

UDK 616.89-008.43-053.2 ; 364-787

ISSN 0350-2899, 36(2011) br.4 p.201-07

KATEGORIZACIJA, POROĐAJNE KARAKTERISTIKE I GOVORNO JEZIČKI POREMEĆAJI DJECE SA KOMBINOVANIM SMETNJAMA RAZVOJA

CATEGORIZATION, BIRTH CHARACTERISTICS AND SPEECH AND LANGUAGE IMPAIRMENTS IN CHILDREN WITH MULTIPLE DISABILITIES

Goran Savić

Zavod za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju "Dr M. Zotović", Banja Luka, RS/BIH

Sažetak: Kategoriju djece sa kombinovanim (višestrukim) smetnjama razvoja karakterišu teška kognitivna i govorno jezička, senzorna, tjelesna i druga oštećenja, što utiče na sposobnost interakcije sa okolinom. Uzorak obuhvata 81 dijete. CILJ je utvrditi govorno jezičke poremećaje te porođajne karakteristike.

REZULTATI: Prosječna starost uzorka je 10,52 godine. Veća je zastupljenost muškog pola. Govorno jezičke teškoće je imalo 84% uzorka. Dužina gestacije, porođajna težina i dužina su ispod normalnih vrijednosti. Polovina uzorka je imala komplikacije trudnoće i komplikacije porođaja, a dio obe komplikacije. Mali dio uzorka je imao pojavu intrakranijalnog krvarenja, a pojavu hipoksijsko ishemijske encefalopatije ima više od polovine uzorka. **ZAKLJUČAK:** Veća je zastupljenost muškog pola. Veći dio uzorka je imao teže govorno jezičke poremećaje. Dužina gestacije, porođajna težina i dužina su ispod normalnih vrijednosti. Polovina majki djece uzorka imale su komplikacije trudnoće, polovina komplikacije porođaja. Obe komplikacije ima manji dio uzorka.

Ključne riječi: Kategorizacija, govorno jezički poremećaji, višestruka ometenost.

Summary: The category of children with multiple disabilities of development is characterized by severe cognitive and speech and language impairments which affects the ability to interact with environment. The sample includes 81 children. THE AIM of the research is to examine speech and language disorders, and birth characteristics. **RESULTS:** The average age of the sample was 10.52. There was a greater prevalence of males. Speech and language difficulties had 84% of the sample. The length of gestation, birth weight and length were below the normal range. A half of the sample had complications of pregnancy and childbirth complications, and some had complications of both. A small part of the sample had the occurrence of intracranial hemorrhage, and the occurrence of hypoxic ischemic encephalopathy had more than a half of the sample. **CONCLUSIONS:** There is a prevalence of males in the sample. The average age of the sample was 10.52. Most of the sample had a difficult speech and language impairments. The length of gestation, birth weight and length were below the normal range. Half of the sample mothers of children had complications of pregnancy, half had the complications of childbirth. A small number of the sample mothers had both complications.

Key words: categorisation, speech and language impairments, multiple disabilities

UVOD

Djeca sa posebnim potrebama razvrstavaju se postojećim zakonskim propisima u Republici Srpskoj, BiH (2003) Pravilnikom o razvrstavanju lica sa smetnjama u fizičkom i psihičkom razvoju u osam kategorija [1].

Te kategorije su: oštećenje vida, oštećenje sluha, smetnje glasa, govora i jezika, tjelesno oštećenje, psihička zaostalost, autizam, kombinovane (višestruke) smetnje i druge smetnje u skladu sa MKB – 10, 1990.g.

Republički zavod za statistiku Republike Srpske (2009) navodi da je u Republici Srpskoj u 2008. god. bilo razvrstano 1042 lica starosti od 0 do 18 godina. Od toga je 614 bilo muškog a 428 ženskog

pola. U kategoriju oštećenog vida bilo je razvrstano 52 lica, oštećen sluh je imalo 52 lica, a poremećaj glasa, govora i jezika 78 lica. U kategoriju tjelesnih invalida razvrstano je 138 lica, 312 lica. u kategoriju mentalno nedovoljno razvijenih lica, u kategoriju s poremećajima ponašanja i ličnosti razvrstano je 42 lica a u kategoriju kombinovanih (višestrukih) smetnji 368 lica [2].

Najčešći uzroci razvojne ometenosti se dešavaju tokom trudnoće, porođaja, neonatalnog perioda i ranog djetinjstva. To su: hromozomske anomalije, genetski poremećaji, Rh inkompatibilije, stres trudnice u gestacionom periodu, negativan uticaj alkohola, narkotika, nikotina, neadekvatne ishrane, nekih infekcija i dr., oboljenja majke, starost majke, ne-

donesenost, prenesenost, oksigena deprivacija, infekcije, povrede, dječija oboljenja i mnoštvo drugih faktora.

Veći broj istraživanja nalazi da je muški pol više zastupljen u odnosu na ženski kod djece ometenog razvoja.

U istraživanjima polne strukture lica ometenih u psihofizičkom razvoju na regiji Banja Luke, RS, BiH (2008) Savić G. nalazi da je od 133 kategorisana djeteta tokom 2006. god. odnos je bio 84 (63,16%):49 (36,84 %) u korist muškog pola [3].

Isti autor, na uzorku od 113 kategorisane djece tokom 2007. godine, nalazi odnos 72 muška prema 41 ženska djeteta (63,7%:36,3 %). Istraživanja su u skladu sa nalazima autora na drugim područjima.

Starost roditelja ima značajnog uticaja na dobijanje potomstva fizički i mentalno ometenog razvoja. Majke – tinejdžerke, posebno one ispod 15 godina starosti pod velikim su rizikom da dobiju dijete male porođajne težine uz pojave neuroloških deficita i čestim oboljevanjem tokom djetinjstva. Kod tih majki bebe imaju češću pojavu razvojnih ometenosti.

Žene preko 30 godina starosti imaju snižen fertilitet u odnosu na žene dvadesetih godina koji opada starenjem. Žene ove starosne skupine češće oboljevaju tokom trudnoće nego mlađe trudnice što se odražava i na razvoj embriona, fetusa i novorođenčeta. Majke preko 40 godina starosti imaju povećan rizik rađanja djece sa hromozomskim abnormalnostima. Žene preko 35 godina imaju povećan rizik od spontanih pobačaja, dobijanja nedonesene ili prenesene bebe. Rizik pojave genetskih oboljenja je veći kod starijih roditelja. Devijacija gena može nastati u procesu spermatogeneze. Vjerovatnoća genetske mutacije gena u spermatozoidima, zbog njihove brojnosti, može biti nekoliko puta veća nego u jajnoj ćeliji majke.

Starosna granica majčinstva se pomjera sve više prema kraju gornje fertilitetne granice. Sve više roditelja se, često zbog profesionalnih i ekonomskih razloga, odlučuje za rađanje u zrelijim godinama. Time se povećavaju rizici rađanja djece sa smetnjama razvoja.

U Republici Srpskoj - BiH tokom 2008. god. rođeno je 10 198 djece. Rođeno je 2 241 dijete čija je starost majke od 30 – 34 godine; 745 djece sa majkama čija je starost bila 35 – 39 godina; 169 djece čije majke su stare od 40 – 44 godine; 6 djece čije su majke bile stare od 45 – 49 godina. Nije bilo rođene djece čije su majke stare preko 50 godina. Četvoro djece je imalo majke mlađe od 15 godina [4].

Negativna emocionalna stanja trudnica (bijes, gnjev, strah, napetost, anksioznost, uzbuđenje i sl.)

rezultaju oslobađanjem acetilholina i adrenalina koji budu preneseni kroz placentu u cirkulaciju fetusa iritirajući fetus i povećavajući tjelesne pokrete nekoliko stotina puta. Nesrećne majke često rađaju prijevremeno, bebe imaju malu porođajnu težinu, hiperaktivne su i razdražljive.

Naročito su opasne pojave infekcije u prvih nekoliko mjeseci fetalnog razvoja. Infekcije koje ostavljaju znatne posljedice su: Citomegalovirus, rubeola, toksoplazmoza, herpes simpleks tip I i II, kongenitalni sifilis, trahom, hepatitis B i C, AIDS, meningitisi i encefalitisi prouzrokovani različitim uzročnicima i dr. infekcije. Zdravstveno stanje majki sa dugotrajnim hroničnim ili težim akutnim oboljenjima nepovoljno utiče na razvoj ploda.

Problem nedonesenosti i male porođajne težine direktno je povezan sa sposobnošću novorođenčeta da se održi u vanjskoj sredini. Nezrelost i smanjena sposobnost pojedinih sistema i organa da adekvatno, prije optimalnog vremena, preuzmu funkciju u vanjskoj sredini utiče na održanje i razvoj novorođenčeta. To za posledicu ima mnogostruke poremećaje koji se naročito očituju na CNS-u.

Prekomjerna porođajna težina, pogotovo ukoliko je i tjelesna težina majke povećana tokom trudnoće, povećava mogućnost pojave komplikacija porođaja. Otežan porođaj produžava vrijeme intrauterinog pritiska na novorođenče, pojedine dijelove tijela i pupčanik onemogućavajući normalnu razmjenu gasova. To za posledicu ima oštećenja koja nastaju kao rezultat hipoksije, odnosno anoksije [5].

Ukoliko se oštećenje CNS dogodi u početku trudnoće, u vrijeme kada se formira osnova za centralni nervni sistem, posljedice po njegovu strukturu mogu biti višestruke i opsežne. Ako se oštećenje dogodi kasnije, najveći štetni učinak ima na organizacijske procese u korteksu i na mijelinizaciju aksona. Spektar neuroloških oštećenja očituje se od lakših oblika poremećaja ponašanja i učenja pa sve do cerebralne paralize.

Golubović S. (2004) ističe da generalizovane i bilateralne povrede uvijek imaju lošiju prognozu, bez obzira na uzrast kada je oštećenje nastalo. Ako je lezija lateralizovana, jezičke funkcije lijeve hemisfere bolje se oporavljaju nego vizuelno spacijalne nakon ozljede desne hemisfere mozga. Kod neonatalnih ozljeda mozga lijeve hemisfere jezičku funkciju preuzima desna. Rane ozljede mogu uzrokovati fundamentalnu izmjenu moždane organizacije, odnosno, značajno izmijeniti neuralnu osnovu za realizaciju određenih mentalnih sposobnosti što se manifestuje kroz manja ili veća odstupanja od normalnog fizičkog ili mentalnog razvoja djeteta [6].

Koliko su često prisutni riziko faktori ometenosti razvoja djece tokom porođaja, ilustruje nekoliko sljedećih istraživanja.

Miljković B. i saradnici (2008) navode da do prijevremenog porođaja dolazi u manje od 10% trudnoća, on je uzrok više od 60% svih neonatalnih smrti. Time se indirektno govori da preostala živa novorođenčad često imaju posljedice prijevremenog rađanja koje se odražavaju na psihofizički razvoj djeteta. Navode da je tokom 2006. god. u Ginekološko-akušerskoj klinici u Nišu rođeno 6,14% pretermine novorođenčadi kod koje je u strukturi morbiditeta najviše zastupljena perinatalna asfiksija, RDS, hiperbilirubinemija, infekcije, HIC, kongenitalne anomalije i dr. Navode da je stopa neonatalne smrtnosti bila 7,37:1000 a stopa perinatalnog mortaliteta 14,63:1000. Zaključuju da prevencija prijevremenog rađanja, njega i potpora tokom perioda rane adaptacije na ekstrauterini život te pravovremeno liječenje utiču na smanjenje stope morbiditeta i mortaliteta [7].

Ida Bagus Subanada i saradnici (2003) navode da djeca sa anamnestički prisutnom neonatalnom hiperbilirubinemijom često imaju neurološka oštećenja. Incidenca bilirubinske encefalopatije je veća kod prematurusa manje porođajne težine.

Korelacija između neurotoksičnosti i visine serum nevezanog bilirubina nije tako velika. Koncentracija serum albumina je mnogo važnija determinanta neurotoksičnosti nego nevezani bilirubin. Niska koncentracija serum albumina uslovljava bilirubinski aciditet. Bilirubinski aciditet je toksična forma nevezanog bilirubina. U patogenezi bilirubinske encefalopatije važna je uvećana permeabilnost krvno moždane barijere. Kod nedonoščadi manje tjelesne težine ona je znatno veća nego kod djece rođene na vrijeme. Obično neurotoksični efekat nevezanog bilirubina se događa kada je njegov nivo veći od 20 mg/dl. Kod prematurusa bilirubinska encefalopatija se može razviti i bez znakova hiperbilirubinemije. To se dešava kod nekompletno formirane krvno moždane barijere i niske koncentracije serum albumina [8].

Rh inkompatibilija eritrocita fetusa i majke izaziva hemolizu čime se oslobađa bilirubin čija koncentracija u cirkulaciji može biti od blage do vrlo visoke što u različitoj mjeri ostavlja posljedice po CNS. U moguće komplikacije inkompatibilnosti spadaju: hidrocefalus, kernikterus i pojava neuroloških sindroma sa psihičkim poremećajima, poremećaji motorike, oštećenja sluha, poremećaji govora i pojava epilepsije.

Nedostatak ili smanjeno unošenje određenih nutritivnih komponenti važnih za gradivne i zaštitne razvojne mehanizme embriona, fetusa, novorođen-

četa i dojenčeta najčešće imaju negativne konsekvence. To je posebno važno u prvih nekoliko sedmica trudnoće, prije nego što većina žena uopšte zna da su trudne. Novorođenčad čije su majke imale deficitantnu ishranu tokom trudnoće, imaju malu porođajnu težinu, razvojne probleme mozga, manju otpornost prema oboljenjima kao što su pneumonia i bronchitis, te povećan rizik oboljevanja i smrtnosti u prvim mjesecima i godinama života.

CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja je da se utvrdi učestalost pojave govorno jezičkih poremećaja kod djece sa kombinovanim smetnjama. Posebni ciljevi su utvrđivanje učestalosti i vrste govorno jezičkih poremećaja u odnosu na pol, starost te utvrđivanje prisustva nekih riziko faktora ometenosti u prenatalnom, perinatalnom i neonatalnom periodu djece razvrstane u ovu kategoriju.

H i p o t e z e koje su postavljene prije započetog istraživanja su:

H1 Postoji jednaka zastupljenost polova u uzorku djece sa kombinovanim smetnjama.

H2 Prosječna starost ispitivanog uzorka je na nivou ranog predškolskog uzrasta.

H3 Veći dio uzorka ima govorno jezičkih teškoća.

H4 Dužina gestacije izražena u gestacijskim nedjeljama ispitivanog uzorka biće van okvira normalne gestacijske dužine.

H5 Postoji značajno prisustvo komplikacija trudnoće uzorka.

H6 Postoji značajno prisustvo pojave otežanog porođaja sa povredama (HIC, HIE, infekcije, hiperbilirubinemije).

H7 Antropometrijske mjere posmatrane grupe djece sa CP neposredno po rođenju (porođajna težina i dužina) su van okvira normalne težine i dužine.

H8 Postoji prisustvo herediteta na nastanak kombinovane ometenosti razvoja.

H9 Urođenost razvojne ometenosti u uzorku, prevladava u odnosu na stečenost ometenosti.

MATERIJAL I METODE ISTRAŽIVANJA

Iz dostupne dokumentacije Centra za socijalni rad Banja Luka, iz dosijea o kategorizaciji, korišteni su podaci za djecu razvrstanu u kategoriju kombinovane ometenosti razvoja tokom perioda od

01.01.2008 - 31.12.2009. godine. Podaci su uneseni u kompjuterski program deskriptivne statistike u softverskom paketu SPSS v.10 te analizirani.

REZULTATI

Tabela br. 1: Deskriptivna statistika starosti, dužine gestacije, porođajne težine i dužine djece sa kombinovanim smetnjama razvoja

	Starost	Dužina gestacije	Porođajna težina	Porođajna dužina
Validno	81	70	59	43
Nema podataka za	0	11	22	38
Prosjek	10,52	37,62	2852,62	50,55
Stand.greška prosjeka	0,66	0,50	114,92	0,72
Medijana	11,00	40,00	3020,00	51,00
Modus	15,00	40,00	2300,00	50,00
Standard. devijacija	5,96	4,24	882,74	4,77
Variansa	35,57	18,00	779243,41	22,82
Raspon	33,50	17,00	4035,00	22,00
Minimum	1,50	26,00	815,00	39,00
Maksimum	35,00	43,00	4850,00	61,00

Tabela br. 2 Prisustvo komplikacija tokom trudnoće i porođaja majki djece sa kombinovanim smetnjama

Komplikacije	Komplikacije trudnoće		Komplikacije porođaja	
	Frekvencija	Procenat	Frekvencija	Procenat
Postoje	40	49,4	44	54,3
Ne postoje	35	43,2	32	39,5
Nema podataka	6	7,4	5	6,2
Ukupno	81	100,0	81	100,0

Tabela br. 3: Prisustvo intrakranijalne hemoragije (HIC), hipoksijsko ishemijske encefalopatije (HIE) i infekcije tokom trudnoće i porođaja kod djece sa kombinovanim smetnjama razvoja

Komplikacije	HIC		HIE		Infekcija	
	Frekvencija	Procenat	Frekvencija	Procenat	Frekvencija	Procenat
Prisutna	4	4,9	46	56,8	11	13,6
Nije prisutna	45	55,6	27	33,3	65	80,2
Nema podataka	32	39,5	8	9,9	5	6,2
Ukupno	81	100,0	81	100,0	81	100,0

Tabela br. 4: Prisustvo anamnestički pozitivnog herediteta kod djece sa kombinovanim smetnjama razvoja

	Frekvencija	Procenat
Prisutan hereditet	13	16,0
Nije prisutan hereditet	51	63,0
Podatak nepoznat	17	21,0
Ukupno	81	100,0

Tabela br. 5: Zastupljenost pojedinih logopedskih dijagnoza djece sa kombinovanim smetnjama razvoja u cijelom uzorku

Dijagnoza	Cijeli uzorak – prvi i više puta kategorisani		Prvi put kategorisani	
	Frekvencija	Procenat	Frekvencija	Procenat
Nema poremećaja	13	16,0	4	11,1
Alalia	14	17,3	10	27,8
Dyslalia	10	12,3	3	8,3
Surdomutitas	2	2,5	0	0,0
Razvojna aphasia i/ili dysphasia	16	19,8	6	16,7
Nerazvijen govor i/ili jezik	17	21,0	12	33,3
Dysarthria	5	6,2	1	2,8
Bradilalia	2	2,5	0	0,0
Eholalia	2	2,5	0	0,0
Ukupno	81	100,0	36	100,0

Tabela br. 6: Broj djece obzirom na urođenost ili stečenost kombinovane ometenosti

	Frekvencija	Procenat
Ometenost urođena	73	90,1
Ometenost stečena	2	2,5
Podatak nepoznat	6	7,4
Ukupno	81	100,0

DISKUSIJA

Kategorija kombinovane ometenosti razvoja podrazumjeva postojanje dvije ili više udružene smetnje razvoja. To označava značajne teškoće razvoja i, po pravilu, govori o težoj razvojnoj ometenosti u odnosu na ostale kategorije.

Od 336 djece razvrstane tokom dvogodišnjeg perioda, 81 dijete je razvrstano u kategoriju kombinovane (višestruke) ometenosti (24,1%). Pod tim se podrazumjeva prisustvo dvije ili tri i više kategorija razvojne ometenosti. Od 81-og djeteta razvrstanog u ovu kategoriju, probleme psihičke zaostalosti ima 59 djece, od toga 26 djece sa lakom, 17 sa umjerenom i 15 sa težom i teškom mentalnom retardacijom. Zaostajanje u mentalnom razvoju ima 11 djece ali bez određenog nivoa ometenosti (najčešće djeca do 3 godine starosti). Probleme tjelesnog oštećenja ima 49 djece, probleme slabovidosti i sljepoće 11, a probleme nagluposti i gluvoće 10 djece. Druge smetnje u skladu sa MKB-10 ima 17 djece. Probleme govorno jezičkog razvoja ima 69 djece. Kod 43 djeteta bile su prisutne dvije vrste ometenosti u različitim kombinacijama, a kod 38 djece prisutne su tri i više vrsta ometenosti u raznim kombinacijama. Potpuna ovisnost o tuđoj njezi i pomoći registrovana je kod 44 djeteta.

Zastupljenost muškog pola je bila veća u odnosu na ženski (1,89:1). U uzorku je bilo prisutno 53

(65,4%) djeteta muškog i 28 (34,6%) djece ženskog pola.

Prosječna starost ukupnog uzorka je 10,52 godine (tabela br.1). Na prosjek starosti imala su uticaja djeca koja su ponovno kategorisana (rekategorisana) na starijem uzrastu. Najmlađe dijete je staro 1,5 godinu, najstariji član uzorka je star 35 godina i uvršten je u grupu zbog naknadnog ostvarivanja prava iz socijalne zaštite, s tim da je ometenost nastupila prije navršene 15-e godine. Prosječna starost djece sa višestrukim smetnjama koja su prvi put pristupila razvrstavanju je 7,54 godina.

Prvi put je pristupilo razvrstavanju 36 djece (44,4% uzorka). Drugi i više puta je razvrstano 45 djece (55,6 % uzorka).

Rekategorizacija se radila kod djece za čije stanje se pretpostavlja da će se mijenjati, odnosno kod djece koja su u praćenju i gdje se sa sigurnošću nije mogao utvrditi nivo kategorije ometenosti. U tim slučajevima se odredi privremeno kategorija a rekategorizacijom na starijem uzrastu se naknadno nakon duže opservacije konstatuje konačna kategorija ometenosti. Ponovno razvrstavanje se takođe radi kod djece najčešće pred polazak u osnovnu školu ili pred polazak u srednju školu zbog profesionalne orijentacije.

Prosječna dužina gestacije (tabela br.1) ispitivanog uzorka je 37,6 gestacijskih nedjelja. Gestacijsku dužinu do 34 gestacijske nedjelje (GN) u uzorku je

imalo 25,7%, do 36 GN imalo je 28,6 %, do 38 GN je imalo 34,3%, dok je preko 41 GN imalo 6,1% uzorka. Nedonesenost i prenesenost trudnoće je u velikoj mjeri zastupljena u uzorku. Van raspona od 38-41. gestacijske nedjelje bilo je 40,4% uzorka.

Prosječna porođajna težina (tabela br.1) za poznatih 59 težina uzorka je bila 2852,62 grama. Težinu od 3000 g i manje imalo je 49,2% uzorka a težinu 3500 g i više imalo je 22% uzorka. Težinu ispod 2350 g imalo je 33,9% uzorka a preko 4000 g imalo je 8,5% uzorka.

Prosječna porođajna dužina (tabela br.1) za poznate 43 vrijednosti dužina bila je 50.55 cm. Sa dužinom od 50 cm i manje je rođeno 39,5% djece, sa 47 cm i manje 23,3% djece. Porođajnu dužinu od 56 cm i više imalo je 6,9% uzorka. Mala porođajna dužina u pravilu je pratila malu porođajnu težinu. Velika porođajna dužina je najčešće pratila i veliku težinu i otežan porođaj.

Podataka o komplikacijama trudnoće (tabela br. 2) bilo je za 75 djece. Komplikacije trudnoće su bile prisutne kod 40 djece (49,4% uzorka). Pod komplikacijama trudnoće se podrazumjevaju nepovoljna stanja koja direktno ili indirektno utiču na razvoj ploda sa mogućnostima ostavljanja posljedica po njegov razvoj. Ta nepovoljna stanja su: prijeteci abortus, održavana trudnoća, infekcije i liječenje istih tokom trudnoće, krvarenje u trudnoći, intrauterina patnja ploda zbog raznih uzroka, eklampsija i preeklampsijka stanja, izloženost izvorima jonizirajućeg zračenja, izlaganje izuzetno teškim psihofizičkim naporima majke sa reperkusijama na plod, teža oboljenja majke tokom trudnoće te sva druga stanja koja su mogla ugroziti normalan razvoj ploda.

Podataka o komplikacijama porođaja (tabela br.2) bilo je za 76 djece. Komplikacije porođaja su bile prisutne kod 44 djeteta ili 54,3% uzorka. Pod komplikacijama porođaja se podrazumjevaju stanja kao što su otežan, dugotrajan porođaj, prebrzo istiskivanje ploda, poprečni, odnosno karlični stav ploda, stav sa prednjačecom česti i nogama, placenta previa, omotana pupčana vrpca oko vrata, porođaji završeni carskim rezom zbog nemogućnosti rađanja prirodnim putem, porođaji uz vakuum ekstrakciju ploda i druga stanja koja mogu da ugroze plod tokom porođaja i koja na njega ostavljaju manje ili veće posljedice. Svi navedeni uzroci dovode do povreda, nagnječenja, asfiksije, intrakranijalnih krvarenja, hipoksičko ishemijske encefalopatije i drugih stanja.

Podaci o pojavi ili odsustvu intrakranijalne hemoragije (HIC) bili su poznati za 49 djece, za 32 nije bilo podataka o tome (tabela br.3). U uzorku su registrovana 4 slučaja (4,9%) sa pojavom intrakra-

nijalnog krvarenja. Postoji vjerovatnoća da je taj broj i veći zbog neposjedovanja podataka za 32 djeteta te zbog teškoća otkrivanja takvog stanja kod manjih intrakranijalnih krvarenja, koja produ neprimjećeno. Često pojava HIC nije izolovana nego je udružena sa još nekim od riziko faktora ometenosti kao što je HIE i sl.

Pojava HIE bila je prisutna kod 46 djece ili 56,8% ispitivanog uzorka. Za 27 djece iz raspoloživih podataka se ne vidi da je bilo takvih pojava (tabela br.3). Za 8 djece podaci o toj pojavi su nedostajali što povećava mogućnost da u tom broju ima jedan dio djece sa prisutnom HIE na porođaju.

Infekcija kao riziko faktor ometenosti se javlja kroz registrovane podatke kod 11 slučajeva ili 13,6 % ispitivanog uzorka (tabela br.3). Podataka o ovoj pojavi nije bilo za 5 djece.

Pojava hiperbilirubinemije je registrovana kod 3 djeteta ili 3,7% uzorka s tim da nije bilo dostupnih podataka o tome za 7-oro djece.

Pratili smo podatke o pojavi istih i srodnih ometenosti među srođnicima kategorisanih (tabela br.4). Podatke o tome smo našli za 64 djeteta, za 17 djece nije bilo podataka o hereditetu. Za 13 djece je nađeno da među srođnicima postoji neko sa istim ili sličnim problemom, odnosno pozitivan hereditet bio je prisutan kod 16% ispitivane grupe. O hereditetu nije bilo podataka za 21,0% uzorka.

Govorno jezičke poremećaje imalo je 84% uzorka (tabela br.5). Kod 21,0% djece je uspostavljena logopedska dijagnoza nerazvijenog govora i/ili jezika, zatim slijedi 19,6% djece sa razvojnom afazijom i/ili disfazijom. Bez govorne komunikacije sa dijagnozom alalija u uzorku je bilo 17,3% djece a sa dijagnozom dislalija 12,3%. Disartrija je bila prisutna kod 6,2% gupe a sa zastupljenošću od po 2,5% registrovane su dijagnoze surdomutitas, bradilalija i eholalija.

Kod 36-oro djece (tabela br.5) koja su prvi put kategorisana i čiji je prosjek starosti niži u odnosu na cijeli uzorak (7,54 godine) nisu registrovani govorno jezički poremećaji kod svega 4 djeteta (11,1%). Ostatak od 88,9% uzorka imao je neki od govorno jezičkih teškoća. Nerazvijen govor i/ili jezik bio je prisutan kod 12 (33,3%) djece; alalija kod 10 (27,8%); razvojna afazija i /ili disfazija kod 6 (16,7%); dislalija kod 3 (8,3%) i disartrija kod jednog (2,8%) djeteta. Skoro dvije trećine uzorka imalo je teži oblik govorno jezičke komunikacije. Naravno, na ovo su imali uticaja uzrast, ograničene motorne sposobnosti djece, ograničene gnoseogene sposobnosti, senzorna ograničenja zbog oštećenja vida i sluha te ograničena izloženost stimulaciji okruženja zbog ovisnosti o tuđoj njezi i pomoći,

čestom postojanju socijalne izolacije i drugih ograničenja.

Na tabeli br.6 prikazan je način nastanka razvojne ometenosti s obzirom na urođenost ometenosti. Podataka o urođenosti ometenosti bilo je za 75 djece uzorka, nedostajali su podaci za 6 djece. Iz navedenih podataka se vidi da je urođenost pojave ometenosti u ovoj kategoriji bila prisutna kod 73 djeteta ili 90,1% uzorka. Moguće je da je urođenost i veća jer za 6 djece nije bilo podataka. Postoji i manji broj djece koja su pored urođenih teškoća imala i naknadno stečene teškoće razvoja.

ZAKLJUČAK

1. Muški pol je znatno zastupljeniji u odnosu na ženski u kategoriji djece sa kombinovanim smetnjama razvoja.

2. Razvrstavanje djece koja pripadaju ovoj kategoriji se dešava relativno kasno. Djeca koja su prvi put pristupila razvrstavanju su u prosjeku stara 7,5 godina.

3. Govorno jezičke teškoće imalo je 84% cijelog uzorka, odnosno 88,9% dijela uzorka djece koja su prvi put kategorisana.

4. Prosječna dužina gestacije ispitivanog uzorka od 37,62 gestacijske nedjelje je imala uticaja na nastanak višestruke ometenosti.

5. Polovina majki djece sa kombinovanim smetnjama (49,4%) imala je neku od komplikacija trudnoće.

6. Preko polovine djece ispitivane grupe (54, 3%) imalo je neku komplikaciju porođaja.

Neka od djece imala su obe komplikacije, i tokom trudnoće i tokom porođaja. Pojavu intrakranijalne

hemoragije imalo je 4,9%, a hipoksijsko ishemijske encefalopatije 56,8% uzorka. Hiperbilirubinemija je bila prisutna kod 3,7% a infekcija kod 13,6% novorođenčadi.

7. Mala prosječna porođajna težina od 2852,62 grama, i porođajna dužina od 50,55 cm imali su znatnog uticaja na nastanak višestruke ometenosti.

8. Prisustvo pozitivnog herediteta registrovano je kod 16% ispitanika.

9. Urođenost višestruke razvojne ometenosti je registrovana kod 90,1% djece.

LITERATURA

1. Službeni glasnik Republike Srpske br. 115/03. Pravilnik o razvrstavanju lica sa smetnjama u fizičkom i psihičkom razvoju. AD Grafičar Doboj 2003; p.2-6.
2. Republički zavod za statistiku RS. Statistika socijalne zaštite. Statistički bilten br.7. Banja Luka 2009; p.72-75.
3. Savić Goran, Govorni status lica razvrstanih od strane komisije za kategorizaciju CSR Banja Luka. Dani defektologa Srbije. Big štampa - Beograd, p.145-146.
4. Republički zavod za statistiku Republike Srpske. Demografska statistika, Statistički bilten br.12, Banja Luka, 2009.god.; p.18-19.
5. Savić Goran, Uticaj riziko faktora na pojavu govorno jezičkih poremećaja, magistarska teza, Fakultet za specijanu edukaciju i rehabilitaciju, Beograd, 2010.god.; p.17-26.
6. Golubović,S., Gnoseogena patologija verbalne komunikacije. Savez defektologa zajednice Srbije i Crne Gore, 2004.god.
7. Miljković B., Jonović M., Jovanović G., Stojanović N., Neonatalni morbiditet i mortalitet pretermalne novorođenčadi, 41.Pedijatrijski dani Srbije sa međunarodnim učešćem, Zbornik radova, Niš, 25-27.septembar 2008; p 168.
8. Ida Bagus Subanada, Komang Kari, Abdul Hamid, Neurological impairment of children with history of prematurity and neonatal hyperbilirubinemia. Paediatrica Indonesiana 2003;43:59-65.

Adresa autora:

Goran Savić
Zavod za fizikalnu medicinu i
rehabilitaciju "dr M. Zotović"
Banja Luka, RS/BiH

e-mail: sakogo@blic.net

Rad primljen: 28. 10. 2011.
Rad prihvaćen: 25. 11. 2011.
Elektronska verzija objavljena: 20. 02. 2012.