefiksuoja žvilgsnio, nesišypso kalbinamas. Tokiu atveju tiriama vaiko rega. Bet reikia žinoti, kad tokius vaiko elgesio sutrikimus galima stebėti ir protinio atsilikimo, motinos ūmių emocinių sutrikimų atvejais, kai mama mažai bendrauja su vaiku, ir vaikas negauna pakankamos emocinės stimuliacijos. Labai svarbu kuo anksčiau koreguoti vaiko regėjimą.

**Klausa.** Nors atliekamas naujagimių klausos skringas klausia turi būti tiriama visiems vaikams, kuriems įtariamas raidos sutrikimas ir abejojama dėl vaiko girdėjimo. Kurčias vaikas gali guguoti net iki 9 mėnesių amžiaus. Tik vėliau jo kalbos raida sustoja. Klausia turi būti patikrinama neišnešiotiems naujagimiams, daug antibiotikų gavusiems vaikams ypač aminoglikozidų grupės, dažnai sergantiems ausų uždegimais, turintiems kaukolės-veido anomalijų, sergantiems įgimtomis infekcijomis (raudonuke, citomegalija ir kt.), jei tėvai ar vienas iš tėvų turi klausos sutrikimą. Be to klausia tikrinama, jei vaikas blogai kalba, yra ryškūs artikuliacijos sutrikimai. Rekomenduojama klausą tikrinti Dauno sindromą turintiems vaikams, nes įvairių autorių duomenimis 60-80% tokių vaikų neprigirdi. Indikacija klausos tyrimui - persirgtas meningitas, encefalitas. Pagrindinis nusiskundimas tėvų, kurie augina blogai girdintį vaiką, yra nekalbėjimas. Tačiau, jei neprigirdėjimas atsiranda po ūmių ausų uždegimų, tėvai gali skųstis blogu vaiko elgesiu. Dėl sutrikusios klausos vaikas negirdi daugybės mamos nurodymų, todėl gali atrodyti, kad jis neklauso tėvų.

**Neurologinis ištyrimas** . Neurologinio tyrimo metu tiriama galviniai nervai, raumenų tonusas ir raumenų jėga, sausgysliniai refleksai, tikrinami smegenėlių ženklai. Būtina iširti naujagimystės refleksus, padėties reakcijas, motorinių įgūdžių vystymąsi. Priklausomai nuo vaiko amžiaus tikrinami jutimai. Neurologinio tyrimo metu nustatomi motorinės raidos sutrikimai. Raumenų tonuso asimetrija, vienos rankos dominavimas pirmųjų metų vaikams leidžia įtarti vienos pusės paralyžių. Padidėjęs raumenų tonusas, išlikę naujagimystės refleksai, raumenų tonuso asimetrija - tai motorinės disfunkcijos požymiai.

#### 12.3.3.4. Medicininis laboratorinis ir instrumentinis ištyrimas

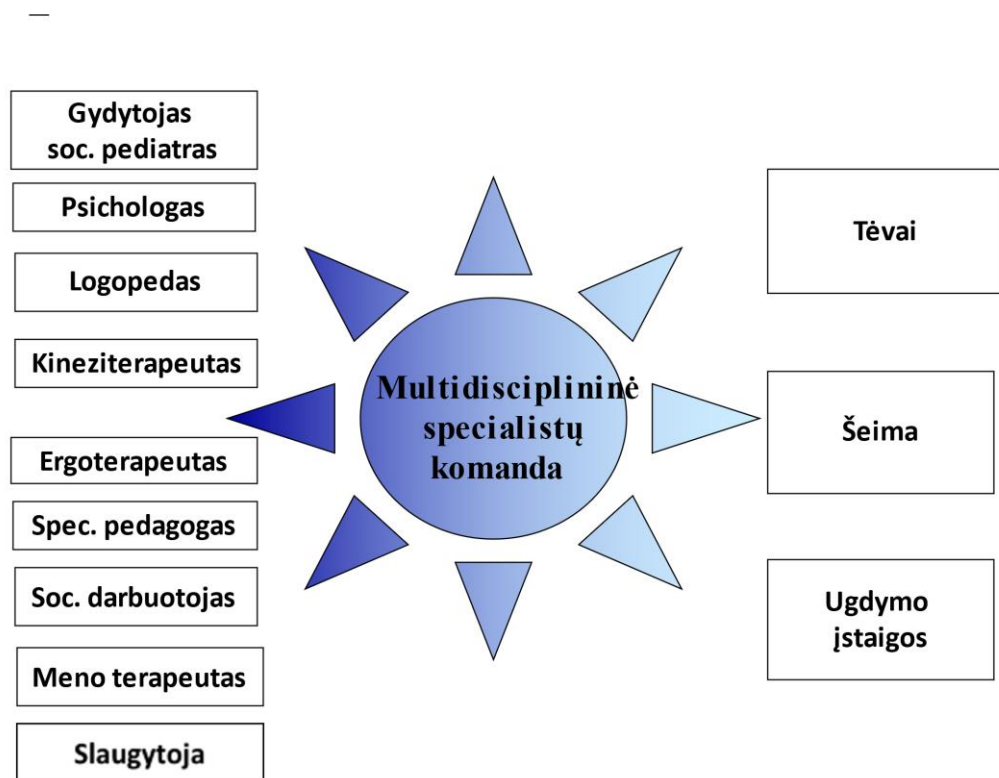
Medicininis instrumentinis ir laboratorinis tyrimas atliekamas raidos sutrikimo priežasčiai nustatyti. Tai labai brangūs tyrimai. Atliekami chromosominiai, genetiniai tyrimai, smegenų funkcijos tyrimai (EEG ir kt.) smegenų vaizdo tyrimai (kompiuterinė tomograma, magnetinio rezonanso tyrimas ir kt.), metaboliniai, hormonų tyrimai. Tiriamos įgimtos infekcijos, atliekami rentgenologiniai tyrimai, audiologiniais ir oftalmologiniais metodais tiriama vaiko klausa ir rega.

Raidos sutrikimo priežastis yra svarbi specialistams ir tėvams. Etiologinės diagnozės žinojimas leidžia prognozuoti raidos sutrikimo išeičių, žinoti su sutrikimu susijusias problemas, parinkti tinkamus gydymo ir reabilitacijos būdus. Tėvai nori žinoti, kodėl tai atsitiko jų vaikui, ar vaikas pasveiks. Tėvai sužinoję medicininę diagnozę, tampa ramesni, mažiau blaškosi, nustoja ieškoti “stebuklingo” daktaro ir daugiau dėmesio ima skirti vaiko raidos stimuliavimui.

### 12.3.3.3 Multidisciplininis vaiko raidos tyrimas

Šiuo metu dažniausiai taikomas multidisciplininis vaiko raidos tyrimas, kurį atlieka komanda specialistų (socialinis pediatras, psichologas, logopedas, kineziterapeutas, specialus pedagogas). Kiekvienas specialistas, ištyręs vaiką, pasidalina tyrimo duomenimis ir išvadomis su kitais komandos nariais ir su tėvais kartu dalyvauja terapinės ir ugdymo programos sudaryme ir vykdyme.

Labai svarbus tėvų/globėjų dalyvavimas komandoje.



Gydytojas nustato medicininę ir raidos diagnozę, sudaro gydymo planus, skiria įvairias terapijas, suteikia informacijos apie vaiko tolimesnę prognozę, siunčia konsultuoti pas kitus specialistus, koordinuoja komandos darbą.

Psichologas – atlieka specialius testus, kurių pagalba nustato vaiko išsivystymą, vertina vaiko elgesio formavimąsi, socialinę vaiko raidą, temperamento įtaką vaiko vystymuisi, konsultuoja šeimą, padeda spręsti vaiko elgesio ir psichologines problemas, padeda komandai spręsti vidaus problemas.

Logopedas – spec. pedagogas – padeda vaikui pažinti pasaulį, geriau kalbėti. Jo padedami tėvai išmoksta maitinti vaiką, ugdyti prieškalbinius įgūdžius.

Kineziterapeutas lavina vaiko judesius, pritaiko kompensacinę techniką vaiko sėdėjimui, stovėjimui. Ergoterapeutas skatina vaiko savarankiškumą, ugdo ir lavimą smulkiąją motoriką, taiko sensorinės integracijos ir kt. metodus.

Socialinis darbuotojas suteikia informacijos, kur galima gauti tinkamą pagalbą, apie socialines garantijas ir lengvatas, padeda šeimai spręsti buitines problemas, tampa šeimos advokatu, padeda šviesti visuomenę.

Klinikinis stebėjimas – vienas svarbiausių vaiko raidos tyrimo būdų. Nė vienoje medicinos srityje stebėjimas nėra toks svarbus, kaip raidos pediatrijoje. Stebėjimo metu matome vaiko elgesį naujoje vietoje, santykius su mama ir specialistu, žaidimo būdą, girdime kalbą, matome motorikos įgūdžius.

Tikslesnei diagnostikai pasiekti vaikai turėtų būti tiriami ne tik standartizuotais testais, bet ir stebimi namuose. Svarbu, kad vaiko tyrimo metu aktyviai dalyvautų tėvai, kurie turėtų būti smulkiai informuojami apie visus raidos tyrimo aspektus.

Vaiko raidos tyrimas apima 4 bazinius komponentus:

1. raidos nusiskundimų įvertinimas, kruopštus medicininės ir raidos anamnezės surinkimas, rizikos faktorių, galimai turinčių įtakos vaiko raidai, nustatymas
2. bendras vaiko fizinės, somatinės ir neurologinės būklės įvertinimas
3. kompleksinis vaiko raidos tyrimas, įvertinant 5 vaiko raidos sritis: stambiają ir smulkiąją motoriką, ekspresinės ir receptinės kalbos raidą, pažintinę bei socialinę emocinę raidą.
4. medicininis vaiko ištyrimas turint tikslą nustatyti etiologinę raidos sutrikimo diagnozę

### 12.3.3.5 Raidos sutrikimo diagnostika

Nustačius sutrikimą vienoje ar keletose raidos sričių, įvertinus vaiko somatinę, neurologinę būklę, atlikus reikalingus instrumentinius tyrimus, nustatomas raidos sutrikimas. Yra skiriami šie raidos sutrikimai.

#### **Raidos sutrikimai:**

1. mišrūs specifiniai raidos sutrikimai, psichologinės raidos sutrikimas;
2. protinis atsilikimas,
3. cerebrinis paralyžius
4. specifinis motorinės funkcijos raidos sutrikimas
5. kalbos ir kalbėjimo sutrikimas;
6. įvairiapusiai raidos sutrikimai, autizmas;
7. dėmesio ir aktyvumo sutrikimai
8. mokymosi sutrikimai.

9. klausos sutrikimai;
10. regos sutrikimai.

Raidos sutrukimams ypač būdingas komorbidiškumas. Jie dažnai susiję su funkciniais sutrikimais (maitinimo, miego problemomis, sutrikusiu tualetu įgūdžių formavimuisi, nuo ankstyvo amžiaus stebimu padidėjusiu dirglumu ir verksmingumu, sutrikusia motorine, kalbos raida, sensoriniais sutrikimais, elgesio, socialinėmis, emocinėmis problemomis, intelekto problemomis ir sutrikusia vaiko adaptacija visuomenėje.

6 lentelė. Svarbi informacija raidos sutrikimo ištyrimui ir diagnostikai

Kalbos sutrikimai	Specifinis mišrus raidos sutrikimai, psichologinės raidos sutrikimas, protinis atsilikimas	Autizmo spektro sutrikimai	Cerebrinis paralyžius
Anamnezė	Anamnezė	Anamnezė	Anamnezė
Fizinė ir somatinė vaiko būklė	Fizinė ir somatinė vaiko būklė	Fizinė ir somatinė vaiko būklė	Fizinė ir somatinė vaiko būklė
Klausos tyrimas	Klausos tyrimas	Klausos tyrimas	Klausos, regos tyrimas
Genetinis ištyrimas (jei yra indikacijos)	Genetiniai tyrimai, sindromų nustatymas	Genetiniai tyrimai, sindromų nustatymas	Nustatymas CP formos, sunkumo lygis
	Metabolinis ištyrimas (jei yra indikacijos)	Metabolinis ištyrimas (jei yra indikacijos)	MRT
	MRT	EEG, MRT	Genetinis ir metabolinis ištyrimas, esant atipiniam CP

#### Vaiko raidos vertinimo duomenų interpretavimas

Įvertinus vaiko raidą nustatomi raidos sutrikimo simptomai.

Stambiosios motorikos raidos koeficientas mažiau 50 leidžia įtarti rimtus motorikos sutrikimus ir dažnai būna susijęs su cerebrinio paralyžiaus diagnoze. Kalbos ir pažintinės raidos koeficientai, esantys 50-70 ribose, leidžia įtarti, kad vaikui vystosi protinis atsilikimas, ypač jei jis susijęs su vaiko adaptacijos problemomis. Kalbos sutrikimas be pažintinės raidos sutrikimo leidžia įtarti kalbos raiškos problemas. Kalbos problemos susijusios su socialinės sąveikos sutrikimais nukreipia autizmo spektro sutrikimo diagnozės link..

7 lentelė. Diagnostinis raidos vertinimo duomenų interpretavimas

	Cerebrinis paralyžius	Protinis atsilikimas	Komunikacijos sutrikimas	Autizmo spektro sutrikimas
Stambiosios motorikos sutrikimas	MRQ<50	Nėra arba gali būti	Nėra arba gali būti	Nėra arba gali būti
Kalbos sutrikimas	Nėra arba gali būti	KRQ <70	Sutrikimas	Sutrikimas

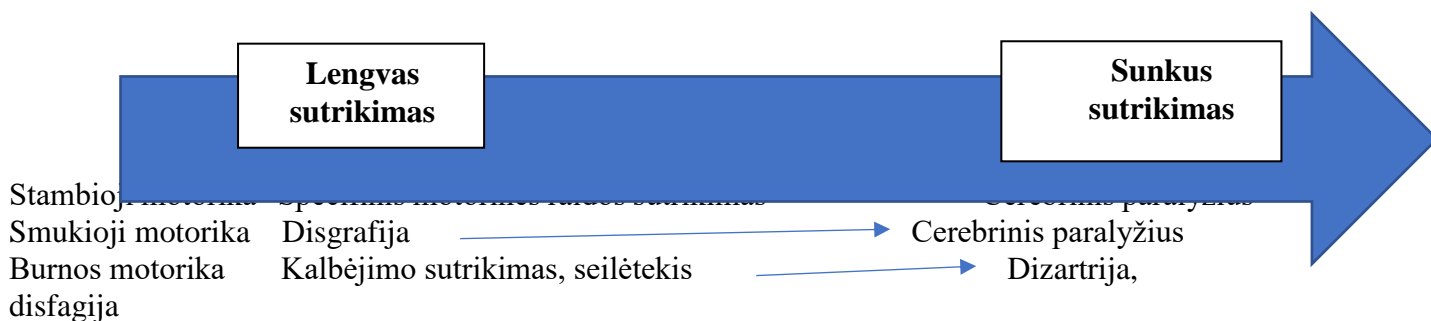
Pažintinės raidos sutrikimas	Nėra arba gali būti	PRQ<70	Nėra	Nėra arba gali būti
Adaptacijos sutrikimas	Nėra arba gali būti	Sutrikimas	Nėra	Nėra arba gali būti
Socialinės raidos sutrikimas	Nėra arba gali būti	Nėra arba gali būti	Nėra arba gali būti	Sutrikimas

MRQ- motorinės raidos koeficientas  
KRQ- kalbos raidos koeficientas  
PRQ- pažintinės raidos koeficientas

Kreipiamas dėmesys į gretutinius sutrikimus ir ligas. Nustačius hemipleginį cerebrinį paralyžių vaikas turi būti tikrinamas dėl galimos epilepsijos ir homoniminės hemianopsijos. Spazminės diplegijos atvejais vaiką reikia tirti dėl intelekto sutrikimo. Vaikas, turintis kalbos raidos sutrikimą bei žemą raumenų tonusą turi didelę riziką mokymosi sutrikimams. Kalbos sutrikimai, susiję su socialinio bendravimo problemomis ir sensoriniais sutrikimais, leidžia įtarti galimą autizmo spektro sutrikimą.

Kiekvienoje raidos srityje stebimas spektrinis požymių pasireiškimas: lengvesni sutrikimai yra dominuojantis prieš sunkesnius. Lengviausia judesio pasireiškimo forma- specifinis motorinės funkcijos raidos sutrikimas, pasireiškiantis nerangiais vaiko judesiais, motorinio planavimo sutrikimais ir kitais „mažaisiais“ motorikos pakenkimo požymiais (sinkinezės, judesio netikslumai, koordinacijos sutrikimais ir kt.), tuo tarpu kitame spektro gale vadinami „ didieji“ neurologiniai požymiai (naujagimystės refleksų persistencija, spazmiškumas, iškelti sausgysliniai refleksai, diskinezija, ataksija ir kt.) susiję su cerebrinio paralyžiaus diagnoze. Mažieji neurologiniai požymiai įtakojantys smulkiają s motoriką bus susiję su vaiko rašymu (disgrafija), kasdieninių veiklų (sagų segimas ir pan.) atlikimu. Didieji neurologiniai požymiai indikuos hemipleginį ar kvadrupleginį cerebrinį paralyžių. Lengvi burnos motorikos sutrikimai pasireišk nežymiais maitinimosi sutrikimais, seilėtekis, nežymiai išreikštu artikuliacijos sutrikimu, tuo tarpu sunkūs sutrikimai bus susiję su dizartrija, disfagija, kurios būdingos sunkioms cerebrinio paralyžiaus formoms. Lengvų motorinės raidos sutrikimų nustatoma žymiai daugiau (~10%), o cerebrinio paralyžiaus paplitimas išlieka 0.36%.

#### Motorikos sutrikimo spektras



#### Pažintinės raidos sutrikimų spektras



Sulėtėjusi vaiko pažintinė raida  
IQ 80-89

Ribinis intelektas IQ 70-79

Protinis atsilikimas IQ<70

#### Raidos sutrikimo diagnostikos pagrindiniai principai

1. raida tiriama įvertinant vaiko motorinę, pažintinę, kalbos ir socialinę emocinę sritis
2. raidos sutrikimas, disociacija, nukrypimas atspindi centrinės nervų sistemos disfunkciją. Ryškesni sutrikimo, disociacijos ir nukrypimo požymiai susiję su didesnėmis vaiko elgesio problemomis
3. kiekvienoje raidos srityje stebimas spektrinis požymių pasireiškimas: lengvesni sutrikimai yra dominuojantis prieš sunkesnius
4. daugybinės raidos, elgesio problemos dominuoja lyginant su izoliuotais vienos raidos srities sutrikimais (gretutinių sutrikimų pasireiškimas yra taisyklė negu išimtis)

#### 12.3.3.6 Vaiko ir šeimos ypatumai, vaiko adaptacija

Svarbu, kad vaiko tyrimo metu aktyviai dalyvautų tėvai, kurie turi būti smulkiai informuojami apie visus raidos tyrimo aspektus. Interpretuojant vaiko raidos tyrimo duomenis, svarbu įvertinti šeimos kultūrą, tautinius ypatumus, šeimos gyvenimo būdą. Atkreiptinas dėmesys į tėvų išsilavinimą, galimybes stimuliuoti vaiką. Dažnai skurdžiose šeimose vaikas nėra matęs daugelio žaislų, todėl testuojant vaiką, būtina į tai atsižvelgti, geriausia tyrimą atlikti pakartotinai praėjus kuriam laikui.

Didelę reikšmę turi šeimos tyrimas. Iš tėvų sužinome apie vaiko savybes, kurios gali būti reikšmingos vaiko reabilitacijos ir ugdymo programai sudaryti. Svarbu leisti tėvams pareikšti savo nuomonę visais klausimais, kantriai juos išklausti, įvertinti šeimos vertybes, įpročius, kultūrą, bendravimą, gyvenimo būdą, surasti stipriąsias šeimos puses, aptarti pagalbos šeimai būdus ir galimybes.

Testavimo duomenis gali paveikti vaiko elgesys. Vaikai gali atsisakyti atlikti užduotis. Hiperaktyvūs vaikai ties užduotimi susikaups labai trumpai. Svarbu įvertinti vaiko elgesio įtaką gautiems raidos tyrimo duomenims, o kartais vaiko raidos negalime tirti, nepradėjus taikyti elgesio terapijos.

Vaiko raidos tyrimo duomenis nulemia ir vaiko būklė tyrimo metu. Didelę įtaką turi vaiko bendra sveikata. Kosintis, sloguojantis, blogai besijaučiantis vaikas užduotis atliks blogiau, prasčiau susikaups, todėl ir rezultatai nebus teisingi.

Svarbu tirti vaiką jo aktyviojo dienos laiku, kada vaikas sotus, nemieguistas, nesusijaudinęs. Mažesni vaikai turėtų priprasti prie naujos patalpos ir tyrėjo. Rekomenduojama tirti ramioje aplinkoje, tam pritaikytame kambaryje. Tyrimo metu turėtų dalyvauti tėvai.

Vaiko raida turi būti tiriama vertinant įvairius raidos aspektus, įskaitant ir vaiko funkcionavimą jo gyvenamojoje aplinkoje (įvairiapusis holistinis raidos vertinimas). Vertinant vaiko raidą tik centre ar kitoje įstaigoje gauti duomenys gali neparodyti viso vaiko galimybių vaizdo. Todėl labai svarbūs raidos, elgesio, adaptacijos duomenys, gaunami iš vaiko šeimos,



ugdymo įstaigos, užklausinės veiklos būrelių, gydymo įstaigų ir kt. Tiesioginis ar netiesioginis stebėjimas gyvenamojoje aplinkoje – svarbi vaiko funkcionavimo vertinimo dalis

#### 12.3.4 PAŽINTINĖS RAIDOS SUTRIKIMAI

Specifinis mišrus raidos sutrikimas, psichologinės raidos sutrikimas, protinis atsilikimas (intelektų sutrikimas)

TLK-10 -AM  
F83/F88  
F70\F1/72/73

Šie raidos sutrikimai yra susiję vienas su kitu, bet jų pasireiškimas gali būti skirtingas. Visi jie prasideda vaikystėje ir yra susiję su pažintinės, kalbos ir socialinės raidos sutrikimais. Tačiau pirmaisiais dviem gyvenimo metais ŠG, VLG įvertinti vaiko pažintinę raidą ir laiku nustatyti sutrikimus gali būti pakankamai sudėtinga.

##### **Mišrūs specifiniai raidos sutrikimai, psichologinės raidos sutrikimas**

1. žymiai sumažėjusios vaiko galimybės suprasti naują ir sudėtingą informaciją, išmokyti naujų įgūdžių,
2. sumažėjusios vaiko savarankiškumo ir socialinio funkcionavimo galimybės
3. sutrikimas nustatomas ankstyvajame vaiko amžiuje ir paveikia vaiko raidą

Sutrikimai nustatomi iki 3 procentų vaikų populiacijos. Vienos raidos srities sutrikimai stebimi 10%–15% vaikų, kelių - 1%–3% vaikų iki 5 metų amžiaus. Šių sutrikimų metų gali būti stebimos visų raidos sričių raidos problemos, bet daugiausia išreikštos pažintinės, kalbos ir socialinėje srityse.

Sutrikimai pagrįdai nustatomas vaikams iki 5 metų amžiaus, vėliau sutrikimo išėitis turėtų būti tikslinama. Specifinis mišrus raidos sutrikimas, (MSRS) psichologinės raidos sutrikimas (PRS) gali praeiti ir vaiko raida gali pasiekti amžiaus normą. Vaikas gali turėti mokymosi sutrikimus (disleksija, diskalkulija, disgrafija arba mišrų mokymosi sutrikimą). Jei išlieka žymūs pažintinės, kalbos ir socialinės raidos sutrikimai nustatomas įvairaus sunkumo laipsnio protinis atsilikimas (intelektų sutrikimas).

## MSRS, PRS išėitys

### Lengvas MSRS

Miūrūs specifiniai raidos sutrikimai, kai vaiko raidos koeficientas, vertinant DISC metodika ar kitu vaiko amžių ir diagnozė atitinkančiu testu, bent trijose raidos srityse atitinka 51–80 % (vaikams iki 8 metų)

SMRS gali praeiti ir vaikas gali pasiekti amžiaus normą arba turėti ribinį intelektą, mokymosi sutrikimus (disleksija, disgrafija, diskalkulija, miūrūs mokymosi sutrikimai)- kol nepradeda eiti į mokyklą nustatyti labai sunku.

Gali būti nustatomas lengvas protinis atsilikimas (IQ 50 (55)-70) +adaptacijos sutrikimas

### Vidutinis MSRS

Miūrūs specifiniai raidos sutrikimai, kai vaiko raidos koeficientas, vertinant DISC metodika ar kitu vaiko amžių ir diagnozė atitinkančiu testu, bent trijose raidos srityse atitinka 31–50 % (vaikams iki 8 metų)

Gali būti nustatomas lengvas protinis atsilikimas (IQ 50 (55)-70) +adaptacijos sutrikimas) arba vidutinis protinis atsilikimas (IQ 35(40)- 50 (55) +adaptacijos sutrikimas).

### Sunkus MSRS

Miūrūs specifiniai raidos sutrikimai, kai vaiko raidos koeficientas, vertinant DISC metodika ar kitu vaiko amžių ir diagnozė atitinkančiu testu, bent trijose raidos srityse iki 30 % (vaikams iki 8 metų)

Gali būti nustatomas gilus arba sunkus protinis atsilikimas IQ <20 (25) +adaptacijos sutrikimas

Miūrūs specifiniai raidos sutrikimai, psichologinės raidos sutrikimas nustatomi, kai vaiko raida atsilieka ne mažiau kaip dviejose raidos srityse ne mažiau kaip per 2 raidos standartines deviacijas.

Lengvas raidos sutrikimas nustatomas kai vaiko funkcinis amžius atitinka 33% žemiau jo chronologinio amžiaus, vidutinis, jei nustatomas 34–66% atsilikimas, sunkus- 66% žemiau chronologinio amžiaus.

Šie raidos sutrikimai yra dažniausi ankstyvojo amžiaus vaikų.. Labai svarbu ne tik laiku įvertinti sutrikimo požymius, sutrikimo priežastis. bet ir nustatyti raidos sutrikimo prognozė ir rizikos faktorius, galinčius apsunkinti vaiko adaptaciją visuomenėje.

## Diagnostiniai kriterijai MSRS ir PRS

Raidos sutrikimas (atsilikimas) per 2 standartine deviacijas bent 2 raidos srityse:

Stambiosios ir smulkiosios motorikos  
kalbos ir kalbėjimo srityje  
socialinėje emocinėje raidos srityje  
savarankiškumo srityje

Nustatomas vaikams iki 5 metų amžiaus.

### Diagnostiniai kriterijai MSRS ir PRS

- raidos sutrikimas (atsilikimas) per 2 standartine deviacijas bent 2 raidos srityse:
- Stambiosios ir smulkiosios motorikos
- kalbos ir kalbėjimo srityje
- socialinėje emocinėje raidos srityje
- savarankiškumo srityje

Nustatomas vaikams iki 5 metų amžiaus.

### Pagrindinės mišraus specifinio raidos sutrikime, psichologinės raidos sutrikimo priežastys

Genetinės	chromosominiai sutrikimai (pvz. Dauno sindromas, trapios X chromosomos sindromas ir kt.)
	nervų-raumenų ligos
	metaboliniai sutrikimai (pvz. fenilketonurija ir kt. )
Įgimtos smegenų raidos anomalijos	mikrocefalija, hidrocefalija ir kt.
Prenatalinės priežastys	teratogenai (pvz. alkoholis, narkotikai ir kt.)
	įgimtos infekcijos (pvz. citomegalija, toksoplazmozė ir kt.)
	hipotireozė
Perinatalinės priežastys	neišnešiotumo komplikacijos (intraventrikulinės hemoragijos, periventrikulinė leukomaliacija ir kt.)
	hipoksiniai sutrikimai
	metaboliniai sutrikimai (pvz. hipoglikemija, hiperbilirubinemija ir kt.)
Postnatalinės priežastys	smegenų traumos
	CNS infekcijos (pvz. meningitai, encefalitai ir kt.)
	metaboliniai sutrikimai (pvz. hipoglikemija ir kt.)

Deja literatūros duomenimis raidos sutrikimo priežastys nustatomos pakankamai retai. Remiantis anamneze, somatiniu vaiko ištytumu ir instrumentiniu vaiko ištyrimu etiologinė diagnozė buna nustatoma nuo 12.5% iki 38.6% atvejų.

Kada rekomenduojama atlikti medicininių intrumnetinių laboratorinių ištyrimų?

1. jei vaikas turi sunkų raidos sutrikimą, kai raidos koeficientas < 50
2. jei yra žymiai pakenktos bent 2 raidos sritys

### 3. jei vaikas patyrė raidos regresą

Etiologinės diagnozės nustatymas leidžia pasirinkti tinkamą gydymo ir reabilitacijos taktiką. Žinoti galimas komplikacijas ir komorbidiškumą, galėti prognozuoti raidos sutrikimo išeičių.

Protinis atsilikimas – tai žmogaus būklė (raidos sutrikimas), kuriai būdingas visų raidos sričių sutrikimas (atsilikimas nuo amžiaus normos), bet daugiausia pažintinės funkcijos, pasireiškiantis intelekto problemomis ir adaptacijos sutrikimais. Protinis atsilikimas nustatomas iki 18 metų

#### Protinio atsilikimo (intelektų sutrikimo) diagnostiniai kriterijai

1. IQ sutrikimas (<70), pasireiškiantis abstrakčiu mąstymu, problemų sprendimu, planavimu ir kt. nustatomu klinikinio stebėjimo būdu ir atliekant intelekto vertinimą
2. Adaptacijos sutrikimais, pasireiškiančiais komunikacijos, savitvarkos, savarankiško gyvenimo, socialinių įgūdžių, mokėjimo pasirinkti, visuomeninio gyvenimo ir kt. problemomis
3. Nustatomas iki 18 metų amžiaus

8 lentelė. Ankstyvoji vaikų, turinčių intelekto sutrikimą, raida

Pirmi gyvenimo metai	Kūdikiams ramūs, mažai verkia, ilgai miega, dažnai vangūs
	Maitinimo sutrikimai dėl silpno čiulpimo
	Miega ilgai, sunku pažadinti maitinimui
	Raumenų hipotonija
	Vėluoja prieškalbiniai įgūdžiai
	Vėluoja socialinė šypsena
	Vėluoja motorinė raida
Antri gyvenimo metai	Kalbos ir kalbėjimo sutrikimai
	Sutrikęs vangus vaiko bendravimas
	Ilgai nepradeda mėgdžioti
	Savarankiškumo sutrikimai
Ikimokyklinis amžius	Dažnai padidėjęs vaiko judrumas
	Susikaupia trumpam
	Mažai iniciatyvūs, menka motyvacija
	Ryškėja problemų sprendimo sunkumai
	Sunkumai suprasti priežasties-pasekmės ryšius

	Sunku išmokti sudėtingas veiklas
Mokyklinis amžius	Nesupranta abstrakčių sąvokų
	Mokymosi sunkumai
	Sunkiai sukaupia dėmesį, gali būti impulsyvumas
	Augant mažiausiai sutrikusi motorika
	Kuo sunkesnis intelekto sutrikimas, tuo anksčiau matoma jo klinika Sunkus sutrikimas gali būti matomas iki 2 metų amžiaus, lengvas gali būti nustatytas tik mokykliniame amžiuje

### Intelekto sutrikimo (protinio atsilikimo) nustatymas

Norint laiku nustatyti raidos sutrikimą, būtina kompleksiskai tirti ir stebėti vaiko raidą. Deja, raidos sutrikimai dažnai diagnozuojami pavėluotai. Ypač dažnai taip atsitinka, kai tėvai/globėjai ir specialistai ignoruoja vaiko vystymosi sulėtėjimą, laukdami, kol vaikas jį „išsaugos“. Vaiko raida tiriama įvairiais būdais. Galima apie vaiko raidą sužinoti naudojant specialius klausimynus tėvams, skiriant vaikui tam tikras užduotis, naudojant specialiuosius (standartizuotus) testus. Efektyviausiu laikomas raidos tyrimo būdas, kurį taikant apklausiami tėvai, surenkama anamnezė, stebimi vaiko įgūdžiai, atliekamas neurologinis tyrimas ir raidos tyrimas specialiuoju (standartizuotu) testu. Kaip jau buvo minėta, vaiko raidos tyrimas atliekamas multidisciplininiu komandos metodu. Kiekvieną vaiką tiria komanda specialistų, kurie šio proceso metu dalijasi duomenimis vienas su kitu.

Vaikų raidos diagnostikai taikomi specialūs testai. Kaip jau buvo minėta, Lietuvoje dažniausiai atliekamas *DISC* testas, padedantis nustatyti vaiko įgūdžių lygį atskiruose raidos srityse: smulkiosios ir bendrosios motorikos, kalbos suvokimo ir išraiškos, girdimojo ir regimojo dėmesio ir atminties, savarankiškumo bei socialinės adaptacijos. Šis testas leidžia nustatyti vaiko silpnąsias ir stipriąsias puses, tačiau jo rezultatų nepakanka protiniam atsilikimui diagnozuoti.

Protinio vystymosi diagnostikai naudojami specialūs intelekto vertinimo testai, kuriuos atlieka psichologai. Lietuvoje dažniausiai naudojamas *WISC – III (Wechsler)* testas. Šis testas padeda patikslinti protinio vystymosi diagnozę ir atliekamas 6 metų bei vyresniems vaikams. Gauti rezultatai paverčiami standartiniais balais, kurie rodo intelekto koeficientą (IQ). Pagal mokslininkų susitarimą riba tarp normalaus ir sutrikusio intelekto laikomas IQ = 70. Tačiau nustatant šią ribą svarbu atsižvelgti ir į socialinius bei pedagoginius aspektus, išanalizuoti, kokiomis sąlygomis vaikas auga, kaip jis ugdomas ir kokia socialinė aplinka jį supa.

### Intelekto sutrikimo lygiai

#### **Lengvas intelekto sutrikimas (IQ 50-70)**

Žmonės, turintys lengvą intelekto sutrikimą, gali gyventi savarankišką gyvenimą. Vaikas gali pasiekti 3-6 mokymosi klasės lygį, su problemomis susiduria, kai reikia mokytis sudėtingų disciplinų (chemijos, fizikos ir pan.)

Asmenys tvarkosi buityje, turi neblogus bendravimo įgūdžius. Daugelis iš jų gali dirbti, dalyvauti visuomenės gyvenime. Pagrindinis sutrikimo bruožas- sumažėjęs gebėjimas

mokyti, asmenys nesugeba abstrakčiai mąstyti, neturi savikritikos, yra egocentiški, dažnai nesuvaldo savo potraukių, Šie asmenys paprastai yra veiksnūs, gali tuoktis, priimti sprendimus visais gyvenimo klausimais, gali vairuoti transporto priemonę. Jie iš esmės sugeba užsiimti veikla, reikalaujančia praktinių, o ne akademinį įgūdžių, paprastai dirba mažai kvalifikuotą ar nekvalifikuotą darbą. Labai lengvai pasiduoda kitų įtakai, jais labai lengva manipuliuoti, įtikinti.

#### **Vidutinis intelekto sutrikimas (IQ35- 49).**

Žmonės nesugeba abstrakčiai mąstyti, skaičiuoti, tik kartais išmoksta skaityti ir rašyti. Jų atmintis dažniausiai būna trumpalaikė, dažniausiai mechaninė, jie sunkiai sukaupia dėmesį ilgesniam laikui. Gali išmokti 1-3 klasių mokymo kursą. Sugeba užmegzti ryšius su kitais žmonėmis, bendrauja, dalyvauja nesudėtingose socialinėse veiklose, yra labai patiklūs ir prieraišūs. Dažniausiai jie gyvena su tėvais ar kitais teisėtais globėjais, nes patys savarankiškai savimi pasirūpinti negali ir jiems reikalinga kito žmogaus pagalba. Nemažai suaugusių sutrikusio intelekto žmonių gyvena socialinės globos namuose

#### **Sunkus ir gilus intelekto sutrikimas (IQ 20-35 ir žemesnis)**

Žmogaus raida stipriai atsilieka. Kalba būna labai skurdi, kartais gali ištarti tik atskirus žodžius ar garsus arba gali kalbėti daug, bet iš esmės nesuprasti jų reikšmės. Gali į klausimą atsakyti tuo pačiu klausimu (echolalijos). Dažniausiai veiksmais ir gestais išreiškia būtinausius fiziologinius poreikius, parodo, kad nori gerti, valgyti, tuštintis, miegoti. Sutrikusio intelekto asmenys nesugebantys kalbėti, bendrauti išreiškia save kitais būdais- elgesiu ir laikysena. Nors poreikis bendrauti paprastai būna labai didelis, mums įprastų bendravimo formų jie nenaudoja Gyventi atskirai negali. Jiems reikalinga pastovi kito žmogaus pagalba.

9 lentelė. Intelekto sutrikimo lygiai ir jų klinikinė charakteristika

<b>Lengvas PA</b>	<b>Vidutinis PA</b>	<b>Sunkus PA</b>	<b>Gilus PA</b>
75-90% atvejų	10-25% atvejų	10-25% atvejų	10-25% atvejų
IQ 50-70	IQ 35-49	IQ 20-34	IQ <20
Raidos sulėtėjimas visose srityse	Atsilikimas, ypač kalbos	Ryškus atsilikimas, vėluoja motorika	Ryškus atsilikimas visose srityse
Įprastos išvaizdos	Gali būti dismorfiniai bruožai	Menka komunikacija arba jos nėra	Įgimtos anomalijos
Įgauna praktinius įgūdžius	Gali išmokti paprastos komunikacijos	Gali išmokti dienos rutiną ir kai kurias veiklas	Reikalinga pastovi pagalba
Akademiniai matematikos ir skaitymo įgūdžiai (3-6 klasė)	Higieniniai įgūdžiai	Labai paprasti savitvarkos įgūdžiai (įsidėti maistą į burną)	Pastovi pagalba
Socialiai bendrauja	Gali dalyvauti paprastose veiklose	Reikalingi nurodymai ir pastovi pagalba	Reaguoja į socialinius stimulus
Gali įgyti darbo įgūdžius	Gali atlikti išmoktas veiklas prižiūrint	Pastovi pagalba	Pastovi pagalba

Vaikui gali būti įtartas pažintinės raidos atsilikimas, jei

vaikas turi galvos, veido anomalijų  
ilgai išlieka naujagimystės refleksai  
tinkamai nereaguoja į aplinką ar tėvus iki 12 mėn. amžiaus  
nevaikšto 18 mėn. amžiaus  
nesako nė vieno žodžio 18 mėn.  
socialinės sąveikos sutrikimai 3 metų amžiaus  
vaikas turi raidos sutrikimą

### 12.3.5 AUTIZMO SPEKTRO SUTRIKIMŲ DIAGNOSTIKA

Autizmas ir jo spektro sutrikimai (ASS) – kompleksiniai raidos sutrikimai, kuriems iš esmės būdingi bendravimo ir socialinių santykių su kitais asmenimis sunkumai. Jie pasireiškia kokybiniais socialinio bendravimo, komunikacijos bei elgesio ypatumais ir yra vieni sudėtingiausių vaiko raidos sutrikimų.

#### TLK-10 -AM

Pagal TLK-10-AM, kuri naudojama Lietuvoje, autizmo spektro sutrikimai priskiriami įvairiapusių sutrikimų (F 84) grupei. Pastaroji apima tokius sutrikimus:

- F84.0 Vaikystės autizmas
- F 84.1 Atipiškas autizmas;
- F 84.2 Retto sindromas;
- F 84.3 Kiti dezintegraciniai vaikystės sutrikimai;
- F 84.4 Hiperaktyvumo sutrikimas, susijęs su protiniu atsilikimu ir stereotipiniais judesiais;
- F 84.5 Aspergerio sindromas;
- F 84.8 Kiti įvairiapūsiai raidos sutrikimai;
- F 84.9 Nepatikslintas įvairiapūsis raidos sutrikimas.

Visiems autizmo sutrikimams būdingi socialinės sąveikos, bendravimo ir elgesio ypatumai. Svarbiausias jų – kokybiškai ktoniška vaiko ir kitų asmenų sąveika. Vaikas nesiekia arba siekia bendravimo, bet dėl savo ypatumų nejaučia, kaip sukurti tarpusavio santykius. Tai ypač akivaizdu stebint to paties amžiaus vaikų santykius. Dažnai vaikas, turintis ASS, nepasitiki savimi, intuityviai nejaučia kitų vaikų bendravimo intencijų, jį slegia greita veiksmo eiga ir situacijos pasikeitimai, bendravimo taisyklių nesuvokimas.

Autizmas – polietiologinis sutrikimas. Tai reiškia, kad nėra vienos priežasties, galinčios sukelti autizmo spektro sutrikimus. Esama daug veiksnių, lemiančių vaiko smegenų pakenkimą, kuris pasireiškia tam tikrais požymiais, įvardijamais autizmo diagnoze. Šiuo metu laikoma, kad autizmą sukelia įvairūs kenksmingi organiniai, biologiniai ir genetiniai veiksniai. Pagrindiniai autizmo požymius sukeliantys mechanizmai – smegenų struktūros disfunkcija ir biocheminių procesų sutrikimas smegenyse. (Sharma ir kt., 2018; Muhle ir kt., 2018).

10 lentelė. Pagrindiniai autizmo požymiai

	<b>Požymių grupė</b>	<b>Klinikinė išraiška</b>
1.	Socialinės sąveikos sutrikimas	Akių kontakto stoka
		Noro bendrauti ir kurti santykius stoka
		Nemokėjimas sukurti abipusių santykių
		Socialinių taisyklių nesupratimas
		Intuityvus bendravimo nepajutimas
		Kito žmogaus elgesio intencijų nejutimas
2.	Kalbinio ir nekalbinio bendravimo sutrikimas	Kalbos stoka
		Kūno kalbos, gestų stoka
		Sunkumai palaikant pokalbį
		Nesugebėjimas pasakoti
		Sunkumai pradedant pokalbį ir jį palaikant
		Echolalijos
		Sutrikęs socialinis žaidimas
3.	Elgesio ypatumai, priklausantys nuo pomėgių, ribotumų, sensorinių sutrikimų	Ribotas interesų ratas
		Reikalavimas laikytis rutinos
		Susidomėjimas keistais dalykais, veiklomis ir pan.
		Stereotipijos
		Sensoriniai sutrikimai

#### Socialinės sąveikos ir santykių sutrikimo požymiai

Pagrindinis autizmo požymis – sutrikusi socialinė sąveika, ryškiausiai pastebima tarp vaikų bendraamžių. Vaikai, turintys autizmo spektro sutrikimų, nesugeba žaisti socialinių žaidimų, dažnai nesupranta jų taisyklių, nemoka įsilieti į žaidimą ir dėl to tampa pasyviais stebėtojais. Jie mieliau renkasi vienatvę negu bendravimą, ypač jei šalia nėra asmens, kuris padėtų dalyvauti bendrose veiklose. Kuo vaikas mažesnis, tuo labiau į šalia esančius žmones linkęs reaguoti kaip į daiktus: nesistengia su jais užmegzti ryšio, nepalaiko žvilgsnio kontakto.

Vaikai su ASS turi pažintinės empatijos sutrikimų. Pažintinė empatija – sugebėjimas racionaliai suprasti ir atpažinti žmogaus emocijas bei numatyti kito žmogaus intencijas, tolimesnę emociją ir elgesį. Vaikai, turintys ASS, intuityviai nejaučia kitų žmonių elgesio motyvų, todėl ypač sunkiai supranta sudėtingų veiklų ir elgesio priežasties-pasekmės sekas. Juos vargina sparti emocijų kaita, nesugebėjimas greitai prisitaikyti prie pasikeitusių aplinkybių. Šie vaikai savaime nesuvokia socialinių visuomenės taisyklių, dviprasmybių, perkeltinės prasmės, o dėl empatijos stokos viską supranta pažodžiui. Jiems sudėtinga pažvelgti į situaciją kito žmogaus akimis. Bendraudami su kitais žmonėmis, vaikai nesuvokia

daugelio dalykų, todėl nori vadovauti ir reikalauja, kad būtų laikomasi jų pačių sukurtų taisyklių, nes tada žino, ko tikėtis bei laukti, ir jaučiasi pakankamai saugūs

#### Kalbinio ir nekalbinio bendravimo sutrikimas

Dėl kalbos ir komunikacijos problemų vaikams, turintiems ASS, kyla didelių sunkumų bendraujant su kitais žmonėmis. Daugiau kaip pusė vaikų turi kalbos sutrikimų, o kai kurie jų visai nenaudoja kalbos kaip bendravimo priemonės. Tik nedidelė dalis šių vaikų šneka ir



bendraudžia, bet visi vaikai su ASS dažniausiai nesuvokia pagrindinės kalbėjimo prasmės – komunikacijos, padedančios gauti ir perduoti turimą informaciją. Kalbantys vaikai kalbą vartoja neįprastu būdu: jie kalba monotoniškai, neemocingai, bendraudami nenaudoja gestų, mimikos. Šių vaikų kalbai būdingos echolalijos, jie dažnai pasako su kontekstu nieko bendra neturinčius žodžius, kartoja seniau girdėtas frazes, visai nesusijusias su kalbėjimo situacija. Kartais atrodo, kad vaikai nesugeba žodžių sudėti į frazes ir prasmingus sakinius, kai kurie jų kalba tik pavieniais žodžiais. Vyresni vaikai nemoka palaikyti pokalbio, pasakoti, kalbos pritaikyti prie socialinio konteksto, dažnai tesugeba atsakyti į užduotą klausimą vienu žodžiu ar trumpa fraze. Jų sakiniai paprastai būna gramatiškai netaisyklingi.

Viena silpnųjų raidos pusių – kalbos supratimas. Nekalbantys vaikai su ASS sunkiai supranta kitus, o juos pačius suprasti dar sunkiau, todėl dažnai jie palengva nutolsta nuo kitų žmonių ir visiškai liaujasi bendravę.

#### Elgesio ypatumai, priklausantys nuo pomėgių, ribotumų, sensorinių sutrikimų

Vaikai, turintys ASS, yra kitokie ir iš kitų vaikų labiausiai išsiskiria netipišku elgesiu. Tokie vaikai dažnai vaikšto ant pirštų, atlieka stereotipinius judesius (plasnoja rankomis, suka ratus, linguoja, purto galvą ir pan.). Jiems būdingi netikėti užsiėmimai ir neįprasti pomėgiai, stiprus, bet ribotas domėjimasis aplinka, sunkinantis bendravimą su bendraamžiais. Vaikams su ASS būdingas stiprus noras ir atkaklus siekimas daryti tai, ką nori, kas patinka ar domina, neatsižvelgiant į kitų norus ir poreikius.

Vaikai, turintys autizmo spektro sutrikimų, paprastai domisi ne visu daiktu, bet atskiromis jo dalimis, pvz., suka mašinėlės ratus, domisi kalendoriaus skaičiais, audinio rašto linijomis, plastmasiniais dangteliais ir panašiomis smulkmenomis, kurios daugeliui žmonių atrodo visiškai nereikšmingos. Vaikai su ASS skiriasi nuo kitų vaikų polinkiu į vienodumą. Jie dažnai renkasi stereotipinius žaidimus, pvz., deda daiktus į eilutes, stato bokštus, dėlioja tas pačias dėliones ir pan. ASS turintys vaikai neretai turi savų „apsėdimų“: nuolatos įkyriai domisi vien dinozaurais, traukiniais, kompiuteriais ar kitais jiems itin patinkančiais dalykais. Atėmus jų mėgstamą daiktą, sukeliama audringos emocijos: vaikai pyksta, šaukia, gali tapti agresyvūs

#### Pagrindiniai gretutiniai autizmo sutrikimai

Autizmo spektro sutrikimai pasireiškia kartu su kitais raidos sutrikimais. Tokiu atveju kalbame apie komorbidiskumą. Dažniausiai autizmą lydi kalbos sutrikimai (pagal TLK-10 verbalinės ir neverbalinės kalbos sutrikimai yra diagnostinis autizmo požymis), dėmesio ir aktyvumo sutrikimas, judesių sutrikimai, intelekto sutrikimas, judėjimo sutrikimai ir kt. Beveik 80 proc. vaikų turi išreikštus nerimo simptomus, didelė dalis serga depresija ir kitais psichikos sutrikimais (16)

Sutrikusi kalba žymiai apsunkina vaikų, turinčių ASS, bendravimą. Vaikai, turintys autizmo spektro sutrikimų, neturi įgimto komunikacijos poreikio. Jie pakankamai greitai suvokia, kad bendravimas, kuris leidžia patenkinti savo poreikius, yra svarbus ir naudotinas, bet santykių su kitu asmeniu kūrimas jiems yra bereikšmis. Daugiau kaip pusė vaikų turi kalbos sutrikimų, o kai kurie jų visai nenaudoja kalbos kaip bendravimo priemonės. Tik nedidelė dalis šių vaikų šneka ir bendraudžia, bet visi vaikai su ASS dažniausiai nesuvokia pagrindinės kalbėjimo prasmės – komunikacijos, padedančios gauti ir perduoti turimą informaciją, ja dalintis. Viena silpnųjų kalbos raidos pusių – kalbos supratimas. Nekalbantys vaikai su ASS sunkiai supranta kitus, o juos pačius suprasti dar sunkiau, todėl dažnai jie palengva nutolsta nuo kitų žmonių ir visiškai liaujasi bendravę.

Kitas dažnas raidos sutrikimas einantis kartu su ASS – intelekto sutrikimas. Sunku atsakyti, kaip dažnai šis sutrikimas sutinkamas, nes literatūroje paskelbti duomenys yra labai

įvairūs. Vieni autoriai (Matson. et al., 2009) teigia, kad 80 proc. vaikų su ASS turi sutrikusį, 10 proc. – ribotą ir 10 proc. – normalų intelektą, kitų duomenimis – skaičiai svyruoja (17).

JAV centro Ligų ir prevencijos centro duomenimis 2022 m. paskelbti duomenys teigia, kad 2018 m. tik 31 proc. tokių vaikų turi protinio atsilikimo diagnozę (IQ<70), 25 proc. vaikų turi ribinį intelektą (IQ 71–85) ir 44 proc. vaikų IQ yra normalus arba aukštesnis (IQ >85) (4)

Judesių sutrikimai pasireiškia motorinio mokymosi (planavimo) sutrikimais. Beveik trečdalis vaikų su ASS turi stambiosios ir (ar) smulkiosios motorikos sutrikimų. Stambiosios ir smulkiosios motorikos sutrikimai atsiranda dėl motorinės kontrolės, sensorinių ir neurologinių problemų. Proprioreceptinės sistemos sutrikimai (savojo kūno nesuvokimas aplinkoje), neurologinės problemos (sutrikusi kūno padėties kontrolė, žemas raumenų tonusas, sumažėjusi raumenų jėga), motorinio planavimo sutrikimai, motyvacijos dalyvauti aktyviuose žaidimuose stoka, greitas nuovargis turi įtakos judėjimo sunkumams. Smulkiosios motorikos sutrikimų kyla ir dėl akies bei rankos koordinacijos problemų. Vaikų, turinčių ASS, motorinius sutrikimus galima apibrėžti terminu „motorinė apraksija“, reiškiančiu sutrikusį gebėjimą suvokti bei organizuoti tikslingus judesius ir veiksmus.

Kitas dažnas raidos sutrikimas – dėmesio ir aktyvumo sutrikimas. Nors vaikai su ASS dėl savo sensorinių problemų turi dėmesio sutrikimų, yra labai judrūs, greitai sujaudinami, dalis jų demonstruoja žymiai labiau išreikštus dėmesio koncentravimo ir aktyvumo sutrikimų simptomus. Šie vaikai yra labai judrūs, negali išsėdėti vienoje vietoje, elgiasi impulsyviai, labai sunkiai sukaupia ir išlaiko dėmesį. Kuo vaikas mažesnis, tuo sunkiau atskirti autizmo ir hiperaktyvumo simptomus, jie tarsi dengia vieni kitus. Augant hiperaktyvumo požymiai tampa ryškesni ir dominuojantys.

Dėmesio ir aktyvumo, hiperkineziniai sutrikimai nustatomi nuo 30 iki 61 proc. vaikų, turinčių autizmo spektro sutrikimų (18, 19, 20), kitų autorių duomenimis, iki 80 proc. atvejų

Kitos problemos, dažnai einančios su ASS, yra specifiniai mokymosi sutrikimai, nerimas (11–84 proc.), miego (vaikai sunkiai užmiega, dažnai prabunda, anksti keliasi ir pan., stebima 40–80 proc. vaikų), valgymo sutrikimai (70 proc.), pasireiškiantys išrankumu maistui, epilepsija (8–46 proc. vaikų) (21)

Traukuliai, arba epilepsija, nustatoma kiek daugiau nei trečdaliui vaikų, turinčių autizmo spektro sutrikimų. Šia liga dažniau serga tie vaikai, kuriems nustatomas intelekto sutrikimas arba kurie neteko raidos įgūdžių (regresija). Epilepsija gali būti labai įvairi, pasireiškianti ir vienos rūšies, ir kelių rūšių traukuliais. Prasidėti ji gali bet kuriuo laiku – pradedant anktyva vaikyste ir baigiant paauglyste. Tokiu atveju vaikai yra gydomi priešepilepsiniais vaistais.

### Vaikų, turinčių ASS, vertinimo principai

Vaikų, turinčių autizmo spektro sutrikimų, raidos vertinimą atlieka multidisciplininė specialistų komanda. Ją sudaro gydytojas, psichologas, logoterapeutas, specialusis pedagogas, kineziterapeutas, ergoterapeutas ir kiti specialistai. Vertinami vaiko pažintiniai įgūdžiai, kalbėjimo ir kalbos, socialinio bendravimo ir adaptacijos funkcijos. Vaiko elgesys turi būti stebimas įvairių situacijų metu ugdymo įstaigoje, namuose, visuomenėje. Labai svarbu išsiaiškinti vaiko gebėjimus, stipriąsias ir silpnąsias sritis ir specialiuosius ugdymosi poreikius. Svarbu susirinkti informaciją apie vaiką iš tėvų, ugdymo, sveikatos specialistų. Prašomos charakteristikos iš ugdymo įstaigų, užklausinės veiklos specialistų ir pan. apie vaiko elgesį, ugdymosi ir mokymosi galimybes, bendravimą grupėje su kitais vaikais, elgesio ir komunikacijos ypatumus.

Medicinos įstaigose autizmo spektro sutrikimas yra diagnozuojamas remiantis kriterijais Tarptautinės ligų klasifikacijos dešimtojoje redakcijoje (TLK-10 ir TLK-10 AM).

Surenkama vaiko ligos, raidos ir gyvenimo anamnezė. Idealu būtų informaciją susirinkti atliekant struktūruotus testus, pvz., Autizmo diagnostinį interviu (ADI-R). Surinkus anamnezę, atliekamos standartizuotos diagnostikos skalės ir testai (Autizmo diagnostinis interviu (ADOS), Vaikystės autizmo įvertinimo skalė (CARS) ir kt.).

Autizmo diagnostikos „auksinis standartas“ – autizmo diagnostinis interviu (ADI-R) ir diagnostinis autizmo vertinimas (ADOS).

Autizmo diagnostinis interviu (ADI-R) (angl. Autism Diagnostic Interview™, Revised, second edition, Ann Le Couteur, M. B. B. S., Catherine Lord, Ph.D., Michael Rutter, M. D., F. R. S., 2003) plačiai taikomas kaip tėvams / globėjams skirtas klausimynas. Šis tyrimas skirtas diagnozuoti autizmą ir atskirti jį nuo kitų raidos sutrikimų. Jį sudaro 93 klausimai apie vaiko raidos ypatumus, elgesį, bendravimą ir kalbos raidą.

Diagnostinis autizmo vertinimas, angl. ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition. Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S., Gotham, K., & Bishop, S. L., Luyster, R. J., Guthrie, W. (2012), – diagnostikos instrumentas, suteikiantis galimybę nustatyti autizmą ir jo sunkumo lygį. ADOS-2 – tai pusiau struktūruotas, standartizuotas socialinio afekto ir riboto, pasikartojančio elgesio vertinimas, skirtas asmenims, kuriems yra įtariami autizmo spektro sutrikimai. ADOS-2 metodika gali būti pradėta naudoti nuo 12 mėn. amžiaus. Atsižvelgiant į verbalinius vaiko gebėjimus, naudojamas standartizuotas 4 modulių priemonių rinkinys. Pirmasis modulis apima ikiverbalinę (pavienių) žodžių stadiją (12–30 mėn. vaikams), antrasis – ikiverbalinę (pavienių) žodžių stadiją (vaikams nuo 31 mėn.), trečiasis – frazinę kalbą, ketvirtasis – sklandžią kalbą (taikomas vaikams ir paaugliams). Kiekviename modulyje yra pateikiamos standartizuotos veiklos, skirtos išryškinti vertinamo asmens chronologinį amžių ir psichologinės bei kalbinės raidos amžių atitinkančius elgesio ypatumus. Naudojamas modulis turi būti pasirenkamas prieš vertinimą. Siekdamas objektyviau įvertinti tiriamo asmens elgesio ypatumus, specialistas gali taikyti keletą pasirinktų modulių.

Lietuvoje autizmo sutrikimo sunkumo laipsniui nustatyti pasitelkiama Vaikystės autizmo įvertinimo skalė, standartinė versija, CARS2 – ST (Childhood Autism Rating Scale Second Edition, Schopler, E., Van Bourgondien, M. E., Wellman, G. J. and Love, S. R., 2010) yra vertinimo instrumentas, tinkantis diferencijuoti autizmo ir intelekto sutrikimų atvejus. Ši skalė kartais naudinga planuojant vaikų su ASS terapijos metodus, sudarant individualią vaiko ugdymo programą. Vertinami šie ypatumai: ryšys su žmonėmis, mėgdžiojimas, kūno valdymas, daiktų naudojimas, prisitaikymas prie pokyčių, emocinės ir vizualinės reakcijos, garso, lytėjimo, skonio, uoslės atsakas ir šių pojūčių naudojimas, verbalinis ir neverbalinis bendravimas, aktyvumo lygmuo, mąstymo nuoseklumas ir lygmuo, bendri pastebėjimai. Kita vaikystės autizmo įvertinimo skalė yra Aukštesnių gebėjimų versija CARS2- HF (Childhood Autism Rating Scale, 2 d. ed., High Functioning Version, Schopler, E., Van Bourgondien, M. E., Wellman, G. J., Love, S. R., 2010) taikoma normalaus intelekto vaikams tuo pačiu tikslu kaip ir standartinė.

Labai svarbu, kad vaiko raidos vertinimą atliktų specialistų komanda, turinti darbo patirtį su vaikais, turinčiais autizmo spektro sutrikimų. Būtina išklausti tėvų nuomonę apie vaiko gebėjimus, elgesį, bendravimą, turėti informacijos apie vaiko prisitaikymą namuose, ugdymo įstaigoje ir kitose aplinkose. Reikia surinkti visapusišką informaciją iš kuo daugiau vaiką pažįstančių žmonių įvairiose jo gyvenimo situacijose. Informacija, surinkta iš tėvų (globėjų) ir vaiko ugdymo įstaigos personalo, papildo viena kitą ir leidžia tiksliau įvertinti vaiko raidos ypatumus.

Vaiko raidos vertinimui svarbus socialinio ir adaptacinio elgesio stebėjimas. Vaikai, turintys ASS, pasižymi labai netolygiais įvairių raidos sričių gebėjimais, dažnai jų elgesys ir bendravimas gerai pažįstamoje aplinkoje tinkamas situacijai, tačiau jiems labai sunku

prisitaikyti ir atlikti tas pačias užduotis kitoje aplinkoje ir (nors ir panašioje) situacijoje. Todėl itin sudėtinga iširti ir įvertinti jų gebėjimų lygį.

Lietuvoje iki šiol nėra standartizuotų testų vaikų, turinčių ASS, raidos sutrikimams nustatyti. Intelektu lygį siūloma vertinti remiantis visa turima ir prieinama informacija apie vaiką, jo raidos, elgesio, pasiekimų, gebėjimų ypatumus, t.y. pagal anamnezės duomenis, surinktą informaciją iš vaiko tėvų (globėjų) bei ugdytojų, iš stebėjimo ir/ar vaiko raidos tyrimo standartizuotu testu (rekomenduotinas ADOS), adaptacinio elgesio, socialinio brandumo. Kartais galima naudoti Lietuvos sąlygoms pritaikytus vaikų raidos vertinimo metodus.

Reguliarus vaiko elgesio ir gebėjimų vertinimas yra integracinė vaiko raidos skatinimo ir ugdymo programos dalis.

### 12.3.6 JUDESIŲ RAIDOS SUTRIKIMŲ DIAGNOSTIKA

Klasifikacija pagal TLK-10-AM:

F82 Specifinis judesių raidos sutrikimas.

Specifiniam judesių raidos sutrikimui yra būdingas motorinės koordinacijos pažeidimas, kurio priežastis nėra vien bendra intelektinė negalia ar bet koks įgimtas ar įgytas neurologinis sutrikimas. Taip pat su motoriniu nevikrumu gali būti susijęs tam tikro laipsnio vizualinių ar erdvinių kognityvinių užduočių atlikimo sutrikimas, kuris gali turėti įtakos išskylantiems tiek mokymosi, tiek socialinės integracijos sunkumams. Dažniausiai šis sutrikimas pasireiškia ankstyvame amžiuje ir gali išlikti paauglystėje bei suaugus.

Šio sutrikimo priežastys nėra žinomos. Tinkamam judesių atlikimui reikalinga neurologinių, psichologinių bei biologinių procesų atitinkama koordinacija kartu su tinkama propriocepcija, vestibuline integracija, jėga, pusiausvyra, koordinacija, vikrumu, vizualinėmis galimybėmis bei vizuoline judesių koordinacija. Mokslinių tyrimų metu atliekamos galvos smegenų vaizdinės studijos įrodo, kad skirtingi smegenų aktyvacijos ir baltosios medžiagos ryšiai, bei genetinės priežastys gali turėti įtakos sutrikimui išsivystyti.

Smulkiosios ir stambiosios motorikos pažeidimo lygis gali būti įvairus, o pats pobūdis gali kisti vaikui augant, be to, judesių raidos stadijos gali būti uždelstos. Taip pat judesių raidos sutrikimus gali lydėti kalbos raidos sutrikimai (dažniausiai kalbos tarimo). Pirmasiais metais gali būti atžymimi sunkumai kūdikiui čiulpiant ir ryjant. Maži vaikai gali būti nevikrūs, lėčiau pradėti bėgioti, šokinėti, lipti laiptais aukštyn ir žemyn, pastebimi sunkumai mokantis užsirišti batų raišteliu, valyti dantis, užsisiegti ir atsiegti sagas, mesti ir gaudyti kamuolį, žaidžiant gaudynes, mokinantis važiuoti dviračiu. Dažnai stebimi nerangūs vaiko smulkiosios ir stambiosios motorikos judesiai (išmeta daiktus iš rankų, kliūna už kliūčių ar atsitrenkia į jas, pastebimi sunkumai laikant pieštuką, prasta rašysena, sunku kirpti su žirkleėmis). Taip pat gali būti prasti piešimo gebėjimai, sunkumai dėliojant dėliones, žaidžiant konstrukcinius žaidimus.

Specifinio judesių raidos diagnostika

(pagal DSM-V pataisytą leidimą (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR))

judesių koordinacijos įgūdžiai yra gerokai žemesni negu tikimasi, atsižvelgiant į vaiko chronologinį amžių ir galimybes išmokyti naujus įgūdžius ir juos panaudoti
--

menki pasiekimai reikšmingai ir nuolat trukdo atlikti užduotis chronologinį amžių atitinkančioje kasdieninėje veikloje, ikimokyklinei, mokykliniam ir profesinei veiklai bei laisvalaikiui
--

simptomai prasidėjo ankstyvuoju raidos laikotarpiu
motorinių įgūdžių sutrikimas negali būti paaiškinamas intelekto ar regos negaliai ir negali būti priskiriamas kitai neurologini ar nervų – raumenų ligai, turinčiai įtakos judėjimui (pvz., cerebrinis paralyžius, raumenų distrofija, degeneracinės ligos)

Klinikinio ištyrimo metu gali būti nustatomas neurologinių struktūrų nebrandumas: choreiforminiai galūnių judesiai, veidrodinio pobūdžio judesiai, prastos smulkiosios ir stambiosios motorikos koordinacijos požymiai („švelnieji“ neurologiniai požymiai, nes ankstyvoje vaikystėje vertinami kaip normos variantas), sausgyslių refleksų simetriški pokyčiai (1). Ankstyvoje vaikystėje judesių raidos sutrikimai turi būti ypač atidžiai diagnozuojami, atsižvelgiant į vaiko bendradarbiavimą ir motyvaciją vertinimo metu, taip pat galimas savaiminis judesių koordinacijos pagerėjimas.

Diagnozė nustatoma, įvertinus anamnezės, fizinio ištyrimo, neurologinio ištyrimo, laboratorinių ir vaizdinių tyrimų (jei yra indikacijų) rezultatus bei standartizuotų judesių įgūdžių vertinimo duomenis.

Laboratoriniai ir vaizdiniai tyrimai nėra rutiniškai atliekami įtariant specifinį judesių raidos sutrikimą, tačiau turi būti įvertinamos tyrimų indikacijos, esant ūmiam ar progresuojančiam bendrosios motorikos pakitimui, ar radus pakitimų neurologinio ištyrimo metu (nerangumas, ataksija, silpnumas, giliųjų sausgyslių refleksų pakitimai ar asimetriniai pakitimai)

11 lentelė. Specifinio judesių raidos sutrikimo diferencinė diagnostika

Neprogresuojantys koordinacijos sutrikimai	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. intelektinė negalia - dažnai susijusi su judesių raidos atsilikimu ir bendru nevikrumu. Kognityvinių funkcijų vertinimas turi būti atliekamas įtariant nevikriam vaikui pažintinių funkcijų sutrikimą;</li> <li>2. aktyvumo ir dėmesio sutrikimas – vaikai su izoliuotai pasireiškiančiu aktyvumo ir dėmesio sutrikimu gali būti nevikrūs dėl neatidumo bei impulsyvumo negu dėl koordinacijos sutrikimo (tačiau šie sutrikimai gali būti gretutiniai);</li> <li>3. autizmo spektro sutrikimas – pasireiškiantys simptomai nemotorinėse srityse, tačiau gali sutrikimai gali būti gretutiniai;</li> <li>4. galvos svaigimas (vertigo) – sutrinka pusiausvyra ir judesiai, tačiau dažniausiai pasireiškimas yra ūminis, būdingas teigiamas Rombergo testas;</li> <li>5. kt. būklės (deprivacija, kultūriniai savitumai, ūmus galvos smegenų pažeidimas, naujagimių encefalopatija, tikai, ortopedinė ar reumatologinė patologija).</li> </ol>
Progresuojantys koordinacijos sutrikimai	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. galvos smegenų navikai;</li> <li>2. metabolinės ligos (aminoacidurija, kaupimo ligos, Vilsono liga);</li> <li>3. neuroraumeninės ligos (neuropatija, raumenų distrofija, miozitas);</li> <li>4. galvos smegenų vandenė;</li> <li>5. ataksija;</li> <li>6. miokloninė epilepsija (2).</li> </ol>

### 12.3.7 SPECIFINIŲ TARIMO IR KALBOS SUTRIKIMŲ DIAGNOSTIKA

Klasifikacija pagal TLK-10-AM:

F80.0 Specifinis tarimo sutrikimas.

F80.1 Kalbos išraiškos sutrikimas.

F80.2 Kalbos supratimo sutrikimas.

F80.3 Įgyta afazija su epilepsija (Landau – Kleffner'io sindromas).

F80.8 Kiti tarimo ir kalbos sutrikimai.

F80.9 Nepatikslintas kalbos ir tarimo sutrikimas.

Specifinių kalbos ir raidos sutrikimų metu normali kalbos raida yra sutrikdoma ankstyvose kalbos vystymosi stadijose, sutrikimų priežastis nėra neurologiniai ar kalbos padargų anomalija, sensoriniai pažeidimai, intelektinė negalia ar aplinkos veiksnių įtaka. Vaikui gali būti lengviau bendrauti jam žinomose situacijose negu svetimose, tačiau sugebėjimai kalbėti visais atvejais yra sutrikę (1) Moksliniai tyrimai įrodo, kad genetiniai veiksniai lemia prastą vaikų, kurie neturi kitų raidos ar sensorinių sutrikimų, kalbos raidą

12 lentelė. Kalbos sutrikimų klinikiniai požymiai

Nusiskundimai, dėl kurių galima įtarti kalbos ir tarimo sutrikimą: tėvų, globėjų, auklėtojų, mokytojų ar kt. asmenų, prižiūrinčių vaiką, nerimas dėl vaiko kalbos ir tarimo sunkumų
sulėtėjęs ar sustojęs vaiko kalbos vystymasis
gausus seilėtekis
sunkumai čiulpiat, kramtant, ryjant
lūpų, liežuvio, žandikaulio koordinuotų judesių sutrikimai
sunkumai čiulpiat, kramtant, ryjant
kūdikis nečiauška iki 9 mėn. amžiaus
vaikas nesako žodžių iki 18 mėn. amžiaus
nėra žodžių jungimo iki 24 mėn. amžiaus
tėvai / globėjai nesupranta 24 mėn. amžiaus vaiko kalbos
nepažįstami suaugusieji nesupranta 36 mėn. amžiaus vaiko kalbos
mikčiojimas pasireiškia kartojant ne tik pavienius žodžius
vaikas patiria sunkumų bendraujant
vaikas sulaukia pašaipų iš bendraamžių dėl „juokingos kalbos“
vaikas vengia kalbėti
vaikas išmoksta naujus žodžius ir sakinių struktūrą, tačiau nenaudoja kalbos bendravimo tikslais
vaiko kalba yra neįprasta ar paini, mintys išreiškiamos neaiškiai
vaikas negali vykdyti nurodymų be papildomų vaizdinių ženklų
kalbos raidos etapų savitumai

sutrikę atminties įgūdžiai 5 – 6 metų amžiaus vaiko

Įtariant tarimo ir kalbos sutrikimą yra įvertinami vaiko bendravimo įgūdžiai, nustatomas sutrikimų pobūdis ir skiriamos tinkamos intervencijos numatant tikslus. Visiems vaikams, turintiems kalbos sutrikimų, turėtų būti atliktas išsamus medicininis įvertinimas ir audiologiniai tyrimai, kad būtų galima nustatyti sveikatos sutrikimus ar klausos sutrikimus, kurie gali turėti įtakos kalbos sutrikimams. Kalbos ir kalbėjimo įgūdžiai vertinami standartizuotais testais, kuriais remiantis nustatomi kiekybiniai vaiko įgūdžių rodikliai, kokybinė rezultatų analizė, rijimo, balso ir rezonanso sutrikimų įvertinimas (esant indikacijoms).

Instrumentiniai tyrimai gali būti atliekami siekiant įvertinti rijimo, balso ar rezonanso sutrikimus, ieškant organinės patologijos priežasčių.

13 lentelė. Kalbos sutrikimų diferencinė diagnostika

F80.0 Specifinis tarimo sutrikimas	Vaiko gebėjimai tarti garsus žemesni už jo protinį amžių atitinkantį lygį, tuo tarpu kalbos įgūdžiai yra normalūs.
F80.1 Kalbos išraiškos sutrikimas	Vaiko gebėjimas vartoti ekspresyviąją kalbą (kalbos išraiška) yra žymiai prastesnis už jo protinį amžių atitinkantį lygį, kartu esant normaliam kalbos supratimui. Tarimo sutrikimų gali būti arba nebūti.
F80.2 Kalbos supratimo sutrikimas	Esant šiam sutrikimui vaikas suprantą kalbą blogiau negu įprasta jo protiniam amžiui. Beveik visada žymiai sutrikusi būna kalbos išraiška, dažnai kartu būna žodžių ir garsų tarimo sunkumų.
F80.3 Įgyta afazija su epilepsija (Landau – Kleffner'io sindromas)	Sutrikimo metu vaikai su įprastai besivystančia kalbos raida, praranda kalbos supratimo ir išraiškos įgūdžius, tačiau bendrieji protiniai sugebėjimai nekinta. Sutrikimui būdingi paroksizminiai EEG pakitimai (dažniausiai smilkininėse srityse, apibusiai ir išplitę) bei epilepsijos priepuoliai. Sutrikimas dažniausiai prasideda 3 – 7 metų amžiaus vaikams.
F80.8 Kiti tarimo ir kalbos sutrikimai	Šveplavimas.
F80.9 Nepatikslintas kalbos ir tarimo sutrikimas	Vengtina diagnozė, naudojama tik nepatikslintų sutrikimų atveju, kai kalbos ir tarimo sutrikimų negalima paaiškinti intelektine negalia, neurologiniais, sensoriniais ir fiziniais pažeidimais.

### 12.3.8. CEREBRINIO PARALYZIAUS DIAGNOSTIKA

TLK-10- AM  
G 80

Cerebrinis paralyžius (CP) - polietiologinė neurologinių sutrikimų grupė, pasireiškianti išliekančiu raumenų tonuso, judesių ir padėties sutrikimu dėl ankstyvos ir neprogresuojančios nesubrendusių, besivystančių galvos smegenų pažaidos (iki 5-7 metų).

Bendras cerebrinio paralyžiaus paplitimas yra apie 2-3 iš 1000 gyvų gimusių vaikų. Pagerėjus labai mažo svorio, neišnešiotų naujagimių, kurių nebrandi nervų sistema ypač jautri nepalankiems veiksniams, išgyvenamumui, cerebrinio paralyžiaus paplitimas padidėjo.

Paplitimas tarp neišnešiotų kūdikių dažnesnis nei tarp išnešiotų ir didėja, mažėjant gestaciniam amžiui ir gimimo svoriui: pavyzdžiui, gestaciniam amžiui esant mažiau nei 28 sav. – cerebrinio paralyžiaus paplitimas 82 iš 1000 gyvų naujagimių, daugiau nei 36 sav. – 1,4 iš 1000.

Dažniausiai CP lemia keli kartu veikiantys rizikos veiksniai, kurie paveikia besivystančias smegenis: neišnešiotumas, vaisiaus augimo sulėtėjimas, dauginis nėštumas, įgimta infekcija, įgimtos malformacijos, perinatalinis insultas. Dažnai nenustatoma viena specifinė priežastis.

Smegenų pakenkimus iki 20 savaičių gestacijos amžiaus dažniausia sukelia neuronų migracijos sutrikimai, nuo 26 iki 34 savaičių gestacijos amžiaus galvos smegenų pakenkimai daugiausia priklauso nuo periventrikulinės leukomaliacijos, nuo 34 iki 40 gestacijos savaičių cerebrinį paralyžių sukelia židininiai ir daugiažidininiai galvos smegenų pažeidimai. Prenatalinės priežastys (dėl jų išsivysčiusios struktūrinės smegenų formavimosi anomalijos) yra pačios dažniausios ir sudaro apie 70-80 proc. visų priežasčių, perinatalinės – sudaro iki 25 proc. priežasčių ir vyrauja neišnešiotų naujagimių tarpe, postnatalinės sudaro 3-5 proc. ir neišaiškintos – 10-30 proc.

#### Klinikiniai požymiai ir klasifikacija

Cerebrinis paralyžius dažniausiai diagnozuojamas iki 24 mėnesių amžiaus, tačiau pirmieji požymiai atsiranda jau kūdikystėje. Simptomai būdingi konkrečiai cerebrinio paralyžiaus formai, bet gali persidengti, šiek tiek keistis vaikui augant.

Būdinga, kad ilgiau išlieka naujagimystės refleksai (asimetrinis toninis kaklo refleksas, Galanto refleksas) kurie įprastai išnyksta 3-6 mėn. amžiuje, kai stimuliuojant išgaunami vėlesniame amžiuje, šie refleksai yra susiję su motorikos sutrikimu. Raumenų tonusas gali būti normalus, sumažėjęs ar padidėjęs. Plaštakos gali būti sugniauztos simetriškai ar asimetriškai. Ankstyvas simptomas yra nepakankama galvos kontrolė, tačiau dėl padidėjusio aksialinių raumenų tonuso galvos kontrolė gali atrodyti apgaulingai geresnė nei yra iš tiesų. Tokių kūdikių raumenų tonusas dažnai būna padidėjęs, dėl to jie dažnai anksčiau pradeda verstis, išgaunamas simetrinis kaklo toninis refleksas, kai nuo galvos ir kaklo padėties priklauso galūnių padėtis (lenkiant galvą – susilenkia rankos ir atvirkščiai). Svarbu įvertinti judesių raidą, atkreipti dėmesį į nespecifinius, tačiau dažnai susijusius su cerebriniu paralyžiumi, motorikos raidos sutrikimus, kai vaikas nesėdi iki 8 mėn. amžiaus, nevaikšto iki 18 mėn. amžiaus, yra rankų funkcijos asimetrija – dominuojanti ranka iki 1 metų amžiaus. 18-24 mėn. amžiuje išryškėja simptomai būdingi specifiniams cerebrinio paralyžiaus tipams.

CP klasifikuojamas pirmiausia apibūdinat pirminį judesių sutrikimą (pavyzdžiui, spazmiškumą) ir jo išplitimą (vienpusis, abipusis).

Funkcinei klasifikacijai naudojama Stambiosios motorikos funkcijos klasifikacijos sistema (angl. *Gross Motor Function Classification System, GMFCS*), ji leidžia įvertinti, kaip sunkiai pasireiškia judesių sutrikimas, naudinga vertinant dinamikoje, po intervencijų. Taip pat naudojama Smulkiosios motorikos klasifikacijos sistema (angl. *Manual Ability Classification System, MACS*) ir kitos.

#### Spazminis cerebrinis paralyžius

Spazminis cerebrinis paralyžius sudaro 75 - 90 procentų atvejų, klasifikuojamas pagal pakenkimo išplitimą. Pacientams su spazminiu cerebriniu paralyžiumi pasireiškia vienpusio ar abipusio pirmadinio pažeidimo simptomai, tačiau kadangi pažeidimas įvyksta nebrandžiose smegenyse, klinikiniai požymiai šiek tiek skiriasi nuo pažeidimo suaugus.



Spazminio cerebrinio paralyžiaus klinikiniai požymiai

Spazmiškumas – padidėjęs pasipriešinimas pasyviai judesiui, didžiausias pasipriešinimas jaučiamas judesio pradžioje, o vėliau sumažėja, greitesnis judesys sukelia didesnę pasipriešinimą. Spazminis hipertonusas didėja valingo judesio metu. Esant sunkesnėms formoms, pažeista sritis išlieka rigidiška.

Gyvesni sausgyslių refleksai

Patologiniai refleksai (teigimas Babinskio refleksas)

Klonusas

Valingi judesiai lėti ir reikalaujantys daug pastangų

Sutrikusi smulkioji motorika

Sunku atlikti izoliuotus judesius

Silpnumas, greitas nuovargis

Jutimų sutrikimai (dviejų taškų diskriminacija, astereognozija)

14 lentelė. Spazminio cerebrinio paralyžiaus formų diferencinė diagnozė

Spazminė diplegija	Spazminė hemiplegija	Spazminė kvadriplegija
30-38 proc.	35-43 proc.	6-10 proc.
Abipusis galūnių motorikos sutrikimas, vyraujantis kojose, sunkesniais atvejais gali būti sutrikusi ir rankų funkcija, bet kojos pažeidžiamos labiau negu rankos	Vienpusis spazminis abiejų galūnių motorikos sutrikimas. Paprastai paralyžius ryškesnis rankoje nei kojoje, tačiau gali būti įvairiai.	Pažeidžiamos visos keturios galūnės, rankos dažniau būna pakenktos stipriau nei kojos.
Stodamasis vaikas remiasi pirštų galais, klubų ir kelių sąnariai būna įvairaus laipsnio fleksijoje, būdinga klubų sąnarių vidinė rotacija, pėdų deformacija, pastebima tendencija kojas kryžiuoti.	Pirštai paprastai būna fleksijoje, nykštys pritrauktas prie pirštų (addukcija), sutrikusi smulkioji motorika, sinkinezija; koja sulenkta ir pritraukta per klubo sąnarį, kelis ir čiurna sulenkti.	Kūdikystėje būdingi ilgai išliekantys naujagimystės refleksai.
Vyresniems vaikams dėl silpnų liemens raumenų sunku išlaikyti kūną vertikaloje padėtyje.	Sunkesniais atvejais, dėl sutrikusios vienos kūno pusės motorikos, vaikas pradeda vėliau sėdėti. Pradėjęs šliaužti, juda sveikąją pusę, prisitraukdamas pažeistos pusės galūnes. Dauguma vaikų, sergančių spazminiu hemipleginiu CP, išmoksta vaikščioti iki 2 metų.	
Raumenys žemiau juosmens būna atrofiški.	Pažeistoji pusė lėčiau auga, gali būti sensorikos sutrikimų.	Būdinga sunki negalia, dažnai kartu būna intelekto sutrikimas, bendravimo

		sutrikimas, sutrikusi rega, maitinimo problemos dėl įvairaus laipsnio bulbarinių sutrikimų, nistagmas, žvairumas, tokie vaikai taip pat dažnai serga epilepsija.
--	--	--

#### Diskinezinis cerebrinis paralyžius

Diskinezinis cerebrinis paralyžius sudaro 6-15 proc. visų atvejų. Diskinezijų gali būti ir esant spazminei formai. Šiuo atveju rečiau išsivysto kontraktūros nei esant spazminiam cerebriniam paralyžiui.

Ankstyvieji požymiai - hipotonija ir nestabili kūno padėtis, raumenų tonuso sutrikimai ir nevalingi judesiai dažniausiai pastebimi nuo pusės metų amžiaus. Būdingi ekstrapiramidinės sistemos pažeidimo simptomai:

#### Diskinezinio cerebrinio paralyžiaus klinikiniai požymiai

Įvairios amplitudės nevalingi, nekontroliuojami galvos, kaklo, galūnių judesiai - hiperkinezės, choreoatetozė. Choreoatetozę išprovokuoja ar pasunkina valingi judesiai, pozos pakeitimas, įvairūs staigūs aplinkos dirgikliai, stiprios emocijos.
Išlikę naujagimystės refleksai.
Distonija – tai nepertraukiamas raumenų susitraukimas, kuris sukelia besikartojančius nevalingus judesius ir pozas, dažnai susijęs su valingais judesiais ar tam tikra kūno padėtimi, emocijomis, paprastai išnyksta miegant.
Diskineziniam cerebriniam paralyžiui būdingas kintantis raumenų tonusas nuo hipotonijos ramybėje iki ekstrapiramidinio hipertonuso.

#### Ataksinis cerebrinis paralyžius

Ataksinis cerebrinis paralyžius sudaro 4-11 proc. atvejų. Būdingi smegenėlių, jų laidų pažeidimo požymiai: judesių ir padėties sutrikimas dėl nekoordinuotos raumenų veiklos, pusiausvyros sutrikimas – ataksija, judesių koordinacijos sutrikimai (intencinis tremoras, dismetrija, asinergija), raumenų hipotonija, gali būti dizartrijs, nistagmas. Sausgyslių refleksai būna normalūs ar šiek tiek sustiprėję. Vaizdiniuose galvos smegenų tyrimuose daliai vaikų nustatoma smegenėlių hipoplazija. Būdinga sulėtėjusi motorikos ir kalbos raida, kai kuriais atvejais sutrikęs intelektas.

Worster – Drought sindromas - tai cerebrinio paralyžiaus forma, kuriai būdingas burnos ir gerklės raumenų pažeidimas (orobukofaringinis paralyžius). Nuo gimimo šiems vaikams sunku judinti liežuvį, lūpas, žandikaulį, todėl gana anksti pastebimos maitinimo, rijimo problemos. Vėliau ryškėja kalbos ir kognityvinių funkcijų sutrikimas.

#### Cerebrinio paralyžiaus diagnostika

Cerebrinis paralyžius diagnozuojamas įvertinus prenatalinę ir postnatalinę anamnezę, objektyvaus ištyrimo duomenis (raumenų tonusą, padėtį, koordinaciją, piramidinio pažeidimo simptomus) bei vaizdinius tyrimus. Daugumoje atvejų cerebrinis paralyžius diagnozuojamas per pirmuosius dvejus gyvenimo metus. Cerebrinis paralyžius neturėtų būti diagnozuojamas esant tik izoliuotam požymiui. Kad patikslintume cerebrinio paralyžiaus diagnozę, reikalingi keli klinikiniai ištyrimai įvertinti simptomų dinamikai. Ankstyvai cerebrinio paralyžiaus

diagnostikai svarbus vaiko raidos vertinimas, pirmiausia – rutininis pirminės sveikatos priežiūros gydytojo vertinimas, vėliau siunčiant vaikų neurologo arba socialinio pediatro konsultacijai.

Nėra specifinio tyrimo cerebrinio paralyžiaus diagnozės patvirtinimui, tačiau reikalingas ištyrimas nustatyti cerebrinio paralyžiaus priežastis ir ekskliuduoti kitoms ligoms. Visiems vaikams, įtariant cerebrinį paralyžių, reikia atlikti neurovizualinius tyrimus, dažniausiai galvos smegenų magnetinio rezonanso tomografiją (MRT), kūdikiams – pradėti nuo neurosonoskopijos. Pakitimų MRT randama 85-90 proc. cerebrinio paralyžiaus atvejų.

Cerebrinį paralyžių dažnai lydi gretutiniai centrinės nervų sistemos sutrikimai: sutrikę pažintiniai gebėjimai, rega, klausa, kalbos sutrikimai, jutimų sutrikimai. Vaikai taip pat serga epilepsija (25-45 proc. atvejų), būna sulėtėjęs augimas, dažni virškinimo sistemos sutrikimai. Dažniausiai vaikai, kurių cerebrinio paralyžiaus forma sunkesnė, turi daugiau gretutinių sutrikimų.

#### Gydymas ir priežiūra

Ankstyvasias intervencijas reikėtų pradėti jau įtariant cerebrinio paralyžiaus diagnozę, gydymas turėtų būti pradedamas nuo mažiausiai invazyvaus. Reikalinga daugiadisciplininė komanda teikti pagalbą.

- Medikamentinis spazmiškumo gydymas miorelaksantais: sisteminiais (Baklofenas, Diazepamas) ir vietinio veikimo (Botulino toksino injekcijos)
- Neurochirurginis spazmiškumo gydymas - retais atvejais atliekama selektyvioji dorzalinė rizotomija – suardomos tam tikrų juntamųjų šaknelių skaidulos, tuomet sumažėja spazmiškumas.
- Kompleksinė ankstyvoji abilitacija ir rehabilitacija: kineziterapija, ergoterapija, specialusis ugdymas.
- Gretutinių ligų gydymas, regos, klausos korekcija.
- Chirurginis ortopedinis komplikacijų gydymas. Dažniausios ortopedinės problemos – sąnarių kontraktūros, klubų sąnarių displazija, panirimas, dislokacija, plaštakų ir pėdų deformacijos, progresuojanti skoliozė.
- Ortopedinės ir kompensacinės technikos taikymas: įtvarai, darbo kėdutės, mobilumo technika.
- Socialinė ir psichologinė pagalba šeimai

Dauguma vaikų (80-94 proc.), kuriems diagnozuotas cerebrinis paralyžius išgyvena iki suaugusiojo amžiaus, nors tikėtina gyvenimo trukmė yra mažesnė nei bendros populiacijos, ji priklauso nuo sutrikimo sunkumo. Motorikos sutrikimo sunkumą sunku prognozuoti ankstyvame amžiuje, jis priklauso nuo cerebrinio paralyžiaus formos, judesių raidos vystymosi greičio, vaiko pažintinių gebėjimų.

### 12.3.9 KITŲ RAIDOS SUTRIKIMŲ DIAGNOSTIKA

TLK-10-AM

F81

Mokymosi sutrikimai

Vieni iš dažnesnių raidos sutrikimų, nustatomi jau mokykliniame amžiuje yra mokymosi sutrikimai. Paprastai juos nustato vaikų psichiatrai, pagalbą teikia logopedai, spec. pedagogai.

Galimi keli mokymosi sutrikimai: skaitymo, rašymo ir matematikos, mišrūs mokymosi sutrikimai. Dažnai vaikų, turinčių mokymosi sutrikimų, būklę apsunkina gretutiniai sutrikimai: dėmesio, aktyvumo, emocijų ir kt. Šių mokinių pažintinė ir socialinė emocinė raida gali būti lėtesnė, pažintiniai procesai dažnai sutrikę. Dėl patiriamų sunkumų mokykloje vaikai dažnai menkai save vertina, krenta mokymosi motyvacija, vystosi emocijų ir elgesio sutrikimai.

TLK-10-AM

F90.0

Aktyvumo ir dėmesio sutrikimai

Kitas sutrikimas, pagrinde pasireikšiantis mokykliniame amžiuje, yra aktyvumo ir dėmesio sutrikimas. Vaikams, turintiems šių sutrikimų, sunku kontroliuoti savo elgesį mokykloje ir socialiniame gyvenime.

Jiems pasireiškia aktyvumo, dėmesio sukaupimo ir išlaikymo ir impulsyvumo sindromai.

Šiam sutrikimui būdinga ankstyva pradžia dar vaikystėje, galima įtarti nuo 2 metų amžiaus, bet klinika dažniausia matoma apie 5-6 metus, diagnozuojama iki 12-os metų amžiaus, dažnai tęsiasi paauglystėje ir suaugusiame amžiuje. Suaugusiesiems simptomai yra mažiau ryškūs, kadangi asmuo išmoksta prisitaikyti. Šis sutrikimas priskiriamas prie lėtinių sutrikimų, darančių įtaką daugeliui asmens gyvenimo sričių. Sutrikimą diagnozuoja ir gydo vaikų psichiatrai.

Regos ir klausos sutrikimai sukelia vaiko pažinimo, kalbos, socialinės raidos sutrikimus. Regos ir klausos sutrikimus nustato atitinkamų sričių gydytojai.

### **12.3.10 RAIDOS SUTRIKIMŲ ANKSTYVA DIAGNOZĖ**

Vaiko raidos sutrikimo nustatymas yra sudėtingas procesas, bet ankstyva raidos sutrikimo diagnozė svarbi raidos sutrikimo reabilitacijai. Būtent ankstyvoji reabilitacija padeda spręsti šeimos ir vaiko problemas, įgalina tėvus padėti savo vaikui, pagerina vaiko raidos sutrikimo išeičių.

Visiems žinoma, kad vaikui vystantis svarbiausi pirmieji treji gyvenimo metai, kai vaiko smegenys vystosi intensyviausiai, didėja jų apimtis. Būtent plastiškumas – visą žmogaus gyvenimą trunkantis smegenų veiklos procesas, kuris padeda sukurti, atstatyti ir gerinti žmogaus funkcines galimybes, šiuo gyvenimo laikotarpiu yra pats intensyviausias. Smegenų plastiškumas yra žmogaus mokymosi pagrindas. Sukuriamos naujos jungtys tarp neuronų, kinta senųjų jungčių galia, formuojasi nauji neuronai (neuronogenezė), miršta neveiklūs neuronai (apoptozė).

Ankstyvos raidos sutrikimo diagnozės svarba:

1. Ankstyva diagnozė leidžia kuo anksčiau pradėti ankstyvąją reabilitaciją, kuri turi būti intensyvi, pastovi, nukreipta į tikslą.
2. Ankstyvoji reabilitacija leidžia pagerinti vaiko funkcines galimybes, veikiant į smegenų plastiškumą.
3. Laikas iki diagnozės nustatymo labai sunkus tėvams. Ankstyva raidos sutrikimo diagnozė leidžia sumažinti tėvų streso būklę, įveikti šeimos krizę.
4. Tėvai gali gauti psichologinę ir finansinę pagalbą, kuri labai svarbi šeimos reabilitacijai

Kiekvieno vizito pas pirminės grandies gydytoją metu tikrinama vaiko raida, atliekant Psichomotorinės raidos patikrą (atranką), t.y. raida vertinama taikant raidos atrankos klausimyną, kuris atrenka vaikus, turinčius didelę riziką turėti raidos sutrikimą. Klausimai raidos klausimynę sudėlioti taip, kad pirmais gyvenimo metais galėtume vertinti vaiko klausą, regą, motorinę ir ankstyvosios komunikacijos raidą, vėliau dominuoja klausimai ankstyvai autizmo diagnostikai, vertinant kalbą, komunikaciją ir tolimesnę motorinę raidą. Antrais gyvenimo metais ypač svarbia tampa socialinė komunikacija ir kalbos funkcinis panaudojimas, socialinė-emocinė raida.

Nustačius vienokį ar kitokį raidos neatitikimą amžiaus normai, matant vaiko raidos ypatumus, sprendžiama ar vaiko raida yra normali ar patloginė. Deja, ne visada tiksliai galima atsakyti į šį klausimą per pirmą vaiko raidos vertinimą. Todėl daugeliu atveju, matydami minimalius raidos pakitimus, raidą įvardijame kaip atipinę ir tokį vaiką stebime dinamikoje. Atipinė raida nustatoma, kai vaiko įgūdžiai vystosi greičiau ar lėčiau nei kitų tokio pat amžiaus vaikų, vaikas demonstruoja kitokius, dažnai nebūdingus judesio, kalbos būdus. Ypač „kitoniška“ raida būdinga neišnešiotiems vaikams. Reikia labai atsargiai vertinti jų judėjimo, bendravimo, kalbos ypatumus, todėl kad ir normoje labai neišnešioti vaikai nežiūri į akis, vaikšto ant pirštų, kitaip elgiasi dėl sensorinių problemų, galimai nesusijusių su autizmu (29).

Svarbu žinoti, kad kuo mažesnis vaikas, tuo visos raidos sritis viena su kita stipriai susiję. Ryšiai yra tarp visų raidos sričių (motorikos, socialinės raidos, pažinimo ir socialinės sąveikos), todėl motorinė raida labai svarbi socialinei raidai, komunikacijai. Šie ryšiai ypač reikšmingi autizmo spektro, specifinio judesių raidos sutrikimo ar kalbos sutrikimo atvejais (30,31).

Įprastos raidos vaikams motorika susijusi su kalbos raida: rasta koreliacija tarp sėdėjimo ir receptinės kalbos raidos. Pasirodo, savarankiškas sėdėjimas nulemia motorika-kalba raidos kaskadą, įtakoja regos percepciją, o vaikščiojimas labai susijęs su vaiko socialine ir kalbos raida (raidos kaskada: motorika- kalba- socialinė raida) (32,33,34,35)

Sunkumą anksti diagnozuoti raidos sutrikimą sukelia vaiko motorinės raidos įvairovė. Galimos įvairios judesio raidos variacijos. Kiekvienas žmogus randa **savus** motorikos, kalbos, pažintinės veiklos būdus, kuriuos bando pritaikyti besikeičiančioms aplinkybėms. Vaiko raidos įvairovei būdingas individualumas, galimas nereguliarus raidos progresas (vaikas gali vystytis šuoliais arba raida gali „kristi“ atgal, kad pasiruošti įgauti naują įgūdį). Svarbu žinoti, kad įgūdžių įgijimo normos yra labai orientacinės. Raidos įgūdžių įgijimo laikotarpiai yra labai įvairūs ir individualūs.

Neišnešiotų naujagimių motorinės raidos ypatumus ir patologijas gali nulemti neurologiniai sutrikimai, kurių išreikštumas priklauso nuo gestacinio amžiaus, gimimo svorio, hipoksinės-išeminės encefalopatijos, žemo Apgar vertinimo. Kuo mažesnis gestacinis amžius, tuo būdingesni motorinės raidos sutrikimai, kalbos, regos, klausos, kalbos ir pažintinės raidos sutrikimai. Vaikui augant neurologiniai sutrikimai nustatomi 14.7% neišnešiotų ir 6% išnešiotų naujagimių. Dažniausiai sutinkami neišnešiotų naujagimių centrinė sistemos sutrikimai yra periventrikulinė leukomaliacija, intraventrikulinės hemoragijos ir perinatalinis insultas (36).

Periventrikulinė leukomaliacija pakenkia baltąją medžiagą, sukelia fokalinę nekrozę ir cystų formavimąsi. Mažo gimimo svorio vaikams (<1500g) ji stebima 40% atveju. Ji beveik visada susijusi su cerebriniu paralyžiumi, intelekto sutrikimais, regos sutrikimais. Intraventrikulinės hemoragijos būdingos naujagimiams, kurių gestacijos amžius yra mažesnis nei 28 sav. Jos pasireiškia 45-50 % atveju. Intraventrikulinės hemoragijos gali būti įvairių laipsnių (I-IV). IV laipsnio hemoragijos dažnai būna su periventrikuliniu hemoraginiu infarktu. Jos yra dažna cerebrinio paralyžiaus, intelekto sutrikimo ir sensorinių sutrikimų priežastis. Perinatalinis insultas dažniau nustatomas išnešiotiems naujagimiams. Jį sukelia vidurinės

smegenų arterijos embolizacija ar trombozė. Būtent jis yra pagrindinė hemipleginio cerebrinio paralyžiaus priežastis. Vėliau gali ryškėti intelekto, elgesio problemos, epilepsija (37,38,39).

Didelę reikšmę ankstyvajam raidos sutrikimui nustatyti turi naujagimio adaptacijos periodo sutrikimai. Daliai vaikų, kuriems augant gali ryškėti raidos sutrikimas, pasireiškia ryškūs adaptacijos, savireguliacijos ir fiziologinio stabilumo formavimosi sutrikimai. Didesnei daliai vaikų stebimi įvairaus laipsnio adaptacijos periodo sutrikimai, susiję su centrinės nervų sistemos dirglumu ar slopinimu. Centrinės nervų sistemos dirglumas labiau būdingas vaikams, kurie ateityje gali turėti cerebrinį paralyžių, autizmo spektro sutrikimą. Vaikai būna labai neramūs, dažnai blogai miega naktimis, rėkia daug ir tarsi be jokios priežasties, painioja dieną su naktimi, juos sunku pamaitinti dėl maisto netoleravimo ir vaiko padėties problemų. Slopinimo sindromo klinika labiau būdinga naujagimiams, kuriems bus nustatytas pažintinės raidos sutrikimas. Jie daug ir ilgai miega, dažnai mažai aktyvūs. Juos sunku prikelti maitinimui, dažnai bevalgydami jie užmiega, silpnai čiulpia krūtį ir pan.

Kitas svarbus rizikos veiksnys raidos sutrikimui diagnozuoti – **maitinimosi sutrikimai**. Pagrindiniai maitinimosi sutrikimų simptomai yra priešinimasis maitinimui, raukymasis maistui patekus į burną, lūpų nesusičiaupimas, įtemptas liežuvis, patologiniai refleksai, vaiko springimas, kosėjimas. Galimos maitinimosi problemos, susijusios su valgymo proceso vangumu, silpnu čiulpimu – tokių vaikų maitinimo trukmė labai ilga. Nuo mažens gali pasireikšti didelis išrankumas maistui, atsisakymas valgyti įvairų maistą, o tai būdinga ryškėjant įvairiapusiam raidos sutrikimui.

#### Ankstyvieji autizmo spektro sutrikimo požymiai kūdikystėje

Savireguliacijos sutrikimai (miego, būdravimo-miego ritmo, maitinimosi, sujudinimo- nusiramino, dėmesio reguliavimo sutrikimai

Sensoriniai sutrikimai. Tėvai mato skirtingą vaiką nuo kitų (jį sunku nuraminti, paimti ant rankų, paguosti)

„Keistas“ elgesys. Vaikas tarsi susirūpinęs pats savimi, pastebimi neįprasto stereotipinio žaidimo ypatumai.

Maitinimosi sutrikimai. Išrankumas maistui (sunku įvesti naują maistą: mišinius, košes ir pan.)

Autizmo pasireiškimo pradžia gali būti labai įvairi. O'Brien Towle (2013) išskiria tris vaiko su autizmu galimus raidos būdus:

1. Vaiko elgesys „keistas“ nuo pat gimimo. Nuo pat pirmųjų savo gyvenimo dienų jie būna neįprastai ramūs, mažiau domisi kitais žmonėmis. Vėliau pradeda reaguoti į šalia esančius asmenis, stebima mažiau akių kontakto net su artimiausiais žmonėmis, pavėluotai atsiranda socialinė šypsena, vėliau ima sakyti garsus. Tokie vaikai labiau domisi pasikartojančiais vizualiniais stimulais nei sąveikomis su žmonėmis.

2. Raidos stagnacija, arba plato raidos būdas (angl. plateau), atsiradęs po pirmųjų gyvenimo metų. Dažnai vaikai vystosi kaip ir daugelis tokio amžiaus vaikų, bet, sulaukus maždaug vienerių metų, raidos procesas sulėtėja, sustoja ir nebejudą į priekį.

3. Vaiko raidos regresas, stebimas iki 30 procentų atveju. Kaip ir raidos stagnacijos atveju, vaikai pradžioje vystosi tipiskai. 15–18 mėnesių ir vėliau vaiko raida pakinta – jo kalba, akių kontaktas, socialinis įsitraukimas pastebimai mažėja ir vaikas gali netekti jau turėtų raidos įgūdžių.

15 lentelė. Pagrindiniai autizmo požymiai priklausomai nuo amžiaus (pagal Brian A., 2010)

Elgesio charakteristika	6-12 mėn. amžiaus sutrikimai	9-14 mėn. amžiaus sutrikimai	20-24 mėn. amžiaus sutrikimai
Socialinis atsakas	Retas kitų žmonių veido stebėjimas, žvilgsnio vengimas Trumpalaikis akių kontaktas	Neatsiliepia šaukiamas vardu Retas akių kontaktas <b>Sutrikęs atsakomasis jungtinis dėmesys</b>	Mažai domisi kitais vaikais. Trumpalaikis akių kontaktas. Pamėgdžiojimo stoka. Menkai reaguoja į kito žmogaus emocines reakcijas
Socialinė iniciacija	Skurdi socialinė iniciacija	<b>Sutrikęs inicijuojantis jungtinis dėmesys.</b> Nežaidžia su kitais asmenimis.	Patys nesidalina emocijomis.
Socialinė emocinė interakcija	Mažai veido mimikų/išraiškų. Retai šypsosi. Sutrikusi emocijų raiška.	Nesidalina teigiamomis emocijomis su kitais asmenimis	Veido išraiškų, mimikų stoka. Sutrikusi empatija
Komunikacija ir žaidimas	Vėluojantys prieškalbiniai įgūdžiai (gugavimas, čiauškėjimas)	Maža gestų įvairovė. Kalbos sutrikimi. Stereotipinis žaidimas.	Kalbos raiškos sutrikimai. Intonacijų stoka. <b>Nesugeba integruoti žvilgsnio su kitomis bendravimo priemonėmis</b>
Jutimai, motorika, dėmesys	Raumenų hipotonija Koordinacijos sutrikimai. Atipiniai judesiai. Menka judesių įvairovė. Sutrikusi dėmesio koncentracija. Pasyvus daiktų tyrinėjimas.	Stereotipinis elgesys. Atipiniai jutiminiai atsakai.	Ribotas interesų ratas. Stereotipiniai judesiai.

Tėvai ir specialistai turėtų susirūpinti, jei

- 3 mėnesių amžiaus nėra dažno akių kontakto
- 3 mėnesių amžiaus nesišypso žmogui, pamatęs šypseną ar išgirdęs balsą
- 6 mėnesių nesijuokia ar nesidžiaugia
- 8 mėnesių neseka kito žmogaus žvilgsnio, kai žiūrite į kitą daiktą

- neguguoja iki 12 mėnesių amžiaus
- 12 mėn. amžiaus nežiūri į jam rodomus daiktus
- nerodo pirštų į daiktą, nedaro „atia“ iki 12 mėnesių amžiaus
- nereaguoja į savo vardą 12 mėn. amžiaus
- neištaria bent vieno žodžio iki 16 mėnesių amžiaus
- nėra prasmingos dviejų žodžių frazės iki 24 mėnesių amžiaus
- nenaudoja gestų ar kitų nežodinės komunikacijos formų
- nustoja kalbėjęs bet kokiame amžiuje

#### Ankstyva cerebrinio paralyžiaus diagnostika.

Vienas reikšmingų požymių, galintis turėti diagnostinės vertės ankstyvam VCP nustatymui, yra adaptacijos periode stebima **raumenų hipotonija**. Dalinės ar bendros hipotonijos buvimas – ankstyvas vaikų raidos sutrikimo, ypač cerebrinio paralyžiaus, simptomas (40). Vaikui augant ir ryškėjant VCP simptomams, raumenų tonusas keičiasi, jis dažniausiai didėja ir ryškėja motorinės raidos sutrikimo klinika.

Daugeliui vaikų, kuriems ateityje bus diagnozuotas cerebrinis paralyžius, stebimi įvairaus laipsnio adaptacijos periodo sutrikimai, susiję su centrinės nervų sistemos dirglumu ar slopinimu. Vaikai būna labai neramūs, dažnai blogai miega naktimis, dažnai be jokios matomos priežasties rėkia, juos sunku pamaitinti dėl maisto netoleravimo ir vaiko padėties problemų. Vaikui augant ryškėja motorinės sistemos sutrikimai.

Jau labai anksti galima pastebėti atipinės motorinės raidos sutrikimų požymius

Spazminė diplegija labiau būdinga neišnešiotiems vaikams. Nuo gimimo vaikai būna įsitempę, ypač įtemptos yra kojos. Dėl raumenų tonuso padidėjimo mažėja kojų judesio amplitudė, judesiai lieka riboti, nėra kojų judesių įvairovės, matoma pėdų plantafleksija, sumažėjusi klubų addukcija. Vėlai formuojasi kojų atramos reakcija (> 6 mėn.).

Spazminis hemipleginis cerebrinis paralyžius – vienpusis spazminis vienos pusės galūnių motorikos sutrikimas. Ranka paprastai pažeidžiama labiau nei koja, dešinioji pusė dažniau nei kairioji. Rankos funkcijos sutrikimas paprastai išryškėja 3 mėnesių amžiaus vaikui. Pastebima judesių asimetrija, vaikas sunkiai išlaiko vidurio liniją. Rankos judesio sutrikimai ryškesni negu kojos: stebima nykščio addukcija, peties retrakcija, vaikas dažnai plaštaką laiko suspaudęs į kumštį. sunkesniais atvejais vėluoja vaiko motorinė raida: jis vėliau ima vartytis, sėdėti. Pradėjęs šliaužti, juda sveikąja puse, prisitraukdamas pažeistos pusės galūnes, gulėdamas ant pilvo mažiau remiasi pažeista ranka. Sutrikę kojos judesiai pastebimi vėliau, nors jau anksti galima pamatyti pažeistos kojos išorinę rotaciją. Reikia atminti, jog kūdikių judesių asimetrija reiškia, kad vaiko motorika yra sutrikusi.

Spazminei kvadriplegijai būdingas anksti kliniškai pastebimas spazmiškumas. Vaiko judesiai yra mažos amplitudės, dažnai vienodi, išryškėjantys 2–3 mėn. amžiaus. Vėluoja vaiko motorinė raida: vaikas vėlai ima laikyti galvą, verstis. Kuo anksčiau pastebimi cerebrinio paralyžiaus požymiai, tuo sunkesnis sutrikimo pasireiškimo laipsnis. Naujagimystės periodu stebimi raidos sutrikimo požymiai: savireguliacijos sutrikimai, atipinė kūno padėtis, sutrikęs bendravimas, ilgai išliekantys naujagimystės refleksai (Moro, automatinio žingsniavimo, griebimo, toniniai kaklo refleksai ir kt.). Dažni maitinimosi sutrikimai.



Diskineziniam cerebriniam paralyžiui būdinga silpna galvos ir liemens kontrolė, ilgai išlieka naujagimystės refleksai, rankų ir kojų chorioatetoidiniai judesiai, išryškėjantys iki dvejų metų amžiaus. Atliekant Bendrųjų judesių vertinimą diskineziniam cerebriniam paralyžiui būdingas smulkių, grakščių judesių nesusiformavimas, judesių, būdingų normaliai besivystantiems 3–5 mėn. vaikams, įvairovės stoka.

Pirmaisiais gyvenimo mėnesiais galima stebėti nevalingus liežuvio judesius. Kūdikiams yra gana aktyvūs ir bendraujantys. Ankstyvieji diskinezinio cerebrinio paralyžiaus požymiai – raumenų hipotonija ir nestabili kūno padėtis. Raumenų tonuso sutrikimai ir nevalingi judesiai dažniausiai pastebimi tik antrąjį gyvenimo pusmetį.

Prechtl's kokybinis bendrųjų spontaninių judesių vertinimas (BSJ) yra jautriausias prognostinis vertinimo įrankis, padedantis identifikuoti jaunesnius nei 3 mėn. amžiaus kūdikius, kurie turi didžiausią CP riziką. Hammersmith naujagimių vertinimo metodas – greitas, nesudėtingas, praktinis ištyrimas. Tiriamas raumenų tonusas, vaiko judėjimo būdas, stebimi spontaniniai judesiai, vertinami refleksai, regos ir klausos reakcijos, dėmesio išlaikymas ir elgesys.

### **Ankstyvoji cerebrinio paralyžiaus diagnozė**

#### **Nėštumo rizikos veiksniai**

#### **Elgesio sutrikimai naujagimystėje:**

savireguliacijos sutrikimai, CNS dirglumas, slopinimas, CNS slopinimas – dirglumas,

maitinimosi sutrikimai: silpnas čiulpimas, krūties neėmimas, burnos hiperjautrumas, rijimo sutrikimai, nejudrus liežuvis, kandimo refleksas.

#### **Raumenų hipotonija**

Sumažėjęs domėjimasis aplinka (vaikas vangus, greitai nuvargsta, pradeda verkti).

Sutrikę vaiko judesiai: atipinė, pataloginė padėtis, judesių asimetrija, raumenų hipertoniškumas (hipotonija), naujagimystės refleksų persistencija (Moro, AKTR, TLR, SKTR, delnų ir padų griebimo refleksai).

#### **Judesių raidos deviacija**

Sunki diagnostika, nes klinika labai keičiasi – būtinas ilgalaikis stebėjimas.

Labai svarbu stebėti judesių kokybę ir kiekybę.

Remiantis ankstyvosios cerebrinio paralyžiaus diagnostikos rekomendacijomis, vaikams iki 5 mėn. koreguoto amžiaus vertinimo priemonės, leidžiančios anksti nustatyti diagnozę, yra MRT (jautrumas 86–89 proc.), Prechtl Bendrųjų judesių vertinimas (Prechtl Qualitative Assessment of General Movements) (98 proc. jautrumas) ir naujagimių neurologinės būklės vertinimas pagal Hammersmith skalę (Hammersmith Infant Neurological Examination) (90 proc. jautrumas).

Vyresnių negu 5 mėn. koreguoto amžiaus vaikų vertinimas apima MRT (86–89 % jautrumas), naujagimių neurologinės būklės vertinimas pagal Hammersmith (the Hammersmith Infant Neurological Examination) (90 proc. jautrumas) ir vaiko raidos tyrimas naudojant raidos vertinimo skalę (The Developmental Assessment of Young Children) (83 proc. C index).

Ankstyvojo raidos sutrikimo atveju vaikų raida vėluoja nuo mažens. Labai anksti pastebimi galimi pirmieji vaiko raidos sutrikimo požymiai: vėliau formuojasi akių kontaktas, socialinė šypsena. Pirmaisiais gyvenimo metais stebimi judesių raidos sutrikimai: pakitę tranzitiniai judesiai, koordinacijos sutrikimai, kartais stebimi „keisti“ judesiai, stereotipijos. Vaikas gali būti labai suglebus arba įsitempęs, vėlai ima vartytis, sėdėti, vaikščioti.

Ypač svarbu atkreipti dėmesį į raidos regresiją. Bet koks vaiko raidos įgūdžių praradimas skubos būdu turi būti kruopščiai tiriamas, norint nustatyti raidos sutrikimo etiologiją ir diagnozę. Jei nustatomi neurologiniai sutrikimai (pvz. mikrocefalija, makrocefalija, traukuliai ir kt.), smegenų vaizdo tyrimai atliekami nedelsiant.

### **Ankstyvojo raidos sutrikimo diagnozės požymiai**

Naujagimio elgesio sutrikimai:

Centrinės nervų sistemos slopinimo sindromas. Nuo gimimo vaikas labai ramus, daug miega, nenoriai bendrauja.

Maitinimo sutrikimai: vangiai čiulpia, greitai užmiega bevalgydamas, atpila.

Vaikai dažniausiai vystosi pagal seką, bet įgūdžių įgijimo laikas vėluoja.

Užsitęsia vaiko raidos stadijos, vaikui reikia ilgesnio laiko, kad suvoktų sudėtingesnių veiklų atlikimą

Nesusikaupia arba trumpam koncentruoja dėmesį.

Nėra motyvacijos aktyviai veiklai

Nepradeda laiku šypsotis, neseka daiktų, nereaguoja į garsus.

Ilgai išlieka „rankų žvilgsnis“ (>20 sav.).

Vėlai mokosi kramtyti.

Daiktai ilgai dedami į burną (norma iki 6-12 mėn.).

Ilgai mėto daiktus (norma iki 15-16 mėn.).

Padidėjęs seilėtekis (norma iki 1 metų).

Dantų griežimas.

## 12.4 VAIKŲ RAIDOS SUTRIKIMŲ GYDYMO IR ANKSTYVOSIOS REABILITACIJOS PRINCIPAI

Vaikų raidos sutrikimų ankstyvoji rehabilitacija – tai asmens sveikatos priežiūros paslauga, užtikrinanti ankstyvą vaikų raidos sutrikimų išaiškinimą, ankstyvą kompleksinę pagalbą vaikams su raidos sutrikimais ir rizikos faktoriais raidos sutrikimui atsirasti. Tokiu būdu vykdoma šių sutrikimų ir vaikų neįgalumo pirminė, antrinė ir tretinė prevencija, vaikų, turinčių raidos sutrikimų, kompleksinė rehabilitacija bei jų integracija į visuomenę ir švietimo sistemą.

Labai svarbu, kad vaiko rehabilitacijos programa turi būti sukurta individualiai vaikui, šeimai, bendruomenei, pritaikyta vaiko gyvenamajai vietai. Įgūdžiai mokomi juos įjungiant į kasdienę veiklą ir tikslingi įgūdžiai turi būti pritaikomi ir dabartiniu momentu ir ateityje (formuojami funkciniai tikslai).

Ankstyvoji rehabilitacija – tai pagalba šeimai, auginančiai vaiką su raidos sutrikimais ar/ir su rizikos faktoriais jiems atsirasti. Tai pagalbos šeimai ir vaikui strategija.

Ankstyvosios rehabilitacijos tikslas – vaiko ir šeimos medicininė, psichologinė ir socialinė rehabilitacija, gerinant jų socialinę adaptaciją ir funkcionavimą. Ji apima ankstyvą raidos sutrikimų išaiškinimą, kompleksinę pagalbą vaikui bei jo šeimai. Pagrindinis tikslas – padėti sukurti tokią aplinką, kurioje vaikas pritaipytų prie šeimos, o šeima prie vaiko ir kartu jie integruotusi į bendruomenę.

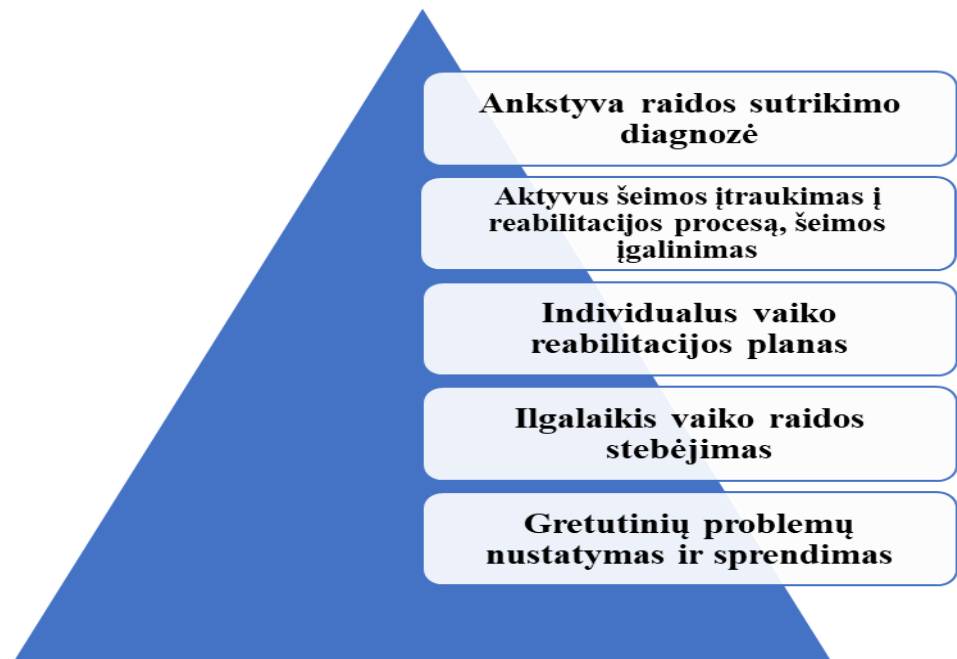
Šiuo metu pagalba teikiama multidisciplinio metodo pagalba, kurį atlieka komanda specialistų (socialinis (raidos) pediatras, psichologas, logopedas, kineziterapeutas, ergoterapeutas, slaugytoja, soc. darbuotojas). Labai svarbu, kad specialistai suprastų darbo su sutrikusios raidos vaikais ir jų tėvais darbo principus ir galimus mokslškai pagrįstus pagalbos būdus.

Ankstyvoji rehabilitacija, kuri įmanoma tampa tik tikslios ankstyvosios diagnostikos dėka, yra itin svarbi siekiant geresnių vaiko ir šeimos integracijos ir savarankiškumo rezultatų

### Ankstyvosios rehabilitacijos uždaviniai

1. Raidos sutrikimų ankstyvas išaiškinimas ir prevencija  
biologinių ir socialinių rizikos faktorių nustatymas  
vaikų su didele rizika raidos sutrikimams atranka  
tėvų mokymas apie raidos ir elgesio sutrikimų prevenciją  
šeimos psichologinis konsultavimas
2. Vaiko raidos sutrikimų diagnostika
3. Vaiko su raidos sutrikimais rehabilitacija  
Individualus rehabilitacijos planas, kurio tikslai:  
vaiko savarankiškumo didinimas;  
vaiko raidos stimuliavimas;  
pozityvaus elgesio skatinimas;  
antrinių komplikacijų prevencija;  
rehabilitacinės programos pritaikymas namų sąlygoms.
4. Šeimos pagalbos planas.  
Pagalba nukreipta į vaiką socialinėje aplinkoje, vyksta bendruomenėje, kur vaikas gyvena.  
Šeimos ir vaiko įtraukimo į integruotą ugdymo sistemą koordinavimas.
5. Sutrikusios raidos vaikų sveikatos priežiūra ir ilgalaikis stebėjimas
6. Tolimesnio vaikų gydymo ir ugdymo sąnaudų mažinimas

## Ankstyvosios reabilitacijos pagalbos vaikui ir šeimai schema



Teikiant VRSAR paslaugas, į individualią ankstyvosios reabilitacijos programą šiuo metu pasirinktinai įtraukiami šie metodai:

1. Psichologinės terapijos metodai:
  - 1.1. individuali žaidimų terapija;
  - 1.2. elgesio terapija;
  - 1.3. psichologinis konsultavimas;
  - 1.4. tėvų ir vaiko santykių terapija;
  - 1.5. šeimos konsultavimas.
2. Logoterapijos metodai:
  - 2.1. kalbėjimo, kalbos, balso, komunikacijos sutrikimų terapija;
  - 2.2. maitinimo terapija;
  - 2.3. alternatyvi komunikacija.
3. Kineziterapijos metodai:
  - 3.1. individuali kineziterapija;
  - 3.2. grupinė kineziterapija;
  - 3.3. padėties terapija;
  - 3.4. specialioji kineziterapija;
  - 3.5. kompensacinės technikos taikymas;
  - 3.6. ortopedijos priemonių taikymas.
4. Ergoterapijos metodai:
  - 4.1. individuali ergoterapija;
  - 4.2. grupinė ergoterapija;
  - 4.3. aplinkos pritaikymas;
  - 4.4. kompensacinės technikos pritaikymas;
  - 4.5. sensorinės integracijos lavinimas.
5. Specialiosios pedagogikos metodai.

6. Meno terapijos metodai.
7. Metodai, taikomi esant gretutiniams sutrikimams:
  - 7.1. maitinimo sutrikimų gydymo metodai;
  - 7.2. miego sutrikimų gydymo metodai;
  - 7.3. šlapinimosi sutrikimų gydymo metodai;
  - 7.4. medikamentinis spastiškumo, distonijos, kitų gretutinių sutrikimų gydymas.
8. Elgesio ir emocijų sutrikimų gydymo metodai.
9. Psichosocialinė šeimos rehabilitacija:
  - 9.1. individuali šeimos rehabilitacijos programa;
  - 9.2. individuali psichoterapija;
  - 9.3. grupinė psichoterapija.
10. Tėvų mokymas:
  - 10.1. individuali tėvų mokymo programa;
  - 10.2. mokomieji vaizdo filmai;
  - 10.3. specialios literatūros parinkimas ir rekomendavimas tėvams.

Autizmo spektro sutrikimų gydymui rekomenduotina į individualią ankstyvosios rehabilitacijos programą šiuos įrodymais grįstus metodus.

### **ABA terapija - taikomoji elgesio analizė**

ABA (taikomojo elgesio analizė) – tai moksliniais tyrimais pripažinta taikomojo elgesio analizės/verbalinio elgesio metodika, kurios tikslas yra pagerinti bendravimo, kasdieninės veiklos, savarankiškumo ir socialinius įgūdžius naudojant mokymosi teorijos pagrindus. Ši metodika yra itin efektyvi mokant pagrindinių bendravimo, žaidimų, socialinių, kasdieninio gyvenimo ir savarankiškumo įgūdžių vaikus su autizmo spektro bruožais.

Šiuo metu yra įvairių terapijos metodikų, paremtų ABA terapijos principais: Ankstyvoji intensyvi elgesio intervencija (Early Intensive Behavioral Intervention), Ankstyvos pradžios Denverio modelis (Early Start Denver Model), PECS (Picture Exchange Communication Systems), atskirų bandymų metodas (Discrete Trial Training) ir esminio atsako mokymas (Pivotal Response Treatment). Jų metu skiriamas dėmesys vaiko pažintiniams gebėjimams, bendravimo, judesio, prisitaikymo ir socialiniams įgūdžiams. Vystyti šiems gebėjimams yra pasitelkiamos paprastos užduotys, kurioms atlikti vaikui yra suteikiama kiek įmanoma mažesnė pagalba kartu naudojant apdovanojimus, siekiant skatinti ir formuoti teisingą elgesį. Pavyzdžiui užsiėmimo metu vaikui yra duota užduotis atpažinti 3 skirtingas formas. Užduoties pradžioje vaikui duodama trumpa instrukcija – “Paliesk apskritimą”. Jei užduotį įvykdo teisingai – pacientas yra pagiriamas ar apdovanojamas kitais būdais. Jei užduoties teisingai neatliko, jis nesulaukia teigiamos specialisto reakcijos arba pats specialistas rodo į apskritimą kartodamas užduotį. Užduotys kartojamos tol, kol pacientas jas atlieka be klaidų.

Taip pat esant netinkamam ar agresyviu vaiko elgesiui užsiėmimo metu, gali būti pasirenkama ignoravimo ir atsitraukimo taktika, kuomet vaikui leidžiama savaime nurimti, nesuteikiant jam papildomo dėmesio. Užsiėmimo metu pasitelkiamos vaizdinės kortelės (PECS) ir kartu su žodiniu nurodymu, rodomi ir paveikslėliai.

ABA terapiją sudaro kelios fazės:

1. Funkcinis elgesio įvertinimas
2. Plano sudarymas
3. Tėvų/globėjų mokymas
4. Pakartotinis vertinimas

Trumpai apie kiekvieną fazę:

- Funkcinis elgesio įvertinimas. Jo metu yra siekiama išsiaiškinti veiksnius, susijusius su paciento atsaku į įvairius dirgiklius, ir atpažinti veiksmus, kuriuos išmokius pacientą jis galėtų geriau prisitaikyti aplinkoje. Šią fazę sudaro keli etapai:

- o Netiesioginis vertinimas – specialistas surenka anamnezę ir informaciją apie pacientą iš jo tėvų/globėjų, mokytojų ir kitų vaiko aplinkoje esančių asmenų. Tam gali būti naudojamos įvairios anketos, klausimynai, pokalbiai. Jo metu siekiama išsiaiškinti vaiko elgesio, keliančio problemas, ypatumus ir galimas priežastis.

- o Tiesioginis vertinimas ir funkcinė analizė – jo metu specialistas stebi vaiką kabinete arba vaiko kasdieninėje aplinkoje. Svarbu įvertinti 3 elgesio aspektus (ABC): A (Antecedent) – įvykiai, veiksmas, aplinkybės įvykusios prieš tam tikrą vaiko elgesio pasireiškimą. B (behavior) – stebimas elgesys. C (consequences) – aplinkinių elgesys ir veiksmai, kaip atsakas po vaiko elgesio pasireiškimą (dėmesys, sudrausminimui, ignoravimas). (6) Šio etapo metu vaikas stebimas dvejose situacijose – kontrolinėje (kaip jis elgtųsi įprastai) ir sukuriant tam tikras sąlygas (keičiant aplinkinių elgesį pasireiškus tiriamam vaiko elgesiui).

- Plano sudarymas – remiantis funkcinio elgesio įvertimu, yra sudaromas individualus planas ir nustatomi tikslai, kurių bus siekiama terapijos metu. Šie tikslai yra susiję su problematišku vaiko elgesio mažinimu, kalbos, socialinių ar kitų įgūdžių gerinimu, apsitarnavimo ir savarankiškumo įgūdžių formavimu. Tikslai yra išskaidomi į siauresnes ir lengviau išmokomas užduotis.

- Tėvų/globėjų mokymas – itin svarbu, jog terapijoje mokomi įgūdžiai būtų lavinami ne tik ARBA klinikoje, tačiau ir už jos ribų. Dėl šios priežasties į gydymo procesą yra įtraukiami ir tėvai, jiems suteikiamos reikalingos žinios tęsti darbą namuose.

- Pakartotinis vertinimas – specialistai nuolat vertina vaiko elgesį ir atsaką į taikomus terapijos metodus, prie jų prisitaiko.

Terapijos, paremtos ABA principais:

1. Atskirų bandymų metodas (DTT) – jis yra sudarytas iš serijų tiesioginių ir sisteminių instrukcijų, kurios yra nuolat kartojamos, kol vaikas įgyja siekiamus įgūdžius. Jo metu vaikui yra duodami trumpi ir paprasti nurodymai, užduotis yra išskirstoma į smulkius komponentus ir jie kartojami tol, kol pacientas juos atlieka teisingai. Atlikus pavienes užduotis teisingai, jos sujungiamos į bendrą visumą. Pavyzdžiui jei vaikas yra mokomas atpažinti spalvas, specialistas pirmiausia prašo vaiką atpažinti vieną spalvą, vėliau pereinama prie kitos spalvos ir tik išstobulinus šį įgūdį rodomos dvi spalvos vienu metu ir prašoma jas suskirstyti.

2. Esminio atsako mokymas (PRT) – jo metu vaikas labiau dalyvauja sprendžiant užsiėmimo eigą, pasirinkdamas veiklas ir žaislus. Užsiėmimo metu dažniau keičiamos veiklos, o vietoj apdovanojimo saldainiais, vaikas gauna natūralų apdovanojimą - pavyzdžiui siekiamą žaislą ar norimą veiklą. Atliktame tyrime, kuriame lyginama struktūrizuota ABA terapija ir esminio atsako mokymas, buvo nustatyta, jog pastaroji terapija buvo efektyvesnė mokant socialinių bendravimo įgūdžių.

3. Ankstyvoji intensyvi terapija (EIBI) – terapijos metu kuriamos individualios programos, atsižvelgiant į vaiko poreikius. Į šį procesą įtraukiami ir tėvai, taip skatinant gydymo efektyvumą. (10) Ši terapija apima tiek ir struktūrizuotą darbo aplinką (vaiką pasodinus prie stalo), tiek ir laisvesnę aplinką, žaidimo forma. Ji yra efektyviausia vaikams iki metų amžiaus ir geriausi rezultatai pasiekiami užsiėmimus taikant po 20-40 val. per savaitę.

Siekiant geriausių rezultatų taikant ABA terapiją vaikams su autizmo spektro sutrikimais, terapija turi būti pradedama kuo greičiau, užsiėmimai vykti dažnai ir intensyviai, į procesą būtina įtraukti tėvus, o gydymas turi būti sistemiškas ir pritaikytas individualiems vaiko poreikiams.

Kadangi vaikų su autizmo spektro sutrikimais skaičius didėja, pediatrams ir šeimos gydytojams yra labai svarbu kuo anksčiau pastebėti būdingus bruožus, kad būtų galima kuo

greičiau pradėti taikyti gydymą. ABA terapija yra vienas dažniausių gydymo būdų ne tik vaikams su autizmo spektro sutrikimais, bet taip pat ir su kitokiais elgesio ar raidos sutrikimais, todėl gydytojams yra svarbu būti susipažinus su ABA principais.

### **Denverio ankstyvosios pagalbos modelis**

Ankstyvos pradžios Denverio modelis yra ankstyvos intervencijos programa mažiems ir labai mažiems autizmą turintiems vaikams, pagrįstas ABA terapijos principais. Ši multidisciplininė modelį naudoja daugybė specialistų, tokių kaip psichologai, ergoterapeutai, logopedai, vaikų specialieji pedagogai ir kiti profesionalai, taip pat tėvai. Jo efektyvumas įrodytas moksliniais tyrimais. Nuo kitų gydymo metodų išsiskiria savo puikiais rezultatais socialinių ir kognityvinių gebėjimų ugdymo srityje.

### **Sensorinės integracijos terapija**

Sensorinės integracijos terapija taikoma sutrikusios raidos vaikams. vaikų elgesį ir jų adaptaciją apsunkina lytėjimo, propriocepinių ir vestibuliarinių sistemų disfunkcija ir su ja susiję jutimų moduliavimo ir integravimo sunkumai. Šiose procedūrose naudojama įranga (pvz., sūpynės, pusiausvyros sijos, laipiojimo sienelės ir batutai), specifiniai prietaisai (pvz., svartinės liemenės, jutimo šepečiai) ir veikla (pvz., rankų kišimas į įvairios konsistencijos medžiagas, tokias kaip skutimosi kremas taikant nuoseklius judesius). Tai pagerina jutimų integraciją ir jutimo apdorojimą. Sensorinės integracijos terapija ypač padeda vaikams, turintiems mokymosi, kompleksinių raidos sutrikimų, cerebrinį paralyžių ir autizmą. Taikant šią terapiją koreguojamos maitinimo ir elgesio problemos, gerinama vaiko motorika, mažinama dezadaptacija; lengvinama vaiko įtrauktis į visuomenę

### **Kognityvinė elgesio terapija**

Kognityvinė elgesio terapija (KET) yra plačiai pripažinta kaip pats efektyviausias mokslu grįstas metodas gydyti nerimo sutrikimus aukštu funkcionavimu pasižymintiems vaikams, turintiems autizmo spektro sutrikimą. KET nerimo sutrikimus gydo per laipsniškas ekspozicijas nerimą keliančioms situacijoms kartu su psichoedukacija, relaksacijomis ir kognityviniu restruktūrizavimu. Metaanalizės parodė, kad KET pasižymėjo vidutiniu - dideliu efektyvumu valdant nerimą autistiškiems vaikams.

### **DIR /Floortime terapija**

Pagrindinis DIR /Floortime principas – skatinti holistinį individo vystymąsi ir santykius tarp globėjų ir vaikų. Šio metodo esminė koncepcija – mokymasis skatina emocijos.

DIR Floortime požiūrio dėka vaikai mokomi esminių gebėjimų socioemocinėje sąveikoje: palaikyti šiltus, priimančius, pilnavertiškus santykius su aplinkiniais. Kartu skatinamas loginis, kūrybiškas ir abstraktus mąstymas. Tam tikslui pasiekti, priklausomai nuo vaiko išsivystymo lygmens bei amžiaus prijungiamas ugdomų gebėjimų - tikslų rinkinys. Išskiriami šeši etapai: savireguliacija ir domėjimasis pasauliu, įsitraukimas ir santykio kūrimas, tikslingas abipusis bendravimas, sudėtinis bendravimas ir socialus problemų sprendimas, simbolių naudojimas ir emocinių idėjų kūrimas, loginis mąstymas ir ryšių kūrimas tarp idėjų. Remiantis šia metodika didžiausias dėmesys skiriamas globėjų įgalinimui ugdant vaiką. Jie yra mokomi stengiantis surasti, pastebėti vaiką dominančią veiklą, prie jos prisijungti bei tokiu būdu užmegzti abipusį bendravimą.

DIR/FLOORTIME metodikos dėka globėjai tampa aktyviais dalyviais ir įsitraukdami bei padėdami vaikui įveikiant esmines raidos užduotis gali analizuoti savo elgesio modelius įvairiose situacijose bei taip kurti efektyvesnius santykius. Šio principo būdu siekiami tokie tikslai: užmezgimas ir stiprinimas emocinio kontakto su vaiku, abipusio malonumo iš bendravimo siekimas, vaiko asmeninių emocijų supratimas ir valdymas, sąveikos dialoge užmezgimas tarp suaugusiojo ir vaiko, vaiko savireguliacijos įgūdžių formavimas ir tobulinimas, sensorinių ypatumų harmonizavimas, bendravimo įgūdžių (žodinių ir alternatyvių) formavimas ir ugdymas, gebėjimo spręsti socialines problemas neįprastoje situacijoje, kompromisų priėmimo mokymas, įvairių mąstymo tipų (reflektyvaus, abstraktaus ir emocinio), savimonės ir savigarbos įgūdžių ugdymas, mokymosi bei bendravimo motyvų, vertybių sistemos, vaiko savivokos pagrindų formavimas.

DIR/Floortime intervencijai neužtenka valandos ar dviejų per savaitę. Greenspanas (1992), šios metodikos pradininkas, rekomendavo kasdienes seansus su vaiku ir globėjais, papildomus logopedo ir spec. pedagogo užsiėmimus, tėvų konsultacijas, individualius psichoterapijos užsiėmimus bei papildė, kad globėjams taip pat reikia skirti atskirą laiką užsiimti šiuo metodu su vaiku namuose tris – keturis kartus per dieną.

2011 metų rekomendacijose teigiama, kad efektyviam metodo įgyvendinimui reikia paskirti 15 ir daugiau valandų per savaitę su specialistu, globėjais ir vaiku bei intervencija DIR/FLOORTIME principu turi būti tęsiama globėjų atskirai nuo specialisto 8-12 kartų per dieną 20-30 minučių trukmės sesijomis.

### **Paveikslėlių mainų metodas (PECS)**

Picture Exchange Communication System (liet. keitimosi paveikslėliais komunikacijos sistema, toliau – PECS) - tai plačiai taikoma pagalbinė komunikacijos metodika, paremta paveikslėlių ir simbolių naudojimu, sukurta vaikams, turintiems autizmo spektro bei kitus kalbos ir komunikacijos sutrikimus. Paveikslėliai naudojami kaip priemonė, leidžianti keistis informacija su aplinkiniais, o mokymosi eigoje jie gali būti sudedami į sekas, taip mokant vaiką sudaryti sakinių konstrukcijas. Šis metodas padeda plėsti vaikų pasyvųjį žodyną, gelbsti gerinant komunikacijos inicijavimą. Pagalbinių komunikacijos sistemų naudojimas nekalbantiems ar itin mažai kalbantiems vaikams gali būti itin prasmingas skatinant tolimesnę komunikacijos vystymąsi ir mažinant frustraciją susijusią su komunikacijos deficitu. Šios metodikos privalumai – nereikalingi sudėtingi kalbančiojo motoriniai judesiai, o klausytojui nebūtina žinoti papildomos kalbos, pvz., gestų. Taip pat ji yra pakankamai nebrangi, lengvai pritaikoma įvairiose aplinkose bei gana greitai išmokstama.

Mokymas pagal PECS sudarytas iš 6 etapų, pradedant tuo to, jog vaikas mokomas duoti konkretaus norimo daikto ar veiksmo paveikslėlį kitam žmogui, kuris tuoj pat priima kortelę ir išpildo tai kaip prašymą. Vėliau keitimasis paveikslėliais sunkinamas įtraukiant kitas aplinkas, didinant atstumą tarp vaiko ir suaugusiojo, įtraukiant paveikslėlių pasirinkimą iš keleto galimų, bei galiausiai pradedant korteles jungti į sakinius. Kiekviena pakopa yra išskaidoma į dar mažesnius žingsnius. Labiau patyrusieji taikydami šią metodiką gali atsakinėti ir į klausimus. Šiuo metu naudojant kompiuterius ar išmaniuosius telefonus prieinamos dar lankstesnės komunikavimo sistemos, apimančios paveikslėlius, simbolius, nuotraukas, vaizdo įrašus. Autizmo spektro sutrikimų turintys vaikai, kurie turi jiems gerai suprantamą simbolinę komunikacijos sistemą, yra labiau linkę mokytis ir pačios verbalinės kalbos.

### **Struktūros mokymas**

Struktūros mokymas pagrįstas TEACCH sistema, kuri buvo sukura Šiaurės Karolinos universitete ir pavadinta „Vaikų su autizmu ir sulėtėjusiais komunikacijos sutrikimais terapija“.



ir lavinimas“ (angl. Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children). TEACCH programos tikslas – padėti vaikui, turinčiam ASS, kiek įmanoma, geriau pritapti aplinkoje ir realizuoti save visuomenėje. TEACCH programos siekimo kryptys – išmokyti įgūdžių, būtinų žmogui gyvenant šiandieninėje visuomenėje.

Struktūrinio mokymo sistema – vizualiai pagrįsta savarankiškumo, komunikacijos ir bendravimo įgūdžių lavinimo sistema, taikoma sutrikusios raidos vaikams, tarp jų ir vaikams su autizmo spektro sutrikimais. Tai dinamiška ir lanksti programa, kurioje pagrindinis dėmesys skiriamas pasaulio suvokimui. Pagrindiniai struktūruoto mokymo ypatumai – suprantamai, vaizdžiai ir aiškiai pateikta aplinkos bei numatomos veiklos struktūra ir dienotvarkės ar užduočių lapai. Šios programos tikslo siekimo kryptys – išmokyti žmogų įgūdžių, reikalingų kasdienėje aplinkoje; mokymo procese svarbu atsižvelgti į pagrindinius autizmo požymius, ypatumus, stipriąsias bei silpnąsias autistų puses ir tinkamai priderinti aplinką. Šioje programoje didelis dėmesys skiriamas specialistų ir tėvų bendradarbiavimui, bendravimo, elgesio ir mokymo principų bei taktikos vientisumui ir tęstinumui įvardijant bendrą tikslą – maksimaliai gera socialinė adaptacija ir konstruktyvus turimų sugebėjimų panaudojimas vaikui užaugus..

### **Šeimos psichosocialinė rehabilitacijos svarba**

Šeimos socialinė rehabilitacija yra ypač svarbi, kai atliekamas vaiko ir šeimos psichologinis konsultavimas ir psichoterapija bei šeimos psichologinė ir socialinė rehabilitacija. Psichosocialinė pagalba šeimai ir vaikui sudaro sąlygas normaliam jų funkcionavimui bendruomenėje.

Tėvų įtraukimas į vaiko ugdymo procesą yra labai svarbus vaiko ugdymo ir rehabilitacijos sėkmei. Tėvai, negaudami pakankami informacijos, kaip ugdyti vaiką, dažniau įstaigoje jaučiasi kaip svečiai, nei kaip aktyvūs ugdymo proceso dalyviai. Dažnai tėvų kompetencija pažeidžiama jau ankstyvajame vaiko amžiuje. Šeima, mokydamasi įvairių vaiko sugebėjimų skatinimo būdų, dažnai susiduria su sunkiai išsprendžiamomis problemomis. Kadangi tėvams tenka bendrauti su įvairių sričių specialistais, iš pat pradžių jie išgirsta daug skirtingų nuomonių, jiems siūlomą įvairių sprendimų. Todėl daugelis tėvų pasimeta ir pasijunta vieniši, neinformuoti. Jie neigia sutrikimą, atsisako pagalbos.

Šeimos krizė turi didelės įtakos vaiko ugdymui. Dažnai ji gali ilgai užsitęsti. Visi tėvai savo santykius su vaikais grindžia ne tik realia padėtimi, bet ir svajonėmis, fantazijomis, iliuzijomis. Vaikai yra jų antrasis šansas įgyvendinti savo svajones, bet kartais šios svajonės sudūžta tėvams susidūrus su realybe – vaiko negalia. Kaip toliau gyventi? Kaip padėti vaikui, kitiems vaikams, sau?

Neįgalaus vaiko gimimas – didžiausias stresas šeimai. Suvokimas, kad vaikas bus kitoks, visada sukelia krizę šeimoje – tėvus ištinka šokas, jie jaučia kaltę, neviltį, nerimą, depresiją. Kiekviena šeima šiuos jausmus išgyvena nevienodai ir greičiau ar lėčiau įveikia krizę. Tėvai gali ilgai jausti gėdą, kentėti dėl socialinio atmetimo, pajuokos, varžytis. Tėvų reakcijoms gali turėti įtakos ekonominė šeimos padėtis, jų asmeninės savybės, vedybinė padėtis ir pan. Iš pradžių kiekviena šeima patiria emocinę dezintegraciją, todėl reikalingas prisitaikymo periodas, kol šeimos gyvenimas susireguliuos.

Neįgalių vaikų tėvai paprastai turi daug finansinių problemų dėl išlaidų medikamentams, specialiajai įrangai, žaislams ir kitoms priemonėms, auklei, transportui ir pan. Šeimai gali kilti sunkumų bendraujant su draugais, pavyzdžiui: pasikviesti juos į svečius, lankytis pas juos ir pan. Išvykti atostogų irgi ne taip paprasta, nes dažnai tenka imti su savimi kompensacinės technikos priemonių.

## **12.5 Indikacijos vaikų su raidos sutrikimais siuntimui pas gydytojus specialistus:**

- 12.5.1** Siuntimas pas gydytoją vaikų neurologą reikalingas įtariant įgimtas nervų sistemos formavimosi anomalijas, epilepsiją, esant židininei neurologinei simptomatikai, raidos regresui;
- 12.5.2** Siuntimas pas gydytoją genetiką reikalingas raidos sutrikimo etiologinės diagnozės patikslinimui;
- 12.5.3** Siuntimas pas gydytoją vaikų ir paauglių psichiatrą reikalingas esant ryškiems elgesio ir emocijų sutrikimams, kai nepakanka nemedikamentinio gydymo priemonių;
- 12.5.4** Siuntimas pas gydytoją oftalmologą reikalingas, įtariant regos sutrikimą;
- 12.5.5** Siuntimas pas gydytoją otorinolaringologą reikalingas, įtariant klausos sutrikimą;
- 12.5.6** Siuntimas pas gydytoją gastroenterologą reikalingas kai yra mitybos trūkumas, kai įtariamas gastroezofaginis refluksas, malabsorbcija, maisto alergija, vidurių užkietėjimas;
- 12.5.7** Siuntimas pas vaikų chirurgą reikalingas, kai yra indikacijos maitinimui per gastrostomą;
- 12.5.8** Siuntimas pas veido ir žandikaulių chirurgą reikalingas kai įtariamos įgimtos veido ir žandikaulių anomalijos;
- 12.5.9** Siuntimas pas fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytoją reikalingas kai yra biopsichosocialinių funkcijų sutrikimų dėl kurių gali būti skiriamas reabilitacinis gydymas.

## **13. PACIENTO KELIO ORGANIZAVIMO APRAŠYMAS (Algoritmas 2 priedas )**

### **13.1. Sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo tvarkos tikslas ir uždaviniai:**

**13.1.1.** Tikslas – užtikrinti kiekvienam raidos sutrikimų, turinčiam vaikui kokybiškų ambulatorinių bei stacionarinių diagnostikos, gydymo paslaugų prieinamumą.

**13.1.2.** Uždaviniai:

13.1.2.1. įdiegti vaikų su raidos sutrikimais diagnostikos ir gydymo algoritmą visose sveikatos priežiūros paslaugas vaikams teikiančiose ASPĮ, kad būtų teikiamos vienodai kokybiškos, individualizuotos, šiuolaikinės diagnostikos ir gydymo, slaugos paslaugos, kontroliuojami kokybės rodikliai;

13.1.2.2. kuo anksčiau diagnozuoti susirgimus, reikalaujančius specializuoto ištyrimo ir stacionarinio gydymo;

13.1.2.3. anksti išaiškinti pacientus su raidos sutrikimais, ir pagerinti jų gydymo, ankstyvosios reabilitacijos rezultatus.

**13.2. Vaikams su raidos sutrikimais teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų lygiai.** Paslaugos teikiamos pirminiame ambulatoriniame lygyje, specializuotame ambulatoriniame lygyje vaikų ligų gydytojo ar vaikų specialisto (vaikų neurologo, vaikų ir paauglių psichiatro, fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo), vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos ambulatorinės, dienos stacionaro paslaugos teikiamos antrinio lygio paslaugas vaikams teikiančiose ASPĮ, stacionarinės vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugos teikiamos universiteto ligoninių centruose.

**13.2.1. Vaikų pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos** pirminės sveikatos centruose, turinčiuose įstaigos asmens sveikatos priežiūros licenciją, suteikiančią teisę teikti pirmines ambulatorines asmens sveikatos priežiūros paslaugas. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikia šeimos gydytojas pagal Lietuvos medicinos normoje MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ apibrėžtą

kompetenciją arba vaikų ligų gydytojas pagal Lietuvos medicinos normoje MN 66:2018 „Vaikų ligų gydytojas“ apibrėžtą kompetenciją.

13.2.1.1. Jei PSPC ar rajone yra  $\geq 1500$  vaikų, jų sveikatos priežiūrai privalomas vaikų ligų gydytojas.

13.2.1.2. Vaikų ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos ASPĮ, turinčiose įstaigos asmens sveikatos priežiūros licenciją, suteikiančią teisę teikti ambulatorines vaikų ligų paslaugas.

13.2.1.3. Teikiant pirminio lygio paslaugas vaikui iki 7 m. amžiaus, atlikus profilaktinį psichomotorinės raidos tikrinimą, nustatius raidos sutrikimų rizikos veiksnių ar nustatius ar įtarus raidos sutrikimo diagnozę, pacientas ambulatoriškai siunčiamas VRSAR paslaugas teikiančio gydytojo ar vaikų neurologo ar vaikų ir paauglių psichiatro konsultacija.

### **13.2.2. Antrinio lygio specializuotų ambulatorinių paslaugų teikimas:**

13.2.2.1. antrinio lygio ambulatorinės vaikų ligų gydytojo paslaugos – ta gydytojo konsultacijos;

13.2.2.2. antrinio lygio paslaugas teikiančios įstaigos konsultacijų padalinyje konsultuojami vaikai su raidos sutrikimais ar jų įtarimu atsiųsti iš pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų.

13.2.2.3. Antrinio lygio vaikų ligų gydytojas-socialinis pediatras ar vaikų neurologas-socialinis pediatras:

13.2.2.3.1. Atlieka klinikinį raidos vertinimą, tikslina raidos diagnozę;

13.2.2.3.2. Nustato indikacijos ambulatorinių VRSAR paslaugų teikimui;

13.2.2.3.3. Siunčia pacientą ambulatorinėms ar stacionarinėms VRSAR paslaugoms arba grąžina tolimesniam raidos stebėjimui į PASPĮ;

13.2.2.4. Sudaro individualų ankstyvosios reabilitacijos planą ir įgyvendina jį kartu su daugiadalyke specialistų komanda;

13.2.2.5. Taiko medikamentinius ir nemedikamentinius gydymo būdus savo kompetencijos ribose;

13.2.2.6. Konsultuoja, moko paciento tėvus/globėjus;

13.2.2.7. tėvų/globėjų, šeimos konsultavimas su gydymu susijusiais klausimais, mokymas;

13.2.2.8. Užtikrina ilgalaikį paciento raidos stebėjimą, individualus ankstyvosios reabilitacijos plano rezultatų vertinimą;

13.2.2.9. Kartu su kitais gydytojais specialistais taiko gretutinių sveikatos sutrikimų sunkinančių raidos sutrikimo eigą gydymą;

13.2.2.10. Organizuoja tarpinstitucinį bendradarbiavimą.

13.2.2.11. Antrinio lygio gydytojas vaikų neurologas:

13.2.2.11.1. Atlieka klinikinį neurologinį ištyrimą, tikslina diagnozę;

13.2.2.11.2. Nustato indikacijass ambulatorinių VRSAR paslaugų teikimui;

13.2.2.11.3. Siunčia pacientą ambulatorinėms ar stacionarinėms VRSAR paslaugoms arba grąžina tolimesniam raidos stebėjimui į PASPĮ

13.2.2.12. Antrinio lygio gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras:

13.2.2.12.1. Atlieka klinikinį psichiatrinį ištyrimą, tikslina diagnozę;

- 13.2.2.12.2. Nustato indikacijas ambulatorinių VRSAR paslaugų teikimui;
- 13.2.2.12.3. Siunčia pacientą ambulatorinėms ar stacionarinėms VRSAR paslaugoms arba grąžina tolimesniam raidos stebėjimui į PASPĮ.
- 13.2.2.13. Indikacijos išplėstinei VRSAR specialistų komandos konsultacijai:
  - 13.2.2.13.1. Raidos sutrikimo rizika;
  - 13.2.2.13.2. Raidos sutrikimo įtarimas;
  - 13.2.2.13.3. Reikalingas VRSAR specialistų komandos įvertinimas ir rekomendacijos dėl tolesnio raidos stebėjimo, VRSAR paslaugų skyrimo.
- 13.2.2.14. Indikacijos VRAR dienos stacionaro paslaugoms Vaiko raida A:**
  - 13.2.2.14.1. R47 Kalbos sutrikimai, neklasifikuojami kitur;
  - 13.2.2.14.2. R62 Normalios fiziologinės raidos, vystymosi sutrikimas
  - 13.2.2.14.3. F80 Specifiniai tarimo ir kalbos raidos sutrikimai;
  - 13.2.2.14.4. F82 Specifinis judesių raidos sutrikimas;
  - 13.2.2.14.5. H53 Regėjimo sutrikimai;
  - 13.2.2.14.6. H54 Regėjimo sutrikimai, įskaitant abiejų akių arba vienos akies aklumą;
  - 13.2.2.14.7. H90 Kondukcinis ir neurosensorinis prikurtimas;
  - 13.2.2.14.8. H91 Kitos kilmės prikurtimas;
- 13.2.2.15. Indikacijos VRSAR dienos stacionaro paslaugoms Vaiko raida B:**
  - 13.2.2.15.1. F70- F79 Protinis atsilikimas
  - 13.2.2.15.2. F83 Mišrūs specifiniai raidos sutrikimai
  - 13.2.2.15.3. F84 Įvairiapusiai raidos sutrikimai
  - 13.2.2.15.4. F88 Kiti psichologinės raidos sutrikimai
  - 13.2.2.15.5. F89 Nepatikslintas psichologinės raidos sutrikimas
  - 13.2.2.15.6. F90 Hiperkineziniai sutrikimai
  - 13.2.2.15.7. F91 Elgesio sutrikimai
  - 13.2.2.15.8. F92 Mišrūs elgesio ir emocijų sutrikimai
  - 13.2.2.15.9. F93 Emocijų sutrikimai, prasidedantys vaikystėje
  - 13.2.2.15.10. F94 Socialinio bendravimo sutrikimai, prasidedantys vaikystėje ir paauglystėje
  - 13.2.2.15.11. F98.2 Mitybos sutrikimai kūdikystėje ir vaikystėje
  - 13.2.2.15.12. G12 Spinalinė raumenų atrofija ir su ja susiję sindromai
  - 13.2.2.15.13. G60 Paveldėtoji ir idiopatinė neuropatija
  - 13.2.2.15.14. G70 Generalizuota miastenija (myasthenia gravis) ir kiti mioneuralinių jungčių sutrikimai
  - 13.2.2.15.15. G71 Pirminės raumenų ligos
  - 13.2.2.15.16. G80 Cerebrinis paralyžius
  - 13.2.2.15.17. G81 Hemiplegija
  - 13.2.2.15.18. G82 Paraplegija ir tetraplegija
  - 13.2.2.15.19. Q01 Encefalocelė (galvos smegenų išvarža)
  - 13.2.2.15.20. Q02 Mikrocefalija
  - 13.2.2.15.21. Q03 Įgimta hidrocefalija
  - 13.2.2.15.22. Q04 Kitos įgimtos galvos smegenų formavimosi ydos
  - 13.2.2.15.23. Q05 Įskilas stuburas (Spina bifida)
  - 13.2.2.15.24. Q06 Kitos įgimtos nugaros smegenų formavimosi ydos
  - 13.2.2.15.25. Q07 Kitos įgimtos nervų sistemos formavimosi ydos

- 13.2.2.15.26. Q85 Fakomatozės, neklasifikuojamos kitur
- 13.2.2.15.27. Q86 Įgimti formavimosi ydų sindromai, sukelti žinomu egzogeninių priežasčių, neklasifikuojami kitur
- 13.2.2.15.28. Q87 Kiti patikslinti įgimti formavimosi ydų sindromai, pažeidžiantys daugelį sistemų
- 13.2.2.15.29. Q90 Dauno (Down) sindromas
- 13.2.2.15.30. Q91 Edvardso (Edwards) ir Patau (Patau) sindromai
- 13.2.2.15.31. Q92 Kitos autosomų trisomijos ir dalinės trisomijos, neklasifikuojamos kitur
- 13.2.2.15.32. Q93 Autosomų monosomijos ir delecijos, neklasifikuojamos kitur
- 13.2.2.15.33. Q99 Kitos chromosomų anomalijos, neklasifikuojamos kitur;

**13.2.2.16. Indikacijos VRSAR stacionaro paslaugoms :**

- 13.2.2.16.1. Pagrindinis raidos sutrikimas: protinis atsilikimas ir psichologinės raidos sutrikimais F70-F89, kiti raidos sutrikimai nurodyti 13.2.2.8.6 – 13.2.2.8.33 p.
- 13.2.2.16.2. Gretutiniai sindromai sunkinantys ligos eigą:
  - 13.2.2.16.2.1.1. elgesio ir emocijų sutrikimai, prasidedantys vaikystėje ir paauglystėje, F90–F98;
  - 13.2.2.16.2.1.2. nepatikslintos elgesio ar emocinės problemos, R45, R46;
  - 13.2.2.16.2.1.3. kiti psichologinės raidos sutrikimai, F70–F89;
  - 13.2.2.16.2.1.4. cerebrinis paralyžius ir kiti paralyžiniai sindromai, G80–G82;
  - 13.2.2.16.2.1.5. maitinimo ir valgymo sutrikimai, F98.2, R13, R63;
  - 13.2.2.16.2.1.6. miego sutrikimai, F51, G47;
  - 13.2.2.16.2.1.7. epilepsija, G40;
  - 13.2.2.16.2.1.8. regos sutrikimai, H50–H55;
  - 13.2.2.16.2.1.9. klausos sutrikimai, H90;
  - 13.2.2.16.2.1.10. išmatų nelaikymas, R15;
  - 13.2.2.16.2.1.11. šlapimo nelaikymas, R32;
  - 13.2.2.16.2.1.12. mitybos ir augimo sutrikimai, E40–E46, E34.3, R62;
  - 13.2.2.16.2.1.13. psichosocialiniai rizikos faktoriai, T74, Z60–Z63.

**13.2.3. Ambulatorinės vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugos vaikams su raidos sutrikimais teikiamos gydymo įstaigose, turinčiose licenciją šių paslaugų teikimui. Įstaigų sąrašas pateikiamas 5 priede. Šios ASPĮ:**

- 13.2.3.1. vykdo vaikų raidos sutrikimų ankstyvą diagnostiką, gydymą ir pagalbą šeimai, ilgalaikį vaikų su raidos sutrikimais stebėjimą laikantis atitinkamos ligos ar sveikatos sutrikimo diagnostikos, gydymo ir (ar) pagalbos šeimai metodų;
- 13.2.3.2. teikia specializuotas ambulatorines konsultacijas, išplėstines VRSAR specialistų komandos konsultacijas, VRSAR dienos stacionaro paslaugas: Vaiko raida A ir Vaiko raida B;

- 13.2.3.3. užtikrina savalaikį pacientų siuntimą VRSAR stacionarinėms paslaugoms universiteto ligoninių centrų rekomendacijų taikymą;
- 13.2.3.4. organizuoja bendradarbiavimą su savivaldybių švietimo ir socialinės apsaugos įstaigomis, tarpinstitucinio bendradarbiavimo koordinatoriais ir (ar) nevyriausybinėmis organizacijomis, teikiančiomis paslaugas šeimoms, auginančioms raidos sutrikimų turinčius vaikus;
- 13.2.3.5. užtikrina atvejo vadybos principų taikymą;
- 13.2.3.6. sudaro sąlygas nuolatiniam tėvų buvimui kartu su pacientu, paciento bendravimui su kitais šeimos nariais;
- 13.2.3.7. Užtikrina tėvų informavimą apie sveikatos, ugdymo ir socialines paslaugas, teikiamas raidos sutrikimų turintiems vaikams ir jų šeimoms;
- 13.2.3.8. Vaikui, kuriam teikiamos dienos stacionaro vaiko raidos A profilio paslaugos, per vieną dieną turi būti suteiktos ne mažiau kaip dviejų specialistų (išskyrus slaugytoją) paslaugos pagal skirtingus diagnostikos ir (ar) gydymo ir pagalbos šeimai metodus. Paslaugos trukmė – ne mažiau kaip 2 valandos. Į paslaugos teikimo laiką įskaitoma diagnostikos, gydymo, pagalbos šeimai metodų taikymas, bendravimas su tėvais ir jų mokymas, dokumentacijos pildymas;
- 13.2.3.9. Vaikui, kuriam teikiamos vaiko raidos dienos stacionaro B profilio paslaugos, per vieną dieną turi būti suteiktos ne mažiau kaip trijų specialistų (išskyrus slaugytoją) paslaugos pagal skirtingus diagnostikos ir (ar) gydymo ir pagalbos šeimai metodus. Paslaugos trukmė – ne mažiau kaip 3 valandos. Į paslaugos teikimo laiką įskaitoma diagnostikos, gydymo, pagalbos šeimai metodų taikymas, bendravimas su tėvais ir jų mokymas, dokumentacijos pildymas;
- 13.2.3.10. VRSAR dienos stacionare taikomi šie diagnostikos metodai:
  - 13.2.3.10.1. Klinikinė raidos sutrikimo diagnostika.
  - 13.2.3.10.2. Raidos tyrimo metodai: vaiko raidos vertinimo skalė (angl. Diagnostic Inventory for Screening Children, toliau – DISC), Miuncheno funkcinė raidos diagnostika, kitas adaptuotas raidos vertinimo testas.
  - 13.2.3.10.3. Vaiko elgesio, tėvų ir vaiko santykių vertinimo metodai
  - 13.2.3.10.4. Diagnostikos tyrimo metodai pagal raidos sutrikimo sritį (vienas arba daugiau): psichologinis vertinimas, logoterapinis vertinimas, kineziterapinis vertinimas, ergoterapinis vertinimas, specialusis pedagoginis vertinimas;
  - 13.2.3.10.5. Psichosocialinės šeimos būklės tyrimas.
- 13.2.3.11. Teikiant VRSAR dienos stacionaro paslaugas sudaromas individualus paciento ankstyvosios reabilitacijos planas pasirinktai iš šių metodų:
  - 13.2.3.11.1. Psichologinės terapijos metodai: individuali žaidimų terapija, elgesio terapija, psichologinis konsultavimas.
  - 13.2.3.11.2. Logoterapijos metodai: kalbėjimo, kalbos, balso, komunikacijos sutrikimų terapija.
  - 13.2.3.11.3. Kineziterapijos metodai: individuali, grupinė kineziterapija.
  - 13.2.3.11.4. Ergoterapijos metodai: individuali, grupinė ergoterapija.
  - 13.2.3.11.5. Specialiosios pedagogikos metodai.
  - 13.2.3.11.6. Psichosocialinė šeimos reabilitacija

- 13.2.3.12. Baigus gydymo VRSAR dienos stacionare kursą gydytojas-socialinis pediatras, aptaręs su VRSAR specialistų komanda, gali:
  - 13.2.3.12.1. Tęsti paciento stebėjimą ir/ar ankstyvąją reabilitaciją dienos stacionare ar išplėstinių VRSAR specialistų komandos konsultacijose sekančiais metais;
  - 13.2.3.12.2. Esant nepakankam VRSAR paslaugų efektyvumui, siųsti pacientą kompleksiniam raidos vertinimui ir ankstyvajai reabilitacijai stacionare pagal indikacijas nurodytas 13.2.2.16.
  - 13.2.3.12.3. Būklei pagerėjus, grąžinti pacientą šeimos gydytojo stebėjimui.

#### **13.2.4. Stacionarinės VRSAR paslaugos** vaikams teikiamos universitetų ligoninėse

- 13.2.4.1. Stacionarines VRSAR paslaugas teikiančios įstaigos atlieka VRSAR kompetencijos centro funkcijas: Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų ligoninė Kauno klinikos;
- 13.2.4.2. Stacionarinėms VRSAR paslaugoms po VRSAR paslaugas teikiančio gydytojo konsultacijos gauti šių paslaugų siunčiami pacientai, turintys kompleksinių raidos sutrikimų, kurių eigą sunkina gretutiniai psichikos, regos, klausos, fizinės raidos ir kiti sutrikimai arba kai gydant ambulatoriškai nepasiekiami laukiamų rezultatų;
- 13.2.4.3. Stacionarinių VRSAR paslaugų teikimo metu:
  - 13.2.4.3.1. Atliekamas kompleksinis vaiko raidos ir gretutinių sutrikimų vertinimas, tikslinama diagnozė;
  - 13.2.4.3.2. Tikslinamas individualus vaiko ankstyvosios reabilitacijos ir pagalbos šeimai planas;
  - 13.2.4.3.3. Teikiamos rekomendacijos ambulatorines VRSAR paslaugas teikiančiai specialistų komandai, konsultuojami ir mokomi tėvai kaip pritaikyti ankstyvosios reabilitacijos metodus namuose.
- 13.2.4.4. Stacionarinių VRSAR paslaugų teikimo metu taikomi šie diagnostikos metodai:
  - 13.2.4.4.1. Klinikinė diagnostika pagal daugiaašę sistemą.
  - 13.2.4.4.2. Raidos ir intelekto tyrimo metodai: vaiko raidos vertinimo skalė (angl. *Diagnostic Inventory for Screening Children*, (toliau – DISC); Miuncheno funkcinė raidos diagnostika; standartizuotas intelekto tyrimo testas (angl. *Wechsler Intelligence Scale for Children* (toliau – WISC), . kitas adaptuotas raidos vertinimo testas.
  - 13.2.4.4.3. Vaiko elgesio, tėvų ir vaiko santykių vertinimo metodai: raidos, elgesio, tėvų ir vaiko santykių vaizdo analizė, . tėvų ir vaiko santykių vertinimo skalė, . nuo 1,5 iki 5 metų amžiaus vaiko elgesio tyrimas, įvairių specialistų vaiko žaidimo stebėjimas.
  - 13.2.4.4.4. Diagnostikos tyrimo metodai pagal raidos sutrikimo sritį (vienas arba daugiau): logoterapinis vertinimas, kineziterapinis vertinimas, ergoterapinis vertinimas, specialusis pedagoginis vertinimas
  - 13.2.4.4.5. Autizmo sutrikimų diagnostikos metodai: diagnostinė autizmo stebėjimo skalė (angl. *Autism diagnostic observations schedule*, ADOS), diagnostinis autizmo klausimynas (angl. *Autism Diagnostic Interview-Revised*, ADI-R), klinikinė autizmo vertinimo skalė (angl. *Clinical autism rating scale*, CARS).

- 13.2.4.4.6. Cerebrinio paralyžiaus ir kitų paralyžinių sindromų funkcinio vertinimo metodai: bendrosios ir smulkiosios motorikos funkcinio vertinimo klasifikacijos, judesių funkcijos vertinimo skalė (angl. Gross Motor Function Measure, (toliau – GMFM), spastiškumo skalės, goniometrija; manualinis raumenų testavimas
- 13.2.4.4.7. Gretutinių sutrikimų diagnostikos metodai: maitinimo sutrikimų diagnostikos metodai (rijimo vertinimo skalė, burnos motorikos, valgymo įgūdžių ir maitinimo proceso tyrimas), miego sutrikimų diagnostikos metodai (miego vaizdo analizė, polisomonografija), šlapinimosi sutrikimų diagnostikos metodai (urodinaminis metodas, ultragarsinis tyrimas)
- 13.2.4.4.8. Psichosocialinės šeimos būklės tyrimas.
- 13.2.4.5. Stacionariųjų VRSAR paslaugų teikimo metu taikomi šie gydymo, ankstyvosios reabilitacijos ir pagalbos šeimai metodai:
- 13.2.4.5.1. Psichologinės terapijos metodai: individuali žaidimų terapija, elgesio terapija, psichologinis konsultavimas, tėvų ir vaiko santykių terapija, šeimos konsultavimas;
- 13.2.4.5.2. Logoterapijos metodai: kalbėjimo, kalbos, balso, komunikacijos sutrikimų terapija, maitinimo terapija, alternatyvi komunikacija;
- 13.2.4.5.3. Kineziterapijos metodai: individuali kineziterapija, grupinė kineziterapija, padėties terapija, specialioji kineziterapija, kompensacinės technikos taikymas, ortopedijos priemonių taikymas.
- 13.2.4.5.4. Ergoterapijos metodai: individuali ergoterapija, grupinė ergoterapija, aplinkos pritaikymas, kompensacinės technikos pritaikymas, sensorinės integracijos lavinimas
- 13.2.4.5.5. Specialiosios pedagogikos metodai
- 13.2.4.5.6. Meno terapijos metodai.
- 13.2.4.5.7. Metodai, taikomi esant gretutiniams sutrikimams: maitinimo sutrikimų gydymo metodai, miego sutrikimų gydymo metodai, šlapinimosi sutrikimų gydymo metodai, medikamentinis spastiškumo, distonijos gydymas, elgesio ir emocijų sutrikimų gydymo metodai;
- 13.2.4.5.8. Psichosocialinė šeimos reabilitacija: individuali šeimos reabilitacijos programa, individuali psichoterapija, grupinė psichoterapija;
- 13.2.4.5.9. Tėvų mokymas: individuali tėvų mokymo programa, mokomieji vaizdo filmai, specialios literatūros parinkimas ir rekomendavimas tėvams.
- 13.2.4.6. Baigus gydymo VRSAR dienos stacionare kursą gydytojas-socialinis pediatras, aptaręs su VRSAR specialistų komanda, gali:
- 13.2.4.6.1. Tęsti vaiko raidos stebėjimą ir VRSAR stacionaro paslaugas teikiančioje specialistų komandoje per išplėstines VRSAR komandos konsultacijas ar pakartotinius gydymo stacionare kursus;
- 13.2.4.6.2. Siųsti vaiką tęsti raidos stebėjimą ir ankstyvąją reabilitaciją į ambulatorines VRSAR paslaugas teikiančią įstaigą.

## **14. REIKALAVIMAI ASPI, TEIKIANČIOMS VAIKŲ ASMENS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGAS VAIKAMS SU RAIDOS SUTRIKIMAIS AR JŲ RIZIKA.**

### **14.1. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros (PAASP) paslaugos vaikams teikiamos, remiantis:**

- 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymu Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų



sąrašo tvirtinimo“ bei galiojančiais jo pakeitimais. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.267313/asr>

- Taip pat 2004 m. gegužės 14 d. įsakymu Nr. V-364 „Dėl licencijuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašų patvirtinimo“ <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.234192/asr>

- 2014 m. balandžio 7 d. įsakymu Nr. V-444 Dėl Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 14 d. įsakymo Nr. V-364 „Dėl licencijuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo patvirtinimo pakeitimo“;

- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. birželio 22 d. įsakymas Nr. V-528 „Dėl ambulatorinių specializuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų“;

- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. vasario 28 d. įsakymas Nr. V-288 „Dėl Ilgalaikio pacientų, sergančių lėtinėmis ligomis, sveikatos būklės stebėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“

- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 30 d. įsakymas Nr. V-133 „Dėl Šeimos medicinos paslaugų teikimo namuose organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“

- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gegužės 31 d. įsakymas Nr. 301 „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose“

**14.1.1.** Paslaugos teikiamos pirminės sveikatos priežiūros centruose, turinčiuose įstaigos asmens sveikatos priežiūros licenciją, suteikiančią teisę teikti pirmines ambulatorines sveikatos priežiūros paslaugas.

**14.1.2.** Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas vaikams teikia šeimos gydytojas (pagal Šeimos (bendrosios praktikos) gydytojo ir Bendrosios praktikos slaugytojo bei Bendruomenės slaugytojo medicinos normų ir (ar) Akušerio medicinos normos, ir (ar) išplėstinės praktikos slaugytojo medicinos normos reikalavimus) arba vaikų ligų gydytojas kartu su vidaus ligų gydytoju, gydytoju akušeriu ginekologu ir gydytoju chirurgu, ambulatorinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje.

**14.1.3.** PAASP paslaugos teikiamos visiems prie PSPC prisirašiusiems vaikams iki 18 m.

**14.1.4.** PSPC, teikdamas pirmines ambulatorines vaikų asmens sveikatos priežiūros paslaugas, vykdo šias funkcijas:

14.1.4.1. pagal kompetenciją užtikrina (suteikia ir organizuoja) būtinąją medicinos pagalbą;

14.1.4.2. vykdo ambulatorinę asmens sveikatos priežiūrą;

14.1.4.3. propaguoja sveiką gyvenseną;

14.1.4.4. atlieka pirminį asmens sveikatos būklės patikrinimą;

14.1.4.5. vykdo profilaktinius sveikatos tikrinimus, įskaitant psichomotorinės raidos tikrinimą;

14.1.4.6. vykdo užkrečiamųjų ligų profilaktiką (vakcinavimą)

14.1.4.7. vykdo lėtinėmis ligomis sergančių pacientų priežiūrą;

14.1.4.8. tęsia specialistų paskirtą gydymą.

14.1.4.9. Išrašo kompensuojamus receptus medikamentams ir slaugos priemonėms;

14.1.4.10. išduoda pacientams sveikatos pažymą;

14.1.4.11. išduoda pacientams nedarbingumo pažymėjimus;

14.1.4.12. nepriskirtais jo kompetencijai, taip pat visais neaiškiais atvejais siunčia pacientus antrinio ar tretinio lygio ambulatorinių ar stacionarinių

paslaugų gauti; bendradarbiauja su konsultuojančiais vaikų specialistais, ypač artimiausio rajono vaikų ligų gydytoju.

- 14.1.4.13. pagal kompetenciją siunčia asmenis dėl neįgalumo, darbingumo lygio ir specialiųjų poreikių nustatymo;
- 14.1.4.14. tvarko medicinos dokumentaciją ir teikia statistikos ir kitus privalomosios atskaitomybės duomenis;
- 14.1.4.15. informuoja apie galimai pažeistas vaiko teises vaiko teisių apsaugos skyrius;
- 14.1.4.16. bendradarbiauja su socialiniais darbuotojais ir kitais specialistais, dirbančiais sveikatos priežiūros ar kitose įstaigose;
- 14.1.4.17. teikia kitas sveikatos priežiūros ir kitas paslaugas, numatytas Lietuvos Respublikos teisės aktuose.

**14.1.5.** Psichomotorinės raidos tikrinimo atlikimui PASP turi turėti šias priemones:

- 14.1.5.1. Barškutis ar varpelis;
- 14.1.5.2. Plastikinis puodelis arba analogiško dydžio dėžutė;
- 14.1.5.3. Kaladėlių rinkinys;
- 14.1.5.4. Dėlionė: lenta su 3 pagrindinėmis formomis (trikampis, kvadratas, apskritimas) arba plastikinė dėžutė su atitinkamų formų angomis;
- 14.1.5.5. Knygutė su paveikslėliais, skirta 1–3 metų vaikams;
- 14.1.5.6. Lėlė;
- 14.1.5.7. Popierius, vaikiškos piešimo kreidelės arba pieštukai

**14.1.6.** Atlikus psichomotorinės raidos tikrinimą ir nustatius raidos sutrikimo riziką PASP gydytojas siunčia pacientus į gydytojo-socialinio pediatro ASPĮ turinčio licenciją teikti ambulatorines VRSAR paslaugas, nesant tokios galimybės pacientas siunčiamas antrinio lygio vaikų ligų gydytojo ar vaikų ir paauglių psichiatro ar vaikų neurologo konsultacijai;

**14.1.7.** Nustačius didelės rizikos patologiją, bei vaikams, kurie gimė neišnešioti ar su įgimta patologija, turintiems psichomotorinės raidos sutrikimus bei lėtinėmis ligomis sergantiems vaikams iki 7 metų pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugos turėtų būti teikiamos vaikų ligų gydytojo.

**14.2.** **Antrinio lygio vaikų ligų, vaikų neurologijos bei vaikų ir paauglių psichiatrijos specializuotos paslaugos** teikiamos ASPĮ, turinčiose įstaigos asmens sveikatos priežiūros licenciją, suteikiančią teisę teikti ambulatorines bei stacionarines atitinkamos specializacijos vaikų sveikatos priežiūros paslaugas. Reikalavimai specializuotų ambulatorinių paslaugų teikimui apibrėžiami Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. birželio 22 d. įsakymu Nr. V-528. „Dėl ambulatorinių specializuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų patvirtinimo“.

**14.3.** Ambulatorinės VRSAR paslaugos teikiamos ASPĮ teikiamos ambulatorines antrinio ir (ar) tretinio lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose, kurios atitinka bendrusius ambulatorinių paslaugų teikimo reikalavimus. Reikalavimai specializuotų ambulatorinių VRSAR paslaugų teikimui apibrėžiami Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gruodžio 14 d. įsakyme Nr. 728 „Dėl vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos antrinio ir tretinio lygio paslaugų organizavimo principų, aprašymo ir teikimo reikalavimų“

**14.3.1.** Ambulatorinėms VRSAR paslaugoms priskiriama: išplėstinės VRSAR specialistų komandos konsultacija asmens sveikatos priežiūros įstaigoje arba paciento gyvenamojoje vietoje, VRSAR dienos stacionaro paslaugos;

**14.3.2.** Ambulatorinių VRSAR paslaugų padaliniai vaikams turi būti savivaldybėje (ar keliose gretimose), jeigu vaikų iki 7 metų vaikų skaičius aptarnaujamoje teritorijoje yra 1000 ir daugiau;

**14.3.3.** ASPĮ, teikiančioje ambulatorines VRSAR paslaugas, turi būti sekančios patalpos:

14.3.3.1. atskiri kabinetai, skirti dirbti gydytojui socialiniam pediatrui ir VRSAR specialistų komandos nariams;

14.3.3.2. ne mažiau kaip viena grupinės terapijos patalpa;

14.3.3.3. patalpos, kuriose organizuojamas vaikų ir (ar) tėvų, ir (ar) VRSAR specialistų konfidencialus bendravimas;

14.3.3.4. vieta vaikų žaidimui ir (ar) mokymuisi;

14.3.3.5. patalpos pritaikytos asmenų su negalia specialiesiems poreikiams ir visose patalpose – vaiko amžių atitinkanti aplinka;

**14.3.4.** Ambulatorines VRSAR paslauga teikiančioje įstaigoje turi būti sekančios medicinos priemonės ir įranga:

14.3.4.1. psichodiagnostiniai testai;

14.3.4.2. klinikinio logopedo priemonių rinkinys;

14.3.4.3. kineziterapijos priemonių rinkinys;

14.3.4.4. ergoterapijos priemonių rinkinys;

14.3.4.5. meno terapeuto priemonių rinkinys (kai dirba VRSAR specialistų komandoje);

14.3.4.6. specialiojo pedagogo priemonių rinkinys (kai dirba VRSAR specialistų komandoje);

**14.4. Stacionarinių VRSAR paslaugų teikimas.** Universiteto ligoninės yra Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos ir VšĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos, jose ambulatorinės ir stacionarinės VRSAR paslaugos, kitos pirminio, antrinio ir tretinio lygio paslaugos vaikams.

**14.4.1.** Stacionarines VRSAR paslaugas teikiančioje ASPĮ turi būti:

14.4.1.1. pacientams prižiūrėti skirtos patalpos, kuriose turi būti: lova (-os) pacientui ir lova pacientą slaugančiam asmeniui;

14.4.1.2. atskiri kabinetai VRSAR specialistų komandos nariams;

14.4.1.3. ne mažiau kaip dvi grupinės terapijos patalpos;

14.4.1.4. vaizdo analizės patalpos;

14.4.1.5. patalpos, kuriose teikiamos invazinės ir (ar) intervencinės procedūros;

14.4.1.6. vieta vaikų žaidimui ir (ar) mokymuisi;

14.4.1.7. patalpos pritaikytos asmenų su negalia specialiesiems poreikiams ir visose patalpose – vaiko amžių atitinkanti aplinka;

**14.4.2.** Stacionarines VRSAR paslaugas teikiančioje ASPĮ turi būti sekančios medicinos priemonės ir įranga:

14.4.2.1. psichodiagnostiniai testai;

14.4.2.2. klinikinio logopedo priemonių rinkinys;

14.4.2.3. kineziterapijos priemonių rinkinys;

14.4.2.4. ergoterapijos priemonių rinkinys;

14.4.2.5. meno terapeuto priemonių rinkinys;

14.4.2.6. specialiojo pedagogo priemonių rinkinys;

14.4.2.7. jūgio matuoklė, svarstyklės įvairaus amžiaus vaikams;

- 14.4.3. organizuoja pacientui reikalingų gydytojų specialistų, dirbančių ASPĮ, konsultacijas, įskaitant šių specialistų konsultacijas:
- 14.4.3.1. gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro;
  - 14.4.3.2. gydytojo ortopedo traumatologo;
  - 14.4.3.3. gydytojo oftalmologo;
  - 14.4.3.4. gydytojo otorinolaringologo;
  - 14.4.3.5. gydytojo dietologo;
  - 14.4.3.6. gydytojo vaikų neurologo;
- 14.5. Teikiant ambulatorines VRSAR paslaugas pildoma forma Nr. 025/a „Ambulatorinė asmens sveikatos istorija“, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 27 d. įsakymu Nr. V-120 „Dėl Privalomų sveikatos statistikos apskaitos ir kitų tipinių formų bei Privalomų sveikatos statistikos ataskaitų formų patvirtinimo“, taip pat užpildoma forma Nr. 025/a-LK „Asmens ambulatorinio gydymo statistinė kortelė“, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymu Nr. 687 „Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo“ ir (ar) „Dienos stacionaro ligonio kortelė“ (forma Nr. 003-2/a), nurodyta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. lapkričio 29 d. įsakyme Nr. 515 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų veiklos apskaitos ir atskaitomybės tvarkos“. Teikiant dienos stacionaro VRSAR paslaugas pildoma „Dienos stacionaro ligonio kortelė“ (forma Nr. 003-2/a) arba „Gydymo stacionare ligos istorija“ (forma Nr. 003/a) ir užpildoma forma Nr. 025/a-LK „Asmens ambulatorinio gydymo statistinė kortelė“.
- 14.6. Teikiant stacionarines VRSAR paslaugas pildoma forma Nr. 003/a „Gydymo stacionare ligos istorija“, nurodyta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. lapkričio 29 d. įsakyme Nr. 515 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų veiklos apskaitos ir atskaitomybės tvarkos“, taip pat forma Nr. 066/a-LK „Stacionare gydomo asmens statistinė kortelė“, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymu Nr. 687 „Dėl Medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo“ bei kiti asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą reglamentuojančiuose teisės aktuose nustatyti medicinos dokumentai.
- 14.7. Šioje metodikoje aprašomų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir organizavimo procese informacinės ir ryšio technologijos naudojamos, rodikliai susiejami su ESPBI IS, įstaigos informacine sistema, kaip tai apibrėžia dabar galiojantys teisiniai aktai.
- 14.8. Reikalavimai personalui:**
- 14.8.1. Teisės aktai, reglamentuojantys reikalavimus sveikatos priežiūros specialistams, dalyvaujantiems vaikų raidos sutrikimų diagnostikos ir gydymo procese:
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. 728 „Dėl Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugų teikimo ir jų išlaidų apmokėjimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
  - Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. rugsėjo 29 d. įsakymas Nr. V-680 „Dėl teisės verstis siaura medicinos praktika įgijimo“
  - Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. rugsėjo 20 d. įsakymas Nr. V-1033 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 66:2018 „Vaikų ligų gydytojas“ patvirtinimo“.

- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22d. įsakymas Nr. V-1013 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2019 „Šeimos gydytojas“ patvirtinimo“ (galiojanti suvestinė redakcija 2019-05-01).
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. kovo 21 d. įsakymas Nr. V-325 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 153:2018 „Gydytojas vaikų neurologas“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. liepos 13 d. įsakymas Nr. V-577 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 114:2019 „Gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. gegužės 30 d. įsakymas Nr. V-627 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 162:2018 „Medicinos psichologas“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. vasario 5 d. įsakymas Nr. V-184 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 124:2016 „Kineziterapeutas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. balandžio 28 d. įsakymas Nr. V-544 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 125:2016 „Ergoterapeutas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2022 m. vasario 23 d. įsakymas Nr. V-388 „Dėl klinikinio logopedo veiklos reikalavimų aprašo patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. balandžio 23 d. įsakymas V-457 „Dėl Meno terapeuto veiklos reikalavimų patvirtinimo“.
- 2019 m. liepos 12 d. Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-828 Dėl Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro 2011 m. birželio 8 d. įsakymo nr. V-591 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ pakeitimo.

**14.8.2.** Ambulatorines VRSAR paslaugas teikia vaikų ligų gydytojas ar gydytojas vaikų neurologas ar fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas, Vilniaus universitete arba Lietuvos sveikatos mokslų universitete baigęs bendrai universitetų nustatytos trukmės įvadinį socialinės pediatrijos kursą ir turintis tai patvirtinantį pažymėjimą arba turintis šio kurso baigimo pažymėjimui prilygintą iki 2004 m. spalio 10 d. Sveikatos apsaugos ministerijos išduotą sertifikatą, suteikiantį teisę verstis gydytojo socialinio pediatro praktika (toliau – VRSAR paslaugas teikiantis gydytojas), medicinos psichologas, logoterapeutas, kineziterapeutas, slaugytojas, socialinis darbuotojas. Daugiadalykėje komandoje taip pat gali dirbti ergoterapeutas ir ar specialusis pedagogas.

**14.8.3.** Stacionarines VRSAR paslaugas teikia VRSAR paslaugas teikiantis gydytojas, medicinos psichologas, logoterapeutas, kineziterapeutas, ergoterapeutas, slaugytojas, socialinis darbuotojas. Daugiadalykėje komandoje taip pat gali dirbti meno terapeutas ir/ar specialusis pedagogas.

**14.8.4.** Specialistai, teikiantys VRSAR paslaugas, turi reguliariai kelti profesinę kvalifikaciją dalyvaudami Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos, universitetų ar profesinių organizacijų organizuojamuose profesinės kvalifikacijos tobulinimo mokymuose, respublikinėse ir tarptautinėse konferencijose, aktyviai domėtis naujausia moksline literatūra, atnaujinti žinias ir įgūdžius. Vaikų ligų gydytojų ir vaikų neurologų kvalifikacija keliama įvairiuose seminaruose, konferencijose bei mokymuose. Licencijos atnaujinimui kiekvienas gydytojas kas 5 metai turi pateikti dokumentus apie 120 kreditinių valandų, patvirtinančių kvalifikacijos kėlimą per einamuosius 5 metus, ne mažiau kaip 70 proc. valandų savo specialybėje. Gydytojai-socialiniai pediatrai norėdami tęsti siaurą medicinos praktiką

per 5 metus turi skirti kvalifikacijos tobulinimui socialinės pediatrijos srityje ne mažiau 36 val.

## **15. METODINIO DOKUMENTO DIEGIMO KONKRETAUS LYGIO PASLAUGAS TEIKIANČIOJE ASPI TVARKOS APRAŠYMAS**

- 15.1. Metodiniam dokumentui įdiegti konkrečioje ASPI reikalingi specialistai, teikiantys VRSAR paslaugas atitinkamu lygiu ir patalpos bei medicininė įranga šioms paslaugoms teikti, atitinkantys reikalavimus aprašytus šio metodinio dokumento 14.1 - 14.4 poskyriuose.
- 15.2. Rekomenduojama ASPI įdiegti šio metodinio dokumento pagrindu parengtą, medicinos etikos komiteto bei įstaigos vadovo įsakymu patvirtintą vaikų raidos sutrikimų diagnostikos ir gydymo protokolą.
- 15.3. Šiam metodiniam dokumentui įgyvendinti reikalingi asmens sveikatos paslaugas teikiančių specialistų (šeimoms gydytojų, vaikų ligų gydytojų, vaikų neurologų, socialinių pediatrų, medicinos psichologų, klinikinių logopedų, kineziterapeutų, ergoterapeutų, spec.pedagogų, meno terapeutų, socialinių darbuotojų, bendrosios praktikos slaugytojų) raidos sutrikimų diagnostikos ir gydymo įgūdžiai, atitinkantys jų profesines normas bei gebėjimas taikyti įgūdžius praktikoje.
- 15.4. Diegiant šį metodinį dokumentą, numatyti mokymai sveikatos priežiūros paslaugas vaikams teikiantiems specialistams, kurių metu gydytojai bus supažindinti su šiuo dokumentu bei jame raidos sutrikimų diagnostikos ir gydymo algoritmu; šių mokymų finansavimas numatytas iš Europos Sąjungos struktūrinių fondų lėšų bendrai finansuojamo projekto “Integruoto Lietuvos vaikų sveikatos priežiūros paslaugų modelio, apimančio pirminio, antrinio ir tretinio lygio paslaugas, sukūrimas ir specialistų mokymai”(pagal priemonę NR. 08.4.2-ESFA-V-622) apimtyje.
- 15.5. Informacija apie metodinį dokumentą bus pristatyta 15.4. punkte aprašytuose mokymuose, jo įdiegimą koordinuojančioms ir susijusioms institucijoms Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos, Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos, Lietuvos pediatrų draugija, Lietuvos vaikų socialinės pediatrijos draugija, Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija. Numatoma metodinį dokumentą pristatyti profesinėse konferencijose, vaikų sveikatos priežiūros specialistų tobulinimo kursuose, aukščiau išvardintų institucijų internetinėse svetainėse bei socialiniuose tinkluose.
- 15.6. Metodinio dokumento įdiegimo ASPI, teikiančiose sveikatos priežiūros paslaugas vaikams, kokybės vertinimas numatytas atliekant jo įdiegime dalyvaujančių specialistų apklausą, praėjus 6 mėnesiams po jo pristatymo 15.4. punkte aprašytuose mokymuose; bus vertinama specialistų nuomonė apie algoritmo kokybę, jame numatytų paslaugų prieinamumą, efektyvumą ir rezultatyvumą.

## **16. PACIENTŲ PASITENKINIMO SUTEIKTOMIS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGOMIS VERTINIMO APRAŠYMAS**

- 16.1. Pacientų pasitenkinimo suteiktomis stacionarinėmis, ambulatorinėmis paslaugomis vertinimas vykdomas pagal įstaigų pasitvirtintą bendrąją pacientų pasitenkinimo tvarką ir keliamus reikalavimus, vadovaujantis esančiais teisės aktais.
- 16.2. Paciento ir/ar jo tėvų/globėjų pasitenkinimo ambulatoriškai suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis vertinimas atliekamas remiantis: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. balandžio 16 d. įsakymu Nr. V-419 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių ambulatorine asmens

- sveikatos priežiūros paslaugas, veikos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašo ir šių rodiklių duomenų suvestinių formų patvirtinimo”. Anketa priede Nr.3
- 16.3.** Paciento ir/ar jo tėvų/globėjų pasitenkinimo stacionare suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis vertinimas atliekamas remiantis: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 29 d. įsakymu Nr. V-1073 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir veiklos efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašų ir šių rodiklių duomenų suvestinių formų patvirtinimo“ (suvestinė redakcija). Anketa priede Nr. 4
- 16.4.** Ambulatorinio apsilankymo metu arba pasibaigus stacionariniam gydymui, pacientui ir jo artimiesiems pateikiama anoniminė anketa, kuri pildoma savanoriškai, užpildytą anketą asmuo palieka specialioje anketų dėžutėje prie įėjimo/išėjimo durų.
- 16.5.** Siekiama, kad bent 80 proc. pacientų būtų patenkinti arba labai patenkinti jiems suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis: atsakymai į 6 klausimą ambulatorinių paslaugų anketoje arba į 11 klausimą stacionarinių paslaugų anketoje būtų 7-10.
- 16.6.** ASPĮ vadovo pasirašytinai įgaliotas asmuo kartą per kalendorinius metus atlieka užpildytų anketų duomenų analizę ir pateikia pacientų pasitenkinimo ASPĮ teikiamomis paslaugomis (6 ambulatorinių paslaugų anketos klausimas arba 11 stacionarinių paslaugų anketos klausimas) anketinius duomenis šia forma:

Eil. Nr.	Anketos	Skaičius, vnt.
1.	Anketos, kuriose įvertinimas „1“	
2.	Anketos, kuriose įvertinimas „2“	
3.	Anketos, kuriose įvertinimas „3“	
4.	Anketos, kuriose įvertinimas „4“	
5.	Anketos, kuriose įvertinimas „5“	
6.	Anketos, kuriose įvertinimas „6“	
7.	Anketos, kuriose įvertinimas „7“	
8.	Anketos, kuriose įvertinimas „8“	
9.	Anketos, kuriose įvertinimas „9“	
1	Anketos, kuriose įvertinimas	

0.	„10“	
1 1.	Iš viso tinkamai užpildytų anketų	
1 2.	Iš viso apklausoje dalyvavusių anketų	

- 16.7.** Pacientų arba jų artimųjų stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų vertinimas turi būti vykdomas reguliariai anketavimo būdu, siekiant apklausti ne mažiau nei 10 proc. pacientų ir (arba) jų artimųjų (tėvų, globėjų).
- 16.8.** ASPĮ vadovo sprendimu į anketą gali būti įtraukta papildomų klausimų ir (ar) pacientams pateikiamos papildomos anketos ASPĮ suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybei įvertinti.
- 16.9.** Pacientų pasitenkinimo ASPĮ teikiamomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis lygis (atsakymas į 6 klausimą ambulatorinių paslaugų anketoje arba į 11 klausimą stacionariųjų paslaugų anketoje) – teigiamo įvertinimo anketų skaičiaus ir visų apklausoje dalyvavusių anketų skaičiaus santykis.
- 16.10.** Vertinamos tik tinkamai užpildytos anketos, t. y. ambulatorinių paslaugų anketos, kuriose į 6-ą klausimą arba stacionariųjų paslaugų anketos, kuriose į 11-tą klausimą pateiktas tik vienas atsakymas. Teigiamo įvertinimo anketos – anketos, kuriose pacientų bendras pasitenkinimas ASPĮ teikiamomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis vertinamas 7–10:

$$\text{Pacientų pasitenkinimo ASPĮ teikiamomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis lygis} = \frac{\text{Teigiamo įvertinimo anketų skaičius}}{\text{Visų apklausoje dalyvavusių tinkamų anketų skaičius}}$$

## 17. METODINIO DOKUMENTO ATNAUJINIMAS



1. Galiojančio metodinio dokumento paskutinės peržiūros data	...
2. Galiojančio metodinio dokumento atnaujinimo data	Rekomenduojama dokumentą peržiūrėti ir pagal poreikį atnaujinti kas penkis metus
3. Ankstesnės metodinio dokumento versijos ir metodinio dokumento atnaujinimo (jei metodinis dokumentas atnaujintas) turinys (t. y. kas atnaujinta, palyginti su anksčiau patvirtinta metodinio dokumento versija)	...
4. Metodinio dokumento atnaujinimo iniciatorius	SAM
5. Metodinio dokumento atnaujinimo vykdytojai	SAM
6. Kitos peržiūros, atnaujinimo data	2027

## 18. METODINIO DOKUMENTO AUDITO APRAŠYMAS

- 18.1.** Audito atlikimo tvarkos aprašas yra rekomendacinio pobūdžio. Auditas atliekamas remiantis LR SAM įsakymu 2019 m. lapkričio 15 d. Nr. V-1296 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymo Nr. V-338 „Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“ pakeitimo“. Metodinio dokumento kontrolę atlieka ASPĮ vidaus medicininio audito tarnyba.
- 18.2.** Auditas atliekamas vieną kartą per 12 mėn. ASPĮ atliekamas įdiegto metodinio dokumento efekto auditas. Jei reikia, auditas gali būti atliekamas ir dažniau.
- 18.3.** Audito uždavinys –vaikų turinčių raidos sutrikimų diagnostikos, gydymo, ankstyvosios reabilitacijos bei pacientų logistikos vertinimas.
- 18.4.** Audito metu naudojami informacijos šaltiniai:
- 18.5.** ambulatorinė asmens sveikatos istorija (F025/a)
- 18.6.** dienos stacionaro ligonio kortelė;
- 18.7.** gydymo stacionare ligos istorija (F003/a);
- 18.8.** elektroninė sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema (*ESPBI IS*)
- 18.9.** įstaigos informacinė sistema
- 18.10.** VLK duomenys;
- 18.11.** pacientų atsiliepimai (paciento ir tėvų/globėjų pasitenkinimo suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis vertinimo anketa).
- 18.12.** Audito vertinimo kriterijai - atvejų, kai vaikų raidos tyrimas atliktas, vaikų raidos sutrikimai diagnozuoti ir gydyti laikantis metodinio dokumento rekomendacijų, skaičius (procentais).

- 18.13.** Nuasmeninti audito duomenys ir rezultatai aptariami su ASPĮ administracija bent kartą per 12 mėn. Audito duomenys ir ataskaitos turi tiksliai atspindėti audito veiklas, neišspręstus auditorių ir audituojamo subjekto nesutarimus ar reikšmingas kliūtis atliekant auditą. Audito ataskaitos pagrindu, jei yra nustatytos neatitiktys, pateikiamos rekomendacijos, audituotas įdiegto metodinio dokumento ASPĮ padalinys rengia koregavimo veiksmus išaiškintų neatitiktųjų pašalinimui, rekomendacijų įgyvendinimui. Nustatytu terminu audito vadovas arba jo įgaliotas audito grupės narys patikrina, ar koregavimo veiksmai atlikti ir patikrinimo rezultatus įrašo audito ataskaitoje. Audito metu nustačius neatitiktis, galinčias turėti neigiamą įtaką atliekamoms paslaugoms, gali būti numatytas pakartotinis vidaus medicininis auditas įgyvendintų koregavimo veiksmų veiksmingumui nustatyti. Vidinio medicininio audito ataskaita skelbiama ASPĮ tinklalapyje
- 18.14.** Atlikto medicininio audito dokumentacijos nusistato pati ASPĮ pagal savo patvirtintą dokumentų pildymo ir saugojimo tvarką.
- 18.15.** Auditą vykdančių asmenų kompetencijos ir funkcijos:
- 18.15.1.** Medicininį auditą vykdo įstaigoje paskirta audito grupė. Audito komisijos narių funkcijas, konkretų darbą nustato audito vadovas. Įstaigoje, kurioje dirba iki 50 asmens sveikatos priežiūros specialistų, vidaus medicininio audito veiklą vykdo įstaigos vadovo įgaliotas asmuo arba ji vykdoma pagal sutartį su fiziniu arba juridiniu asmeniu. Įstaigoje, kurioje dirba daugiau kaip 50 asmens sveikatos priežiūros specialistų, steigiamas vidaus medicininio audito padalinys.
- 18.15.2.** Audito apimtys - 10 proc. atsitiktinai parinktų dėl elgesio sutrikimų besikreipusių pacientų gydymo stacionare ligos istorijų (F003/a) ar ambulatorinių asmens sveikatos istorijų (F025/a) ar dienos stacionaro ligoonio kortelių.
- 18.16.** Vidaus medicininio audito padalinio vadovas yra tiesiogiai pavaldus įstaigos vadovui, kuris užtikrina vidaus medicininio audito veiklos organizacinę nepriklausomumą, negali perduoti šios valdymo funkcijos kitiems įstaigos darbuotojams bei nedaro poveikio atliekant vidaus medicininį auditą ir pateikiant vidaus medicininio audito rezultatus. Auditoriai turi būti nepriklausomi nuo audituojamos veiklos, auditus atliekantys auditoriai neturi būti pavaldūs audituojamo proceso vadovams.
- 18.17.** Auditorius arba auditorių grupė registruoja vertinimo rezultatus audito ataskaitoje ir neatitikties, koregavimo ir prevencinių veiksmų formoje. Kiekvienai neatitiktčiai pildoma atskira neatitikties forma. Prie ataskaitos pateikiami: audito planas-grafikas, neatitikties formos (jei audito metu nustatoma neatitiktis).

## **19. SVARBIAUSIŲ KRITERIJŲ SĄRAŠAS**

- 19.1.** Nacionaliniu mastu informacinėje sistemoje galima stebėti laiką:
- 19.1.1.** Kokiai daliai vaikų PASPĮ yra atliekamas psichomotorinės raidos tikrinimas;
- 19.1.2.** Per kurį nuo šeimos gydytojo siuntimo išdavimo vaikas su įtariamu raidos sutrikimu ir patenka gydytojo-socialinio pediatro konsultacijai/

## **20. KONTAKTINIS ASMUO (INSTITUCIJA)**

Dr. Jovita Petrulytė, Vilniaus universiteto ligoinė Santaros klinikos, vaikų ligų gydytoja-socialinė pediatrė, mob.nr.: +37061039808, el. pastas: jovita.petruyte@santa.lt

## **21. LITERATŪRA**

- 21.1. Ališauskienė, S., Gudonis, V., Mikulėnaitė, L. (2003). Ankstyvasis ugdymas: dabartis ir perspektyvos. Šiauliai. Šiaulių universiteto leidykla
- 21.2. American academy of Neurology Summary for clinicians. Practice parameter: diagnostic assessment of the child with cerebral palsy. Available at [www.aan.com/professionals/practice/index.cfm](http://www.aan.com/professionals/practice/index.cfm).
- 21.3. American Academy of Pediatrics. (July 30, 2012). Health issues: Children with intellectual disabilities. Retrieved August 9, 2012, from <http://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/developmental-disabilities/Pages/Intellectual-Disability.aspx> external link
- 21.4. American Academy of Pediatrics Committee on Children With Disabilities. Pediatrics. The role of the pediatrician in prescribing therapy services for children with motor disabilities.. 1996 Aug;98(2 Pt 1):308-10.
- 21.5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th edition. Washington DC: American Psychiatric Press, 2013:33-86.
- 21.6. American Psychiatric Association. Developmental Coordination Disorder. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision, American Psychiatric Association, Washington, DC 2022. p.85.
- 21.7. Ansdell, G.. Music for life: Aspects of creative music therapy with adult clients (Vol. 1). Jessica Kingsley Publishers, 1995
- 21.8. Atherton and Hart How paediatricians investigate early developmental impairment in the UK: a qualitative descriptive study BMC Pediatrics (2022) 22:285 <https://doi.org/10.1186/s12887-022-03233-1>
- 21.9. Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition. Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S., Gotham, K., & Bishop, S. L., Luyster, R. J., Guthrie, W. , 2012
- 21.10. Beke A. Neurological aspects of development of preterm newborns Development of Health Sciences I(1). pp. 27-29, 2018
- 21.11. Bélanger S., Joannie Caron J. Canadian Paediatric Society, Mental Health and Developmental Disabilities Committee Paediatr Child Health 2018, 23(6):403–410. Evaluation of the child with global developmental delay and intellectual disability, 2018
- 21.12. Blank R, Barnett AL, Cairney J, et al. International clinical practice recommendations on the definition, diagnosis, assessment, intervention, and psychosocial aspects of developmental coordination disorder. Dev Med Child Neurol 2019; 61:242.
- 21.13. Brelsford, V. L., Meints, K., Gee, N. R., & Pfeffer, K. Animal-assisted interventions in the classroom: A systematic review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 14, 669–702, 2017. <https://doi.org/10.3390/ijerph14070669>
- 21.14. Brian A. Boyd, Samuel L. Odom, Betsy P. Humphreys and Ann M. Sam (2010). Infants and Toddlers with Autism Spectrum Disorders: Early Identification and Early Intervention. Journal of Early Intervention, 32, 75-98
- 21.15. Brown K., Parikh S., Dilip R., Patel D. Understanding basic concepts of developmental diagnosis in children Transl Pediatr 2020;9(Suppl 1):S9-S22 |
- 21.16. Boshoff, K., Bowen, H., Paton, H., Cameron-Smith, S., Graetz, S., Young, A., & Lane, K. (2020). Child Development Outcomes of DIR/Floortime TM-based Programs: A Systematic Review. Canadian Journal of Occupational Therapy, 000841741989922. doi:10.1177/0008417419899224
- 21.17. Boyle CA, Boulet S, Schieve LA et al. Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children, 1997–2008. Pediatrics 2011;127: 1034–42.

- 21.18.** Brignell A, Chenausky KV, Song H, Zhu J, Suo C, Morgan AT. Communication interventions for autism spectrum disorder in minimally verbal children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Nov 5;11:CD012324.
- 21.19.** Burns YR, O'Callaghan M, Tudehope DI. Early identification of cerebral palsy in high risk infants. *Aust Paediatr J* 1989; 25:215.
- 21.20.** Byrne, R. et al. Implementation of Early Diagnosis and Intervention Guidelines for Cerebral Palsy in a High-Risk Infant Follow-Up Clinic *Pediatric Neurology* Volume 76, November 2017, pages 66–71.
- 21.21.** Camarata S., Miller L. Wallace M. Evaluating Sensory Integration/Sensory Processing Treatment: Issues and Analysis. *Front Integr Neurosci.* 2020 Nov 26;14:556660. doi: 10.3389/fnint.2020.556660. eCollection 2020.
- 21.22.** Capute AJ. Identifying cerebral palsy in infancy through study of primitive-reflex profiles. *Pediatr Ann* 1979; 8:589.
- 21.23.** Charlop M, Carpenter M, Le L, Leblanc L, Kellet K. Using the picture exchange communication system (PECS) with children with autism: Assessment of PECS acquisition, speech, social-communicative behavior, and problem behavior. *J Appl Behav Anal.* 2002 Sep 1;35:213–31.
- 21.24.** Carter J., MA, CCC-SLP, Musher K., MA, CCC-SLP. Evaluation and treatment of speech and language disorders in children. Literature review current through: Sep 2022. | This topic last updated: Apr 12, 2021. UpToDate
- 21.25.** Cartwright, Charles; Beskina, Svetlana (2007). Engaging Autism: Using the Floortime Approach to Help Children Relate, Communicate and Think. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1498–1499. doi:10.1097/01.chi0000270787.87916.0f
- 21.26.** Centers of Disease and Control prevention 2022. Prieiga per internetą: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/signs.html>
- 21.27.** Childhood Autism Rating Scale Second Edition, Schopler, E., Van Bourgondien, M. E., Wellman, G. J. and Love, S. R., 2010
- 21.28.** Childhood Autism Rating Scale , 2 d. ed., High Functioning Version, Schopler, E., Van Bourgondien, M. E., Wellman, G. J., Love, S. R., 2010
- 21.29.** Chung-Hsin Chiang 1, Tzu-Ling Lin 2, Hsiang-Yuan Lin 3, Suk Yin Ho 4, Ching-Ching Wong 4, Hsin-Chi Wu 5 6 Short-term low-intensity Early Start Denver Model program implemented in regional hospitals in Northern Taiwan. 2022 Aug 23;13623613221117444. doi: 10.1177/13623613221117444. Online ahead of print.
- 21.30.** Costanza Colombi 1, Antonio Narzisi 2, Liliana Ruta 3, Virginia Cigala 4, Antonella Gagliano 4, Giovanni Pioggia 3, Rosamaria Siracusano 4, Sally J Rogers 5, Filippo Muratori 2 6, Prima Pietra Team. Implementation of the Early Start Denver Model in an Italian community. *Autism.* 2018 Feb;22(2):126-133. doi: 10.1177/1362361316665792. Epub 2016 Oct 20.
- 21.31.** Coorssen E et al. Multiple minor malformations as a marker for prenatal etiology of cerebral palsy. *Developmental medicine et child neurology.* 1991, <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1991.tb14952.x>
- 21.32.** Croen LA, Grether JK, Curry CJ, Nelson KB. Congenital abnormalities among children with cerebral palsy: More evidence for prenatal antecedents. *J Pediatr* 2001; 138:804 Davis, T. N., Scalzo, R., Butler, E., Stauffer, M., Farah, Y. N., Perez, S., Padilla, K. L., Clark, C., Miller, S., Kobylecky, A., & Coviello, L. Animal-assisted interventions for children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 50, 316–329, 2015

- 21.33. Dawson G, Rogers S, Munson J, Smith M., Winter J, Greenson J, Donaldson A, Varley J. Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. *Pediatrics*. 2010 Jan;125(1):e17-23. doi: 10.1542/peds.2009-0958. Epub 2009 Nov 30.
- 21.34. Duruflé-Tapin A, Colin A, Nicolas B, et al. Analysis of the medical causes of death in cerebral palsy. *Ann Phys Rehabil Med* 2014; 57:24.
- 21.35. Dyer K. Antecedent-Behavior-Consequence (A-B-C) Analysis. In: Volkmar FR, editor. *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders* [Internet]. New York, NY: Springer; 2013 [cited 2022 Oct 26]. p. 175–80. Available from: [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1698-3\\_1003](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1698-3_1003)
- 21.36. Enard W, Przeworski M, Fisher SE, et al. Molecular evolution of FOXP2, a gene involved in speech and language. *Nature* 2002; 418:869.
- 21.37. FLuentes J., Hervas A., Howlin P. ESCAP practice guidance for autism: a summary of evidence-based recommendations for diagnosis and treatment *Eur Child Adolesc Psychiatry* Jun; 2020, 30(6):961-984.
- 21.38. Filipek, P. A. et al. Practice parameter: screening and diagnosis of autism: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. *Neurology*. 2000 Aug 22;55(4): p. 468-479.
- 21.39. Foxx RM. Applied Behavior Analysis Treatment of Autism: The State of the Art. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2008 Oct;17(4):821–34.
- 21.40. Ganz JB, Davis JL, Lund EM, Goodwyn FD, Simpson RL. Meta-analysis of PECS with individuals with ASD: Investigation of targeted versus non-targeted outcomes, participant characteristics, and implementation phase. *Res Dev Disabil*. 2012 Mar 1;33(2):406–18.
- 21.41. Gasparini E., Rosati F., Gaetti M. Long-term follow-up of newborns at neurological risk. *Italian Journal of Pediatrics* volume 45, Article number: 38 , 2019
- 21.42. Grzadzinski, R. et al. Parent-reported and clinician-observed autism spectrum disorder (ASD) symptoms in children with attention deficit / hyperactivity disorder (ADHD): implications for practice under DSM-5. 2016 *Mol Autism*.
- 21.43. Гомозова Е.С. Базовые принципы методики Floortime // Аутизм и нарушения развития. 2017. Том 15. № 4. С. 35–41. doi:10.17759/autdd.2017150405
- 21.44. Gonzales S. et al. Do Gross and Fine Motor Skills Differentially Contribute to Language Outcomes? A Systematic Review. *Front. Psychol.*, 03, 2019
- 21.45. Hakami WS, Hundallah KJ, Tabarki BM. Metabolic and genetic disorders mimicking cerebral palsy. *Neurosciences (Riyadh)* 2019; 24:155.
- 21.46. Hamilton S., MD. Developmental coordination disorder: Clinical features and diagnosis. *Literatu-re review current through: Sep 2022. | This topic last updated: Jun 02, 2022. UpToDate,*
- 21.47. Hart AR, Sharma R, Atherton M, Alabed S, Simpson S, Barfield S, et al. Aetiological investigation in early developmental impairment – are they worth it? *Arch Dis Child*. 2017;102(11):1004–13
- 21.48. Himmelmann K. Chapter 15. Epidemiology of cerebral palsy. In: Olivier Dulac ML, Harvey BS, editors. *Handbook of Clinical Neurology*. Volume 111. London: Elsevier, 2013: 163
- Horridge KA. Assessment and investigation of the child with disordered development. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2011;96(1)
- 21.49. Hirvonen M, Ojala R, Korhonen P, et al. Cerebral palsy among children born moderately and late preterm. *Pediatrics* 2014; 134:e1584.

- 21.50. Hyman, S. L., Levy S. E., Myers, S. C. Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. *Pediatrics* 2020, 145(1): e20193447.
- 21.51. Iwata BA, Dozier CL. Clinical Application of Functional Analysis Methodology. *Behav Anal Pract.* 2008 Jun;1(1):3–9.
- 21.52. Janzen, T. B., & Thaut, M. H. Rethinking the role of music in the neurodevelopment of autism spectrum disorder. *Music & Science*, 1, 2059204318769639, 2018
- 21.53. Jenny Luu J., Jellet R., Yaari M, Gilbert M., Barbaro J. A Comparison of Children Born Preterm and Full-Term on the Autism Spectrum in a Prospective Community Sample. *Neurology*, 2020, 03.
- 21.54. Jimenez-Gomez, A., Standridge S. M. A refined approach to evaluating global developmental delay for the international medical community. *Pediatr Neurol* 2014;51(2): p. 198–206.
- 21.55. Kapoor R. Neurological, psychiatric, and developmental disorders: Meeting the challenge in the developing world. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2002 May;96(3):333.
- 21.56. Keeratisroj O, Thawinchai N, Siritaratiwat W, et al. Prognostic predictors for ambulation in children with cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Disabil Rehabil* 2018; 40:135.
- 21.57. Krägeloh-Mann I, Horber V. The role of magnetic resonance imaging in elucidating the pathogenesis of cerebral palsy: a systematic review. *Dev Med Child Neurol* 2007; 49:144.
- 21.58. Kurtz L., Shirley L. Scull MS A. Rehabilitation for Developmental Disabilities. *Pediatric Clinics of North America* Volume 40, Issue 3, June 1993, Pages 629-643
- 21.59. Le Couteur A., Catherine Lord, Ph.D., Michael Rutter, M. D., F. R. Autism Diagnostic Interview™, Revised, second edition S., 2003
- 21.60. Leonard H.C. & Hill E.L. The impact of motor development on typical and atypical social cognition and language: A systematic review. *Child & Adolescent Mental Health.*, 2014
- 21.61. Lichtenstein P, Carlström E, Råstam M, et al. The genetics of autism spectrum disorders and related neuropsychiatric disorders in childhood. *Am J Psychiatry* 2010; 167:1357.
- 21.62. Libertue Klaus, Violi Domenis. Sit to talk: relation between motor skill and language *Front. psychol.*, 2016
- 21.63. Maitre N., Chorna O., Romeo D., Guzzetta A. Implementation of the Hammersmith Infant Neurological Exam in a High-Risk Infant Follow-Up Program. *Pediatric Neurology* 2016, 65
- 21.64. Majnemer A, Shevell MI. Diagnostic yield of the neurologic assessment of the developmentally delayed child. *J Pediatr.* 1995;127(2):193–9. doi: 10.1016/s1071-9091(98)80020-x.
- 21.65. Majnemer A.. Benefits of early intervention for children with developmental disabilities. *Semin Pediatr Neurol.* 1998 Mar;5(1):62-9. doi: 10.1016/s1071-9091(98)80020-x.
- 21.66. Mannion A. et al. Comorbidity in autism spectrum disorder: A literature review. *Research in Autism Spectrum Disorders.* 2013, Volume 7, Issue 12, pp.1595-1616
- 21.67. Matson. J., Shoemaker M. Intellectual disability and its relationship to autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities* 2009, Volume 30, Issue 6, pp. 1107-1114



- 21.85.** Oskoui M, Coutinho F, Dykeman J, et al. Na update on the prevalence of cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. *Dev Med Child Neurol* 2013; 55:509.
- 21.86.** Palmieri M. Functional Behavior Assessment. In: Volkmar FR, editor. *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders* [Internet]. New York, NY: Springer; 2013 [cited 2022 Oct 26]. p. 1357–8. Available from: [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1698-3\\_1035](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1698-3_1035)
- 21.87.** Patel, A. D. Why would musical training benefit the neural encoding of speech? The OPERA hypothesis. *Frontiers in Psychology*, 2, 142, 2012
- 21.88.** Perihan, C., Burke, M., Bowman-Perrott, L., Bicer, A., Gallup, J., Thompson, J., & Sallèse, M. Effects of cognitive behavioral therapy for reducing anxiety in children with high functioning ASD: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(6), 1958–1972, 2020
- 21.89.** Peyton C, Yang E, Kocherginsky M, Adde L, Fjortoft T, Stoen R, et al. Relationship between white matter pathology and performance on the General Movement Assessment and the Test of Infant Motor Performance in very preterm infants. *Early Human Dev* 2016;95:23-7
- 21.90.** Picture Exchange Communication System (PECS)® - [Internet]. Pyramid Educational Consultants. [cited 2022 Oct 27]. Available from: <https://pecsusa.com/pecs/>
- 21.91.** Praphatthanakunwong N, Kiatrungrit K, Hongsanguansri S, Nopmaneejumruslers K. Factors associated with parent engagement in DIR/Floortime for treatment of children with autism spectrum disorder. *Gen Psychiatr*. 2018 Oct 31;31(2):e000009. doi: 10.1136/gpsych-2018-000009. PMID: 30582122; PMCID: PMC6234967.
- 21.92.** Prasauskienė, A. Cerebrinis paralyžius: medicininiai, pedagoginiai ir socialiniai aspektai. Kaunas, 2011, p. 15–17, 118–120.
- 21.93.** Rankin J, Cans C, Garne E, et al. Congenital anomalies in children with cerebral palsy: a population-based record linkage study. *Dev Med Child Neurol* 2010; 52:345.
- 21.94.** Reiss AL. Childhood developmental disorders: an academic and clinical convergence point for psychiatry, neurology, psychology and pediatrics. *J Child Psychol Psychiatry*. 2009 Jan;50(1–2):87–98.
- 21.95.** Richard M Foxx. Applied behavior analysis treatment of autism: the state of the art. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2008 Oct;17(4):821-34, ix. doi: 10.1016/j.chc.2008.06.007.
- 21.96.** Roane HS, Fisher WW, Carr JE. Applied Behavior Analysis as Treatment for Autism Spectrum Disorder. *J Pediatr*. 2016 Aug 1;175:27–32.
- 21.97.** Romeo DM, Ricci D, Brogna C, Mercuri E. Use of the Hammersmith Infant Neurological Examination in infants with cerebral palsy: a critical review of the literature. *Dev Med Child Neurol* 2016; 58:240.
- 21.98.** Schlack.H. Promoting the development of handicapped children--possibilities and limits and responsibilities of the pediatrician. *Monatsschr Kinderheilkd*. 1991 Jan;139(1):55-7. Schultz, Tia R.,
- 21.99.** Schmidt, Carla T., Stichter, Janine P. A Review of Parent Education Programs for Parents of Children With Autism Spectrum Disorders. *Focus on Autism & Other Developmental Disabilities*, 2011; 26; 96-104.
- 21.100.** Shenouda J et al. Disparities in Early Intervention Program Participation by Children With Autism Spectrum Disorder in a US Metropolitan Area, 2006 to 2016. *JAMA Pediatr*. 2022;176(9):906-914. doi:10.1001/jamapediatrics.2022.2366



- 21.101. Shevell M. Neurodevelopmental disabilities: clinical and scientific foundations. Mac Keith Press 2009
- 21.102. Shevell M, Ashwal S, Donley D et al. Practice parameter: Evaluation of the child with global developmental delay. *Neurology* 2003;60:367–80
- 21.103. Silgrove N, Collins F, Ellaway C. Update on the investigation of children with delayed development. *J. Paediatr. Child Health* 2013;49:519–25.
- 21.104. Simeonsson, R. J., Simeonsson, N. W.: Developmental surveillance and intervention, in Hoekelman, R. A., Adam, H. M., Nelson, N. M., et al (eds): *Primary Pediatric Care*, 4th ed. St. Louis, Mosby, 2001, p. 274–282.
- 21.105. Smith T. Discrete Trial Training in the Treatment of Autism. *Focus Autism Dev Disabil.* 2001 May 1;16(2):86–92
- 21.106. The Global Research on Developmental Disabilities Collaboration. Accelerating progress on early childhood development for children under 5 years with disabilities by 2030. *Wiepoint*, volume 10, issue 3, 2022
- 21.107. Tiura M, Kim J, Detmers D, Baldi H. Predictors of longitudinal ABA treatment outcomes for children with autism: A growth curve analysis. *Res Dev Disabil.* 2017 Nov;70:185–97.
- 21.108. TLK-10 psichikos ir elgesio sutrikimai: klinika ir diagnostika. Kaunas: Medicina; 1997. p. 181 – 195.
- 21.109. van Steensel, F. J. A., & Bogels, S. M. CBT for anxiety disorders in children with and without autism spectrum disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(3), 51, 2015
- 21.110. Voelker S. et al. Diagnostic Inventory for Screening Children (DISC): Evidence of Concurrent Validity in a Preschool Rehabilitation Setting. *J. of Developmental Disabilities.* 2008, vol. 14, N.2
- 21.111. Walle E. Infant Social Development across the Transition from Crawling to Walking. *Front. Psychol.*, 2016
- 21.112. Wang M. et al. The developmental relationship between language and motor performance from 3 to 5 years of age: a prospective longitudinal population study. *BMC Psychology* volume 2, Article number: 34, 2014
- 21.113. Wan, C. Y., & Schlaug, G. Neural pathways for language in autism: The potential for music-based treatments. *Future Neurology*, 5(6), 797–805, 2010.
- 21.114. Wilson PH, Smits-Engelsman B, Caeyenberghs K, et al. Cognitive and neuroimaging findings in developmental coordination disorder: new insights from a systematic review of recent research. *Dev Med Child Neurol* 2017; 59:1117.
- 21.115. WISC-III LT Wechslerio intelekto skalė vaikams. III leidimas. Vad. Specialiosios psichologijos laboratorija, 2002
- 21.116. Wolraich M. ir kt. Developmental- behavioral Pediatrics: Evidence and practice. Mosby/ Elsevier 2008
- 21.117. Wu YW, Day SM, Strauss DJ, Shavelle RM. Prognosis for ambulation in cerebral palsy: a population-based study. *Pediatrics* 2004; 114:1264.
- 21.118. Yael Leitner (2014) The co-occurrence of autism and attention deficit hyperactivity disorder in children – what do we know? *Front. Hum. Neurosci.* 2014
- 21.119. Yeargin-Allsopp M, Oakley GP, Murphy CC, Sikes RK. A multiple-source method for studying the prevalence of developmental disabilities in children: The metropolitan Atlanta Developmental Disabilities Study. *Pediatrics* 1992;89: 624–30
- 21.120. Yu Q, Li E, Li L, Liang W. Efficacy of Interventions Based on Applied Behavior Analysis for Autism Spectrum Disorder: A Meta-Analysis. *Psychiatry Investig.* 2020 May 8;17(5):432–43.

**21.121.** ZablotkyB. et al. ,The Co-Occurrence of Autism Spectrum Disorder in Children With ADHDJournal of Attention Disorders 2020, Vol. 24(1) 94–103 DOI: 10.1177/1087054717713638

## **22. REKOMENDACIJOS MOKSLINIAMS TYRIMAMS**

Rekomenduojama atlikti epidemiologinius tyrimus Lietuvoje, kad nustatyti raišos sutrikimų paplitimą. Šiuos duomenis būtų galima lyginti su kitų šalių duomenimis ir vertinti vaikų sergamumo bei sveikatos priežiūros paslaugų kokybės prasme.

## 23. INFORMACIJA VISUOMENEI IR PACIENTUI

### VAIKŲ RAIDOS SUTRIKIMAI IR ANKSTYVOJI REABILITACIJA

**Raidos sutrikimai** tai yra grupė sutrikimų, kurių metu vaiko judesių, pažintinės, kalbos, socialinės raida neatitinka būdingos jų amžiui.

Pirmaisiais metais gali būti nustatomi šie raidos sutrikimai: fiziologinės raidos sutrikimai, judesių raidos sutrikimai, cereberinis paralyžius, kalbos raidos sutrikimai,, specifiniai mišrūs raidos sutrikimai, autizmo spektro sutrikimai. Vėliau tikslinant diagnozę gali būti nustatoma protinio atsilikimo, mokymosi sutrikimų, aktyvumo ir dėmesio sutrikimai.

**Raidos sutrikimų priežastys.** Raidos sutrikimus sąlygoja įvairios įgimtos ir įgytos priežastys, veikiančios besivystančias vaiko smegenis nėštumo, gimdymo metu ar pirmaisiais gyvenimo metais. Šių priežasčių dažnai nepavyksta nustatyti. Svarbu žinoti, kad raidos sutrikimus sukeltantys galvos smegenų pažeidimai neprogresuoja, o jų gydymas paremtas centrinės nervų sistemos plastiškumu – gebėjimus atstatyti pažeista s funkcijas.

**Raidos sutrikimų atpažinimas** Vaiko raidos sutrikimą pirmiausia pastebi artimiausi šeimos nariai, šeimos gydytojas, ugdymo įstaigos pedagogai. Svarbu atkreipti dėmesį, kai vaiko gebėjimai, bendravimas elgesys, pradeda skirtis nuo bendraamžių, vaikas nepakankamai savarankiškas, sunkiai pripranta naujoje aplinkoje, prie naujų žmonių.

Įtarus raidos sutrikimą, pirmiausia reikia kreiptis į savo šeimos gydytoją, kuris atliks **psichomotorinės raidos tikrinimą** ir nustatys ar yra raidos sutrikimas ar jo riziką.

Nustačius raidos sutrikimą šeimos gydytojas vaiką turėtų nusiųsti gydytojo specialisto arba ankstyvosios rehabilitacijos specialistų komandai.

**Ankstyvoji rehabilitacija** – tai daugiadalykės komandos teikiamos vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios diagnostikos, rehabilitacijos ir pagalbos šeimai paslaugos, siekiant pagerinti vaiko raidą ir adaptaciją visuomenėje.

Pirmaisiais metais gali būti nustatomi šie raidos sutrikimai: fiziologinės raidos sutrikimai, judesių raidos sutrikimai, cereberinis paralyžius, kalbos raidos sutrikimai,, specifiniai mišrūs raidos sutrikimai, autizmo spektro sutrikimai. Vėliau tikslinant diagnozę gali būti nustatoma protinio atsilikimo, mokymosi sutrikimų, aktyvumo ir dėmesio sutrikimai.

**Vaikų raidos sutrikimų ankstyvąją rehabilitaciją teikia specialistų komanda**, kurią sudaro gydytojas-socialinis pediatras, med. psichologas, klinikinis logopedas, ergoterapeutas, kineziterapeutas, meno terapeutas, spec. pedagogas, socialinis darbuotojas, bendrosios praktikos slaugytoja. Gydytojai teikia ambulatorines konsultacijas ir koordinuoja specialistų komandos darbą. Kiti specialistai teikia ankstyvosios rehabilitacijos paslaugas dienos stacionare (2-3val. per dieną) arba stacionare, kur vaikai hospitalizuomi su vienu iš tėvų.

Visuose specialistų užsiėmimuose labai **svarbus tėvų ar kitų įstatyminių atstovų dalyvavimas ir bendradarbiavimas**. Jie konsultuojami, mokomi kaip pritaikyti ankstyvosios rehabilitacijos metodus namuose, nes nuo to labai priklauso ankstyvosios rehabilitacijos efektyvumas

Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios rehabilitacijos paslaugos teikiamos nuo gimimo iki 7 metų. Pradėjus lankyti ugdymo įstaigą vaikai turi galimybę gauti logopedo, spec. pedagogo, psichologo pagalbą, ten o ankstyvosios rehabilitacijos specialistų komanda, tęsia vaiko raidos stebėjimą, teikia rekomendacijas ugdymo įstaigos specialistams bei įvairių specialistų konsultacijas, terapines procedūras pagal poreikį.

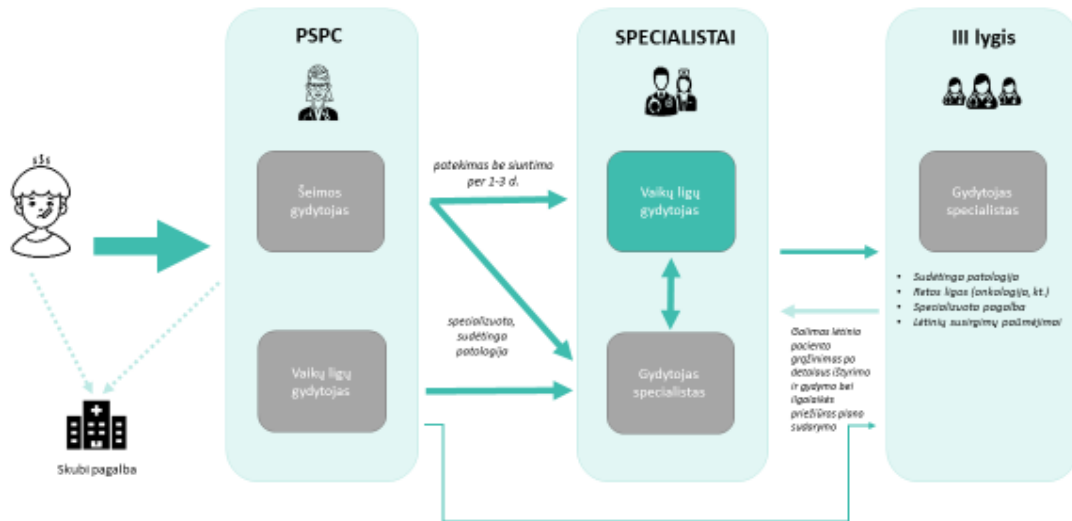
## **24. PRIEDAI**

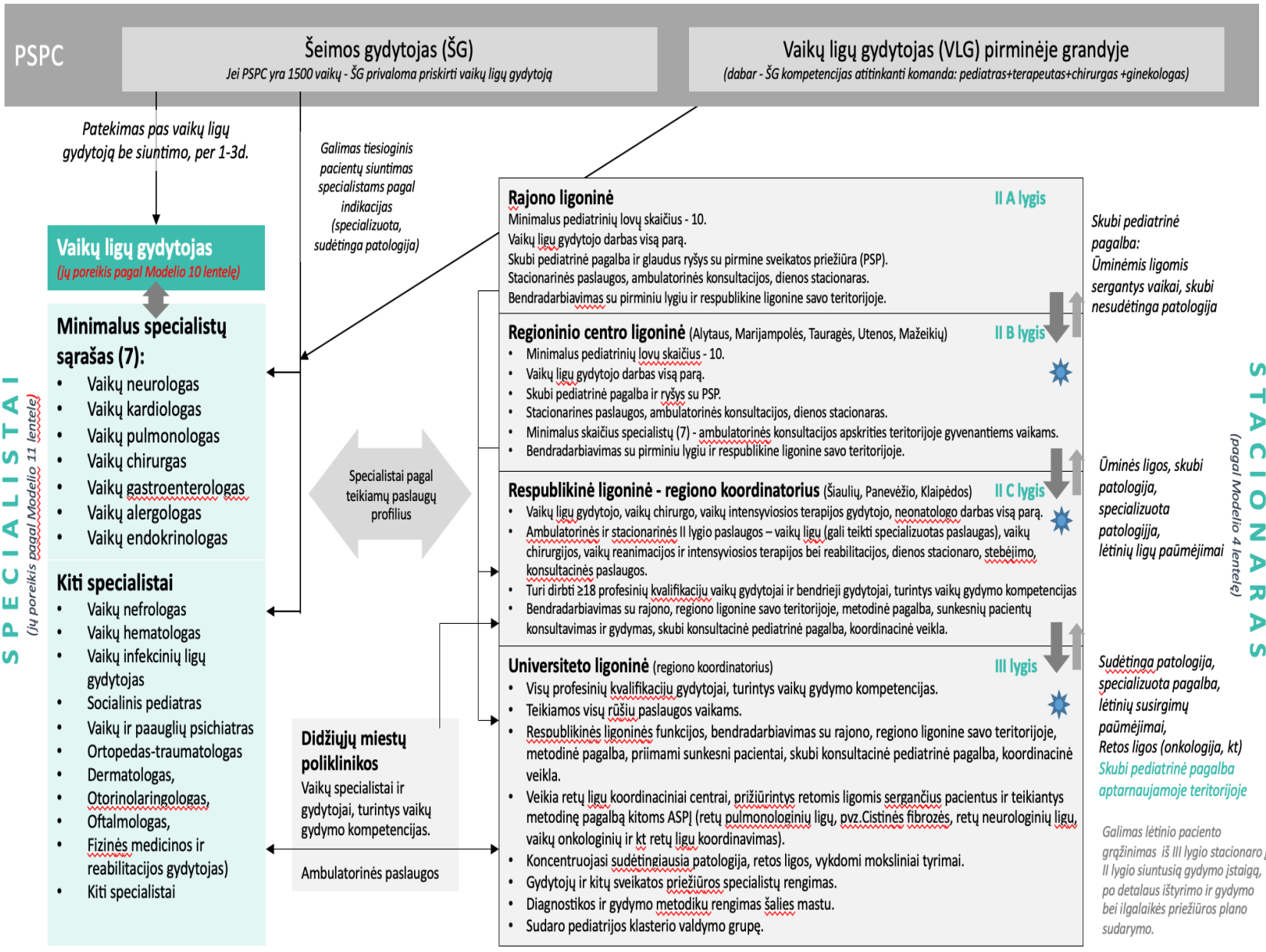
**24.1.** Metodinio dokumento priedų sąrašas:

- 24.1.1.** Priedas. Paciento/vaiko sveikatos priežiūros paslaugų teikimo algoritmas pagal sveikatos paslaugų teikimo lygius
- 24.1.2.** Priedas. Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugų teikimo algoritmas pagal sveikatos paslaugų teikimo lygius
- 24.1.3.** Priedas. Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo anketa.
- 24.1.4.** Priedas. Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo anketa
- 24.1.5.** Priedas ASPĮ, teikiančios ambulatorines ir stacionarines vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugas;

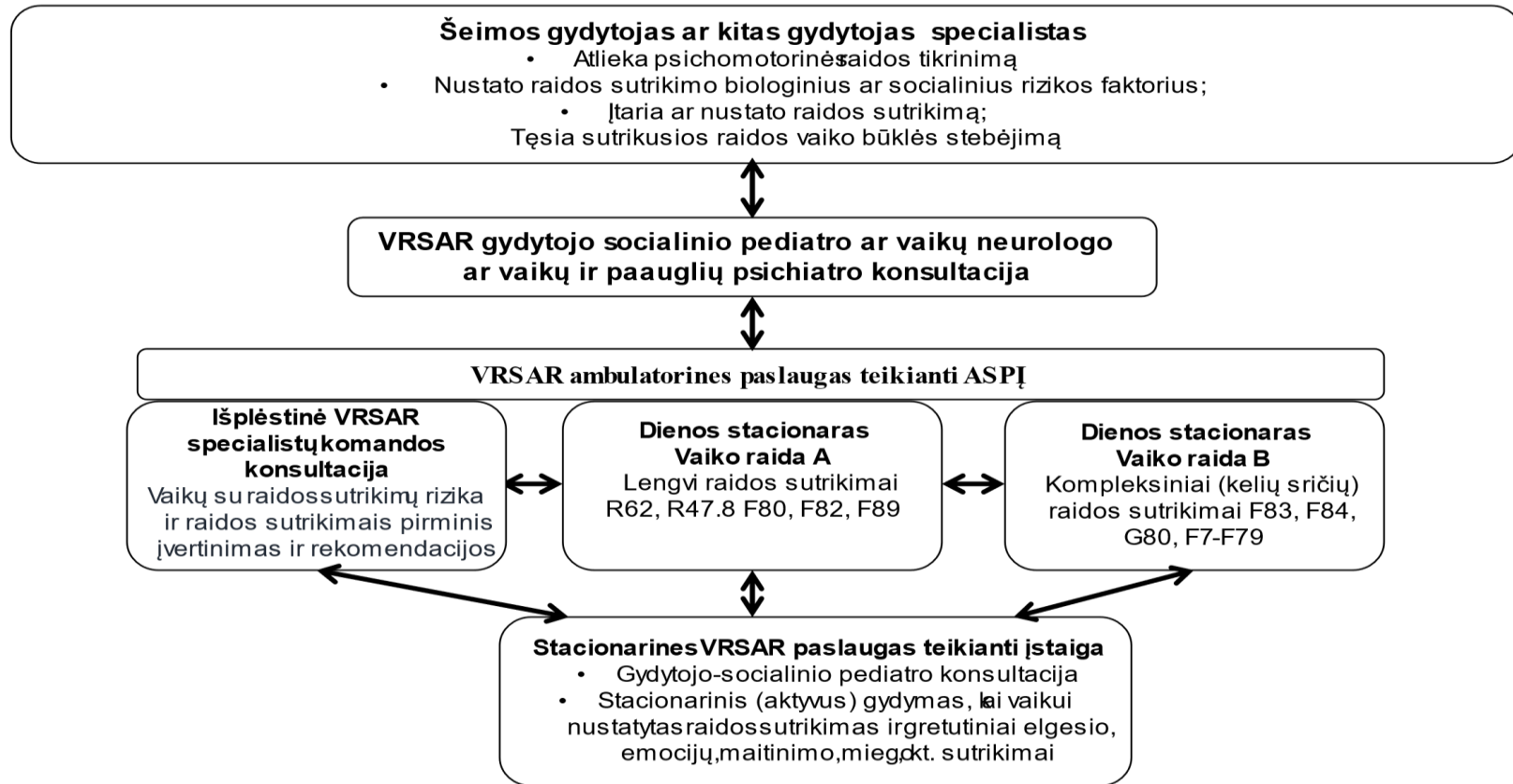
**1 priedas.** Paciento/vaiko sveikatos priežiūros paslaugų teikimo algoritmas pagal sveikatos paslaugų teikimo lygius.

## Paciento/vaiko kelias





**2 priedas.** Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugų teikimo algoritmas pagal sveikatos paslaugų teikimo lygius



### 3 priedas. Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo anketa

Gerb. Paciente (Paciento atstove),

Dėkojame, kad pasirinkote mūsų gydymo įstaigą.

Mes nuolat siekiame gerinti teikiamų paslaugų kokybę, teikti pacientų lūkesčius atitinkančias sveikatos priežiūros paslaugas, todėl Jūsų nuomonė mums labai svarbi. Maloniai prašytume užpildyti šią anketą. Anketa anoniminė, Jūsų atsakymai bus analizuojami tik apibendrintos statistikos tikslu, todėl neturės jokios įtakos Jūsų (Jūsų atstovaujamo paciento) tolesniems santykiams su mūsų gydymo įstaigos personalu.

Jūsų (Jūsų atstovaujamo paciento) amžius (pilnais metais):

Jūsų (Jūsų atstovaujamo paciento) lytis (pabraukti): Vyras Moteris

Jūsų (Jūsų atstovaujamo paciento) socialinė padėtis (pabraukti):

Vaikas Studentas

Dirbantis asmuo

Bedarbis

Pensininkas

Eil. Nr.	Klausimas	Atsakymai (žymėti tik vieną)									
		Labai gerai	Gerai	Vidutiniškai	Blogai	Labai blogai					
1.	Kaip vertinate mūsų gydymo įstaigos registratūros darbą?										
2.	Kaip vertinate mūsų gydymo įstaigos slaugytojų darbą?										
3.	Kaip vertinate mūsų gydymo įstaigos gydytojų darbą?										
4.	Įvertinkite, ar suteikta informacija apie Jūsų ligą ir tolesnį gydymą buvo aiški, ar jos suteikta pakankamai?										
Eil. Nr.	Klausimas	Atsakymai (žymėti tik vieną)									
		Tikrai taip	Galbūt taip	Abejoju	Galbūt ne	Tikrai ne					
5.	Ar rekomenduotumėte savo draugams ir pažįstamiems pasirinkti mūsų gydymo įstaigą?										
6.	Prašome savo bendrą pasitenkinimą suteiktų paslaugų kokybe įvertinti balais nuo 1 iki 10:										
	Atsakymai (žymėti tik vieną)										
Labai blogai	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Labai gerai

**Dėkojame Jums už atsakymus ir linkime geros sveikatos.**



#### 4 priedas. Stacionarių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo anketa

Gerb. Paciente (Paciento atstove),

Dėkojame, kad pasirinkote mūsų ligoninę. Mes siekiame nuolat gerinti teikiamų paslaugų kokybę, todėl Jūsų nuomonė mums labai svarbi. Šiuo metu Jūs (Jūsų atstovaujamas pacientas) baigėte gydymą (gydymo etapą) mūsų ligoninėje. Maloniai prašytume užpildyti šią anketą. Anketa anoniminė, Jūsų atsakymai bus analizuojami tik apibendrintoje statistikoje, todėl neturės jokios įtakos Jūsų (Jūsų atstovaujamo paciento) tolimesniems santykiams su ligoninės personalu.

Jūsų (Jūsų atstovaujamo paciento) amžius (pilnais metais):

Jūsų (Jūsų atstovaujamo paciento) lytis (tai, kas tinka, pabraukti): Vyras Moteris

Jūsų (Jūsų atstovaujamo paciento) socialinė padėtis (tai, kas tinka, pabraukti):

Vaikas

Studentas

Dirbantis asmuo

Bedarbis

Pensininkas

Eil. Nr.	Klausimas	Atsakymai (žymėti tik vieną)				
		Labai gerai	Gerai	Vidutiniškai	Blogai	Labai blogai
1.	Kaip Jūs vertinate ligoninės gydytojų darbą?					
2.	Kaip Jūs vertinate ligoninės slaugytojų ir (ar) akušerių darbą?					
3.	Kaip Jūs vertinate ligoninės maisto kokybę?					
4.	Kaip Jūs vertinate personalo pagarbą gydymo ligoninėje metu?					
5.	Kaip Jūs vertinate ligoninės patalpų švarą ir jaukumą?					
6.	Įvertinkite, kaip suprantamai Jus gydę gydytojai suteikė Jums (ar Jūsų atstovaujamo pacientui) svarbią informaciją?					
7.	Įvertinkite, kaip suprantamai Jus slaugiusios slaugytojos ir (ar) akušerės suteikė Jums (ar Jūsų atstovaujamo pacientui) svarbią informaciją?					

Eil. Nr.	Klausimas	Atsakymai (žymėti tik vieną)				
		Tikrai taip	galbūt taip	Abejoju	galbūt ne	tikrai ne
8.	Ar personalas atsižvelgė į Jūsų nuomonę, priimant sprendimus dėl tyrimų ir gydymo eigos?					

9.	Ar Jūs rinktumėtės šią ligoninę dar kartą?										
10.	Ar rekomenduotumėte gydytis šioje ligoninėje savo artimam žmogui?										
11.	Prašome įvertinti savo bendrą pasitenkinimą suteiktų paslaugų kokybe balais skalėje nuo 1 iki 10:										
	Atsakymai (žymėti tik vieną)										
Labai blogai	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	Labai gerai

Dėkojame Jums už atsakymus ir linkime geros sveikatos

\_\_\_\_\_

**5 priedas. ASPI, teikiančios ambulatorines ir stacionarines (\*)vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugas vaikams**

Gydymo įstaigos apskritis	Gydymo įstaigos savivaldybė	Gydymo įstaigos pavadinimas
Alytaus apskr.	Alytus	1. VšĮ Alytaus miesto poliklinika
		2. VšĮ Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninė
Kauno apskr.	Jonavos r. sav.	3. VšĮ Jonavos ligoninė
	Kaišiadorių r. sav.	4. VšĮ Kaišiadorių ligoninė
	Kaunas	5. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos *
		6. VšĮ Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninė
		7. VšĮ Kauno miesto poliklinika
	Kėdainių r. sav.	8. VšĮ Kėdainių ligoninė
	Prienų r. sav.	9. VšĮ Prienų ligoninė
Raseinių r. sav.	10. VšĮ Raseinių ligoninė	
Klaipėdos apskr.	Klaipėda	11. Klaipėdos sutrikusio vystymosi kūdikių namai
		12. UAB "Mano šeimos gydytojas"
		13. VšĮ "TESTAS"
		14. VšĮ Klaipėdos vaikų ligoninė
		15. VšĮ SG Konsultacinė klinika
	Klaipėdos r. sav.	16. Klaipėdos rajono savivaldybės Gargždų ligoninė
	Kretingos r. sav.	17. Kretingos rajono savivaldybės VšĮ Kretingos ligoninė
Šilutės r. sav.	18. VšĮ Šilutės ligoninė	
Marijampolės apskr.	Marijampolės sav.	19. VšĮ Marijampolės ligoninė
	Šakių r. sav.	20. VšĮ Šakių ligoninė
	Vilkaviškio r. sav.	21. VšĮ Vilkaviškio ligoninė
Panevėžio apskr.	Biržų r. sav.	22. VšĮ Biržų ligoninė
	Panevėžys	23. VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė
	Pasvalio r. sav.	24. VšĮ Pasvalio ligoninė
Šiaulių apskr.	Akmenės r. sav.	25. VšĮ Naujosios Akmenės ligoninė
	Kelmės r. sav.	26. VšĮ Kelmės ligoninė
	Pakruojo r. sav.	27. VšĮ Pakruojo ligoninė
	Radviliškio r. sav.	28. VšĮ Radviliškio ligoninė
	Šiauliai	29. VšĮ Dainų pirminės sveikatos priežiūros centras
		30. VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė
31. VšĮ Šiaulių centro poliklinika		

Gydymo įstaigos apskritis	Gydymo įstaigos savivaldybė	Gydymo įstaigos pavadinimas
Tauragės apskr.	Šilalės r. sav.	32. VšĮ Šilalės rajono ligoninė
	Tauragės r. sav.	33. UAB "Medicum centrum"
		34. VšĮ Tauragės rajono pirminės sveikatos priežiūros centras
Telšių apskr.	Mažeikių r. sav.	35. VšĮ Mažeikių ligoninė
	Plungės r. sav.	36. UAB Sveikatos ir grožio klinika
	Telšių r. sav.	37. VšĮ Telšių r. pirminės sveikatos priežiūros centras
Utenos apskr.	Anykščių r. sav.	38. VšĮ Anykščių rajono savivaldybės pirminės sveikatos priežiūros centras
	Utenos r. sav.	39. VšĮ Utenos ligoninė
	Visaginas	40. VšĮ Visagino ligoninė
	Zarasų r. sav.	41. Zarasų rajono savivaldybės VšĮ Pirminės sveikatos priežiūros centras
Vilniaus apskr.	Ukmergės sav.	42. VšĮ Ukmergės ligoninė
	Trakų r. sav.	43. VšĮ Abromiškių reabilitacijos ligoninė
	Vilniaus m. sav.	44. VšĮ "Karoliniškių poliklinika"
		45. VšĮ Antakalnio poliklinika
		46. VšĮ Centro poliklinika
		47. VšĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos*
		48. Vilniaus sutrikusio vystymosi kūdikių namai
		49. UAB Vaikų ir jaunimo klinika „Empatija“