

Časný záchyt poruch autistického spektra v ordinacích PLDD

Mgr. Lenka Slepíčková, Ph.D.¹, doc. PhDr. Karel Pančocha, Ph.D.², PhDr. Helena Vaňurová, Ph.D.²

¹Institut sociálního zdraví, UP Olomouc

²Institut výzkumu inkluzivního vzdělávání, Masarykova univerzita, Brno

Každý rok se u nás narodí okolo 1000–2000 dětí s poruchami autistického spektra (PAS). Včasná diagnostika je klíčovým faktorem, který umožňuje zahájit intenzivní časnou intervenci, která má výrazně pozitivní dopad na prognózu dítěte a kvalitu života jeho samotného, ale i celé jeho rodiny. V České republice došlo na konci roku 2016 k novelizaci vyhlášky č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách, která zavedla jako součást všeobecné preventivní prohlídky v 18 měsících věku dítěte také provedení vyšetření za účelem včasné diagnostiky PAS. Dotazník M-CHAT, který se při vyšetření používá, obsahuje 20 otázek zaměřených na psychomotorický vývoj dítěte, na které rodiče odpovídají ANO/NE. Na konci roku 2018 byl na vzorku 210 českých praktických lékařů pro děti a dorost proveden dotazníkový výzkum s cílem zjistit, zda a jakým způsobem lékaři ve svých ordinacích tento screening provádějí. Tři čtvrtiny praktických lékařů (74,7 %), uvedly, že včasný záchyt PAS provádějí. Činí tak nejčastěji prostřednictvím screeningového nástroje M-CHAT nebo formou pohovoru s rodiči. Pokud praktičtí lékaři pro děti a dorost preventivní plošný screening autismu provádějí, poprvé nejčastěji ve věku 18–24 měsíců dítěte. Když lékař zjistí příznaky autismu u dítěte, nejčastěji odkáže rodiče na dětského psychiatra nebo klinického psychologa.

Klíčová slova: poruchy autistického spektra, časný záchyt, zkušenosti dětských lékařů, včasná intervence.

Early Screening of Autism Spectrum Disorders in Pediatrician's Offices

About 1000–2000 children with Autism Spectrum Disorders (ASD) are born in the Czech Republic every year. Early diagnostics is a critical factor in initiating an early intensive intervention, which has a significant positive impact on the child's prognosis as well as the quality of life of the child and its family. At the end of 2016, Decree no. 70/2012 Coll., On Preventive Examinations, was amended. The general preventive examination at 18 months of age now includes an examination for early signs of ASD. The Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) is a psychological questionnaire used in the examination. It contains 20 YES/NO questions on the psychomotor development of the child to be answered by the parents. At the end of 2018, we conducted a survey with a sample of 210 Czech pediatricians to see if and how general practitioners for children and adolescents perform the screening in their offices. Three-quarters of the practitioners (74.7%) said they were carrying out an early screening of ASD. Most often, they use the M-CHAT screening tool or a parent interview. Those practitioners who perform screening of autism, do it for the first time mostly at the age of 18–24 months of the child. If the pediatrician detects symptoms of autism in a child, he most often refers parents to a child psychiatrist or a clinical psychologist.

Key words: autism spectrum disorders, screening, experiences of pediatricians, early intervention.

Úvod

Prevalence poruch autistického spektra narůstá. Dle amerického střediska pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC) vzrostl výskyt poruch

autistického spektra na 1 z 59 narozených dětí (1). V České republice zatím spolehlivé statistiky chybí. Lze však předpokládat, že počty osob s PAS v naší populaci se budou obdobně jako

v USA pohybovat kolem 1,6 %. Potencionálně tedy žije v České republice 100 000–200 000 osob s poruchou autistického spektra a každý rok se u nás narodí okolo 1 000–2 000 dětí s PAS.

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: Mgr. Lenka Slepíčková, Ph.D., lenka.slepickova@oushi.upol.cz
Institut sociálního zdraví, Univerzita Palackého
Univerzitní 22, 771 11 Olomouc

Cit. zkr: Pediatr. praxi. 2019; 20(6): 330–334
Článek přijat redakcí: 19. 7. 2019
Článek přijat k publikaci: 31. 8. 2019

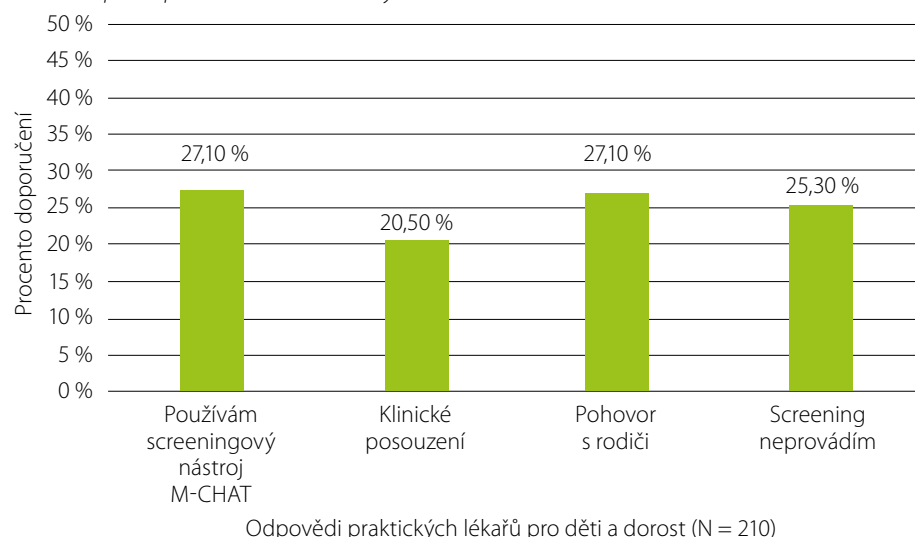
U všech vývojových vad, a tedy i u PAS, platí, že jejich včasná diagnostika je klíčovým faktorem, který umožňuje zahájit behaviorální a pedagogickou intervenci a psychologickou a sociální podporu rodiny a zlepšit tak prognózu dítěte (2). U dětí s PAS je navíc dokázáno, že z včasné intervence výrazně těží, ať už z hlediska jejich vývoje, tak z hlediska kvality života, a to jak jejich samotných, tak celé rodiny (3).

Velkou výhodou časného zachytu a následné diagnostiky PAS je zejména možnost zahájení intenzivní časné intervence, která může být klíčem k redukci symptomatiky autismu a podstatnému zlepšení prognózy dítěte (4). Přestože jsou poruchy autistického spektra v současnosti vnímány jako celoživotní postižení, objevují se v odborné literatuře informace o možné úzdavě. Jde o takové zmírnění symptomatiky, kdy daný jedinec již nenaplní diagnostická kritéria pro PAS a dosáhne běžné úrovně kognitivních, adaptivních a sociálních dovedností. Dle přehledové studie Heltové a kol. (5) je úzdava možná u 3 až 25 % dětí s PAS a mezi její prediktory patří jak osobní charakteristiky jedince (např. relativně vysoké IQ nebo dobrá schopnost verbální a motorické imitace), tak nízký věk při stanovení diagnózy a časné zahájení intervence. I v případech, kdy k úzdavě nedojde, vede obvykle časná stimulace dítěte s PAS k rozvoji jeho psychosociálních dovedností a fungování tak, že dominantní symptomy PAS jsou postupně méně nápadné a vývoj dítěte může probíhat relativně dobře (6).

První příznaky PAS lze dle odborných studií u značné části dětí s PAS pozorovat již do věku jednoho roku (8, 9), z výsledků screeningových studií vyplývá, že prospektivní identifikace PAS je spolehlivě možná již ve věku 18 měsíců (10, 11). Např. ve výzkumu Lordové a kol. (12) bylo 194 dětí opakovaně diagnostikováno ve 2, 5 a 9 letech. Tato studie prokázala 90% shodu mezi diagnostickým vyšetřením na poruchy autistického spektra ve věku 2 a 9 let. Méně stabilní byla diagnostika pouze tehdy, pokud byla iniciálně stanovena diagnóza nespecifikované pervazivní vývojové poruchy.

Přesto se řada dětí dostane k diagnóze po dlouhé době od identifikace prvních příznaků. Podle české studie Ošlejškové a kol. (13) byla průměrná prodleva mezi prvními rodiči rozpoznáními symptomy a stanovením diagnózy 51,3 měsíců a průměrný věk pro stanovení diagnózy 81,5 měsíců (tj. 6,7 let). Průměrný počet návštěv pediatra a jiných odborníků před tím,

Graf 1. Způsob provádění časného zachytu PAS v ordinacích PLDD



než byli rodiče s dítětem odesláni do speciálního diagnostického centra, byl 2,4 (13). Podobná je situace také v Německu, první obavy rodičů se objevují v průměru ve 23,4 měsících věku dítěte a diagnózu obdrží v průměru o 54,1 měsíce později, tedy v 78,5 měsících. Rodiče absolvují v průměru 3,4 návštěvy odborníků před tím, než obdrží definitivní diagnózu PAS (14). Podle Craisa a kol. (15) je průměrný věk diagnostikování PAS v USA 5–6 let, na získání včasné diagnózy mají menší šanci děti z minoritních nebo nízkopříjmových rodin (15).

Praktický lékař pro děti a dorost hraje v diagnostice PAS klíčovou roli, a to jak z hlediska samotného plošného profesního působení, které umožňuje zachytit symptomy PAS, tak díky tomu, že se obvykle jedná o prvního odborníka, na kterého se rodiče obracejí v případě pochybností o vývoji svého dítěte. Praktický lékař také rodiče směřuje k dalším odborníkům, a to jak v oblasti zdravotnictví, tak v rámci sociálních služeb a školství. V roce 2007 proto vydala Americká pediatrická společnost (American Academy of Pediatrics) doporučení provádět plošný screening autismu u dětí ve věku 18 měsíců (3) a následně, ve verzi revidované na základě odborných doporučení, stanovila jako nejvhodnější postup jeho opakování ve věku 24 měsíců tak, aby došlo k zachycení těch případů, jejichž symptomy nebyly u předchozího screeningu zjevné, nebo u nichž došlo k regresí ve vývoji. Samozřejmě je důležité věnovat pozornost jakýmkoli rodičovským pochybnostem o vývoji dítěte, bez ohledu na jeho věk (3, 16).

V České republice došlo k novelizaci vyhlášky č. 70/2012 Sb. (17), o preventivních prohlídkách,

kteřá zavedla jako součást všeobecné preventivní prohlídky v 18 měsících věku dítěte také provedení vyšetření za účelem včasné diagnostiky poruch autistického spektra (PAS), na konci roku 2016. V rámci seznamu zdravotnických výkonů byl nově zaveden výkon 02240 ČASNÝ ZÁCHYT PORUCH AUTISTICKÉHO SPEKTRA V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DĚTI A DOROST. Součástí výkonu je vyhodnocení dotazníku pro rodiče, následně vyplnění dalšího dotazníku lékařem spolu s rodičem dítěte a rozvaha dalšího postupu dle dosaženého skóre (18). Všeobecná zdravotní pojišťovna uvádí, že od října 2016 bylo takto vyšetřeno 82 093 dětských pojištěnců. Přitom u 2 792 z nich se vyskytlo podezření, že by mohli trpět autismem, u 280 se tato diagnóza potvrdila, u části stále probíhá proces diagnostiky (19).

Dotazník M-CHAT, který se při vyšetření používá, obsahuje 20 otázek, na které rodiče odpovídají ANO/NE. Otázky jsou zaměřeny na psychomotorický vývoj dítěte a soustředí se na symptomy typické pro poruchu autistického spektra (oční kontakt, ukazování prstem na objekty, reakce na zavolání jménem, schopnost sledovat pohled druhého atd.). Vyhodnocení dotazníku trvá 1–2 minuty, takže výsledek je známý hned při prohlídce. Dotazník je citlivý a má velkou míru falešně pozitivních výsledků. Jen u části dětí, které v něm dosáhnou vysokého počtu bodů, je následně potvrzena porucha autistického spektra (19).

Jestliže dítě podle dotazníku splňuje kritéria pro podezření na poruchu autistického spektra, odešle ho lékař ihned k odbornému vyšetření dětským psychiatrem. Pokud skóre jen vypovídá o určitých patologických ry-

sech, provádí se s odstupem 6 měsíců další podobné hodnocení. Ani pak nemusí být vždy diagnostikována PAS, ale dítě by mělo být dále vyšetřeno, protože u něj existuje zvýšené riziko jiných vývojových poruch či opoždění. Naopak, pokud rodiče sami vysloví podezření na možnou poruchu autistického spektra, má být dítě odesláno ke specializovanému vyšetření neprodleně (19).

V souvislosti s těmito změnami ve screeningu PAS v ordinacích pediatrií proběhlo na konci roku 2018 dotazníkové šetření českých praktických lékařů pro děti a dorost, zaměřené na jejich zkušenosti se screeningem poruch autistického spektra. Dotazník obsahoval otázky na to, jaká proporce lékařů screening provádí, v jakém věku a jakým způsobem. Zjišťovalo se také, jaké kroky lékaři volí v případě pozitivního výsledku. Výzkumu se účastnilo 210 praktických lékařů pro děti a dorost.

Metodologie

Dotazníkový výzkum byl realizován jako řízený rozhovor tazatele s respondentem (face-to-face). Vzorek tvořilo 210 praktických lékařů pro děti a dorost. Níže analyzované dotazníkové šetření bylo součástí širšího omnibusového výzkumu. Skupina praktických lékařů pro děti a dorost byla k dotazování na téma screening poruch autistického spektra vybrána ze vzorku lékařů různých odborností (N = 1201). Tento vzorek byl utvářen na základě kvótního výběru, a je reprezentativní pro lékaře České republiky z hlediska pohlaví, věku a regionu. Praktičtí lékaři pro děti a dorost v něm tvořili 17,5 %.

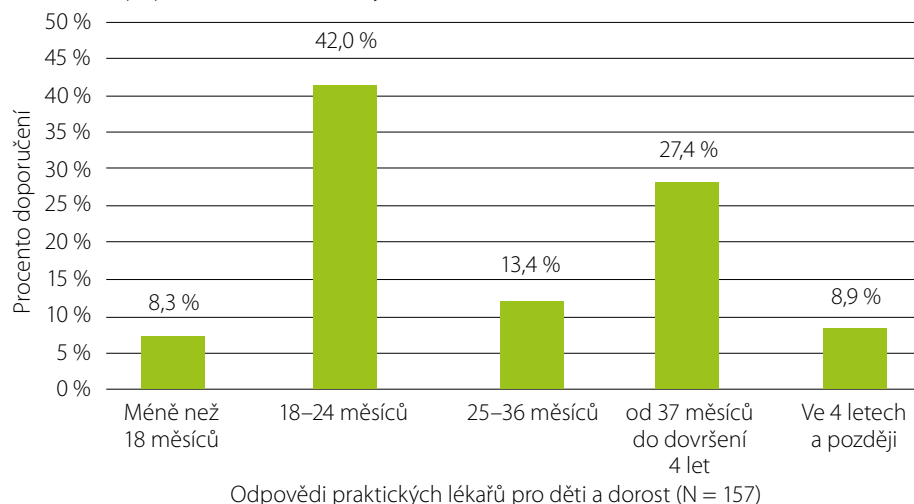
Otázky v dotazníku pokrývaly základní demografické údaje o dětských lékařích (věk, pohlaví, region působnosti), způsob provádění časného zachytu PAS a znalosti týkající se autismu (diagnostická kritéria, věk dítěte, kdy je možné diagnózu PAS stanovit, prevalence PAS, atp.)

Výsledky

Provádění časného zachytu pediatrií

Na základě změn ve vyhláškách o preventivních prohlídkách bylo, mezi úkony prováděné v rámci preventivní prohlídky v 18 měsících věku dítěte, nově zavedeno vyšetření za účelem včasné diagnostiky poruch autistického spektra. Zajímalo nás, jak v současné době toto vyšetření v ordinacích PLDD probíhá. Položili jsme dětským lékařům

Graf 2. Věk při provádění časného zachytu



otázku, zda u svých pacientů provádějí vyšetření pro časný záchyt autismu, a pokud ano, jakým způsobem nejčastěji. Tři čtvrtiny praktických lékařů pro děti a dorost (74,7 %), uvedly, že včasné zachyt PAS provádějí. 27,1 % používá pro časný záchyt dotazník M-CHAT, 20,5 % jej provádí pomocí klinického posouzení dítěte a 27,1 % primárně prostřednictvím rozhovoru s rodiči. Cca ¼ (25,3 %) praktických lékařů pro děti a dorost uvedla, že preventivní plošný screening autismu neprovádí. Žádný z dotázaných lékařů neuvedl používání jiného screeningového nástroje nežli M-CHAT či jiného způsobu provádění časného zachytu autismu, než byl mezi nabídnutými odpověďmi na otázku.

U dětských lékařů, kteří uvedli, že včasné zachyt provádějí (n = 157), nás dále zajímalo, v jakém věku se tak nejčastěji děje. Dle Metodiky praktického provádění a vykazování včasného zachytu poruch autistického spektra (PAS) v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost je věkové rozmezí pro vyšetření v rámci časného zachytu 18–24 měsíců. První vyšetření je doporučeno v rámci preventivní prohlídky v 18 měsících věku. Šestiměsíčním intervalem je zohledněna možnost, že se rodiče s dítětem napoprvé nedostaví v přesně stanoveném termínu prohlídky, nebo vyšetření nelze pro neznalost rodičů či nespolupráci dítěte napoprvé provést (6).

Praktičtí lékaři pro děti a dorost, kteří uvedli, že provádějí nejčastěji preventivní plošný screening autismu ve věku 18 až 24 měsíců dítěte (tedy v souladu s doporučením), tvořili 42,0 % oslovených lékařů. Poměrně často je časné zachyt prováděn též v intervalu od 37 měsíců po dovršení 4 let dítěte (27,4 %). S rostoucím věkem dítěte pak provádění prvního preventivního

screeningu autismu významně klesá (8,9 %). Za zmínku stojí také malá skupina lékařů (8,3 %), jež uvedla, že provádí vyšetření již před dovršením 18 měsíců věku. Jak konstatuje Dudová (20), je to možné v podstatě od 12 měsíce, ale M-CHAT není pro tuto populaci spolehlivý.

Reakce na pozitivní výsledek screeningu

Metodika provádění časného zachytu stanoví dva hlavní cíle screeningu PAS. Prvním je včasné odeslání pozitivně zachycených dětí k odborné diagnostice a druhým včasné zahájení péče, která spočívá mimo jiné v nácviku sociálních dovedností, evokování a fixace žádoucího chování a dovedností, tak aby bylo dosaženo zařazení dítěte do většinové společnosti (20). V rámci suspektního PAS by po pozitivním screeningu mělo následovat odeslání dítěte k diferenciací diagnostice, která patří do rukou diagnostikujícího dětského a dorostového psychiatra a klinického psychologa. Ještě před definitivním stanovením diagnózy může dětský lékař doporučit také např. péči foniatra, klinického logopeda, psychologickou péči, ranou péči, nebo služby speciálně pedagogického centra. Zajímalo nás proto, jaký postup volí dětské lékaře poté, co u dítěte zjistí zvláštnost ve vývoji nebo prvky chování, které by mohly být příznakem autismu.

Největší část praktických lékařů pro děti a dorost, kteří odpovídali v našem průzkumu, odkáže v případě zjištění příznaků autismu rodiče primárně na dětského psychiatra (29,6 %) nebo na klinického psychologa (19,0 %). Necelá ¼ (24,3 %) lékařů nejprve vyčká a opakuje vyšetření a ⅓ (20,0 %) lékařů dále sleduje vývoj dítěte sama. Nejmenší část (7,1 %) odkáže rodiče na služby rané péče.

Testování, prováděné na základě druhého stupně třídění, neidentifikovalo statisticky významné rozdíly v jednotlivých skupinách praktických lékařů pro děti a dorost členěných dle sledovaných sociodemografických znaků. To znamená, že odpovědi na žádnou ze tří otázek týkajících se časného zachytu PAS se u dětských lékařů neliší na základě jejich věku, pohlaví nebo regionu působnosti.

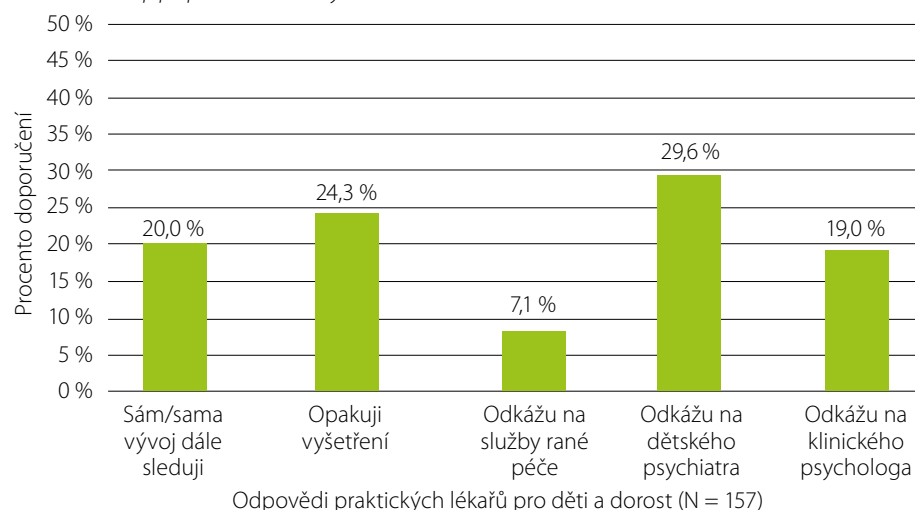
Naopak jsme identifikovali statisticky významné rozdíly v odpovědích lékařů členěných dle jejich znalostí týkajících se autismu, na což byla zaměřena druhá část dotazníku. Dětské lékaři, kteří se domnívají, že diagnózu PAS nelze spolehlivě stanovit před třetím rokem věku dítěte (53,8 % dotazovaných), provádějí časný záchyt PAS v pozdějším věku dítěte, než dětské lékaři, kteří se domnívají, že diagnózu PAS lze stanovit již před třetím rokem věku dítěte (46,2 % dotazovaných). Pouze 27 % z těch, kteří se domnívají, že diagnózu PAS nelze spolehlivě stanovit před třetím rokem věku dítěte, provede screening v doporučeném věku 18 až 24 měsíců. Na druhé straně 60 % z lékařů, kteří mají opačný názor, provádí plošný screening v doporučeném věku 18 až 24 měsíců. Rozdíl mezi těmito dvěma skupinami dětských lékařů byl statisticky významný ($\chi^2 = 19,351$, $df = 4$, $p = 0,001$).

Obdobně tomu bylo také u odpovědí na otázku týkající se dalšího postupu při pozitivním screeningu na PAS. Zatímco lékaři, kteří se domnívají, že diagnózu PAS lze stanovit již před třetím rokem věku, preferovali ve větší míře opakování screeningového vyšetření dítěte ve své ordinaci (32 % oproti 17,7 % respondentů), lékaři, kteří se domnívají, že diagnózu PAS nelze do tří let věku dítěte spolehlivě stanovit a provádějí časný záchyt později, častěji přistupují k odeslání dítěte na specializované vyšetření klinickým psychologem (24,8 % oproti 12,4 % respondentů). I zde byl rozdíl mezi těmito dvěma skupinami dětských lékařů statisticky významný ($\chi^2 = 11,28$, $df = 4$, $p = 0,024$).

Závěr

Česká republika se v roce 2016 přidala k zemím, které na zvyšující se prevalenci poruch autistického spektra reagují mj. zavedením plošného screeningu jako součásti preventivních prohlídek ve věku 18 měsíců. Většina praktických

Graf 3. Postup při pozitivním zachytu PAS



lékařů pro děti a dorost (74,7 %), alespoň dle odpovědí v dotazníkovém šetření na konci roku 2018, tento screening skutečně provádí. Jen 27,1 % lékařů pro tento screening ale využívá doporučený nástroj M-CHAT. Méně než polovina lékařů (42 %), kteří screening provádějí, jej realizuje v doporučeném věku.

Čtvrtina lékařů v dotazníkovém šetření (25,3 %) uvedla, že screening žádným způsobem neprovádí, a to dva roky poté, co se stal povinnou součástí preventivních prohlídek. Poměrně vysoká (20 %) je také proporce těch, kteří při pozitivním výsledku screeningu nepostupují dle doporučení k tomu, aby dítě odeslali na specializované vyšetření, a rozhodnou se vývoj sledovat sami. Tyto výsledky se výrazně neliší od jiných studií ze zahraničí. Dotazníkové šetření pediatriů v amerických státech Kansas, Oklahoma a Iowa (N=481), provedené 6 let po zveřejnění doporučení Americké pediatrické společnosti ke screeningu v 18 a 24 měsících, ukázalo, že jen 17 % lékařů provádí screening v souladu s doporučeními, 41 % respondentů screening provádí, ale nedodržují doporučený způsob (21).

Nahlédnutí do toho, s jakými překážkami a problémy se praktičtí dětské lékaři v souvislosti s časným zachytem PAS ve svých ordinacích setkávají a jaká doporučení rodinám poskytují, by nám umožnilo jiné, spíše hloubkově zaměřené kvalitativní šetření. To by také pomohlo odpovědět na otázku, proč někteří praktičtí dětské lékaři screening neprovádí a pokud ano, tak často v nevhodném věku nebo jiným, než doporučeným způsobem.

Z podobně zaměřených výzkumů v zahraničí vyplývá, že hlavními překážkami rutinního provádění screeningu PAS v ordinacích pediatriů je preference klinického posouzení, neznalost

screeningových nástrojů, nedostatek času, neadekvátní platby a nedostatečné profesní vzdělání lékařů v těchto oblastech (21).

Kvalitativní studie pediatriů v americkém státě Severní Karolína (15) ukazuje, že tito lékaři řeší v souvislosti se screeninem především nedostatek času a zdrojů (jak personálních, tak například nedostatek jednoduchých screeningových nástrojů), a také nedostatečné vzdělání a trénink týkající se PAS. Studie dále ukázala, že pediatrii často nepoužívají nástroj M-CHAT v souladu s doporučeními (například již neprovádějí následující screening pomocí nástroje M-CHAT follow up v případě pozitivního výsledku prvního vyšetření) a také ne vždy odesílají své pacienty k dalším vyšetřením v případě pozitivního výsledku screeningu. Mají obavu z toho, že služby pro děti s PAS jsou i tak přetížené, a také považují za problematické, že nástroj M-CHAT má vysokou míru falešné positivity a nechtějí zbytečně zatěžovat rodiče podezřením na PAS, které se s velkou pravděpodobností nepotvrdí (15).

Praktičtí lékaři pro děti a dorost mají možnost výrazně zlepšit situaci svých pacientů a jejich rodin prostřednictvím screeningu. Jen díky včasné diagnostice těchto poruch lze zahájit odborné intervence a práci s rodinou v optimálním věku, kdy je možné redukovat závažnost symptomů a pozitivně tak ovlivnit společenské začlenění a kvalitu života samotného dítěte a jeho blízkých (22).

Nutno dodat, že ani tehdy, kdy dětský lékař postupuje podle doporučení a zprostředkuje kontakt na služby, které se rodičům a dítěti nabízejí, nebývá situace pro rodinu adekvátním způsobem vyřešena. Dětský lékař může ještě před definitivním stanovením diagnózy

doporučit péči foniatra, klinického logopeda, psychologickou péči, ranou péči, nebo speciálně pedagogické centrum (6). Žádná z těchto zdravotnických, sociálních nebo pedagogických služeb však nenabízí péči, která by byla pro dítě se suspektivním PAS ideální.

Jak uvádí Ostatníková a kol. (7), pro zmírnění jádrových symptomů PAS se jako efektivní ukazují individualizované programy s nízkým počtem dětí na jednoho terapeuta, založené na aplikované behaviorální analýze (ABA), v rozsahu alespoň 25 hodin týdně. Ke stejnému závěru dospěla i norská studie Eikesetha a kol. (23), která srovnávala intenzivní behaviorální terapii s přístupy využívajícími kombinaci různých terapií (tedy tzv. eklektickými přístupy). Behaviorální intervence jsou doporučovány také Českou psychiatrickou společností v rámci Doporučených postupů psychiatrické péče,

kde je konkrétně aplikovaná behaviorální analýza (ABA) zmíněna coby prokazatelně účinná metoda v oblasti rozvoje školních dovedností, komunikace a sociálních a pracovních dovedností (24).

V současném systému péče o časně zachycené nebo diagnostikované děti s PAS však tyto služby nejsou dostupné. Například raná péče je koncipována jako terénní sociální služba, kdy asistent rané péče navštěvuje rodinu přibližně jedenkrát měsíčně. Speciálně pedagogická centra jsou primárně zaměřena na diagnostickou činnost a pečují o děti v předškolním a školním věku, typicky od tří let výše.

Vyjma několika privátních či nestátních neziskových organizací, které služby rané intenzivní intervence nabízejí za přímou platbu klienta, se dětem v České republice po časném zachytu této péče nedostává. Přitom zkušenosti

ze zahraničí ukazují, že intenzivní behaviorální terapie v raném věku ve výsledku výrazně snižují náklady na speciální vzdělávání (25). Pozitivní změnu by v této oblasti mohlo přinést zavedení nové profese behaviorálního analytika, která byla mezi nelékařské zdravotnické pracovníky zařazena v roce 2016, a připravovaná úhrada rané intenzivní behaviorální intervence pro děti se suspektivním PAS či jinou neurovývojovou poruchou v rámci veřejného zdravotního pojištění.

V současné době je klíčové, aby se dětská lékařská zaměřila na důsledné provádění časného zachytu pomocí screeningového nástroje M-CHAT v 18 měsících věku dítěte a v případě pozitivního zachytu na PAS dítě odeslali k dalšímu vyšetření u klinického psychologa nebo dětského psychiatra, a zároveň rodičům zprostředkovali kontakt na místně dostupné služby rané péče.

LITERATURA

- Christensen DL, Braun KVN, Baio J, Bilder D, Charles J, Constantino JN, Lee LC. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years-autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2012. *MMWR Surveill Summ.* 2018; 65(13): 1–23.
- Ošlejšková H. Poruchy autistického spektra: poruchy vyvíjejícího se mozku. *Pediatr. praxi.* 2008; 9(2): 80–84.
- Gupta VB, Hyman SL, Johnson CP, Bryant J, Byers B, Kallen R, Yeargin-Allsopp M. Identifying children with autism early? *Pediatrics Jan.* 2007; 119(1): 152–153.
- Beranová Š. Nové přístupy k diagnostice dětského autismu. Dizertační práce. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta 2017: 147 s.
- Helt M, Kelley E, Kinsbourne M, Pandey J, Boorstein H, Herbert M, fein D. Can children with autism recover? If so, how? *Neuropsychol Rev.* 2008; 18(4): 339–366.
- Věstník MZČR 1/2019. In: Ministerstvo zdravotnictví ČR [online]. [cit. 27-6-2019]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c-1/2019_16649_3977_11.html
- Ostatníková MD, Pivovarov MA, Hnilcová MS & Babinová MK. Manažment detí s autizmom. *Pediatr. praxi.* 2014; 15(2): 81–85.
- Maestro S, Muratori F, Cesari A, Cavallaro MC, Paziente A, Pecini C, Sommaro C. Course of autism signs in the first year of life. *Psychopathology.* 2005; 38(1): 26–31.
- Zwaigenbaum L, Bryson S, Rogers T, et al. Behavioral manifestations of autism in the first year of life. *Int J Dev Neurosci.* 2005; 23(2-3): 143–152.

- Dudová I, Beranová Š, Hrdlička M. Screening a diagnostika dětského autismu v raném dětství. *Pediatr. praxi.* 2013; 14(3): 153–156.
- Guthrie W, Swineford LB, Nottke C, Wetherby AM. Early diagnosis of autism spectrum disorder: stability and change in clinical diagnosis and symptom presentation. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2013; 54(5): 582–590.
- Lord C, Risi S, DiLavore PS, Shulman C, Thurm A, Pickles A. Autism from 2 to 9 years of age. *Arch gen psychiat.* 2006; 63(6): 694–701.
- Ošlejšková H, Kontrova I, Foralova R, Dušek L, Nemethova D. The course of diagnosis in autistic patients: the delay between recognition of the first symptoms by parents and correct diagnosis. *Neuroendocrinology Letters.* 2007; 28(6): 895–900.
- Höfer J, Hoffmann F, Kamp-Becker I, Poustka L, Roessner V, Stroth S, Wolff N, Bachmann CJ. Pathways to a diagnosis of autism spectrum disorder in Germany: a survey of parents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health.* 2019; 13(1): 1–10.
- Crais ER, McComish CS, Humphreys BP, Watson LR, Baranek GT, Reznick JS, Earls M. Pediatric healthcare professionals' views on autism spectrum disorder screening at 12–18 months. *J Autism Dev Disord.* 2014; 44(9): 2311–2328.
- Johnson J, Myers SM. Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics Jan.* 2007; 120(5): 1183–1215.
- Vyhláška č. 70/2012 o preventivních prohlídkách. In: Sbírka zákonů. 12. 7. 2018.
- Vyhláška 143/2018 Sb., kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodo-

- vými hodnotami, ve znění pozdějších přepisů. In: Sbírka zákonů. 12. 7. 2018.
- Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR [online]. Praha: © 2019. [cit. 26-6-2019]. Dostupné z: www.vzp.cz
- Dudová I. Spolupráce pediatra a dětského psychiatra *Pediatr. praxi.* 2018; 19(2): 79–83.
- Self TL, Parham DF, Rajagopalan J. Autism spectrum disorder early screening practices: A survey of physicians. *CDQ.* 2015; 36(4): 195–207.
- Ošlejšková H. Autismus – Porucha časného vývoje mozku. Včasná diagnostika autismu – společný multidisciplinární cíl. In: Řehulka E. (ed.). Škola a zdraví pro 21. století, 2010, Výchova ke zdraví: souvislosti a inspirace. Masarykova univerzita Brno 2010: 343–350.
- Eikeseth S, Smith T, Jahr E, Eldevik S. Intensive Behavioral Treatment at School for 4- to 7-Year-Old Children With Autism: A 1-Year Comparison Controlled Study. *Behavior Modification.* 2002; 26(1): 49–68.
- Anders M, Uhlíková P, Doubek P. Doporučené postupy psychiatrické péče Psychiatrické společnosti ČLS JEP. In: Česká psychiatrická společnost, z.s. [online]. [cit. 26-6-2019]. Dostupné z: <https://postupy-pece.psychiatrie.cz/specialni-psychiatrie/f8-detska-psychiatrie-ii-autismus/intervence-u-autismu>. Path: Homepage; Speciální psychiatrie; Dětská psychiatrie – Autismus.
- Chasson GS, Harriss GE. Cost Comparison of Early Intensive Behavioral Intervention and Special Education for Children with Autism. *Journal of Child and Family Studies* 2007; 16(3): 401–413.