



LAPSE TERVISE JÄLGIMISE JUHEND

Eesti ravijuhend

RJ-Z/29.1-2019

Ravijuhendi töörühma liikmed

Anne Minka (juhataja)	perearst, Perearst Anne Minka OÜ, Eesti Perearstide Selts, Tallinna Perearstide Selts, Eesti Lastearstide Selts
Heli Grünberg	lastearst, Tartu Ülikooli Kliinikum, Eesti Lastearstide Selts
Helina Pedak	õde, HelPed OÜ, Eesti Õdede Liit, lasteõdede seltsing
Katrin Kippar	pereõde, OÜ Järveotsa Perearstikeskus, Eesti Õdede Liit, pereõdede seltsing
Katrin Poom	õde, OÜ Merekivi Perearstikeskus, Eesti Pereõdede Ühing, Eesti Õdede Liit
Külli Friedemann	esmatasandi paketi arenduse talituse juht, Eesti Haigekassa
Le Vallikivi	perearst, OÜ Jürgenson Perearstikeskus, Eesti Perearstide Selts, Tallinna Perearstide Selts
Liis Toome	lastearst, vastsündinute ja imikute osakonna juhataja, SA Tallinna Lastehaigla, Eesti Lastearstide Selts, Eesti Perinatoloogia Selts
Mari Laan	lastearst, teadus-koolitusjuht, SA Tallinna Lastehaigla, Eesti Lastearstide Selts, Eesti Kardioloogide Selts
Marit Kuusk	lapsevanem, Laste Huvikaitse Koda
Pille Andresson	lastearst, neonatoloogia osakonna juhataja, AS Ida-Tallinna Keskhaigla, Eesti Perinatoloogia Selts, Eesti Lastearstide Selts
Reet Laidoja	perearst, OÜ Linnamõisa Perearstikeskus, Eesti Perearstide Selts, Tallinna Perearstide Selts
Riin Naestema	kliiniline logopeed, Logopeediakliinik, Eesti Logopeedide Ühing, BIP Voice Yhdistys
Sirje Kõvermägi	ämmaemand, SA Tartu Ülikooli Kliinikum, Eesti Ämmaemandate Ühing
Sirje Sammul	pereõde, õppejõud, Tartu Tervishoiu Kõrgkool, Eesti Õdede Liit, pereõdede seltsing
Tiina Käi	pereõde, OÜ Järveotsa Perearstikeskus, Eesti Õdede Liit
Tiina Tõemets	spetsialist, Sotsiaalministeerium, SA Lapse Arengu Heaolukeskus
Triinu Tänavsuu	kliiniline psühholoog, SA Tallinna Lastehaigla, Eesti Psühholoogide Liit
Vivian Arusaar	ämmaemand, ämmaemandusjuht, AS Ida-Tallinna Keskhaigla, Eesti Perinatoloogia Selts

Ravijuhendi sekretariaadi liikmed

Maarja Karu (juhataja)	lastehaiguste arst-resident, SA Tallinna Lastehaigla, Eesti Lastearstide Selts
Marje Oona	perearst, dotsent, kliinilise meditsiini instituudi täiendkese juhataja, Tartu Ülikool, Eesti Perearstide Selts
Liisa Saare	lastehaiguste arst-resident, SA Tartu Ülikooli Kliinikum, Eesti Lastearstide Selts
Siret Läänelaid	õde, õppejõud, Tartu Tervishoiu Kõrgkool, Eesti Õdede Liit
Kai Teeäär	kliiniline psühholoog, Psühhiaatria ja Psühhoteeraapia Keskus Sensus, Eesti Kliiniliste Psühholoogide Selts
Irma Nool	õppejõud-assistent, Tallinna Tervishoiu Kõrgkool, Eesti Õdede Liit
Ulla Raid	metoodiline tugi, Sotsiaalministeerium

Ravijuhendi konsultandid

Mari Levin	silmaarst, Eesti Silmaarstide Selts
Veiko Reigo	silmaarst, Eesti Silmaarstide Selts
Vootele Tamme	optometrist, Tallinna Tervishoiu Kõrgkool
Elo Olonen	optometrist, Tallinna Tervishoiu Kõrgkool
Tiia Tulviste	arengupsühholoogia professor, Tartu Ülikool
Kirsti Akkermann	kliinilise psühholoogia dotsent, Tartu Ülikool
Kati Valma	lastekaitse peaspetsialist, sotsiaalhoolekande osakond, Nõmme Linnaosa Valitsus
Anne Kleinberg	lastepsühhiaater, SA Tallinna Lastehaigla
Maret Lepplaan	kõrva-nina-kurguhaiguste arst, audioloog, AS Ida-Tallinna Keskhaigla, AS Fertilitas, Eesti Audioloogia Selts
Irja Ivarinen	psühhiaater, SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla
Ly Kasvandik	ekspert, Tervise Arengu Instituut, vanemlusprogramm „Imelised aastad“
Matis Märtsen	lastekirurg, Eesti Lastekirurgide Selts
Mare Lintrop	radioloog, SA Tartu Ülikooli Kliinikum

Ravijuhendi lisamaterjalide koostajad

Lisatoitumise materjal

Heli Grünberg	lastearstlastearst, Tartu Ülikooli lastekliinik, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi lastekliinik
Oivi Uibo	lastearstlastearst Tartu Ülikooli lastekliinik, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi lastekliinik
Reet Raukas	lastearstlastearst, AS Ida-Tallinna Keskhaigla
Tiia Voor	lastearstlastearst, Tartu Ülikooli lastekliinik, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi lastekliinik

Hüperbilirubineemia

Helen Pärna	lastehaigustelastehaiguste arst-resident, SA Tallinna Lastehaigla
-------------	--

Keeletoimetamine

Urve Pirso	keeletoimetajaKeeletoimetaja, OÜ Keelekatel
------------	---

Soovituslik viitamine: Lapse tervise jälgimise juhend, RJ-Z/29.1-2019. Ravijuhendite nõukoda. 2019

Otsingusõnad: vastsündinu, lapse tervis, uuringud, toitumine, nägemine, kuulmine, puusaliigesed, areng, kognitiivne areng, tervisekäitumine, vanemlikud oskused, ravijuhend

ISBN 978-9949-9505-6-0 (pdf)

[ISBN 978-9949-9505-7-7 \(pdf\)](#)

Lapse tervise Jälgimise juhend

Eesti ravijuhend



RJ-Z/29.1-2019

Ravijuhend on valminud Eesti ravijuhendite koostamise käsiraamatu juhiste kohaselt (www.ravijuhend.ee).

Teadusliku tõenduse kvaliteet (Balshem 2011)

Kõrge	Võib olla väga kindel, et interventsiooni tegelik mõju on väga lähedane uuringutes antud hinnangutele.
Mõõdukas	Võib olla mõõdukalt kindel, et interventsiooni tegelik mõju on lähedane uuringutes antud hinnangutele, kuid see võib ka oluliselt erineda.
Madal	Ei saa olla kindel interventsiooni mõjule antud hinnangutes, tegelik mõju võib olla hinnangutest oluliselt erinev.
Väga madal	Ei saa olla üldse kindel interventsiooni mõjule antud hinnangutes, tõenäoliselt on tegelik mõju hinnangutest oluliselt erinev.

Soovituse tugevus ja suund (Guyatt 2008)

Tugev soovitus teha 	Soovituse tugevus peegeldab seda, kui kindel võib olla, et interventsioonist saadav kasu ületab võimaliku kahju. Soovituse tugevuse määravad järgmised tegurid: - soovitud ja soovimatu toime vahelise erinevuse suurus; - teadusliku tõenduse kvaliteet; - patsientide eelistuste varieeruvuse määr; - ressursikulu.
Soovitus pigem teha 	
Soovitus pigem mitte teha 	Tugev soovitus antakse juhul, kui on kindel, et enamik hästi informeeritud patsiente otsustab kõnealuse interventsiooni kasuks. Nõrga soovitus puhul on ette näha, et patsiendi suhtumine sekkumise valikusse oleneb isiklikest väärtustest ja eelistustest, ning arst peab olema kindel, et neid on arvestatud.
Tugev soovitus mitte teha 	Tugev soovitus on väljendatud sõnadega „tehke, kasutage“, nõrk soovitus väljenditega „võib teha, kaaluge tegemist“.

Hea tava suunised

	Ravijuhend sisaldab suuniseid, mis põhinevad ravijuhendi töörühma liikmete kliinilisel kogemusel ja mis võivad olla praktikas abiks parima ravitulemuse saamisel.
---	--

Sisukord

Sisukord	7
Lühendid	8
Mõisted	9
Sissejuhatus	11
Ravijuhendi vajadus	11
Juhendi käsitusala ja eesmärk	12
Peamised soovitused	13
Lapse tervise jälgimise juhend koos tõendusmaterjali lühikokkuvõttega	18
Lapse tervise jälgimine	18
Vastsündinu läbivaatamine	18
Toitumise hindamine	21
Uuringute tegemine	23
Puusaliigeste hindamine	27
Silmade ja nägemise hindamine	30
Kuulmise hindamine	34
Tervisekäitumise hindamine ja probleemide varajane märkamine	
haridusasutuses	37
Lapse kognitiivse arengu hindamine	38
Lapse ja pere psühhosotsiaalse heaolu ja keskkonna hindamine	41
Vanemluse toetamine	41
Ema sünnitusjärgse depressiooni varajane märkamine	42
Lastearsti juurde jälgimisele/edasisuunamisele kuuluvate seisunditega lapsed	44
Juhendi koostamine	49
Tõendusmaterjali otsimine ja hindamine	51
Kasutatud kirjandus	53
LISAD	
Lisa 1. Kõne arengu hindamine ja toetamine.	
Materjal lapsevanemale (Eesti Logopeedide Ühing, www.elu.ee)	59
Lisa 2. Laste ja noorukite vererõhu väärtused soo, vanuse ja pikkuse järgi	60
Lisa 3. Laste hingamissageduse ja südame löögisageduse normid vanuse järgi	64
Lisa 4. Kaalu- ja kasvukõverad	65
Lisa 5. Imiku lisatoit	71
Lisa 6. Hüperbilirubineemia vastsündinueas	80

Lühendid

AAP	<i>American Academy of Pediatrics</i>
ADA	<i>American Dietetic Association</i>
AGREE-II	<i>The <u>A</u>ppraisal of <u>G</u>uidelines for <u>R</u>esearch and <u>E</u>valuation II version</i>
ATH	<i>Aktiivsuse-tähelepanuhäire</i>
CDI	<i>Child Development Inventories</i>
CPSCPC	<i>Canadian Paediatric Society Community Paediatrics Committee</i>
CTFPHC	<i>Canadian Task Force on Preventive Health Care</i>
EPDS	<i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>
FFSS	<i>Family Functional Styling Scale</i>
HBSC	<i>Health Behaviour in School-Aged Children</i>
KMI	<i>Kehamassiindeks</i>
M-CHAT	<i>Modified Checklist for Autism for Toddlers</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
PSOC	<i>Parenting Sense of Competence</i>
SIGN	<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>
SNAP-IV	<i>Swanson, Nolan, and Pelham - IV Questionnaire</i>
USPSTF	<i>U.S. Preventive Services Task Force</i>
WPW	<i>Wolff-Parkinson-White</i>

Mõisted

<i>Acanthosis nigricans</i>	Nigrikant- ehk mustendav akantoos, epidermise difuusne paksenemine ja hüperpigmentatsioon
Afaakia	Silmaläätse puudumine
Aktiivsus-tähelepanuhäire	Psüühikahäire, mille sümptomid on tähelepanuvõime puudulikkus, püsimatus ja impulsiivsus
Astigmatism	Silma ehituse anomaalia, mille korral silma eesmine pind, sarvkest, ei ole sfääriline, vaid on silindritaoline. Seetõttu murravad sarvkesta ristuvad teljed valgust erineva jõuga ning valguskiired koonduvad võrkkestal mitte ühte punkti, vaid ellipsina. Vaadeldavaid esemeid nähakse ebaselgelt, moonduvana või varjudest ümbritsetuna
Audiomeetria	Kuulmislävede hindamise test
Autismispektri häire	Geenikogumi ja nähtavate tunnuste poolest väga eripalgeline närvisüsteemi arenguhäire, mis tekib eri põhjustel, algab varakult ning varieerub kulult, sümptomite ja kaasuvate häirete raskusastmelt ning arvult. Autismispektri häiret iseloomustab häirete avaldumine kolmes valdkonnas: vastastikuses sotsiaalses mõjutamises, suhtlemises ja piiratud stereotüüpses käitumises
Enneaegsuse retinopaatia	Enneaegsena sündinud lastel tekkiv võrkkestas vasoproliferatiivne haigus, mis võib põhjustada armistumist ja reetina irdumist.
Gestatsioonivanuse kohta väike sünnikaal	Gestatsioonivanusele vastav sünnikaal alla 10. protsentiili
Glaukoom	Krooniline silmahaigus, mille tõttu kahjustub nägemisnärv ja tekib nägemisvälja kahjustus
HOTV	Silmatabeli tüüp
Katarakt	Silmaläätse hägustumine
Konduktiivne kuulmislangus	Kuulmislanguse vorm, mis on tingitud väliskõrva, kuulmekile või keskkõrva struktuuride häirest.
Monokulaarmuutused	Ühe silmaga seotud muutused
Müopaatia	Lihase funktsiooni häire
Neuromorfoloogilised haigused	Närvisüsteemi struktuuriga seotud haigused

Otoakustilised emissioonid	Sisekõrvast pärinevad helid, mis tekivad spontaanselt või vastusena helile
Pervasiivsed arenguhäired	Vastastikuse sotsiaalse mõjutamise ja suhtlemise kvalitatiivne kahjustus, millega kaasneb huvide ning tegevusaktiivsuse piiratus, stereotüüpsus ja monotoonne korduvus
Punane refleks	Oranžikaspunane valguse peegeldus silma võrkkestalt oftalmoskoopia
Puusaliigese arenguline düsplaasia	Liigese kaasasündinud ebaküpsus; esinevad erinevad raskusastmed, enamikul juhtudest on puusanapp ja reieluuepea arenenud puudulikult
Stapesreflekside uuring (end refleksomeetria)	Keskkõrva stapesreflekside mõõtmise vahend, mis annab infot kesk- ja sisekõrva, 7. ja 8. kraniaalnärvi ja ajutüve funktsiooni kohta
Retinoblastoom	Silma võrkkesta pahaloomuline kasvaja, mis on lähtunud silma võrkkesta ebaküpsetest rakkudest ehk retinoblastidest
Sensorineuraalne kuulmislangus	Sisekõrva kuulmiselundi või kuulmisnärvi kahjustusest tingitud kuulmislangus
Strabism	Kõõrsilmsus
Tümpanomeetria	Uuring, mille käigus hinnatakse kuulmekile liikuvust ja rõhku keskkõrvas
Vanemlus	Vanemlik käitumine, mis on hoolitsev ja enesekindlust andev, vägivaldavaba, tunnustav ja suunav, piire seadev ning igati lapse huvidega arvestav. Positiivse vanemluse eesmärk on soodustada lapse täielikku arengut.

Sissejuhatus

Ravijuhendi vajadus

Väikeses riigis on iga inimene ja tema võimalik panus ühiskonda erakordselt oluline. See, mil määral panustatakse laste ja pere heaolusse, kajastub varem või hiljem rahvastiku tervises, hariduses, kuritegevuses, tööhõives ja majanduses. Tervetest lastest saavad kasvada omakorda ühiskonna terved ja täisväärtuslikud liikmed.

Eestis on ligikaudu veerand miljonit kuni 18-aastast last. Laste tervise jälgimise juhendis käsitletud teemad on ulatuslikud. Seni kehtinud kuni 18-aastaste laste tervisekontrolli juhend on koostatud 2009. aastal. Kuna suur osa vanast juhendist sobib endiselt kasutamiseks, otsustas töörühm seda täiendada ajakohase tõendus põhise infoga, mis aitaks töös laste ja peredega teha vajalikke otsuseid ja rakendada sobivaid sekkumisi.

Esmatasandi põhiülesanne on toetada laste, noorte ja pere ehk Eesti riigi inimvara tervist ja heaolu ning ennetada haigusi. Esmatasandi tervisekeskuste rajamise tulemusel on võimalik pakkuda mitmekülgsemaid tervishoiuteenuseid. Need teenused peaksid olema kõikidele Eesti lastele ühetaoliselt kättesaadavad, sõltumata elukohast, sotsiaalsest taustast või vanemate varalistest võimalustest. Eesmärk on kõikide Eesti laste tervist jälgida ühetaoliste reeglite alusel: lapse ja tema pere keskselt, järjepidevalt, piirkondlikus tervisekeskuses ja koolis.

Töö tõhusamaks korralduseks on üle vaadatud tervishoiutöötajate tööjaotus. Lapse tervisedenduse, haiguste ennetamise ja ravikorralduse parandamiseks on vaja laiendada ja tõhustada infovahetust perearstiabi, ämmaemandusabi, koolitervishoiu, eriarstiabi, õppenõustamise ja lastekaitse valdkondade vahel. Kui laste arengut jälgib ning terviseriske hindab ja sõelub esmatasandi tervishoiutöötaja, jääb eriarstiabis enam aega tõhusamalt ravida ja jälgida raskemate terviseprobleemidega lapsi.

Heaoluühiskond toob võimaluste külluses üha sagemini ka probleeme. Seetõttu on juhendis pööratud tähelepanu laste terviseriskide hindamisele ja nende sõelumisele, lähtudes nii psüühilistest ja somaatilistest arenguhäiretest kui ka sotsiaalselt raskest kasvukeskkonnast. Riskide varasema märkamise, diagnoosimise, õigeaegse sekkumise ja raviga on võimalik parandada laste ja pere elukvaliteeti ning vähendada tervishoiukulutusi.

Juhendi uuendamise algatas Sotsiaalministeeriumi laste ja pere osakond koostöös tervisesüsteemi arendamise osakonnaga, kelle prioriteedid on ennetustegevus, varajane märkamine ning asjakohase ja õigeaegse abi korraldamine. Juhendi uuendamist alustati Norra finantsmehhanismi toetusel projekti „Integreeritud teenuste kontseptsioon laste vaimse tervise toetamiseks“ raames.

Juhendi käsitusala ja eesmärk

Lapse tervise jälgimise eesmärk on tema arengu hindamine, toetamine ja tervise- ja arenguhäirete varajane avastamine ning vajaliku abi tagamine lapsele ja perele.

Ravijuhendi sihtrühm on vastsündinud ja lapsed kuni 19-aastaseks saamiseni. Juhend hõlmab laste tervisega seotud riskide ennetamise meetmeid. Uuendatud osa hõlmab visiitide läbiviimise sagedust, kohta, toetumisega seotut, põhjendatud uuringute tegemist ning koolis õpilaste tervisekäitumise hindamiseks ja varaseks märkamiseks tehtavat. Lisaks on juhendis täpsustatud puusaliigeste, silmade ja nägemise, kuulmise kontrolli ning kognitiivsete oskuste hindamist, vanemlike oskuste toetamise võimalusi.

Juhendis ei ole käsitletud rasedusaegset, sünnitus- ja vastsündinu vahetut sünnitusjärgset perioodi, tervisehäiretega (sh raske vaegtoitumine) laste ravi, raviga seotud sekkumiste korraldamist. Vaksineerimisinfo tuleneb riiklikust immuniseerimiskavast, seda juhendi kontekstis ei täpsustatud.

Juhendi peamised kasutajad on perearstid, -õed, lastearstid, ämmaemandad, koolitervishoiutöötajad, sotsiaaltöötajad (sh lastekaitsetöötajad), psühholoogid, lapsevanemad.

Ravijuhendi soovitusel põhinevad teaduslikel andmetel, millest esitatakse juhendis kokkuvõtted. Teadaolevalt puudulike teaduslike andmete korral piirduakse mõnel juhul tööühma kogemusest tulenevate praktiliste soovitustega. Ravijuhendis ei ole antud üksikasjalikku teavet konkreetsete ravimite kohta ning nende kasutamisel tuleb lähtuda ravimiomaduste kokkuvõttest (www.ravimiamet.ee).

Peamised soovitused

Lapse tervise jälgimine		
<i>Vastsündinu läbivaatamine</i>		
1		Teostage vastsündinu läbivaatus 5.–7. elupäeval ja 14 päeva vanuses perearstikeskuses või kodus, lähtudes tervislikest ja sotsiaalsetest näidustustest ning arvestades sünnitusabi teenust osutanud meeskonna hinnangut. Tugev soovitus, mõõdukas tõendatus.
2		Vastsündinu varasel kojukirjutamisel (s.o < 48 elutundi või keisrilöike korral < 96 elutundi) teeb lapse esmase järelkontrolli 5.–7. elupäeval lastearst sünnitusabiteenust osutavas asutuses. Töörühma praktiline soovitus.
<i>Toitumise hindamine</i>		
3		Alates 6 kuu vanusest (26 nädalat) vajab laps lisaks rinnapiimale (piimasegule) lisatoitu. Soovitage lisatoiduga harjutamist alustada 22–26 nädala vanuses. Tugev soovitus, mõõdukas tõendatus.
4		Hinnake igal tervisekontrollil vestluse käigus lapse ja pere toitumisharjumusi ning nende vastavust tasakaalustatud toitumise soovitudele. Tugev soovitus, mõõdukas tõendatus.
5		Soovitage piiratud toitumisega laste puhul pidada toidupäevikut (<i>NutriData toitumisprogramm</i>), hinnake toitumisharjumusi, erinevate toitude tarbimist, jälgige laste kasvu ja eakohast arengut. Rangel taimetoidul noorukeid hinnake võimalike söömishäirete suhtes. Tugev soovitus, nõrk tõendatus.

Uuringute teostamine

6		Määrake hemogramm rauavaegusaneemia väljaselgitamiseks 9–12 kuu vanustel rinnapiimatoidul või piiratud toitumisega lastel. Nõrk soovitus, mõõdukas tõendatus.
7		Kõrge diabeediriskiga lapsi uurige 2. tüüpi diabeedi avastamiseks paastuglukoosi või glükoosi taluvuse testiga puberteedi algusest või alates 10. eluaastast. Tugev soovitus, nõrk tõendatus.
8		Kardiaalset äkksurma põhjustavate haiguste (hüpertroofiline kardio-müopaatia, WPW sündroom, pika QT sündroom jt) väljaselgitamiseks küsitlege last, kes alustab individuaalse ja/või võistkondliku spordiga tegelemist või kes treenib süstemaatiliselt ja intensiivselt. Tehke lapsele elektrokardiograafia anamneesi ja/või objektiivse leiu alusel. Vajadusel suunake laps kardioloogi vastuvõtule. Tugev soovitus, mõõdukas tõendatus.

Puusaligeste hindamine

9		Puusaligeseid hinnake kliiniliselt esimese eluaasta jooksul igal visiidil. Kuni kahe kuu vanustel imikutel kasutage lisaks Ortolani ja Barlow' testi. Nõrk soovitus, mõõdukas tõendatus.
10		Puusaligeste arengulise düsplaasia kahtlusel suunake laps esimesel võimalusel ultraheliuuringule. Nõrk soovitus, mõõdukas tõendatus.
11		Suunake riskirühma laps 1 kuu vanuses ultraheliuuringule, kui lapse lähisugulasel on puusaligese arenguline düsplaasia, laps on sündinud tuharseisus või lapse alajäse on deformatsiooniga. Nõrk soovitus, mõõdukas tõendatus.
12		Kui ultraheliuuringu leid viitab puusaligeste arengulisele düsplaasiale, suunake laps esimesel võimalusel ortopeedi vastuvõtule asendravi alustamiseks. Töörühma praktiline soovitus.

Silmade ja nägemise hindamine

13		Tehke igal arstlikul visiidil kõikidel lastel silmade väline vaatlus ja kontrollige silmade punast refleksi sünni järel, 1 kuu, 6 kuu ja 1 aasta vanuses. Silmade punase refleksi puudumisel ühes või mõlemas silmas saatke laps esimesel võimalusel silmaarsti vastuvõtule. Tugev soovitus, mõõdukas tõendus.
14		Hinnake last esimesel eluaastal igal visiidil silmade fikseerimise ja kõõrsilmsuse suhtes vaatluse abil. Laps peab pilgu fikseerima esimese elukuu lõpuks ja liikuvat eset jälgima teise elukuu lõpuks. Hinnake kõõrsilmsust alates 6 kuu vanusest, kui laps on nägemisteravuse hindamisel koostöövõimeline. Tugev soovitus, mõõdukas tõendus.
15		Kontrollige kõiki lapsi kuni 6 kuu vanuseni pisarateede patoloogia suhtes. Tugev soovitus, mõõdukas tõendus.
16		Tehke 3 aasta vanuses lastele silmade väline vaatlus, pupilli vaatlus, kontrollige lapsi kõõrsilmsuse suhtes. Kontrollige nägemisteravust LEA SYMBOLS®-i silmatabeliga. Kui lapsel on nägemisteravus < 0,63 või nägemisteravuste erinevus silmade vahel rohkem kui kaks tabeli rida, suunake laps silmaarsti vastuvõtule. Tugev soovitus, mõõdukas tõendus.
17		Hinnake nägemisteravust 6–7-aastaselt lapsel kas täiskasvanute või LEA SYMBOLS®-i tabeliga. Kui 6–7-aastaselt lapsel on nägemisteravus < 0,8 või nägemisteravuste erinevus silmade vahel rohkem kui kaks tabeli rida, suunake laps silmaarsti vastuvõtule. Tugev soovitus, mõõdukas tõendus.

Kuulmise hindamine

18		Hinnake kuulmist kõikidel 6–7-aastastel lastel. - Selgitage kõikidel lastel kuulmislangusega seotud riskitegureid. - Täpsustage lapse kuulmisharjumusi koostöös lapsevanemaga. - Vestelge lapsega. - Kasutage sosinkõnet. - Tehke otoskoopiline vaatlus. Erialaspetsialisti (kõrva-nina-kurguarst, audioloog) juurde suunake laps juhul, kui anamneesi ja/või läbivaatuse alusel jääb kuulmislanguse kahtlus või lapsel on mahajäämus kõne arengus. Nõrk soovitus, mõõdukas tõendatus.
----	---	---

Tervisekäitumise hindamine ja probleemide varajane märkamine haridusasutuses

19		Hinnake kõikide 7–18-aastaste laste tervisekäitumist kõikidel korralistel kooliõe visiitidel. Vajadusel kaasake lapsevanemad (seaduslik esindaja) ja korraldage spetsialistide abi. Nõrk soovitus, mõõdukas tõendatus.
----	---	--

Lapse kognitiivse arengu hindamine

20		Kõne eakohasuse hindamiseks vestelge lapse ja lapsevanemaga igal visiidil kuni 7 aasta vanuseni. Hinnake koos lapsevanemaga lapse kõne arengu vastavust kõne arengutähistele. Kõrvalekallete esinemisel kõnes suunake laps logopeedi vastuvõtule. Nõrk soovitus, mõõdukas tõendatus.
21		Kui lapse areng on hilistunud ja/või ebatüüpiline või kui tal on autismispektri häirega lähisugulane, kasutage pervasiivsete arenguhäirete varajaseks avastamiseks M-CHAT R/F testi. Test on valideeritud kasutamiseks 16–30 kuu vanuses lapsele. Positiivse leiu korral suunake laps lastepsühhiaatri vastuvõtule pervasiivse arenguhäire täpsemaks diagnoosimiseks ja rakendage varajase sekkumise programmi. Tugev soovitus, mõõdukas tõendatus.

22		Käitumis- ja/või tähelepanuprobleemidega 3–10-aastase lapse hindamiseks kasutage koos lapsevanema ja õpetajaga hinnanguskaalat (SNAP-IV), et otsustada lapse suunamise vajalikkuse üle õppenõustamist pakkuvate tugispetsialistide juurde sekkumise planeerimiseks.
		Tugev soovitus, mõõdukas tõendatus.
Lapse ja pere psühhosotsiaalse keskkonna hindamine <i>Vanemluse hindamine</i>		
23		Pöörake tähelepanu pere toimetulekule ja vanemlusele igal visiidil.
		Tugev soovitus, mõõdukas tõendatus.
24		Soovitage esimest korda lapsevanemaks saanutel ja lapsevanematel, kelle lapsel esinevad käitumuslikud või emotsionaalsed probleemid, täita vanemlikku tõhusust ja rahulolu hindav (PSOC) test, mis on kasutamiseks 2–12-aastaste laste vanematele. Vajadusel kaasake lastekaitse- või sotsiaaltöötaja, kes suunab lapsevanemad vanemlusprogrammi.
		Tugev soovitus, mõõdukas tõendatus.
<i>Ema sünnitusjärgse depressiooni varajane märkamine</i>		
25		Pöörake tähelepanu ema sünnitusjärgse depressiooni nähtudele, vajadusel kasutage ema seisundi täpsustamiseks EPDSi alates lapse 1 kuu vanusest. Positiivse skoori puhul korraldab perearst emale edasise abi. Kui vaja, korrake hindamist 2–4 nädala möödumisel.
		Tugev soovitus, tugev tõendatus.

Lapse tervise jälgimise juhend koos tõendusmaterjali lühikokkuvõttega

Lapse tervise jälgimine

Vastsündinu läbivaatamine

1		Teostage vastsündinu läbivaatus 5.–7. elupäeval ja 14 päeva vanuses perearstikeskuses või kodus, lähtudes tervislikest ja sotsiaalsetest näidustustest ning arvestades sünnitusabi teenust osutanud meeskonna hinnangut. Tugev soovitus, mõõdukas tõendus.
2		Vastsündinu varasel kojukirjutamisel (s.o < 48 elutundi või < 96 elutundi keisrilõike korral) teeb lapse esmase järelkontrolli 5.–7. elupäeval lastearst sünnitusabiteenust osutavas asutuses. Töörühma praktiline soovitus.

Soovituse aluseks on mõõduka kvaliteediga tõendusmaterjal, mis toetab vajadust külastada vastsündinut ja tema peret kodus keskkonnas. Koduviit tuleb kasuks vastsündinu tervisedendusele ja suurendab vanemlikku rahulolu (1)(2). Tervishoiutöötaja koduviit on neutraalne ning see peaks toetama lapsele sobivate kasvutingimuste loomist ja hea kontakti saavutamist vanematega. Olemasoleva tõendusmaterjali alusel võib visiidist olla kasu, et hoida ära tahtmatuid vigastusi, liigseid pöördumisi erakorralise meditsiini osakonda, rehospitaliseerimisi ning liiga vara rinnaga toitmise lõpetamist. Tulenevalt erinevustest koduse külastuse programmide ülesehituses ja kestuses on keeruline hinnata nende programmide efektiivsust (3). Koduviit on sekkumisena kulukam visiidist tervisekeskusesse, kuid odavam haiglaravist (4)(5).

Kodune terviseviit (home health visiting) ehk koduviit on olemas peaaegu kõigis Põhja- ja Lääne-Euroopa riikides osana iga riigi tervishoiustisteemist, kuid selle visiidi ulatus erineb (3). Kõige ulatuslikumad ja pikaajalisemad koduviitide programmid on välja töötatud Suurbritannias, Kanadas ja Taanis. Taanis, Suurbritannias, Iirimaal ja Hollandis külastavad terviseõed peaaegu kõiki imikuid ja nende emasid kodus esimese eluaasta jooksul mitmel korral. Soomes, Saksamaal ja Itaalias tehakse üks või kaks sünnitusjärgset visiiti, lisaviitide vajadust hinnatakse individuaalselt. Haiglasoleku perioodi lühenemisest tingituna on olulised ämmaemanda/õe sünnitusjärgsed kodused ennetavad tervisevisiidid, mis võiks toimuda hiljemalt 7.–10. kojukirjutamise päeval.

Üheks koduse tervisevisiidi efektiivsust suurendavaks teguriks on sihtrühma määratlemine ühtsetel alustel. Hindamine annab kindluse, et sekkumine on vajalik ja välja valitakse vastsündinu terviseriskide ennetamisel koduvisiidist potentsiaalselt kasu saavad pered. Selleks soovitab töörühm sünnitusosakondades kasutada Calgary sõeluuringuvahendit (6), mis aitab varaseks sekkumiseks põhjalikult selgitada vastsündinu ja tema pere tervist mõjutavaid riske. Calgary puhul on erinevalt teistest testidest (näiteks Parkyni test) arvesse võetud ka sotsiaalseid riske, see on tõenduspõhine, seda on arendatud aastast 2006 ning selle mõju on hinnatud (7). Sõeluuringuvahendi testimisel (2018) - Eesti sünnitusosakondades selgus, et lisaks riskide selgitamisele võib ilmnedagi veel teisi koduvisiidi vajadust tingivaid asjaolusid (ema ebakindlus, ema-lapse suhte ebaküpsus, kodused olud jms). Koduvisiidi vajadus selgub sünnitusabi osakonna meeskonna põhjendatud hinnangu alusel, mille kohta sünnitusosakond edastab info vastsündinu perearstile. Selline lähenemisviis ei sildista riskiperesid, vaid oluline info pere kohta liigub tervishoiutasandite vahel. Esmatasandil ei pruugi olla piisavalt ressursi, et muutunud olukorras koguda uuesti pere andmeid või asuda tutvuma uue perega, kes on nimistusse lisatud, mistõttu võib olulise info saamine hilineda.

Vastsündinu varajasel kojukirjutamisel teeb lapse esmase järelkontrolli lastearst sünnitusabi teenust osutavas asutuses. Koduvisiit toimub kokkuleppel, kui ema on koos lapsega kolinud perearsti teeninduspiirkonnast oluliselt väljapoole. Juhul kui ema keeldub koduvisiidist, kuigi selleks on hinnatud riskide põhjal vajadus, tuleb konsulteerida telefoni teel lastekaitsetöötajaga või kaasata lastekaitsetöötaja.

Arvestades kodukeskkonnast tulenevaid riskitegureid, sh ohtu lapsele, ja nende mõjutamise võimalusi ning kaaludes perele külastamise kasu ja kahju ning kulu, tegi töörühm tugeva soovitusena sünnitusosakonna meeskonna põhjendatud hinnangu korral perele koduvisiiti. Lapse tervisekontroll alates esimesest elukuust võiks toimuda tervisekeskuses.

Vt täpsemalt tõendusmaterjali kokkuvõte nr 5 ja ülevaade koduvisiitidest eri riikides.

Tegutsemine abivajava lapse märkamisel

Lastekaitseaduse § 27 kohaselt on igal inimesel kohustus abivajavast lapsest teatada. Abivajav laps on laps, kelle heaolu on ohustatud või kelle puhul on tekkinud kahtlus tema väärkohtlemise, hooletusse jätmise või muu lapse õigusi rikkuva olukorra suhtes, ja laps, kelle käitumine ohustab tema enda või teiste isikute heaolu. Lapsega töötaval isikul, sh arstil on lapse abivajaduse märkamisel ja sellest teavitamisel eriti suur vastutus. Arst või õde ei pea lapse väärkohtlemises ise veenduma või sellekohast õiguslikku hinnangut andma, vaid võimalikust abivajavast lapsest tuleb teavitada ka juhul, kui on tekkinud vastav kahtlus.

Abivajavast lapsest tuleb teavitada lasteabitelefoni 116 111 või lapse elukohajärgse kohaliku omavalitsuse sotsiaal- või lastekaitsetöötajat (kontaktid: www.eesti.ee/est/kontaktid/kohalikud_omavalitsused) ning hädaohu korral ehk väga kiiret sekkumist vajavas olukorras politseid (telefonil 112). Lapse abivajadusest on võimalik teavitada anonüümselt. Andmekaitse põhimõtted ei takista abivajavast lapsest teatamist ning seda saab teha lapse ja/või tema seadusliku esindaja teadmise ja nõusolekuta. Lasteabitelefoni 116 111 on võimalik ka erinevate ohumärkide korral spetsialistiga konsulteerida või nõu küsida.

Toitumise hindamine

3		Alates 6 kuu vanusest (26 nädalat) vajab laps lisaks rinnapiimale (piimasegule) lisatoitu. Soovitage lisatoiduga harjutamist alustada 22–26 nädala vanuses. Tugev soovitus, mõõdukas tõendus.
---	---	--

Imikute toitmine rinnapiimaga võrreldes piimaseguga on seotud nii laste kui ka emade osas paremate tervisetulemitega(8).

Lisatoiduga alustamise puhul hinnati tõendusmaterjali järgmise kliinilise küsimuse kohta: kas tervisetulemid (toitainete (sh raua) defitsiit, allergia või tsöliaakia teke, ülekaalu ja rasvumise kujunemine) erinevad, kui lisatoidu andmist lisaks rinnapiimale (või piimasegule) alustatakse alates 6 kuu vanusest võrreldes sellega, kui lisatoidu andmist alustatakse vanuses 4 kuni 6 kuud. Uuringutulemused pärinevad peamiselt vaatlusuuringutest ning Hondurases ja Islandil korraldatud juhuslikustatud võrdlusuuringutest, kus on hinnatud paljusid tervisetulemeid, ning lisaks üksikute tervisetulemite hindamiseks tehtud uuringutest. Kui lisatoitu antakse lisaks rinnapiimale, puuduvad tugevad tõendid oluliste tervisekasude (näiteks allergiate või tsöliaakia ennetamine) või suurte terviseriskide tekkimise kohta lisatoidu pakkumisel 4–6 kuu vanusele lapsele võrreldes olukorraga, kus lisatoitu hakatakse lapsele andma 6 kuu vanusest. Lisatoiduga varasemalt alustamisel võib tekkida mõnevõrra rohkem sooleinfektsioone, aga samas on nendel lastel, kellel lisatoidu andmist alustatakse alates 6 kuu vanusest, ferritiini sisaldus mõnevõrra väiksem (9)(10).

Suurte rahvusvaheliste organisatsioonide soovitusel lisatoiduga alustamise kohta on üldjoontes sarnased. Maailma Terviseorganisatsiooni 2001. aasta raportis „Report of the expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding“ (11) on soovitatud toita lapsi ainult rinnapiimaga esimesed 6 elukuud. Euroopa Lastegastroenteroloogia, Hepatoloogia ja Toitmise Ühingu 2008. aasta seisukohadokumendis (12) on järeldatud, et imikute ainult rinnapiimaga toitmine esimesel 6 elukuul on soovitud eesmärk ja imikutele ei tohi anda lisatoitu enne 17 nädala ehk 4 kuu vanuseks saamist ning et kõik imikud peaksid saama lisatoitu hiljemalt 26 nädala ehk 6 kuu vanuses. 2012. aastal avaldatud Ameerika Lastearstide Akadeemia seisukohadokumendis (13) on soovitatud imikuid toita vaid rinnapiimaga ligikaudu esimese 6 kuu jooksul, sama soovitus on ka Põhjamaade 2012. aasta toitumissoovitustes (14). 2009. aastal avaldas Euroopa Toiduohutusamet teadusliku arvamuse, mille järgi tagab enamikule imikutele rinnapiim esimese 6 elukuu jooksul adekvaatse toitumise, mõned imikud võivad vajada optimaalseks kasvuks ja arenguks lisatoitu enne 6 kuu vanuseks saamist, kuid mitte enne 4 kuu vanuseks saamist (15).

Ravijuhendi töörühm arutas rinnapiimaga toitmise kestust ja lisatoiduga harjutamise algust ning andis tugeva soovitusel alustada lisatoiduga harjutamist lapse 22–26 nädala vanuses, rõhutades rinnapiima kasulikkust lapse ja ka ema tervisele. Olemasoleva info kohaselt ei ole lisatoiduga alustamisel 4-6 kuul suuri terviseriske ega ka -kasusid. Imikutel on rauavaeguse tekke oht emalt saadud rauadepoo ammendumise tõttu, mistõttu on vajalik alustada lisatoiduga harjutamist varem, jälgides ka lapse valmisolekut ja huvi. Lapse harjutamine uute maitsetega toimub vähehaaval, talle saab anda proovida ühte uut maitset korraga (loe täpsemalt lisa 5). Lisatoiduga alustamine on individuaalne, arvestada tuleb lapse kaaluviivet ja arengut, näidustusi. Imikule antav toit peab olema eakohase struktuuriga, vastama riiklikele toitumissoovitustele (nt ei ole kasutatud soola, suhkrut või modifitseerimata lehmapiima) ning on valmistatud nakkuste riski vähendamiseks hügieeniliselt. (15) Väikeses koguses antav lisatoit enne 6 kuu (26 nädalat) vanuseks saamist, toidu erineva konsistentsi ja maitsetega harjutamise eesmärgil, ei tohi asendada rinnapiima.

Vt täpsemalt tõendusmaterjali kokkuvõte nr 9.

4		Hinnake igal tervisekontrollil vestluse käigus lapse ja pere toitumisharjumusi ning nende vastavust tasakaalustatud toitumise soovitustele. Tugev soovitus, mõõdukas tõendus.
5		Soovitage piiratud toitumisega laste puhul pidada toidupäevikut (<i>NutriData toitumisprogramm</i>), hinnake toitumisharjumusi, erinevate toitainete tarbimist, jälgige laste kasvu ja eakohast arengut. Rangel taimetoidul noorukeid hinnake võimalike söömishäirete suhtes. Tugev soovitus, nõrk tõendus.

Kanada Lastearstide Ühingu kogukonna pediaatriakomitee (Canadian Paediatric Society Community Paediatrics Committee (CPSCPC)) ja Ameerika Dieediassotsiatsiooni (American Dietetic Association (ADA)) soovitustele tuginedes on oluline igal tervisekontrollil koguda infot lapse ja tema pere toitumisharjumuste, tarbitavate toidugruppide ning toiduallergiaste kohta, tagades nii lapse kasvu ja arengu hoolika jälgimise. CPSCPC ja ADA soovituste kohaselt tuleb noorukeid, kes järgivad väga ebatüüpilist või piiravat dieeti, hinnata võimaliku söömis- ja toitumishäire suhtes. Näiteks võivad noored piiratud toitumist kasutada juba olemasoleva toitumishäire varjamiseks (16)(17)(18).

Süstemaatilised kirjanduse ülevaated ja ravijuhendid, kus on käsitletud erinevaid piiratud toitumise viise (taimetoitlus, gluteeni-kaseiinivaba toitumine, laktoosivaba toitumine) ja nende mõju lapse tervisele, puuduvad. Eraldi on olemas CPSCPC ning ADA soovitused taimetoitluse kohta. Hästi tasakaalustatud taimetoitlusega lapsed saavad toiduga kasvamiseks ja arenguks piisaval hulgal vajalikke toitaineid. Tähelepanelik tuleb olla taimetoidul olevate laste suhtes, kes ei tarvita liha, kala, linnuliha, mune ja/või piimatooteid (sh veganid). Need lapsed võivad toiduga saada vajalikust vähem energiat, rasvu, kaltsiumi, tsinki, rauda, vitamiine (B₁₂-, D- ja A-vitamiin) ning see võib mõjutada nende kasvu ja arengut.

Ameerika Pediaatria Akadeemia kliinilisest raportist selgus, et laktoosivabal dieedil olevaid lapsi ohustab kaltsiumipuudus. Kaltsiumi on vaja luude normaalseks arenguks. Gluteeni- ja kaseiinivabal dieedil olevatel lastel võib esineda energia ja toitainete (valkude, aminohapete) puudust. Samas ei ole laktoosivaba ja gluteeni-kaseiinivaba toitumise pikaajalist mõju lapse tervisele piisavalt uuritud (19).

Ravijuhendi töörühm soovitas piiratud toitumisega lastel või nende vanematel pidada toidupäevikut (NutriData toitumisprogramm), mis võimaldab hinnata toitainete saamist ja kaloraaži vastavalt vanusele ja soole, lähtudes riiklikust toitumissoovitusest. Kuna tasakaalustatud toitumine on väga oluline lapse eakohaseks kasvamiseks ja arenemiseks, andis töörühm tugeva soovitusena hinnata igal tervisekontrollil vestluse käigus lapse ja pere toitumisharjumusi.

Vt täpsemalt tõendusmaterjali kokkuvõtte nr 11.

Uuringute tegemine

6		Määrake hemogramm rauavaegusaneemia väljaselgitamiseks 9–12 kuu vanustel rinnapiimatoidul või piiratud toitumisega lastel. Nõrk soovitus, mõõdukas tõendatus.
---	---	--

Piiratud toitumise puhul on tegemist eridieetidega, näiteks taimetoitus, gluteeni-kaseiinivaba ja laktoosivaba toitumine. 9–12 kuu vanustel imikutel, kellel on toiduga saadud raua kogus ebapiisav või emalt saadud rauavarud otsakorral või lõppenud, on aneemia tekkimise võimalus kõige sagedasem. Soovituse tõendusmaterjal pärineb ühest süstemaatilisest ülevaatest, mille põhjal ei ole piisavalt tõendust, et rutiinsel rauavaegusaneemia sõeluuringul 6–24 kuu vanustel asümptomaatilistel lastel oleks mõju kasvamisele või lapse kognitiivsele, psühhomotoorsele või neuroloogilisele arengule (20)(21).

Töörühm otsustas anda nõrga soovitusel selgitada välja rauavaegusaneemia, määra selleks hemogrammi, et ennetada alla aastastel rinnapiimatoidul olevatel lastel aneemia teket ja edasisi mõjusid nende arengule.

7		Kõrge diabeediriskiga lapsi uurige 2. tüüpi diabeedi avastamiseks paastuglühkoosi või glühkoosi taluvuse testiga puberteedi algusest või alates 10. eluaastast. Tugev soovitus, nõrk tõendatus.
---	---	--

Süstemaatilised ülevaated, kus oleks hinnatud lapsega 2. tüüpi diabeedi sõeluurimise efektiivsust, puuduvad. Arvestades, et 2. tüüpi diabeedi levimus lapseas on vähenenud, on ühe 2. tüüpi diabeedi juhu avastamise kulud olemasoleva parima tõenduse kohaselt kõrged (22)(23)(24)(25). HbA1c ja paastuglühkoos on piisava tundlikkuse ja spetsiifilisusega testid 2. tüüpi diabeedi avastamiseks rasvunud lastel (26).

Hinnanud potentsiaalseid diabeedi kaugtüsistusi ja arvestades 2. tüüpi diabeedi avastamise kulutõhusust, otsustas töörühm anda tugeva soovitusel, et avastada suure diabeediriskiga lastel varakult diabeet.

Kõrge diabeediriskiga lapsel on eale ja soole vastav KMI > 85. protsentiili ning esineb kaks või rohkem järgmist riskitegurit:

- Perekonnaanamneesis 1. või 2. astme sugulasel 2. tüüpi diabeet.
- Indiaani, afroameerika, Ladina-Ameerika, Aasia või Vaikse ookeani saarte päritolu.
- Insuliiniresistentsuse sümptomid või insuliiniresistentsusega seotud seisundid (*acanthosis nigricans*, hüpertensioon, düslipideemia, polütsüstiliste munasarjade sündroom või gestatsioonivanuse kohta väike sünnikaal).
- Emal diabeedi anamnees või raseduse ajal gestatsioonidiabeet.

8		Kardiaalset äkksurma põhjustavate haiguste (hüpertroofiline kardiomüopaatia, WPW sündroom, pika QT sündroom jt) väljasegitamiseks küsitlege last, kes alustab individuaalse ja/või võistkondliku spordiga tegelemist või kes treenib süstemaatiliselt ja intensiivselt. Tehke lapsele elektrokardiograafia anamneesi ja/või objektiivse leiu alusel. Vajadusel suunake laps kardioloogi vastuvõtule. Tugev soovitus, mõõdukas tõendus.
---	---	--

Leiti üks mõõduka kvaliteediga ning üks madala kvaliteediga süstemaatiline ülevaade, kus oli hinnatud, kas elektrokardiograafia on piisavalt spetsiifiline ja tundlik uuring, et sõeluurida kardiaalset äkksurma põhjustavaid haigusi asümptomaatilistel lastel. Tõendusmaterjalis toodi välja kolm madala ning üks mõõduka kvaliteediga kulutõhususe analüüs, mis ei näidanud, et kardiaalset äkksurma põhjustavate haiguste sõeluurimine oleks kindlalt kulutõhus, sest kardiaalse äkksurma levimus lapseas on vähene. Lisaks on tõendusmaterjalis Ameerika Südameassotsiatsiooni ja Ameerika Kardioloogide Seltsi konsensusdokument, mille alusel võib kardiaalset äkksurma põhjustavate haiguste suhtes sõeluurimist kaaluda väiksemates rühmades (mitte kõigil) anamneesi, objektiivse leiu alusel (AHA küsimustik) ja EKG abil (27)(28)(29)(30).

Töörühm andis tugeva soovitus, arvestades diagnoosimata jäänud haiguste raskeid tagajärgi ja sekkumise tõhusust, hoolimata kardiaalse äkksurma vähesest levimusest, ning pidades silmas tõendusmaterjali mõõdukat toetust kasutada EKGd vastavate haiguste sõeluurimiseks. Lapsi tuleb võimalusel uurida enne süstemaatilise/intensiivse sportimise alustamist, küsitledes last ja tema vanemat ning tehes objektiivse uurimise, lähtudes Ameerika Südameassotsiatsiooni soovitustest, keda uurida. Kui lapsel on anamneesi ja/või objektiivse leiu põhjal vähemalt üks kardiaalse äkksurma riskitegur, tuleb teha EKG ja hinnata seda alljärgnevalt toodud tunnuste kaupa. Vajadusel peab lapse suunama kardioloogi vastuvõtule.

EKG puhul hinnata järgmist (28):

- hüpertroofiline kardiomüopaatia: vasaku vatsakese ülekoormuse tunnused, ST-T muutused, sügavad Q-sakid madalate või puuduvate R-sakkidega vasakpoolsetes rinnalülitustes, arütmiaid;
- WPW: lühike PR-intervall, deltalaine, lai QRS-kompleks;
- pika QT sündroom: QT-intervall pikenenud, QTc üle 0,46 sekundi, T-saki morfoloogia muutused, bradükardia, teise astme atrioventrikulaarne blokaad, ventrikulaarsed arütmiaid.

Ameerika Südameassotsiatsiooni (AHA) 14 punktist koosnev küsimustik kardiovaskulaarse riski hindamiseks võistlussportlastele enne võistlusspordiga alustamist (30)

Anamnees*

Isiklik anamnees

1. Füüsilise koormusega seotud valu/ebamugavustunne/surumistunne rinnus
2. Ebaselge põhjusega minestamine või peaaegu minestamine**
3. Füüsilise koormusega seotud ülemäärane või ebaselge düspnoe/väsimus või südamepekslemine
4. Varasemast teadaolev kahin südamel
5. Normist kõrgem süstoolne vererõhk
6. Varasemast teadaolev sportimispiirang
7. Varasemast teadaolevad arsti määratud kardiaalsed uuringud

Perekonnaanamnees

8. Varane (ootamatu) surm enne 50. eluaastat südamehaiguse tõttu vähemalt 1 sugulasel
9. Puue südamehaiguse tõttu alla 50-aastaselt lähisugulasel
10. Hüpertroofiline või dilatatiivne kardiomiopaatia, pika QT sündroom või muud ionkanalite funktsiooni häired, Marfani sündroom või kliiniliselt olulised südame rütmihäired; teadaolev geneetiline südamehaigus perekonnas

Läbivaatus

11. Kahin südamel***
12. Femoraalpulsside palpatsioon aordi koarktatsiooni välistamiseks
13. Marfani sündroomile viitavad füüsilised stigmad
14. Vererõhk (mõõdetuna õlavarrelt patsiendi istudes, eelistatud on mõõtmine mõlemalt õlavarrelt)

** Põhi- ja keskkooliõpilaste antud anamneesi peaks kinnitama vanemad.*

*** Minestamine ei ole neurokardiogeenne (vasovagaalne); erilist tähelepanu pöörata, kui minestamine tekib füüsilise koormuse ajal või pärast seda.*

**** Viidatud kahinatele, millel on tõenäoliselt orgaaniline põhjus ja mis on ohtlikud; kuulatlema peaks nii patsiendi lamades kui ka seistes (või Valsalva manöövriga), peamiselt vasema vatsakese väljavoolutrakti dünaamilise obstruktsiooni kindlakstegemiseks.*

Vt täpsemalt tõendusmaterjali kokkuvõte nr 4.

Puusaligeste hindamine

9	✓	Puusaligeseid hinnake kliiniliselt esimese eluaasta jooksul igal viisiil. Kuni kahe kuu vanustel imikutel kasutage lisaks Ortolani ja Barlow' testi. Nõrk soovitus, mõõdukas tõendatus.
10	✓	Puusaligeste arengulise düsplaasia kahtlusel suunake laps esimesel võimalusel ultraheliuuringule. Nõrk soovitus, mõõdukas tõendatus.
11	✓	Suunake riskirühma laps 1 kuu vanuses ultraheliuuringule, kui lapse lähisugulasel on puusaligese arenguline düsplaasia, laps on sündinud tuharseisus või lapse alajäse on deformatsiooniga. Nõrk soovitus, mõõdukas tõendatus.
12	⚡	Kui ultraheliuuringu leid viitab puusaligeste arengulisele düsplaasiale, suunake laps esimesel võimalusel ortopeedi vastuvõtule asendravi alustamiseks. Töörühma praktiline soovitus.

Hinnati tõendusmaterjali ja leiti kaks mõõduka kvaliteediga juhuslikustatud kontrollitud uuringut, mis ei näita, et kõigi laste sõeltestimine ultraheliuuringuga vähendaks oluliselt puusaligese arengulise düsplaasia hilinenud diagnoosimist. Vaatlusuuringute tulemuste alusel on kirurgilist ravi vajavate puusaligese arengulise düsplaasia juhtude sagedus ligikaudu sarnane riikides, kus raken-datakse kõigi laste sõeltestimist ultraheliuuringu abil, riikidega, kus ultra-heliuuringut kasutatakse valikuliselt. Kõigi laste puusaligeste sõeltestimine ultraheliuuringu abil võib aga viia asendiravi sagedasema rakendamiseni ja võimaliku üleravimiseni. Asendiravi tüsistused (sh puusaligese avaskulaarne nekroos) on küll harvad, kuid siiski võimalikud. Ainult kliinilise hindamise rakendamine võib aga põhjustada omakorda mõnede puusaligese arengulise düsplaasia juhtude hilinenud diagnoosimist ja sellega seoses võib veidi suurened a vajadus kirurgilisteks sekkumisteks. Kõigi juhuslikustatud kontrollitud uuringute tulemused ei ole aga praegu piisavad, et seda väidet kinnitada või see ümber lükata (31)(32)(33).

Kahtlustage puusaliigeste arengulist düsplaasiat puusaliigeste kliinilisel hindamisel, kui (33)(34):

- alajäsemete pikkus on ebavõrdne;
- selili lamaval lapsel, kelle põlved on painutatud ja labajalad toetuvad aluspinnale, ei ole põlved samal kõrgusel (vt joonis 1);
- tuharavoldid (NB! mitte reievoldid) on asümmeetrilised (vt joonis 2);
- Ortolani test on positiivne.

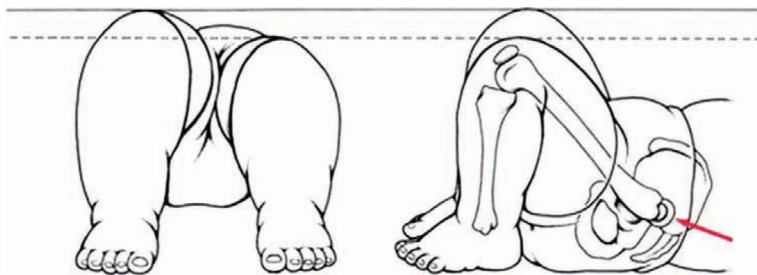
Alajäset abductseeritakse puusaliigesest nii, et sõrmed toetuvad suurele pöörlele (*trochanter major*). Puusaliigese nihestuse puhul täheldatakse klõpsatust või libisemist, kui reieluue paigutub puusanappa tagasi. Kerge naksuv heli puusaliigese abductseerimisel võib olla normi variant;

- Barlow' test on positiivne.

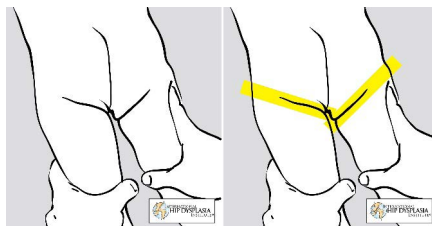
Barlow' testi tegemisel on lapse alajäsemed nii puusaliigesest kui ka põlveliigesest painutatud 90° võrra. Alajäset surutakse õrnalt põlvest suunaga allapoole. Puusaliigese arengulise düsplaasia korral liigub Barlow' testi käigus reieluue puusanapast välja – puusaliiges ei ole stabiilne.

Kui vähemalt ühe eespool loetletud sümptomi või testi alusel tekib kahtlus puusaliigese arengulise düsplaasia suhtes, tuleb laps esimesel võimalusel suunata puusaliigeste ultraheliuuringule.

Joonis 1. Põlvede kõrguse hindamine



Joonis 2. Tuharavoltide hindamine



Puusaliigeste arengulise düsplaasia riskirühma kuuluvad lapsed, kellel on (33)(34)

- puusaliigese arenguline düsplaasia lähisugulasel;
- tuharseisus sünd;
- alajäseme kaasasündinud deformatsioon.

Tabel. Puusaliigeste klassifikatsioon ultraheliuuringu alusel

Tüüp	Alfanurk	Beetanurk	Hinnang	Ravi
<i>Ia</i>	$> 60^\circ$	$< 55^\circ$	<i>Normaalne</i>	<i>Ei vaja</i>
<i>Ib</i>	$> 60^\circ$	$55-77^\circ$	<i>Üleminekuvorm, puusanapa luuline serv kergelt ümardunud</i>	<i>Ei vaja</i>
<i>Ila</i>	$50-59^\circ$	$55-77^\circ$	<i>Füsioloogiline ebaküpsus (vanus alla 3 kuu)</i>	<i>Jälgida seni, kuni on toimunud üleminek Ia tüübile (vajalik korduv ultraheliuuring)</i>
<i>Ilb</i>	$50-59^\circ$	$55-77^\circ$	<i>Luustumise mahajäämus (vanus üle 3 kuu)</i>	<i>Ravi vajaduse otsustab ortopeed</i>
<i>Ilc</i>	$43-49^\circ$	$< 77^\circ$	<i>Kriitiline puus</i>	<i>Vajalik</i>
<i>Ild</i>	$43-49^\circ$	$> 77^\circ$	<i>Subluksatsioon, napamokk üles tõstetud</i>	<i>Vajalik</i>

Töörühm otsustas teha nõrga soovitusel, sest varaseks diagnoosimiseks on oluline hinnata lapse puusaliigeseid igal visiidil, kuid ultraheliuuring kõigile lastele ei ole näidustatud ega pruugi diagnoosimist kiirendada. Ultraheliuuring on eelistatavim meetod puusaliigeste arengulise düsplaasia esimeses diagnostikas. Ultraheliuuringu väärtus väheneb imiku kasvades, seetõttu tuleks alates viie kuu vanusest eelistada diagnoosimiseks röntgeniülesvõtet.

Kui ultraheliuuringu leid viitab puusaliigeste arengulisele düsplaasiale, tuleb laps esimesel võimalusel suunata ortopeedi vastuvõtule.

Vt täpsemalt tõendusmaterjali kokkuvõte nr 6.

Silmade ja nägemise hindamine

Refraktsiooniviga tekib kõige sagedamini müopia ehk lähedale nägemise, hüperopia ehk kaugale nägemise või astigmatismi tõttu. Erinevalt amblüopiast (nn laisk silm) on refraktsiooniviga võimalik parandada sobivate läätsete kasutamisega ning tavaliselt ei mõjuta see nägemise arengut.

Lapse silma ja aju arengu neurolplastilisuse tõttu toimuvad nendes struktuuraalsed ja funktsionaalsed muutused sünnist kuni visuaalse süsteemi küpsemiseni – aju n-ö õpib tõlgendama nägemissignaale, mis tulevad silmast. Nägemisteede areng kestab 7.–8. eluaastani ja edasised muutused pole enam võimalikud. Amblüopia on visuaalse korteksi arenguhäire, mis tekib enne 7.–8. eluaastat. Nägemisteravuse langusest tingituna saadab silm (harvem mõlemad silmad) primaarsesse visuaalsesse korteksisse uduse kujutise, mille tagajärjel tekib kujutiste teravuse erinevus, neuronite funktsiooni defitsiit ja ebaterava kujutise supressioon (amblüopia). See tähendab, et kui laps ei saa mis tahes põhjusel üht või mõlemat silma normaalselt kasutada, ei õpi aju nägemist õigesti kasutama ehk õpib nägema selle silmaga uduselt.

Amblüopia tekkepõhjused võivad olla ühe- või kahepoolne korrigeerimata refraktsioonihäire (hüpermetroopia, müopia, astigmatism), kõõrsilmsus ja silmahaigused, mis vähendavad valgusstimulatsiooni (kaasasündinud kae, sarvkesta hägusused, silmalau allavaje). Amblüopia õigeaegne ravi lapseas annab tavaliselt hea tulemuse, ravimata juhtudel põhjustab püsiva nägemisteravuse languse kogu eluks. Amblüopiat on võimalik ravida ainult 7.–8. eluaastani. (35)(36)(37)

Amblüopia õigeaegseks avastamiseks on Suurbritannia, Hollandi, Kanada ja Ameerika Ühendriikide ravijuhendites soovitatud nägemist regulaarselt sõeltestida, kasutades vanusele vastavaid nägemisteravuse määramise tabeleid. 3–6-aastaste laste nägemisteravuse hindamiseks soovitatakse kasutada LEA SYMBOLS®-i tabelit, millega tuleb lapse nägemist kontrollida 3 meetri kauguselt. Nägemisteravust võib kontrollida vastava koolituse saanud pereõde (38)(39).

Vanematel kui 6-aastastel lastel võib nägemisteravuse määramiseks kasutada HOTV, Snelleni vm täiskasvanute tabelit, vajadusel võib kasutada LEA SYMBOLS®-i tabelit.

Laste nägemisteravuse ealised normid (Euroopa valgenahaline rahvastik, HOTV silmatabel):

- 36–42 elukuu vanuses (3-aastased) enamik optotüüpe eraldi silmadega tabeli 0,63 reast;
- 72 elukuu vanuses (6-aastased) kõik optotüübid eraldi silmadega tabeli 0,8 reast.

13		Tehke igal arstlikul visiidil kõikidel lastel silmade väline vaatlus ja kontrollige silmade punast refleksi sünni järel, 1 kuu, 6 kuu ja 1 aasta vanuses. Silmade punase refleksi puudumisel ühes või mõlemas silmas saatke laps esimesel võimalusel silmaarsti vastuvõtule. Tugev soovitus, mõõdukas tõendus.
14		Hinnake last esimesel eluaastal igal visiidil silmade fikseerimise ja kõõrsilmsuse suhtes vaatluse abil. Laps peab pilgu fikseerima esimese elukuu lõpuks ja liikuvat eset jälgima teise elukuu lõpuks. Hinnake kõõrsilmsust alates 6 kuu vanusest, kui laps on nägemisteravuse hindamisel koostöövõimeline. Tugev soovitus, mõõdukas tõendus.
15		Kontrollige kõiki lapsi kuni 6 kuu vanuseni pisarateede patoloogia suhtes. Tugev soovitus, mõõdukas tõendus.
16		Tehke 3 aasta vanuses lastele silmade väline vaatlus, pupilli vaatlus, kontrollige lapsi kõõrsilmsuse suhtes. Kontrollige nägemisteravust LEA SYMBOLS®-i silmatabeliga. Kui lapsel on nägemisteravus < 0,63 või nägemisteravuste erinevus silmade vahel rohkem kui kaks tabeli rida, suunake laps silmaarsti vastuvõtule. Tugev soovitus, mõõdukas tõendus.
17		Hinnake nägemisteravust 6–7-aastaselt lapsel kas täiskasvanute või LEA SYMBOLS®-i tabeliga. Kui 6–7-aastaselt lapsel on nägemisteravus < 0,8 või nägemisteravuste erinevus silmade vahel rohkem kui kaks tabeli rida, suunake laps silmaarsti vastuvõtule. Tugev soovitus, mõõdukas tõendus.

Esimesel eluaastal võivad laste nägemist ohustada haigused nagu kaasasündinud katarakt, enneaegsete retinopaatia, retinoblastoom ja tserebraalne nägemisfunktsiooni halvenemine. Ameerika Pediaatriaassotsiatsioon on soovitanud lastel kontrollida silmade punast refleksi silmade ja nägemise kontrolli osana igal rutiinsel tervisekontrollil alates vastsündinueast. Silmade punase refleksi kontrollimisega on võimalik avastada nägemist ohustavaid või eluohtlikke haigusi nagu katarakt, glaukoom, retinoblastoom, silmahaigusena avalduvad süsteemsed haigused ja rasked refraktsioonivead (40).

Analüüsiti longitudinaalse uuringu „Infant Aphakia Treatment Study“ andmeid, et leida baaskarakteristikud, mis võimaldaksid prognoosida parimat nägemisteravust 4,5 aasta vanuses imikute afaakia uuringus, kus tegeleti imikute monokulaarse kataraktiga. Analüüsiti 114 uuringusse kaasatud imiku andmeid, et leida 4,5 aasta vanuses parim nägemist ennustav tegur. Kõigile lastele tehti 1 kuni 7 kuu vanuses kataraktilõikus ning 4,5 aasta vanuses hinnati laste nägemisteravust, lähtudes ambliüopia ravi uuringu HOTV silmatabeli kasutamise protokollist.

Katarakti lõikuse aegne vanus oli nõrgalt seotud nägemisteravusega, keskmine nägemisteravus oli parem noorematel patsientidel (28–48 päeva vanuses 0,50 logMAR; 49–210 päeva vanuses 1,10 logMAR, $p = 0,046$). Patsientidel, kellel oli eraravikindlustus, oli samuti parem nägemisteravus 4,5 aasta vanuses (0,60 vs. 1,40 logMAR; $p = 0,0004$). Ükski teine baaskarakteristik ei olnud bivariaatsel analüüsil statistiliselt olulises seoses parema nägemisteravusega (41).

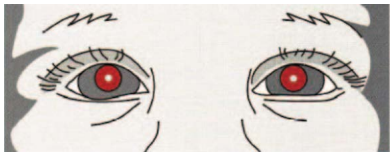
Silmade punast refleksi kontrollitakse direkte oftalmoskoobi abil (oftalmoskoobi läätse tugevus keeratud asendisse 0). Kontrollida tuleks hämaras ruumis, suunates valguse korraka lapse mõlemasse (või ka ühte) silma umbes 45 cm kauguselt. Normaalseks peetakse, kui punane refleksi peegeldub tagasi mõlemast silmast sümmeetrilisena. Patoloogilisele muutusele viitavad tumedad laigud punases refleksis, reflekside asümmeetria, valge refleksi ja oluliselt vähenenud punase refleksil ilmnemine. Need on näidustusteks, et suunata laps (laste) silmaarsti konsultatsioonile (40).

Töörühm otsustas anda tugeva soovitusel silmade ja nägemise kontrolli tegeviseks perearsti tasandil, kuna spetsialistide vähesuse tõttu jõuab silmaarsti vastuvõtule 3-aastastest lastest vaid kolmandik. Riigikontrolli auditi andmetel ei käinud 3–6-aastastest lastest kolme aasta jooksul perearsti juures tervisekontrollis kordagi 52% (42). Kõikide laste nägemise kontrolli teostamiseks esmatasandil on vaja perearsti meeskonnale korraldada silmade ja nägemise hindamise täienduskoolitust.

Silmahaiguse vähimagi kahtlusel või juhul, kui lapsel endal või lapsevanemal on lapse nägemise kohta kaebusi, tuleb suunata laps silmaarsti vastuvõtule.

Vt täpsemalt tõendusmaterjali kokkuvõte nr 7.

Tabel. Punase refleksi kontrollimine (40)

Selgitus	Parem silm	Vasak silm
NORMAALNE: Laps vaatab valgusallikasse. Mõlemas silmas on punane refleks võrdne.		
EBAVÕRDNE: Üks punane refleks on kirkam kui teine.		
REFLEKS PUUDUB (VASAK SILM, KATARAKT): Läätse ja teiste optilise meedia osade hägusust põhjustavad seisundid blokeerivad punase refleksi või vähendavad selle avaldumist.		
VÕÕRKEHA/MARRASTUS (VASAK SILM): Punane refleks peegeldab vaatleja tagasi sarvkesta defekte või võõrkehasid. Vaatleja pea liigutamisel ühes suunas liigub sarvkesta defekt näiliselt teises suunas.		
STRABISM (PAREM SILM): Pööratud silmas on punane refleks intensiivsem.		

Punase refleksi kontrollimine: Oftalmoskoop tuleks keerata asendisse 0 või selle lähedale. Refleksi kontrollimiseks peaks tuba olema hämar Vaatleja peaks tõmbama lapse tähelepanu valguse suunas. Valgus tuleks võimalusel suunata soovitatavalt mõlemasse (võib ka ühte) silma korraga, et hinnata üheaegselt mõlema silma punast refleksi, mis peaks peegelduma mõlemast silmast võrdsena. Pildid illustreerivad punase refleksi häirumist erinevate seisundite puhul. Valged täpid illustreerivad sarvkesta valgusrefleksi.

Kuulmise hindamine

18		Hinnake kuulmist kõikidel 6–7-aastastel lastel. - Selgitage kõikidel lastel kuulmislangusega seotud riskitegureid. - Täpsustage lapse kuulmisharjumusi koostöös lapsevanemaga. - Vestelge lapsega. - Kasutage sosinkõnet. - Tehke otoskoopiline vaatlus. Erialaspetsialisti (kõrva-nina-kurguarst, audioloog) juurde suunake laps juhul, kui anamneesi ja/või läbivaatuse alusel jääb kuulmislanguse kahtlus või lapsel on mahajäämus kõne arengus. Nõrk soovitus, mõõdukas tõendatus.
----	---	---

Levimusuuringute andmetel sünnib Ühendkuningriigis kahepoolse kuulmislangusega > 40 dB igal aastal 1000 lapse kohta hinnanguliselt 1 laps ehk 800 kuulmislangusega last. Lisaks nendele sünnib igal aastal 500 last ühepoolse kuulmislangusega ehk 0,6 last 1000 lapse kohta. Suur osa kuulmislangusega lastest leitakse vastsündinute kuulmissõeluuringul. Siiski on kuulmislanguse liike, mis võivad anda sünnil minimaalse kuulmislanguse või tekivad elu jooksul. Sellised lapsed läbivad vastsündinute sõeluuringu. 2001. aastal avaldatud andmed näitasid, et Ühendkuningriigis on vastsündinute kuulmissõeluuringu läbinud 1000 lapse kohta vanuses 3 aastat 1,07 last kuulmislangusega > 40 dB ja vanuses 9–15 aastat 2,05 püsiva kuulmislangusega last (43).

Kuulmislanguse levimus suureneb vanusega, selle põhjuseks on peamiselt konduktiivne kuulmislangus, omandatud või hilise algusega sensorineuraalne kuulmislangus ja auditoorsed töötlemishäired, mida vastsündinute sõeluuringul ei leita. Konduktiivse kuulmislangusega lastel võivad esineda kaasasündinud või omandatud keskkõrva patoloogiad. Mõned nendest patoloogiatest, näiteks keskkõrva tagasihoidlikud arenguanomaaliad ilma olulise kuulmislanguseta ja seroosne keskkõrvapõletik, võivad olla kuulmisele vähese mõjuga ning võivad vanematel märkamata jääda (44).

Lapseea sensorineuraalse kuulmislanguse põhjuseks võib olla sisekõrva või kuulmisnärvi kahjustus. Omandatud sensorineuraalse kuulmislanguse põhjusteks lapseas on bakteriaalsed ja viiruslikud infektsioonid, ototoksilised ravimid või peatraumad. Müra põhjustatud kuulmislangus võib tekkida lapseas või hiljem ning olla raske. Kaasasündinud sensorineuraalne kuulmislangus võib avalduda kohe pärast sündi, kuid süveneda elu jooksul.

Pärilik kuulmislangus võib avalduda vastsündinueas, kuid kuulmine võib halveneda ka pärast vastsündinueas tehtud kuulmise sõeluuringut. Kuulmissignaali töötlemise ja auditoorse neuropaatia spektri häired lastel võivad tekkida neuromorfoloogiliste haiguste, kesknärvisüsteemi küpsemise häirete ja neuroloogiliste haiguste tagajärjel. Need haigused avalduvad tüüpiliselt varases lapsepõlves, kuid pärast vastsündinuea sõeluuringut ning seetõttu ei ole need haigused ka vastsündinute sõeluuringul leitavad (44).

Kuulmislangus > 20 dB võib avaldada negatiivset mõju kognitiivsele arengule, hiljem õppeedukusele. Kuulmislangusega kooliealistel lastel, ka minimaalse kuulmislangusega, on akadeemiliste, sotsiaalsete ja käitumisprobleemide tekkerisk suurem. Seega tuleb leida üles ka minimaalse kuulmislangusega lapsed, et alustada ravi või rehabilitatsiooniga enne, kui kuulmislangus süveneb (44).

Kuulmise korduva uurimise olulisust tõendab Austrias korraldatud laste kuulmislanguse levimuse uuring, kus leiti, et 2,2 kooliealistel lapsel 1000 lapse kohta on oluline kahepoolne kuulmislangus > 40 dB. Nendest lastest 36,1%-l oli mõõdukas kuulmislangus, 34,4%-l tõsine ja 29,5%-l sügav kuulmislangus. 14 last (23,0%) kasutasid kuuldeaparaati. Kuulmislangusega lastest 85,2% olid sõeluuritud vastsündinueas ja 50% uuritud lastest olid vastsündinu kuulmissõeluuringu läbinud. Uuringus leiti, et lapsed, kelle kuulmislangus leiti vastsündinu kuulmissõeluuringul, said diagnoosi keskmiselt 3 kuu vanuses ja kuuldeaparaadi 7 kuu vanuses. Need olulise (> 40 dB) kuulmislangusega lapsed, kes olid vastsündinu kuulumisõeluuringu läbinud, said kuuldeaparaadi keskmiselt 5 aasta vanuses (45).

Hilisemaks kuulmissõeluuringuks soovitatakse kasutada kas audiomeetriat, tümpanomeetriat, stapesreflekside uuringut, otoakustiliste emissioonide uuringut või nende uuringute kombinatsioone. Ameerika Audioloogiaakadeemia ravijuhendis on soovitatud esmase sõeluurimismeetodina kasutada audiomeetriat (46).

Ravijuhendi töörühm leidis, et kuigi audiomeetria on tundlik meetod kuulmislanguse avastamiseks, on selle uuringu tegemiseks vaja spetsiaalset aparatuuri ja oskusi ning sobilikku testimise keskkonda. Seetõttu ei soovitata audiomeetriat kasutada esmatasandil laste kuulmislanguse leidmiseks. Kuna kuulmislangus võib tekkida ükskõik millisel hetkel elu jooksul, ei ole pärast vastsündinuiga õiget aega universaalseks kuulmissõeluuringuks (43).

Töörühm otsustas anda nõrga soovitus kuulmise hindamiseks 6–7-aastastel lastel, sest kuulmislanguse varane avastamine ja ravi on olulised kõne, keele ja kognitiivse arengu probleemide ennetamiseks. Laste vanuse valikul on eelduseks, et kõik vastündinud on läbinud sünnitusosakonnas kuulmissõeluuringu ja varasemas vanuses puudub risk või näidustus varasemaks korduvaks kuulmise hindamiseks. Kuna sõeluuringaudiomeetriaks on vajalik eriaparatuur, väljaõpe ja spetsiaalne keskkond, soovitas töörühm kuulmislanguse avastamiseks selgitada välja kuulmislanguse riskitegurid ning rakendada vestlust, sosinkõnet ja otoskoopiat. Vestluse eesmärk on hinnata lapse ekspressiivse ja retsiprookse kõne arengut.

Vt täpsemalt tõendusmaterjali kokkuvõte nr 8.

Tervisekäitumise hindamine ja probleemide varajane märkamine haridusasutuses

19		Hinnake kõikide 7–18-aastaste laste tervisekäitumist kõikidel korralistel kooliõe visiitidel. Vajadusel kaasake lapsevanemad (seaduslik esindaja) ja korraldage spetsialistide abi. Nõrk soovitus, mõõdukas tõendatus.
----	---	---

Süsteemaatilistest ülevaadetest ning Kanada Lastearstide Ühingu kogukonna pediatriakomitee (Canadian Paediatric Society Community Pediatrics Committee – CPC), Ameerika Perearstide Akadeemia (American Academy on Family Physicians – AAFP) ja Maailma Terviseorganisatsiooni (WHO) soovutest selgub, et koolilaste tervisekäitumist on oluline regulaarselt hinnata kas igal aastal (AAFP ja CPC) või vähemalt iga kahe aasta möödudes (CPC) (47)(48)(49).

Koolilaste tervisekäitumise küsimustikega hinnatakse muu hulgas laste füüsilist aktiivsust, uneaja pikkust, toitumist ja selle seost ülekaaluga, koolikiusamist. Küsimustike eesmärk on ennetada ja vähendada laste tervisehäireid. Näiteks on süsteemaatilistes ülevaadetes leitud, et lastel, kes on päevas vähemalt 60 minutit füüsiliselt aktiivsed, on 1 mm Hg madalam diastoolne arteriaalne rõhk võrreldes lastega, kes ei ole füüsiliselt aktiivsed. Arvatakse, et see vähendab riski haigestuda isheemilistesse südamehaigustesse ning samuti insulti (47). Lisaks on leitud, et lastel, kelle öine magamisaeg on pikem, esineb ülekaalulisust vähem (48).

Standarditud mõõdikutest, millega saab hinnata lapse tervisekäitumist, leidis kirjanduses viiteid kõige rohkem HBSC küsimustikule (Health Behaviour of School-aged Children questionnaire). HBSCga on uuritud Euroopa ja Põhja-Ameerika kooliõpilaste tervist ja tervisekäitumist. Küsitlusuuringut alustati 1983/1984. õppeaastal viie riigi osavõtul, Eesti liitus HBSC-l põhineva uurimistööga 1993/1994. õppeaastal. HBSC on tõlgitud eesti ja vene keelde ning andmeid kogutakse 11-, 13- ja 15-aastastelt koolilastelt iga nelja aasta möödudes. Eestikeelne lühiversioon küsimustikust on leitav Eesti Haigekassa materjalist “Tegevusjuhendid kooli tervishoiutöötajale”. Küsimustik on plaanis sihtrühmaga koostöös ajakohastada.

Töörühm otsustas anda nõrga positiivse soovitusel hinnata 7–18-aastaste laste tervisekäitumist HBSC lühendatud versiooni abil, mis enne kasutamist vajab uuendamist ja ka hindamisvahendite keskkonna valmimist. Töörühma arvamuse kohaselt võiks jätkata Eestis valideeritud (eesti ja vene keeles) küsimustiku kasutamist, sest muu hulgas on see täidetav mõistliku aja jooksul ja koolitervishoiu töötajate kogemus testi kasutamisel on positiivne. Uuendatavas koolitervishoiu tegevusjuhendis tuleb kaaluda, kuidas testi tulemusel saadud infot tervisedenduses paremini kasutada.

Vt täpsemalt tõendusmaterjali kokkuvõte nr 10.

Lapse kognitiivse arengu hindamine

20		Kõne eakohasuse hindamiseks vestelge lapse ja lapsevanemaga igal visiidil kuni 7 aasta vanuseni. Hinnake koos lapsevanemaga lapse kõne arengu vastavust kõne arengutähistele. Kõrvalekallete esinemisel kõnes suunake laps logopeedi vastuvõtule. Nõrk soovitus, mõõdukas tõendatus.
----	---	---

Süsteematises ülevaates, kus USPSTFi kriteeriumide alusel hinnati sõeluurimise erinevaid aspekte, mh selle efektiivsust esmatasandil, jõuti järeldusele, et andmed ei toeta riskitegurite kasutamist valikuliseks sõeluurimiseks. Puuduvad uuringud selle kohta, milline on optimaalne vanus sõeluurimisel, sõeluurimise sagedus jms. Optimaalset vahendit kõne ja keele arengu hilistumise sõeluurimiseks ei ole leitud (50).

2015. aasta süsteematises ülevaates, mis tehti Kanada (CTFPHC) kriteeriumide alusel, on toodud tugev soovitus mitte sõeluurida arengu hilistumist standardituid vahenditega, kui puuduvad nähtavad märgid arengu hilistumise kohta ning kui tervishoiutöötajal ega vanemal pole kaebusi lapse arengu kohta (51).

Hilistumist on põhjust kahtlustada, kui puuduvad häälereaktsioonid ühe aasta vanuselt, kõne on ebaselge ning erineb vanuserühma lastele iseloomulikust kõnest. Hilistumise tuvastamiseks täpsustatakse vanema kaebused kõne arengu verstaapostide (milestones) alusel. Diagnoosi kinnitab spetsialist (logopeed) mitmete testide järel (50).

Sekkumisel paranevad kõne mõistmise, kommunikatsiooni mitmete valdkondade ja häälduse ning sõnavara näitajad, lisaks toetab see lapse kognitiivset arengut ning hilisemat edu koolihariduse omandamisel. Kõrvalekalded kõne ja keele arengus püsivad enamikus töödes 40–60% juures nende eelkooliealiste laste gruppis, kes on ravita jäänud. Sekkumised koolieelses eas on kulutõhusad (52).

Töörühm otsustas mõõduka kvaliteediga tõendusmaterjali põhjal anda nõrga soovitusel hinnata lapse kõne arengut vestluse käigus nii lapse kui ka lapsevanemaga igal ennetaval visiidil kuni 7. eluaastani. Sõeluurimisvahendite abil ei ole võimalik eristada lapsi, kellel on kõne arengu hilistumine, mis laheneb iseeneslikult, nendest lastest, kellel on kõne ja keele arengu häire, mistõttu ei ole neid vahendeid soovitatav kasutada.

Vt täpsemalt tõendusmaterjali kokkuvõte nr 1.

21		Kui lapse areng on hilistunud ja/või ebatüüpiline või kui tal on autismispektri häirega lähisugulane, kasutage pervasiivsete arenguhäirete varajaseks avastamiseks M-CHAT R/F testi. Test on valideeritud kasutamiseks 16–30 kuu vanuses lapsele. Positiivse leiu korral suunake laps lastepsühhiaatri vastuvõtule pervasiivse arenguhäire täpsemaks diagnoosimiseks ja rakendage varajase sekkumise programmi. Tugev soovitus, mõõdukas tõendatus.
----	---	---

Ei leitud ühtegi uuringut, kus oleks võrreldud sõeltestimise kaudu identifitseeritud autismispektri häirega inimeste arengut ja toimetulekut võrreldes arenguhäire kahtluse tekkimise järel diagnoositud juhtudega. Enamikus ravijuhendites ja konsensusseisukohtades ei toetata kõigi laste sõeltestimist autismispektri häire suhtes (sh NICE ja SIGN), samuti on USPSTFi (2016) soovitustes esile toodud, et praegu pole piisavalt tõendeid universaalse sõeluuringu poolt ega vastu. Kõigi laste universaalset sõeltestimist soovitatakse USAs 18 ja 24 kuu vanuses, teistes riikides üleriigilisi sõeltestimise programme ei ole, kuid mitmes riigis on soovitatud teha sõeltest arenguhäire kahtlusega ja autismispektri riskirühma kuuluvatele lastele. Sõeltestina on enim kasutatud M-CHAT versioone, mis on vabavara. M-CHAT versioonide positiivne prognoosiväärtus on üldrahvastiku tasemel rakendatuna ca 50%, kuid see tõuseb kuni 90%-ni, kui testitakse neid lapsi, kelle areng on hilistunud või ebatüüpiline. Tõendusmaterjal ei toeta populatsioonipõhist sõeluuringut kõikidele lastele, mistõttu soovitas töörühm sihitada pervasiivse arenguhäire varajaseks väljaselgitamiseks sõeltesti lastele, kelle areng on hilistunud või ebatüüpiline või kellel on autismispektri häirega lähisugulane (53)(54)(55).

Töörühm otsustas anda tugeva soovitusena pervasiivsete arenguhäirete varaseks avastamiseks, kasutades M-CHAT R/F testi, arvestades varase avastamise ja sekkumise olulisust lapse arengu toetamisel. M-CHAT R/F test sobib pervasiivsete arenguhäirete sõeltestimiseks, on valideeritud ning eesti keelde tõlgitud. Varase sekkumise programmi rakendamiseks soovitage lapsevanemal pöörduda elukohajärgsesse õppenõustamiskeskusesse erirühma suunamiseks, Sotsiaalkindlustusametisse rehabilitatsiooniplaani vormistamiseks ja vajadusel tugiteenustele suunamiseks.

Vt täpsemalt tõendusmaterjali kokkuvõte nr 2.

Aktiivsus- ja tähelepanuhäire (ATH) on neurobioloogiline arenguhäire, mille algus on tavaliselt lapseas (esinemissagedus lapseas 6%; keskmine vanus ATH diagnoosimisel on riigiti erinev, tavaliselt enne 9. eluaastat), tähelepanuhäire sümptomid võivad funktsionaalse häirena avalduda hiljem (esinemissagedus noorukitel 3%). Esmane kaebus lapse käitumise kohta on tavaliselt lapsevanemal. Tõsisema sümptomaatikaga lapsed jõuavad diagnoosini varem ning kombineeritud juhtudel (keskendumiskäitumise häire koos hüperaktiivsuse/impulsiivsusega) on juurdepääs ravile parem kui tähelepanuhäire alatüübi korral. ATH on krooniline häire, mis mõjutab toimetulekut kodus, haridusasutuses ja tööl, suurendades teiste vaimse tervise probleemide, vigastuste ning enneaegsete surmade riski. Euroopas nähakse esmatasandi arsti vastutusena, et ATH sümptomid avastatakse ning pere suunatakse kergematel juhtudel vanemakoolitusprogrammi ja raskematel juhtudel lastepsühhiaatri juurde diagnoosimiseks.

22		Käitumis- ja/või tähelepanuprobleemidega 3–10-aastase lapse hindamiseks kasutage koos lapsevanema ja õpetajaga hinnanguskaalat (SNAP-IV), et otsustada lapse suunamise vajalikkuse üle õppenõustamist pakkuvate tugispetsialistide juurde sekkumise planeerimiseks. Tugev soovitus, mõõdukas tõendus.
----	---	---

Hinnanguskaalad on üksnes üks hindamisprotsessi komponentidest ning NICE ravijuhendites ei ole soovitatud universaalset sõelumist, kuid on soovitatud, et diagnoosi kinnitamiseks on vaja terviklikku kliinilist ja psühhosotsiaalset hindamist. Kliiniline intervjuu on ATH hindamise kuldstandard ning hinnanguskaalad on sellele väärtuslikuks täienduseks. SNAP-IV hinnanguskaala on kasutatav alates 6. eluaastast (56)(57).

Tõendatult esmane ravivalik ja tõendatult suurima efektiivsusega on ATHga koolieelikute puhul vanema nõustamine käitumisteraapia valdkonnas, kooliealised reageerivad aga hästi sekkumistele haridusasutuses ning neile võib sobida õppimine individuaalse õppekava järgi ja/või väikeklassis (58)(59).

Töörühm otsustas anda tugeva soovitusel hinnata käitumis- ja/või tähelepanuprobleemidega 3–10-aastasi lapsi SNAP-IV hinnanguskaalaga, millega saab eristada käitumuslike probleemidega lapsi nendest, kellel selliseid probleeme pole. SNAP-IV ei ole ametlikult valideeritud.

Vt täpsemalt tõendusmaterjali kokkuvõte nr 3.

Lapse ja pere psühhosotsiaalse heaolu ja keskkonna hindamine

Vanemluse toetamine

Lapsevanema enesetõhusus ja rahulolu võimaldavad ennustada vanemlike oskuste taset, lapse heaolu ning ka probleemide tekkimise riski (Jones ja Prinz, 2005). Puudulikud vanemlikud oskused võivad suurendada laste käitumuslike ja emotsionaalsete probleemide kujunemist.

23		Pöörake tähelepanu pere toimetulekule ja vanemlusele igal visiidil. Tugev soovitus, mõõdukas tõendatus.
24		Soovitage esimest korda lapsevanemaks saanutel ja lapsevanematel, kelle lapsel esinevad käitumuslikud või emotsionaalsed probleemid, täita vanemlikku tõhusust ja rahulolu hindav (PSOC) test, mis on kasutamiseks 2–12-aastaste laste vanematele. Vajadusel kaasake lastekaitse- või sotsiaaltöötaja, kes suunab lapsevanemad vanemlusprogrammi. Tugev soovitus, mõõdukas tõendatus.

Vanemliku kompetentsuse hindamise põhjal on võimalik selgitada, kas lapsevanemad vajavad lisanõustamist ja tuge. Rohkem kui pooled Eesti emadest ja isadest on tundnud, et nad vajavad lapse kasvatamisel abi, kuid ei tea, kust seda saada (60). Seepärast võiks esmatasandil pöörata tähelepanu abivajavatele peredele, kes saaksid vanemlusprogrammides osaledes toetust. Esmatasandi tervishoius töötavad õed ja arstid peaksid olema esimesed, kes probleemseid peresid märkavad (61)(62).

PSOC (Parenting sense of competence scale) abil hinnatakse vanemate rahulolu oma vanemlike oskustega ja enesetõhusust vanemliku rolliga hakkamasaamisel. See skaala on rahvusvaheliselt enim kasutatud vanemliku enesetõhususe hindamise vahend (63). 16 väidet hinnatakse skaalal 1–6. PSOC sobib rakendamiseks eelkooliealistest kuni teismeliste lasteni. Suur skoor näitab kõrgemat vanemlike oskuste taset. Eestikeelse PSOC küsimustiku võib praktikas kasutusele võtta, ent soovitatav on jätkata küsimustiku valiidsuse hindamist. Edasisel andmekogumisel on soovitatav kasutada jätkuvalt 16 väitega versiooni, kuivõrd eelnevad uuringud on näidanud, et emad ja isad kogevad vanemlikke protsesse erinevalt (64). Test on kasutatav nii tervishoiu- kui ka haridusasutustes.

Tõenduspõhist vanemlusprogrammi „Imelised aastad“ (*The Incredible Years*) on rakendatud ligikaudu 30 riigis. Tegemist on rahvusvahelise koolituste süsteemiga, mis on aidanud vähendada laste käitumisprobleeme paljudes riikides ning mille tulemuslikkus on ka Eestis tõestatud (65). Programmi eesmärk on aidata lapsevanematel arendada tõhusaid strateegiaid, et ennetada laste käitumisprobleeme ja tulla toime arenguküsimustega. Tänu õpitule oskavad vanemad vältida stressi tekitavaid olukordi, leida tuge ning saada hakkama raskustega laste kasvatamisel. Tervise Arengu Instituut viib läbi vanemlusprogrammi „Imelised aastad“ koolieelset põhiprogrammi ja jätkuprogrammi. Koolitusi korraldatakse eesti ja vene keeles koostöös kohalike omavalitsustega. Programm on saanud alates 2018. aastast ka riikliku rahastuse.

PSOC küsimustiku täitmist saab pakkuda 2- kuni 12-aastaste laste vanematele, kuna selle rühma kohta on kogutud ka rahvastikupõhised andmed. Küsimustik sobib kasutamiseks sotsiaal-, haridus- ja tervishoiuvaldkonnas töötavatele spetsialistidele, kes peredega tegeledes märkavad, et vanemal võib esineda rahulolematust, motivatsiooni vähenemist, frustratsiooni, probleeme suutlikkuse ja toimetulekuga vanemlikus rollis. Kuna emad ja isad kogevad vanemluse protsesse erinevalt, on soovitatav, et küsimustiku täidavad mõlemad vanemad.

Töörühm otsustas soovitada vanemliku tõhususe hindamist ka esmatasandil, et vajadusel, et vajadusel suunata vanemaid Eestis kasutusel olevasse programmi „Imelised aastad“ ja aidata neil laste kasvatamisega paremini hakkama saada ning ennetada laste käitumisprobleeme. Kohalikus omavalitsuses töötav lastekaitseja/või sotsiaaltöötaja aitab korraldada lapsevanemate programmi suunamise.

Vt täpsemalt tõendusmaterjali kokkuvõte nr 13.

Emal sünnitusjärgse depressiooni varajane märkamine

Sünnitusjärgne depressioon on vaimse tervise häire, mida kogevad emad esimese aasta jooksul pärast sünnitust. Raseduse ajal on kõige levinumad vaimse tervise probleemid depressioon ja ärevus – raseduse ajal kogeb ligikaudu 12% naistest depressiooni ja 13% ärevust. Esimesel aastal pärast sünnitust kogeb 15–20% naistest depressiooni või ärevust (66). Sünnitusjärgsel depressioonil on oluline mõju emale ja tema partnerile, perekonnale tervikuna, ema-lapse suhtele, lapse pikaajalisele emotsionaalsele ja kognitiivsele arengule (67). Sünnitusjärgset depressiooni on võimalik efektiivselt ravida, seetõttu on oluline haigust õigel ajal märgata ning diagnoosida.

25		Pöörake tähelepanu ema sünnitusjärgse depressiooni nähtudele, vajadusel kasutage ema seisundi täpsustamiseks EPDSi alates lapse 1 kuu vanusest. Positiivse skoori puhul korraldab perearst emale edasise abi. Kui vaja, korrake hindamist 2–4 nädala möödumisel. Tugev soovitus, tugev tõendatus.
----	---	---

Süstemaatilistes ülevaadetes on hinnatud erinevate sõeltestide kasutamist sünnitusjärgse depressiooni uurimisel. Hewitt jt leidsid, et kõige sagedamini kasutatav sõeltest on Edinburghi sünnitusjärgse depressiooni skaala (EPDS). Süsteematilises ülevaates, mis põhines 37-l EPDSi valiidsust hinnanud uuringul, saadi testi tundlikkuseks 73–100% ja spetsiifilisuseks 93–99% (68). EPDS on 10 küsimusega test, milles palutakse emal hinnata oma enesetunnet viimase 7 päeva jooksul.

Uuringute põhjal ei ole leitud üht parimat aega sünnitusjärgse depressiooni sõeluuringuks. Kuna on teada, et ema sünnitusjärgne depressioon esineb esimesel aastal pärast sünnitust, on paljudes riikides soovitatud emasid regulaarselt uurida depressiooni suhtes lapse esimesel eluaastal. Töörühm soovitas pöörata tähelepanu ema sünnitusjärgse depressiooni ilmingutele ning vajadusel kasutada sõeltestina Edinburghi sünnitusjärgse depressiooni skaalat. Depressiooni sõeluuringu positiivse tulemuse korral on võimalik lapsevanem suunata täiendavale uuringule ja ravile.

Kuna sünnitusjärgset depressiooni põeb kirjanduse andmetel kuni viiendik emadest ning haigus võib oluliselt mõjutada lapse ja kogu perekonna heaolu, otsustas töörühm anda tugeva positiivse soovitusena pöörata esmatasandil tähelepanu ema sünnitusjärgse depressiooni nähtudele.

Vt täpsemalt tõendusmaterjali kokkuvõte nr 12.

Lastearsti juurde jälgimisele/edasisuunamisele kuuluvate seisunditega lapsed

Haiguste ja seisundite loetelu ei ole ammendav.

ERIALA	SEISUND
NEONATOLOOGIA	Lastearsti juures jälgimisele kuuluvad riskivastsündinud (<i>high-risk neonate</i>) ehk vastsündinud, kellel on bioloogiline, sotsiaalne ja/või vastsündinuea intensiivravitoimingust tulenev risk oma edasisele tervisele ja arengule.
	Enneaegsed vastsündinud: • kõik enneaegsena ja sünnikaaluga < 1500 g ja/või gestatsioonivanusega < 32⁺⁰ täisrasedusnädala sündinud lapsed; • enneaegsena ja sünnikaaluga > 1500 g ja gestatsioonivanusega > 32⁺⁰ täisrasedusnädala sündinud lapsed, kui lisandub muu oluline haigusseisund (nt patoloogiline leid aju piltidiagnostilisel uuringul, krooniline kopsuhaigus, nekrotiseeriv enterokoliit) Loote- ja/või vastsündinuea probleemidega patsiendid sõltumata gestatsioonivanusest sünnil: • raseduskestuse suhtes väike sünnikaal, s.o < -2,5 SD ehk < 3 protsentiili Fentoni graafikul; • raske asfüksia (hüpoksilis-insheemilise entsefalopaatia II, III aste Sarnati klassifikatsiooni järgi) ja peri-/neonataalne insult; patoloogiline leid aju piltidiagnostilisel uuringul; • neonataalsed krampid; • perinataalsed spetsiifilised infektsioonid (tsütomegaloviirusinfektsioon, toksoplasmoos, herpesinfektsioon, süüfilis jm), neonataalne meningiit/entsefaliit, positiivse verekülvida sepsis; • sümptomaatiline ja/või persisteruv hüpopglükeemia; • üsasisene vereülekanne, postnataalne verevahetusülekanne; • ravi nõudev neonataalne abstinentsisündroom; fetaalne alkoholisündroom; • varast operatiivset ravi, diagnoosimist ja/või eriarsti konsultatsiooni vajav väärarend; • metaboolne, kromosomaalne ja sündroomaalne patoloogia; • muu spetsiifiline patoloogia (nt südame rütmihäired) lastearsti otsusel lapse kojuminekul haiglast; • neonataalses perioodis rakendatud intensiivravitoimingust tulenev risk

ALLERGOLOOGIA-PULMONOLOOGIA	Lastearsti vastuvõtule on vaja suunata • imikud ja väikelapsed, kellel on esinenud > 3 alumiste hingamisteede obstruktsiooni (eriti viimase 6 kuu jooksul); • patsiendid, kel on olnud 1–2 lisahapnikuvajadusega hingamisteede obstruktsiooni, kui kaasnevad riskitegurid (perekondlik atoopia); • kroonilise hingamisteede haiguse (tsüstiline fibroos, bronhopulmonaalne düsplaasia, bronhiektasiad, tsüliate düskinees, interstitsiaalne kopsuhaigus, astma) kahtlusega patsiendid; • hingamisteede kaasasündinud väärarenditega isikud; • pikaajalise kõhaga patsiendid; • allergilise haiguse kahtlusega patsiendid; • anafülaksiaga patsiendid; • atoopilise dermatiidi ja toiduallergia kahtlusega lapsed, - kes vajavad põhitoiduainete eliminatsiooni; - kelle lööve sügeleb intensiivselt, häirides und ja elukvaliteeti; - kelle kaaluiv on puudulik; - kelle lööve on raviga halvasti kontrollitud; - kel on kiiret tüüpi allergiline lööve Lastearsti jälgimisele kuuluvad (jälgimise sageduse otsustab lastearst) • allergiahaigustega ja krooniliste kopsuhaigustega patsiendid
KARDIOLOOGIA	Lastearsti vastuvõtule on vaja suunata lapsed, • kellel on püsivad südamekahinad; • kel on kasvus-kaalus mahajäämus; • kel on diastoolne kahin; • kel on II tooni püsiv lõhestumine; • kelle I astme sugulasel on diagnoositud kardiomiopaatia või perekonnas esineb rütmihäire; • kel on rütmihäire kahtlus; • kes põevad arteriaalset hüpertensiooni ja kel on vaja selgitada välja selle sekundaarne põhjus ja alustada ravi Kui kahinat on hinnatud kui funktsionaalset süstoolset kahinat, siis korduvalt ei ole vaja last kardioloogi juurde suunata. Kui kahinat kuulatakse esmakordselt ägeda infektsiooni ajal, tuleb varem terve laps edasi suunata, kui kahin jääb püsima ka infektsiooni järel. Lastearsti jälgimisele kuuluvad (jälgimise sageduse otsustab lastearst): • kõik südameriketega lapsed ning rütmihäiretega ja kardiomiopaatia lapsed ja noorukid

ENDOKRINOLOOGIA	Lastearsti vastuvõtule on vaja suunata lapsed, • kes põevad diabeeti, sõltumata selle vormist, kuid 1. tüüpi diabeedi kahtlusega lapsed suunata erakorraliseks raviks; • kel on ebaselge hüpoglükeemia; • kel on kilpnäärme ja kõrvalkilpnäärme haigus; • kel on neerupealise haigus; • kel on hüpofüüsi talitluse häire; • kel on enneaegne või hiline puberteet, s.o - enneaegse puberteedi korral poistel sugutunnuste ilmumine enne 9. eluaastat ja tüdrukutel enne 7.–8. eluaastat; - hilinenud puberteedi korral poistel sugutunnuste puudumine 15–16 aasta ja tüdrukutel 13–14 aasta vanuses; • kel on kasvuhäired; • kes on rasvunud, kelle KMI on või on olnud 2. eluaastal $> 25 \text{ kg/m}^2$ või 5. eluaastal $> 30 \text{ kg/m}^2$; • kes on ülekaalulised ja kellel on lisaks veel vähemalt üks metaboolse sündroomi tunnus või rasvumisega seotud tüsistus: - arteriaalne hüpertensioon, - hüperkolesteroleemia, - steatohepatiit, - uneapnoe, - gükoositaluvushäire, • tüdrukutel menstruaaltsükli häired 2 aastat pärast menarhet
GASTROENTEROLOOGIA	Lastearsti vastuvõtule on vaja suunata lapsed, kel on • maksafunktsiooni näitajate nihked ebaselge põhjuse tõttu; ebaselge põhjusega ja lisauuringuid vajavad - seedetraktiprobleemid, sh - retsiveeruvad kõhuvalud, - retsiveeruv oksendamine (eriti hommikune oksendamine), - krooniline kõhulahtisus, mis esineb alates sünnist või esimestest elunädalatest ja millega kaasnevad lisasümptomid (kõhukatete pinge, oksendamine, alajäsemete nõrkus, arengupeetus); - malabsorptsioonisündroomi kahtlus; - isutus, toidust keeldumine Lastearsti jälgimisele kuuluvad • kroonilise põletikulise soolehaigusega lapsed; • krooniliste maksahaigustega lapsed; • tsüstilise fibroosiga lapsed

NEFROLOOGIA	Lastearsti vastuvõtule on vaja suunata lapsed, kel on • ebaselge põhjusega hematuuria ja proteinuuria; • püsiv mikrohematuuria; • alla 3-kuused urotraktiinfektsiooniga lapsed; • urotraktiinfektsiooniga lapsed, kui haigus ei allu adekvaatsele antibakteriaalsele ravile või haigus retsidiveerub Lastearsti jälgimisele kuuluvad • kõik kroonilise neeruhaigusega lapsed (erineva geneesiga)
REUMATOLOOGIA	Lastearsti vastuvõtule on vaja suunata • jäsemevaluga lapsed, kellel esineb üks või mitu järgnevast: - lonkamine, - liiges(t)e turse, - liigeste hommikune kangus; • juveniilse idiopaatilise artriidiga lapsed; • süsteemse sidekoehaigusega lapsed; • reumast ohustatud lapsed, kellel on - kroonilise tonsilliidi foonil tekkinud väsimus, - jõudluse langus, - unehäired, - õpiraskused, - liigesevalud, - subfebrilliteet; • perioodilise palavikuga lapsed, kelle palaviku põhjusena pole tõestatud infektsiooni; • ebaselge põhjusega lonkavad lapsed

INFEKTSIOONHAIGUSED	Lastearsti vastuvõtule on vaja suunata • sageli põdevad lapsed, kellel on immuunsushäire kahtlus, s.o - otiit > 8 korra aastas, - sinusiit > 2 korra aastas, - > 2 kuu kestev antibakteriaalne ravi, - > 2 kopsupõletiku aastas; • korduvate sügavate furunkulitega lapsed; • lapsed, kellel esinevad pärast esimest eluaastat visad seennakkused suus või nahal; • lapsed, kellel on korduvate infektsioonide raviks vajalik veenisisene antibakteriaalne ravi; • lapsed, kellel on > 2 kroonilise infektsiooni; • lapsed, kelle suguvõsas on esinenud immuunpuudulikkust; • lapsed, kellel on 1 ebatavaliselt raske või ebatavalise tekitaja või paikmega infektsioon; • ebaselge autoimmuunhaigusega lapsed; • regionaalse lümfadenopaatiaga lapsed, kui lümfisõlmede suurenemine pole seotud teadaoleva infektsiooniga või esineb kaasuvaid sümptomeid: - valulikkus, - progresseeruv valuta lümfisõlmede suurenemine, - supraklavikulaarsete lümfisõlmede suurenemine, - subfebrilliteet, - üldsümtomid; • generaliseerunud lümfadenopaatiaga lapsed
NEURO- LOOGIA	Lasteneuroloogi vastuvõtule on vaja suunata • imikud arengutähise hilistumisega üle 2 kuu; • imikud (3.–8. elukuu) infantiilsetele spasmide kahtlusega; • pea kasvu pidurdumise või kiirenemisega > 2 SD lapsed; • epileptiliste hoogude kahtlusega lapsed; • paralüüsiseisundite ja muude liigutushäirete kahtlusega lapsed; • lapsed psühhomotoorse taandarengu nähtude ilmnemisel
ÜLDPE- DIAATRIA	Lastearsti vastuvõtule on vaja suunata • imikud ja väikelapsed, kelle kaal ega pikkus ei suurene ootuspäraselt; • suhteliselt rahuldavas üldseisundis lapsed hulgikaebustega nagu - peavalu, kõhuvalu, torked südame piirkonnas, iiveldus, halb enesetunne, väsimus; • söömisprobleemidega lapsed; • ebaselge põhjusega aneemiaga lapsed

Lapse tervise jälgimise kontrollkaart vanuserühmade ja tegevuste kaupa on eraldi-seisev dokument. Vaktsineerimised toimuvad [immuniseerimiskava rakendusjuhise](#) kohaselt.

Juhendi koostamine

Juhendi käsitusala kokkuleppimist alustati 2015. aasta oktoobris. Moodustati töörühm ja sekretariaat. Ravijuhendi koostamisse kaasati asjakohaste kutsealade esindajatest koosnev töörühm, kuhu kuulusid lastearstide, perearstide, pereõdede, kooliõdede, ämmaemandate, lastekaitsetöötaja, kliinilise psühholoogi ning lapsevanemate, Sotsiaalministeeriumi, Eesti Haigekassa esindajad. Lisaks osalesid koosolekul erinevate valdkondade eksperdid (näiteks silmaarstid, kõrvaarstid jt), nõustades spetsiifiliste soovitude koostamist või kontrollkaardi uuendamist oma eriala puudutavates küsimustes. Töörühm koostas ravijuhendi käsitusala ja sõnastas kliinilised küsimused, millele sooviti vastust. Ravijuhendi lõpliku käsitusala koos 13 PICO-formaadis sõnastatud kliinilise küsimusega kinnitas töörühm 2016. aasta sügisel ja esitas selle teadmiseks ravijuhendite nõukojale. Kuna ravijuhendi koostamist rahastati Norra projekti vahenditest, siis ei pidanud ravijuhendite nõukoda käsitusala kinnitama. Ravijuhendi käsitusala koos kõigi kliiniliste küsimustega ja oluliste tulemusnäitajatega on leitav veebis aadressil www.ravijuhend.ee.

Ravijuhendi koostamisel lähtuti „Eesti ravijuhendite koostamise käsiraamatu” (2011) põhimõtetest. Ravijuhendi soovitude sõnastamiseks, kontrollkaardi koostamiseks ja tööversioonide ülevaatamiseks ning avalikkuselt ja retsensentidelt saadud tagasiside arutamiseks pidas töörühm kokku 31 koosolekut. Sekretariaat valmistas igaks koosolekuks ette konkreetsete kliiniliste küsimuste kohta käiva tõendusmaterjali koondi, milles olid esitatud lühikokkuvõtted uurimustest, sekkumiste kasust-kahjust ja majanduslikest aspektidest. Iga koosoleku alguses vaadati läbi ravijuhendi töörühma ja sekretariaadi huvide deklaratsioonid, et selgitada võimalikke huvide konflikte, ning veenduti otsustajate kallutamatuses. Võimalikke huvide konflikte ei sedastatud. Töörühma koosolek oli otsustusvõimeline, kui kohal oli vähemalt 2/3 töörühma liikmetest.

Koosolekute otsused olid konsensuslikud. Soovitude sõnastamisel võeti arvesse nii tõendusmaterjali tugevust, sekkumiste kasu tervisele kui ka võimalikke kõrvaltoimeid ja riske ning võimalusi soovitatava tegevuse rakendamiseks tervisekeskustes ja koolitervishoius. Igal töörühma koosolekul viibis Sotsiaalministeeriumist Ulla Raid, kes juhendas ravijuhendi koostamist meetoodiliselt, ent ei osalenud soovitude kinnitamisel.

Valminud ravijuhend saadeti 19. jaanuaril 2019 kommenteerimiseks erialaseltsidele ning avaldati kommenteerimiseks veebilehel www.ravijuhend.ee. Hepp Nigol ja Piret Rospu retsenseerisid ravijuhendit selle valmimisel. Sekretariaat ja töörühm vaatas avalikkuselt laekunud kommentaarid ja ettepanekud läbi, kaalus põhjalikult erinevaid variante ning jäi kindlaks juba tehtud soovitudele, sest uut tõendusmaterjali ei esitatud. Juhendi lõpliku versiooni elektroonilisel kinnitamisel (24.mail) kinnitas 2 töörühma liiget selle märkusega, millest üks kommentaar oli lisatoiduga alustamise aja kohta. Ravijuhendi koostamise protsess lubab sellisel juhul teha konsensuslikku otsust ja selle saavutamiseks võib korraldada hääletuse. Hääletusel peab kohalolevate töörühma liikmete enamus (vähemalt 3/4) olema samal seisukohal. See tingimus oli täidetud. Täiendatud ravijuhend ja kontrollkaart koos rakenduskavaga esitati heakskiitmiseks ravijuhendite nõukojale 20. mail 2019.

Töörühm vaatas uuesti läbi avalikkuse survele lisatoitumisega seotud soovituse ja täpsustas seda nädalatega ning leidis konsensuse hüperbilirubineemia teemal. 9.septembril kinnitas töörühma liikmed muudatused elektrooniliselt, 2 vastu-häälega lisatoitumist puudutava soovituse osas. Ravijuhendi lõplikule versioonile andis heakskiidu ka ravijuhendite nõukoda.

Ravijuhendit uuendatakse viis aastat pärast selle kinnitamist või uute asjakohaste teadusandmete ilmnemisel.

Tõendusmaterjali otsimine ja hindamine

Tõendusmaterjali süstemaatilist otsimist alustati olemasolevatest ravijuhenditest. Ravijuhendite otsimisel kasutas sekretariaat Tartu Ülikooli Kliinikumi medinfo-keskuse abi. Otsingukriteeriumid koostas sekretariaat koostöös töörühmaga. Otsiti kõiki ravijuhendeid, mis olid eesti, inglise, saksa või soome keeles andmebaasis Pubmed (www.pubmed.gov) ning spetsiaalsetes ravijuhendite andmebaasides (www.guideline.gov, www.nice.org.uk, www.cadth.ca, <http://www.kaypahoito.fi>, <http://www.g-i-n.net/>).

Kõiki leitud juhendeid hinnati esmalt nende lühikokkuvõtete alusel. Selle tulemusel jäeti edasisest hindamisest välja korduvad ning käsitlusale mitte-vastavad ravijuhendid. Edasiseks hindamiseks sobis kokku 6 ravijuhendit, mis katsid teemasid osaliselt. Väljavalitud ravijuhendeid hinnati omakorda Eesti ravijuhendite koostamise käsiraamatu ja ravijuhendite hindamise vahendiga AGREE-II. Iga ravijuhendit hindas teineteisest sõltumatult vähemalt kaks sekretariaadi liiget.

Tabel. Kasutatud ravijuhendid

Nr	Välja-andmise aasta	Väljaandja	Juhend
1.	2012	American Academy of Ophthalmology Pediatric Ophthalmology/ Strabismus Panel	Preferred Practice Pattern® Guidelines. Amblyopia
2.	2012	NICE	Social and emotional wellbeing: early years
3.	2015	Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons	Mulpuri K, Song KM, Goldberg MJ, Sevarino K. Detection and Nonoperative Management of Pediatric Developmental Dysplasia of the Hip in Infants up to Six Months of Age

4.	2010	Kanada	Greig A, Constantin E, Carsley S, Cummings C. Preventive health care visits for children and adolescents aged six to 17 years: The Greig Health Record – Executive Summary. Paediatrics & Child Health. 2010 Mar;15(3):157–9. Greig A, Constantin E, Carsley S, Cummings C. Preventive health care visits for children and adolescents aged 6 to 17 years: The Greig Health Record – Technical Report. 2016
5.	2017	NICE	Autism spectrum disorder in under 19s: recognition, referral and diagnosis
6.	2017	American Academy of Pediatrics	Bright Futures Guidelines (Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM, eds. Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents

Iga ravijuhendi kliinilise küsimuse kohta koostas sekretariaat ravijuhendites esitatud soovitude ja nende aluseks oleva tõendusmaterjali kokkuvõtte.

Lisaks viis sekretariaat iga kliinilise küsimuse kohta läbi vastavate süstemaatiliste ülevaadete otsingu Pubmedi andmebaasis ning Cochrane'i koostööorganisatsiooni süstemaatiliste ülevaadete andmebaasis. Samuti tehti otsing Pubmedi andmebaasis, et tuvastada need juhuslikustatud uuringud, mis on avaldatud pärast vastavate süstemaatiliste ülevaadete koostamist. Pubmedi andmebaasis kasutati otsingu käigus kliinilise küsimuse PICO-formaadile vastavaid MeSH termineid. Süstemaatilistest ülevaadetest toodi välja sekkumiste mõju olulistele tulemusnäitajatele ning GRADEst lähtudes anti hinnang juhuslikustatud platseebo-kontrolliga uuringutele, võttes arvesse uuringute tugevaid külgi ja piiranguid. Tõendusmaterjali otsistrateegiad ning tõenduse kokkuvõtted kliiniliste küsimuste kaupa on toodud veebilehel www.ravijuhend.ee. Sekretariaat koostas soovitude kavandi ning töörühm sõnastas lõplikud soovitusel, näidates ära nende suuna ja tugevusastme.

Kasutatud kirjandus

1. Nelson HD, Selph S, Bougatsos C, Blazina I. Behavioral Interventions and Counseling to Prevent Child Abuse and Neglect: Systematic Review to Update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2013 [cited 2016 Oct 9]. (U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK117232/>
2. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 27];(8). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009326.pub3/abstract>
3. Bilukha O, Hahn RA, Crosby A, Fullilove MT, Liberman A, Moscicki E, et al. The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence: A systematic review. *Am J Prev Med*. 2005 Feb 1;28(2):11–39.
4. Escobar GJ, Braveman PA, Ackerson L, Odouli R, Coleman-Phox K, Capra AM, et al. A randomized comparison of home visits and hospital-based group follow-up visits after early postpartum discharge. *Pediatrics*. 2001 Sep;108(3):719–27.
5. Paul IM, Phillips TA, Widome MD, Hollenbeak CS. Cost-effectiveness of postnatal home nursing visits for prevention of hospital care for jaundice and dehydration. *Pediatrics*. 2004 Oct;114(4):1015–22.
6. Hull P. Development of the Calgary Regional Home Visitation Collaborative Postpartum Screening Tool. :93.
7. CHFC 2015-16 Annual Report.pdf [Internet]. [cited 2019 May 19]. Available from: <https://bit.ly/2GQQ0Fu>
8. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect - The Lancet [Internet]. [cited 2019 Jan 27]. Available from: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)01024-7.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)01024-7.pdf)
9. Becker GE, Remington T. Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Nov 25;(11):CD006462.
10. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Aug 15;(8):CD003517.
11. Organization WH. Report of the expert consultation of the optimal duration of exclusive breastfeeding, Geneva, Switzerland, 28-30 March 2001. 2001;
12. Fewtrell M, Bronsky J, Campony C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N; Hojsak I, Hulst J, Indrio F, Lapillonne A; Molgaard C. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 2017 (January); 64(1):116-132.

13. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012 Mar;129(3):e827-841.
14. Nordic Council of Ministers NC of M. Nordic Nutrition Recommendations 2012. *Nord Nutr Recomm* 2012. 2008 Aug 14;5(11):1-3.
15. EFSA Panel on Nutrition, Novel Foods and Food Allergens. 2019. Appropriate age range for introduction of complementary feeding into an infant's diet. *EFSA Journal* 2019;17(9):578.
16. Amit M. Vegetarian diets in children and adolescents. *Paediatr Child Health*. 2010;15(5):303-8.
17. Kirby M, Danner E. Nutritional deficiencies in children on restricted diets. *Pediatr Clin North Am*. 2009 Oct;56(5):1085-103.
18. Craig WJ, Mangels AR, American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: vegetarian diets. *J Am Diet Assoc*. 2009 Jul;109(7):1266-82.
19. Heyman MB. Lactose Intolerance in Infants, Children, and Adolescents. *Pediatrics*. 2006 Sep 1;118(3):1279-86.
20. McDonagh M, Blazina I, Dana T, Cantor A, Bougatsos C. Routine Iron Supplementation and Screening for Iron Deficiency Anemia in Children Ages 6 to 24 Months: A Systematic Review to Update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2015 [cited 2016 Jun 25]. (U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK285660/>
21. Siu AL. Screening for Iron Deficiency Anemia in Young Children: USPSTF Recommendation Statement. *Pediatrics*. 2015 Oct 1;136(4):746-52.
22. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014 Compendium: Type 2 diabetes in the child and adolescent. *Pediatr Diabetes*. 2015 Aug;16(5):392.
23. Cheng AYY. Introduction. *Can J Diabetes*. 2013 Apr 1;37:S1-3.
24. Wu E-L, Kazzi NG, Lee JM. Cost-effectiveness of screening strategies for identifying pediatric diabetes mellitus and dysglycemia. *JAMA Pediatr*. 2013 Jan;167(1):32-9.
25. Lee JM, Eason A, Nelson C, Kazzi NG, Cowan AE, Tarini BA. Screening practices for identifying type 2 diabetes in adolescents. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. 2014 Feb;54(2):139-43.
26. Shah S, Kublaoui BM, Oden JD, White PC. Screening for type 2 diabetes in obese youth. *Pediatrics*. 2009 Aug;124(2):573-9.
27. Rodday AM, Triedman JK, Alexander ME, Cohen JT, Ip S, Newburger JW, et al. Electrocardiogram screening for disorders that cause sudden cardiac death in asymptomatic children: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2012 Apr;129(4):e999-1010.

28. Harmon KG, Zigman M, Drezner JA. The effectiveness of screening history, physical exam, and ECG to detect potentially lethal cardiac disorders in athletes: a systematic review/meta-analysis. *J Electrocardiol*. 2015 Jun;48(3):329–38.
29. Chandra N, Bastiaenen R, Papadakis M, Panoulas VF, Ghani S, Duschl J, et al. Prevalence of electrocardiographic anomalies in young individuals: relevance to a nationwide cardiac screening program. *J Am Coll Cardiol*. 2014 May 20;63(19):2028–34.
30. Maron BJ, Friedman RA, Kligfield P, Levine BD, Viskin S, Chaitman BR, et al. Assessment of the 12-lead electrocardiogram as a screening test for detection of cardiovascular disease in healthy general populations of young people (12-25 years of age): a scientific statement from the American Heart Association and the American College of Cardiology. *J Am Coll Cardiol*. 2014 Oct 7;64(14):1479–514.
31. Shorter D, Hong T, Osborn DA. Screening programmes for developmental dysplasia of the hip in newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Sep 7;(9):CD004595.
32. Laborie LB, Engesaeter IØ, Lehmann TG, Eastwood DM, Engesaeter LB, Rosendahl K. Screening strategies for hip dysplasia: long-term outcome of a randomized controlled trial. *Pediatrics*. 2013 Sep;132(3):492–501.
33. Mulpuri K, Song KM, Goldberg MJ, Sevarino K. Detection and Nonoperative Management of Pediatric Developmental Dysplasia of the Hip in Infants up to Six Months of Age. *J Am Acad Orthop Surg*. 2015 Mar;23(3):202–5.
34. Clinical practice guideline: early detection of developmental dysplasia of the hip. Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Developmental Dysplasia of the Hip. American Academy of Pediatrics. *Pediatrics*. 2000 Apr;105(4 Pt 1):896–905.
35. Wallace DK, Repka MX, Lee KA, Melia M, Christiansen SP, Morse CL, et al. Amblyopia Preferred Practice Pattern®. *Ophthalmology*. 2018 Jan;125(1):P105–42.
36. Vision Testing and Screening in Young Children [Internet]. [cited 2019 May 19]. Available from: <https://patient.info/doctor/vision-testing-and-screening-in-young-children>
37. de Koning HJ, Groenewoud JH, Lantau VK, Tjiam AM, Hoogeveen WC, de Faber JTHN, et al. Effectiveness of screening for amblyopia and other eye disorders in a prospective birth cohort study. *J Med Screen*. 2013 Jun;20(2):66–72.
38. American Academy of Ophthalmology Pediatric Ophthalmology/Strabismus Panel. Preferred Practice Pattern® Guidelines. Amblyopia. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology; 2012. Available at: www.aao.org/ppp.

39. Vision screening in infants, children and youth. *Paediatr Child Health*. 2009 Apr;14(4):246–8.
40. American Academy of Pediatrics, Section on Ophthalmology, American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus, American Academy Of Ophthalmology, American Association of Certified Orthoptists. Red Reflex Examination in Neonates, Infants, and Children. *Pediatrics*. 2008 Dec 1;122(6):1401–4.
41. Hartmann EE, Lynn MJ, Lambert SR, Infant Aphakia Treatment Study Group. Baseline characteristics of the infant aphakia treatment study population: predicting recognition acuity at 4.5 years of age. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2015 Jan;56(1):388–95.
42. Riigikontrolli audit: Riigi tegevus laste tervise hoidmisel ja ravimisel, 2016.
43. Fortnum H, Ukoumunne OC, Hyde C, Taylor RS, Ozolins M, Errington S, et al. A programme of studies including assessment of diagnostic accuracy of school hearing screening tests and a cost-effectiveness model of school entry hearing screening programmes. *Health Technol Assess*. 2016 May;20(36):1–178.
44. Skarżyński H, Piotrowska A. Screening for pre-school and school-age hearing problems: European Consensus Statement. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2012 Jan 1;76(1):120–1.
45. Holzinger D, Weishaupt A, Fellingner P, Beitel C, Fellingner J. Prevalence of 2.2 per mille of significant hearing loss at school age suggests rescreening after NHS. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2016 Aug;87:121–5.
46. Bright K, Eichwald J, Tanner G. American Academy of Audiology Childhood Hearing Screening Guidelines [Internet]. 2011 [cited 2016 Oct 17]. Available from: http://www.danilomantilla.com/orl-basada-en-evidencias/primicias-en-orl-oidos/2011childhoodhearingscreeningguidelinesguidelineaaa/2011_Childhood%20Hearing%20Screening%20Guidelines_GUIDELINE_AAA.pdf
47. Brooke HL, Corder K, Atkin AJ, van Sluijs EMF. A systematic literature review with meta-analyses of within- and between-day differences in objectively measured physical activity in school-aged children. *Sports Med Auckl NZ*. 2014 Oct;44(10):1427–38.
48. Chaput J-P, Gray CE, Poitras VJ, Carson V, Gruber R, Olds T, et al. Systematic review of the relationships between sleep duration and health indicators in school-aged children and youth. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2016 Jun 1;41(6 (Suppl. 3)):S266–82.
49. Carson V, Hunter S, Kuzik N, Gray CE, Poitras VJ, Chaput J-P, et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth: an update. *Appl Physiol Nutr Metab Physiol Appl Nutr Metab*. 2016 Jun;41(6 Suppl 3):S240–265.

50. Nelson HD. Screening for Speech and Language Delay in Preschool Children: Systematic Evidence Review for the US Preventive Services Task Force. *PEDIATRICS*. 2006 Feb 1;117(2):e298–319.
51. Berkman ND, Wallace I, Watson L, Coyne-Beasley T, Cullen K, Wood C, et al. Screening for Speech and Language Delays and Disorders in Children Age 5 Years or Younger: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2015. (U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305674/>
52. Engle PL, Fernald LCH, Alderman H, Behrman J, O’Gara C, Yousafzai A, et al. Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. *Lancet Lond Engl*. 2011 Oct 8;378(9799):1339–53.
53. McPheeters ML, Weitlauf A, Vehorn A, Taylor C, Sathe NA, Krishnaswami S, et al. Screening for Autism Spectrum Disorder in Young Children: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2016. (U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK349703/>
54. Siu AL, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Baumann LC, Davidson KW, Ebell M, et al. Screening for Autism Spectrum Disorder in Young Children: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2016 Feb 16;315(7):691–6.
55. Autism spectrum disorder in under 19s: recognition, referral and diagnosis | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. [cited 2017 Nov 13]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg128>
56. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. [cited 2019 Feb 3]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg72>
57. Kieling RR, Kieling C, Aguiar AP, Costa AC, Dorneles BV, Rohde LA. Searching for the best approach to assess teachers’ perception of inattention and hyperactivity problems at school. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014 Jun;23(6):451–9.
58. Arnold LE, Hodgkins P, Caci H, Kahle J, Young S. Effect of Treatment Modality on Long-Term Outcomes in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. *PLoS ONE* [Internet]. 2015 Feb 25;10(2). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4340791/>

59. Interventions for Preschool Children at High Risk for ADHD: A Comparative Effectiveness Review | Review Articles | Pediatrics [Internet]. [cited 2017 Nov 16]. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/131/5/e1584.long>
60. Karu M. Karu, Marre; Turk, Pirjo; Suvi, Hella; Biin, Helen (2012). Lapse õiguste ja vanemluse monitooring. Laste ja täiskasvanute küsitluse kokkuvõte. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis. 2012;53.
61. Linno M, Soo K, Strömpl J. Pervägivalla levikut soodustavad riskid ja pervägivalla ulatus praktikute hinnangutes. Uurimisaruanne. 2011. [Internet]. Koninklijke Brill NV; [cited 2019 Feb 3]. Available from: <https://primarysources.brillonline.com/browse/human-rights-documents-online/council-of-europe-convention-on-preventing-and-combating-violence-against-women-and-domestic-violence;hrdhrd99532014005>
62. Kommusaar J. 2017. Lapsevanemate tajutud vanemlik kompetentsus kaheaastase lapse heaolu tagamisel – PSOC hindamisvahendi alusel Tartu Ülikool Meditsiiniteaduste valdkond PeremeditSiini ja rahvatervishoiu instituut Õendusteaduse õppetool. :61.
63. Jones TL, Prinz RJ. Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: a review. Clin Psychol Rev. 2005 May;25(3):341–63.
64. Kirsti Akkermann, Krista Peet, Iiris Velling. Hindamisvahendite kohandamine laste vaimse tervise probleemide varajaseks märkamiseks. Uuringu lõppraport. Tartu, 2016. [Internet]. [cited 2019 Feb 3]. Available from: https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/Lapse_oigused_ja_heaolu/kktk_loppraport_30_03_2016_pdf.pdf
65. Lindsay G, Strand S, Davis H. A comparison of the effectiveness of three parenting programmes in improving parenting skills, parent mental-well being and children's behaviour when implemented on a large scale in community settings in 18 English local authorities: the parenting early intervention pathfinder (PEIP). BMC Public Health. 2011 Dec 30;11:962.
66. Antenatal and Postnatal Mental Health. The NICE Guideline on Clinical Management and Service Guidance. Updated edition. National Collaborating Centre for Mental Health; 2014.
67. Hewitt C, Gilbody S, Brealey S, Paulden M, Palmer S, Mann R, et al. Methods to identify postnatal depression in primary care: an integrated evidence synthesis and value of information analysis. Health Technol Assess Winch Engl. 2009 Jul;13(36):1–145, 147–230.
68. Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, Price J, Gray R. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. Acta Psychiatr Scand. 2009 May;119(5):350–64.

Lisa 1. Kõne arengu hindamine ja toetamine.

Materjal lapsevanemale (Eesti Logopeedide Ühing, www.elu.ee)

0–6 kuu vanune laps

- reageerib helidele ja häätele, otsib silmadega heli(hääle)allikat ja/või pöörab pea selle suunas;
- häälitseb, koogab ja hiljem laliseb.



- Rääkige lapsega rahulikult ja sõbralikult.
- Laulge lapsele ja veetke temaga koos aega.
- Tutvustage lapsele ümbritsevat helisid.
- Nimetage teid ümbritsevat inimesi ja esemeid.
- Kommenteerige oma tegevust.



Otsige abi, kui

- laps ei reageeri helidele/häätele – laske kontrollida kuulmist;
- te ei saavuta lapsega rääkides silmsidet.



Üheaastane laps

- mõistab lihtsaid korraldusi;
- ütleb üksikuid sõnu, näiteks emme, õue, tita;
- reageerib oma nimele.

- Mängige oma häälega, see meeldib lapsele – intonatsioon aitab lapsel kõnet paremini mõista ja kasutada.
- Aidake lapsel avastada suhtlemisrõõm: mängige erinevaid mängu – tehke üksteisele nägusid, naeratage, peitke ja pilluge.

- Ärge jätke last kauaks televiisori ette – see ei arenda lapse suhtlusoskust!

18 kuu vanune laps

- mõistab lihtsaid korraldusi ja lauseid;
- oskab nimetada tuttavaid esemeid;
- omandab järjest uusi sõnu.



- Rääkige lapsega loomulikult: kasutage lihtsaid sõnu ning grammatiliselt õigeid lauseid – ärge rääkige lapsega pudikeeles!
- Vaadake koos lasteraamatuid ja rääkige, mida näete.
- Last hakkavad huvitama värvid ja vormid.



Otsige abi, kui

- lapse kõne areng seiskub;
- lapse kõne arengus on halvenemise märke



Kaheaastane laps

- mõistab keerulisemaid korraldusi;
- ütleb oma nime;
- kasutab 2–3-sõnalisi lauseid.

- Rikastage lapse sõnavara.
- Selgitage lapsele sõnu, mille tähendust ta ei tea.
- Kui laps hääldab sõna valesti, siis korra see ise õigesti üle. Jätke ka lapsele võimalus sõna õigesti korralda, kuid ärge sundige.

Otsige abi, kui

- laps kasutab vaid üksikuid sõnu;
- lapse kõne on raskesti mõistetav;
- laps ei moodusta kahe- või kolmsõnalisi lauseid.

Kolmeaastane laps

- mõistab lihtsaid lauseid;
- oskab kasutada küsisõnu;
- küsi;
- kasutab mitmust ning teataval määral käände- ja pöördelõppe.



- Õpetage lapsele, kuidas lugusid jutustada; aidake tal oma mõtteid ja tundeid väljendada.
- Viimane aeg on võõrutada laps lutipudelist ja lutist.



Otsige abi, kui

- lapse kõne on endiselt raskesti mõistetav;
- laps kasutab vaid üksikuid tegu-, omadus- ja määrsõnu;
- laps ei kasuta mitmust;
- laps ei moodusta lihtsaid lauseid.



Nelja-aastane laps

- Kõne sarnaneb grammatiliselt üha rohkem täiskasvanu omaga.

- Lugege koos jutukesi ning arutlege loetu üle – sel moel mõjutate positiivselt lapse kõne ja lugemishuvi arengut.
- Laps vajab eeskuju – las ta näeb Teid lugemas.

Otsige abi, kui

- laps ei suuda lauset alustada ja kordab silpe või sõnu;
- laps kasutab lühikesi, agrammatilisi lauseid;
- lapse kõnest ei ole alati võimalik aru saada;
- laps ei suuda ka lühidalt rääkida äsja toimunud sündmustest.

Lisa 2. Laste ja noorukite vererõhu väärtused soo, vanuse ja pikkuse järgi¹

Tabel 1. Laste ja noorukite hüpertensiooni klassifikatsioon.

Kategooria	0–15 aastat Süstoolse ja/või diastoolse vererõhu protsentiilid (mmHg)	16 aastased ja vanemad Süstoolse ja/või diastoolse vererõhu protsentiilid (mmHg)
Normaalne	<90. protsentiili	<130/85
Kõrge-normaalne	≤90. to <95. protsentiili	130– 139/85 – 89
Hüpertensioon	≤95. protsentiili	≤140/90
1. astme hüpertensioon	95. protsentiil kuni 99t. protsentiil ja 5 mmHg	140– 159/90 – 99
2. astme hüpertensioon	>99. protsentiili p+ 5 mmHg	160– 179/100 – 109
Isoleeritud süstoolne hüpertensioon (ISH)	Süstoolne vererõhk ≤95. protsentiili ja diastoolne vererõhk <90. protsentiili	≤140/<90

Tabel 2. Poiste vererõhu (RR) protsentiilid vastavalt vanusele ja pikkusele.

		SRR (mmHg) pikkuse pts							DRR (mmHg) pikkuse pts						
Vanus (a)	RR protsentiil	5.	10.	25.	50.	75.	90.	95.	5.	10.	25.	50.	75.	90.	95.
1	90.	94	95	97	99	100	102	103	49	50	51	52	53	53	54
	95.	98	99	101	103	104	106	106	54	54	55	56	57	58	58
	99.	105	106	108	110	112	113	114	61	62	63	64	65	66	66
2	90.	97	99	100	102	104	105	106	54	55	56	57	58	58	59
	95.	101	102	104	106	108	109	110	59	59	60	61	62	63	63
	99.	109	110	111	113	115	117	117	66	67	68	69	70	71	71
3	90.	100	101	103	105	107	108	109	59	59	60	61	62	63	63
	95.	104	105	107	109	110	112	113	63	63	64	65	66	67	67
	99.	111	112	114	116	118	119	120	71	71	72	73	74	75	75
4	90.	102	103	105	107	109	110	111	62	63	64	65	66	66	67
	95.	106	107	109	111	112	114	115	66	67	68	69	70	71	71
	99.	113	114	116	118	120	121	122	74	75	76	77	78	78	79
5	90.	104	105	106	108	110	111	112	65	66	67	68	69	69	70

1 Lurbe E, Agabiti-Rosei E, Cruickshank JK, Dominiczak A, Erdine S, Hirth A, et al. 2016 European Society of Hypertension guidelines for the management of high blood pressure in children and adolescents: Journal of Hypertension. 2016 Oct;34(10):1887–920.

	95.	108	109	110	112	114	115	116	69	70	71	72	73	74	74
	99.	115	116	118	120	121	123	123	77	78	79	80	81	81	82
6	90.	105	106	108	110	111	113	113	68	68	69	70	71	72	72
	95.	109	110	112	114	115	117	117	72	72	73	74	75	76	76
	99.	116	117	119	121	123	124	125	80	80	81	82	83	84	84
7	90.	106	107	109	111	113	114	115	70	70	71	72	73	74	74
	95.	110	111	113	115	117	118	119	74	74	75	76	77	78	78
	99.	117	118	120	122	124	125	126	82	82	83	84	85	86	86
8	90.	107	109	110	112	114	115	116	71	72	72	73	74	75	76
	95.	111	112	114	116	118	119	120	75	76	77	78	79	79	80
	99.	119	120	122	123	125	127	127	83	84	85	86	87	87	88
9	90.	109	110	112	114	115	117	118	72	73	74	75	76	76	77
	95.	113	114	116	118	119	121	121	76	77	78	79	80	81	81
	99.	120	121	123	125	127	128	129	84	85	86	87	88	88	89
10	90.	111	112	114	115	117	119	119	73	73	74	75	76	77	78
	95.	115	116	117	119	121	122	123	77	78	79	80	81	81	82
	99.	122	123	125	127	128	130	130	85	86	86	88	88	89	90
11	90.	113	114	115	117	119	120	121	74	74	75	76	77	78	78
	95.	117	118	119	121	123	124	125	78	78	79	80	81	82	82
	99.	124	125	127	129	130	132	132	86	86	87	88	89	90	90
12	90.	115	116	118	120	121	123	123	74	75	75	76	77	78	79
	95.	119	120	122	123	125	127	127	78	79	80	81	82	82	83
	99.	126	127	129	131	133	134	135	86	87	88	89	90	90	91
13	90.	117	118	120	122	124	125	126	75	75	76	77	78	79	79
	95.	121	122	124	126	128	129	130	79	79	80	81	82	83	83
	99.	128	130	131	133	135	136	137	87	87	88	89	90	91	91
14	90.	120	121	123	125	126	128	128	75	76	77	78	79	79	80
	95.	124	125	127	128	130	132	132	80	80	81	82	83	84	84
	99.	131	132	134	136	138	139	140	87	88	89	90	91	92	92
15	90.	122	124	125	127	129	130	131	76	77	78	79	80	80	81
	95.	126	127	129	131	133	134	135	81	81	82	83	84	85	85
	99.	134	135	136	138	140	142	142	88	89	90	91	92	93	93
16	90.	125	126	128	130	131	133	134	78	78	79	80	81	82	82
	95.	129	130	132	134	135	137	137	82	83	83	84	85	86	87
	99.	136	137	139	141	143	144	145	90	90	91	92	93	94	94
17	90.	127	128	130	132	134	135	136	80	80	81	82	83	84	84
	95.	131	132	134	136	138	139	140	84	85	86	87	87	88	89
	99.	139	140	141	143	145	146	147	92	93	93	94	95	96	97

Tabel 3. Tüdrukute vererõhu (VR) protsentiilid vastavalt vanusele ja pikkusele.

Vanus (a)	RR protsentiil	SRR (mmHg) pikkuse pts							DRR (mmHg) pikkuse pts						
		5.	10.	25.	50.	75.	90.	95.	5.	10.	25.	50.	75.	90.	95.
1	90.	97	97	98	100	101	102	103	52	53	53	54	55	55	56
	95.	100	101	102	104	105	106	107	56	57	57	58	59	59	60
	99.	108	108	109	111	112	113	114	64	64	65	65	66	67	67
2	90.	98	99	100	101	103	104	105	57	58	58	59	60	61	61
	95.	102	103	104	105	107	108	109	61	62	62	63	64	65	65
	99.	109	110	111	112	114	115	116	69	69	70	70	71	72	72
3	90.	100	100	102	103	104	106	106	61	62	62	63	64	64	65
	95.	104	104	105	107	108	109	110	65	66	66	67	68	68	69
	99.	111	111	113	114	115	116	117	73	73	74	74	75	76	76
4	90.	101	102	103	104	106	107	108	64	64	65	66	67	67	68
	95.	105	106	107	108	110	111	112	68	68	69	70	71	71	72
	99.	112	113	114	115	117	118	119	76	76	76	77	78	79	79
5	90.	103	103	105	106	107	109	109	66	67	67	68	69	69	70
	95.	107	107	108	110	111	112	113	70	71	71	72	73	73	74
	99.	114	114	116	117	118	120	120	78	78	79	79	80	81	81
6	90.	104	105	106	108	109	110	111	68	68	69	70	70	71	72
	95.	108	109	110	111	113	114	115	72	72	73	74	74	75	76
	99.	115	116	117	119	120	121	122	80	80	80	81	82	83	83
7	90.	106	107	108	109	111	112	113	69	70	70	71	72	72	73
	95.	110	111	112	113	115	116	116	73	74	74	75	76	76	77
	99.	117	118	119	120	122	123	124	81	81	82	82	83	84	84
8	90.	108	109	110	111	113	114	114	71	71	71	72	73	74	74
	95.	112	112	114	115	116	118	118	75	75	75	76	77	78	78
	99.	119	120	121	122	123	125	125	82	82	83	83	84	85	86
9	90.	110	110	112	113	114	116	116	72	72	72	73	74	75	75
	95.	114	114	115	117	118	119	120	76	76	76	77	78	79	79
	99.	121	121	123	124	125	127	127	83	83	84	84	85	86	87
10	90.	112	112	114	115	116	118	118	73	73	73	74	75	76	76
	95.	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80	80
	99.	123	123	125	126	127	129	129	84	84	85	86	86	87	88
11	90.	114	114	116	117	118	119	120	74	74	74	75	76	77	77
	95.	118	118	119	121	122	123	124	78	78	78	79	80	81	81
	99.	125	125	126	128	129	130	131	85	85	86	87	87	88	89
12	90.	116	116	117	119	120	121	122	75	75	75	76	77	78	78

	95.	119	120	121	123	124	125	126	79	79	79	80	81	82	82
	99.	127	127	128	130	131	132	133	86	86	87	88	88	89	90
13	90.	117	118	119	121	122	123	124	76	76	76	77	78	79	79
	95.	121	122	123	124	126	127	128	80	80	80	81	82	83	83
	99.	128	129	130	132	133	134	135	87	87	88	89	89	90	91
14	90.	119	120	121	122	124	125	125	77	77	77	78	79	80	80
	95.	123	123	125	126	127	129	129	81	81	81	82	83	84	84
	99.	130	131	132	133	135	136	136	88	88	89	90	90	91	92
15	90.	120	121	122	123	125	126	127	78	78	78	79	80	81	81
	95.	124	125	126	127	129	130	131	82	82	82	83	84	85	85
	99.	131	132	133	134	136	137	138	89	89	90	91	91	92	93
16	90.	121	122	123	124	126	127	128	78	78	79	80	81	81	82
	95.	125	126	127	128	130	131	132	82	82	83	84	85	85	86
	99.	132	133	134	135	137	138	139	90	90	90	91	92	93	93
17	90.	122	122	123	125	126	127	128	78	79	79	80	81	81	82
	95.	125	126	127	129	130	131	132	82	83	83	84	85	85	86
	99.	133	133	134	136	137	138	139	90	90	91	91	92	93	93

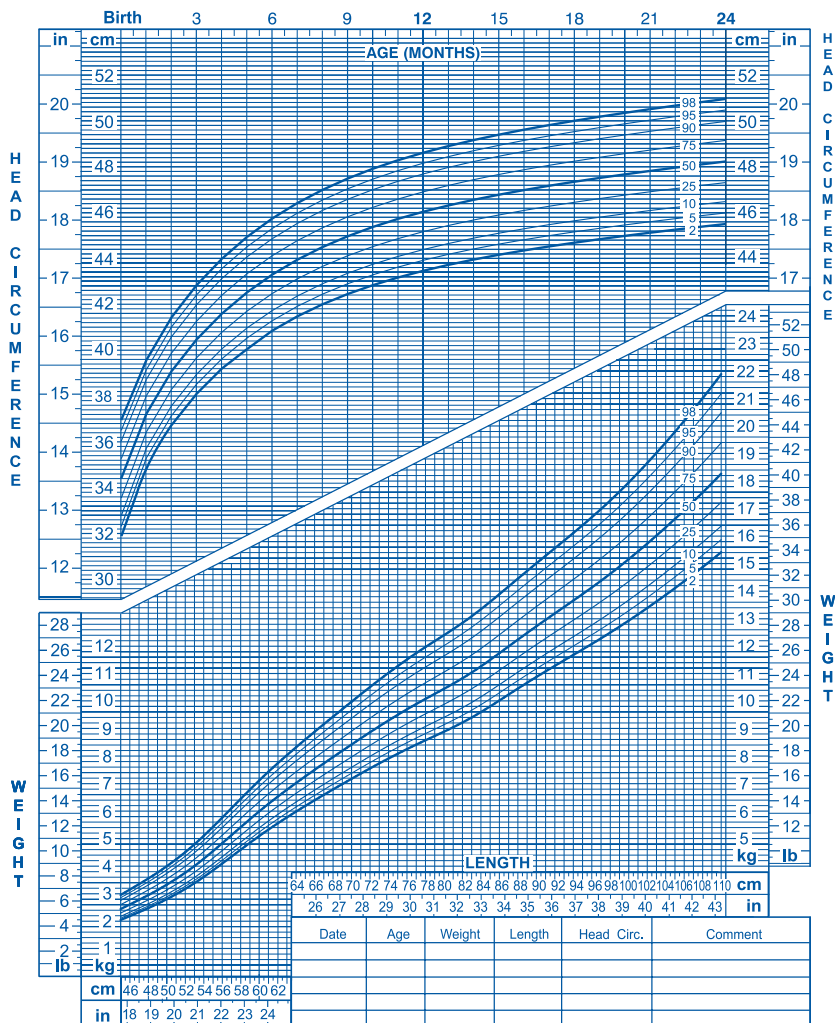
Lisa 3. Laste hingamissageduse ja südame löögisageduse normid vanuse järgi²

Vanus	Hingamissagedus	Südame löögisagedus
	Mediaan (1.–99. pts)	Mediaan (1.–99. pts)
0 kuni 3 kuud	43 (25–66)	143 (107–181); ajaline vastsündinu sünnil 127 (90–164)
3 kuni 6 kuud	41 (24–64)	140 (104–175)
6 kuni 9 kuud	39 (23–61)	134 (98–168)
9 kuni 12 kuud	37 (22–58)	128 (93–161)
12 kuni 18 kuud	35 (21–53)	123 (88–156)
18 kuni 24 kuud	31 (19–46)	116 (82–149)
2 kuni 3 aastat	28 (18–38)	110 (76–142)
3 kuni 4 aastat	25 (17–33)	104 (70–136)
4 kuni 6 aastat	23 (17–29)	98 (65–131)
6 kuni 8 aastat	21 (16–27)	91 (59–123)
8 kuni 12 aastat	19 (14–25)	84 (52–115)
12 kuni 15 aastat	18 (12–23)	78 (47–108)
15 kuni 18 aastat	16 (11–22)	73 (43–104)

² (UpToDate, Fleming jt, 2011)

Lisa 4. Kaalu- ja kasvukõverad³

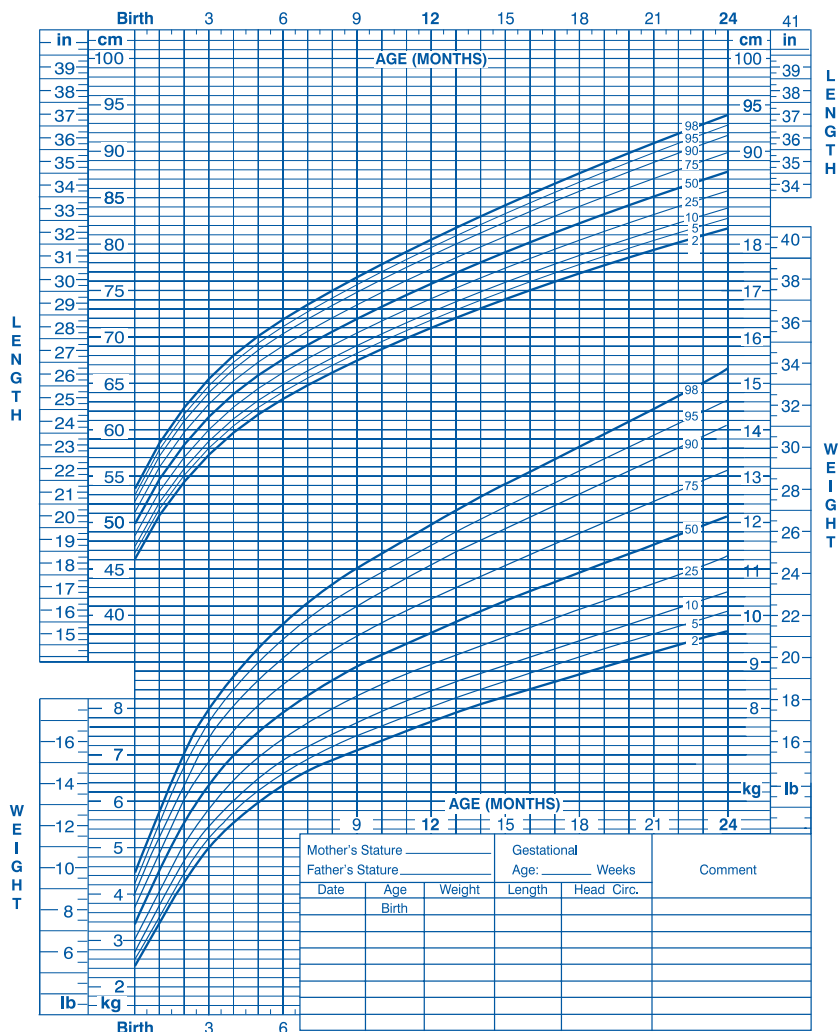
Lisa 4.1 Poisslaste 0-2 aastat kehamassi- ja kasvukõverad, koos peaümberrõõduga



Published by the Centers for Disease Control and Prevention, November 1, 2009
SOURCE: WHO Child Growth Standards (<http://www.who.int/childgrowth/en>)



Lisa 4.2 Poisslaste 2–18 aastat kehamassi- ja kasvukõverad

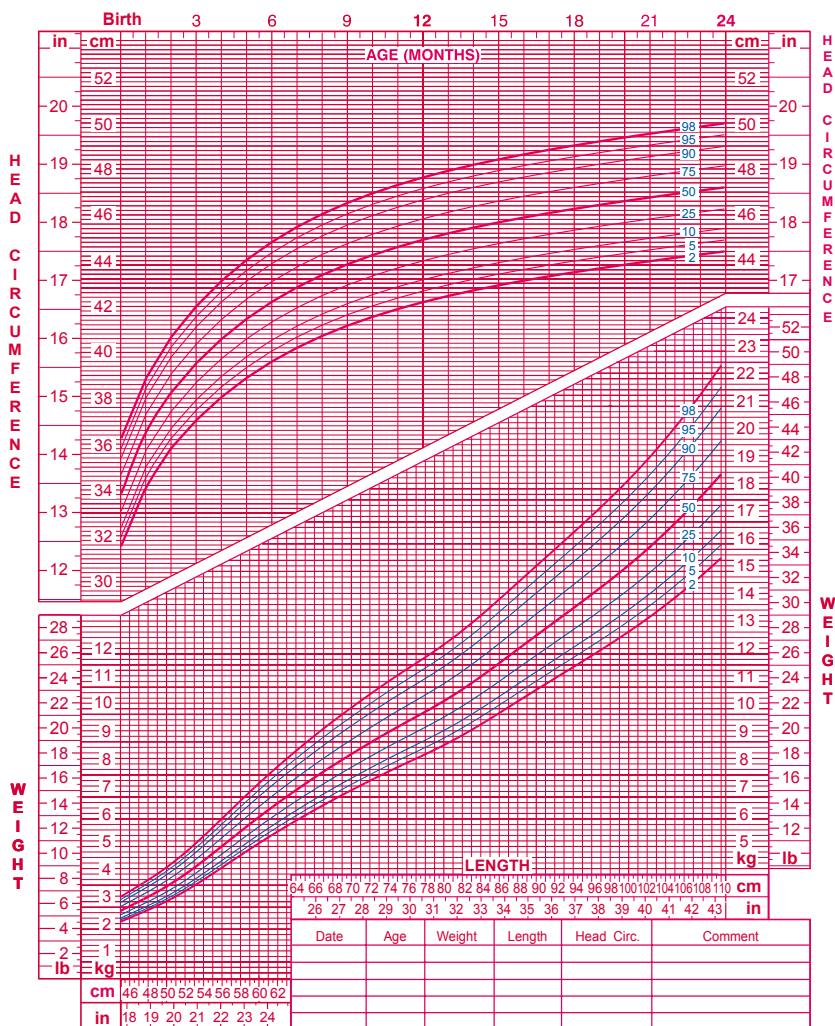


Published by the Centers for Disease Control and Prevention, November 1, 2009
SOURCE: WHO Child Growth Standards (<http://www.who.int/childgrowth/en>)

SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™



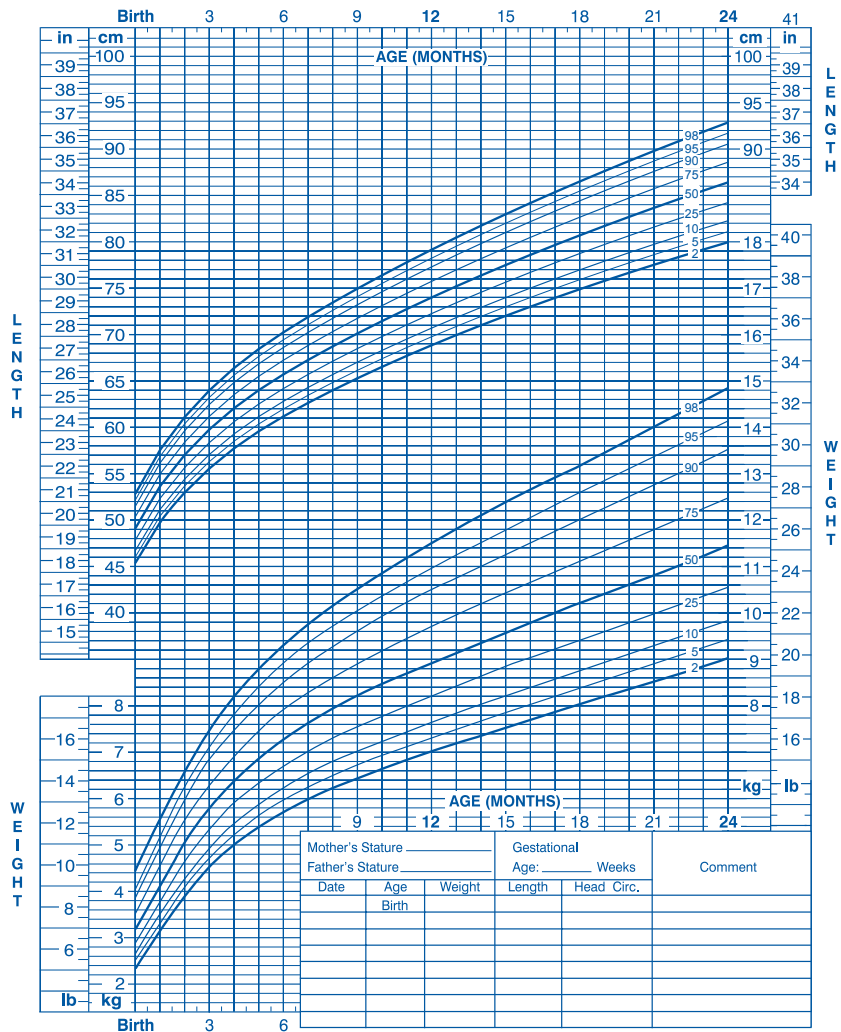
Lisa 4.3 Tütarlaste 0-2 aastat kehamassi- ja kasvukõverad, sh pea ümbermõõt



Published by the Centers for Disease Control and Prevention, November 1, 2009
SOURCE: WHO Child Growth Standards (<http://www.who.int/childgrowth/en>)



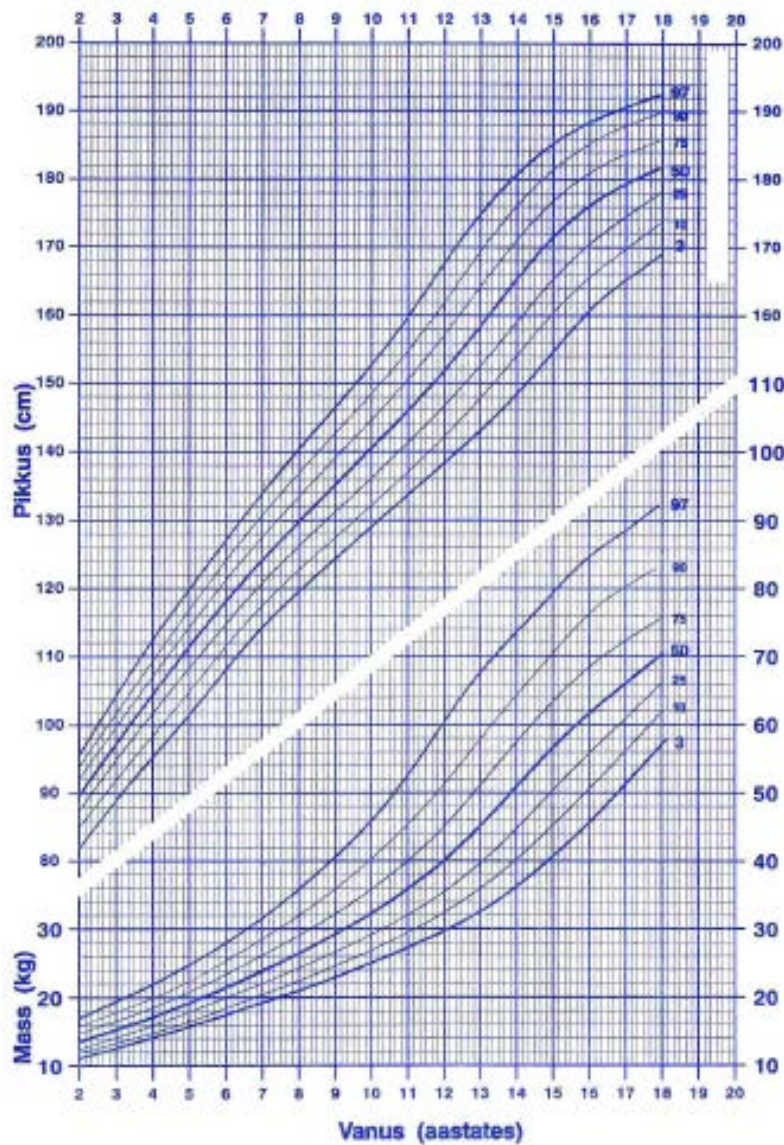
Lisa 4.4 Tütarlaste 2-18 aastat kehamassi- ja kasvukõverad



Published by the Centers for Disease Control and Prevention, November 1, 2009
SOURCE: WHO Child Growth Standards (<http://www.who.int/childgrowth/en>)

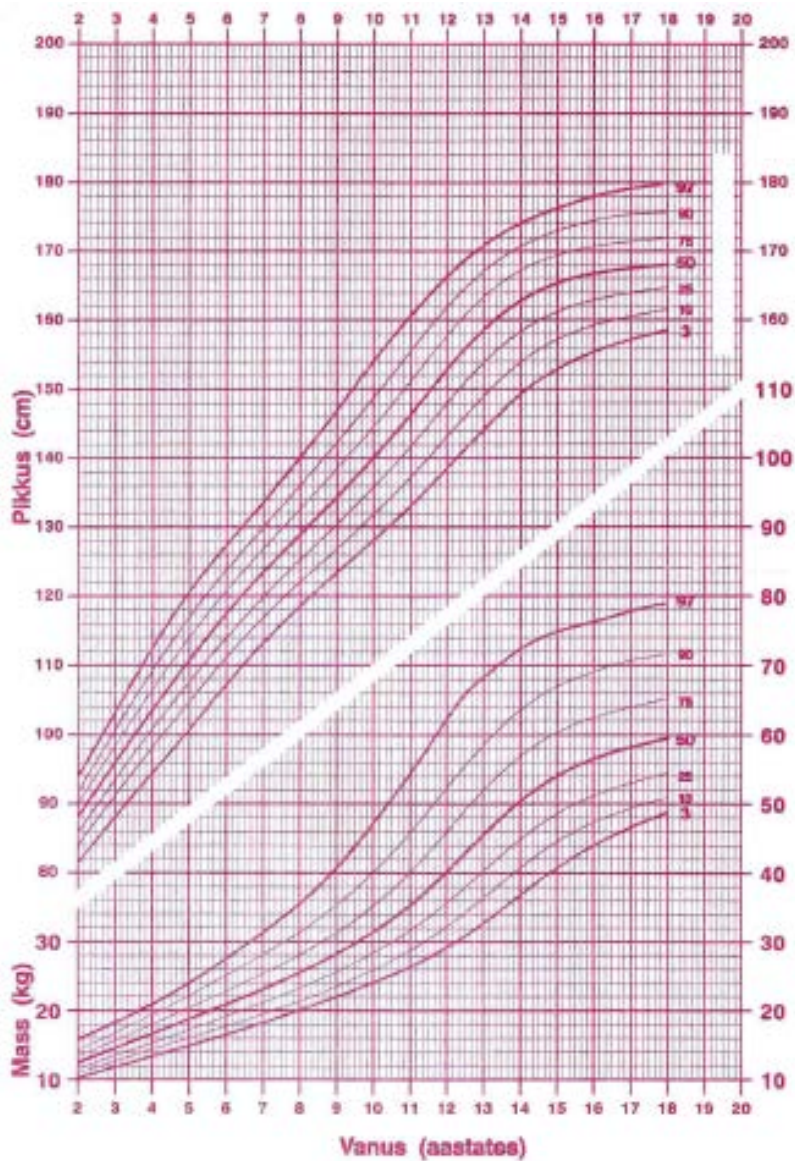


Lisa 4.5 Poisslaste 2–18-aastat kehamassi- ja kasvukõverad⁴



4 Grünberg H, Adojaan B, Thetloff M. Kasvamine ja kasvuhäired: metoodiline juhend laste füüsilise arengu hindamiseks. Tartu: Tartu Ülikool, 1998

Lisa 4.6 Tütarlaste 2–18-aastat kehamassi- ja kasvukõverad⁵



⁵ Grünberg H, Adojaan B, Thetloff M. Kasvamine ja kasvuhäired: metoodiline juhend laste füüsilise arengu hindamiseks. Tartu: Tartu Ülikool, 1998

Lisa 5. Imiku lisatoit

Koostajad: Oivi Uiibo^{1, 2}, Heli Grünberg^{1, 2}, Reet Raukas³, Tiia Voor^{1, 2} – ¹ Tartu Ülikooli lastekliinik, ² Tartu Ülikooli Kliinikumi lastekliinik, ³ Ida-Tallinna Keskhaigla

Mis on lisatoit ja kuidas seda pakkuda?

Rinnapiim katab lapse vee ja kõikide toitainete vajaduse kuni lapse 6-kuuseks saamiseni. Rinnapiim või piimasegu jäävad lapse põhitoiduks esimese eluaasta lõpuni.

Teisel elupoolaastal, alates 6 kuu vanusest, muutub laps füüsiliselt oluliselt aktiivsemaks ja suureneb tema energia- ja toitainevajadus, mistõttu vajab ta kindlasti lisaks rinnapiimale või piimasegule lisatoitu.

Lisatoit on toit ja jook, mida antakse lapsele rinnapiimale või piimasegule juurde.

Ka tee ja mahl on lisatoidud. Lisatoiduga alustamise aeg on erakordne ajajärk lapse arengus. Seni vaid üht või kaht (rinnapiima ja/või piimasegu) maitset tundnud beebi hakkab kogema uusi maitseid ja lõhnu, toidu erinevat konsistentsi ja erinevaid söömisvõimalusi. Lapsevanematel tuleb lapsele uusi toite pakkudes kannatlikku meelt varuda. Just sel ajal saab alguse inimese suhtumine toitu ja söömisse – aluse saavad edasise elu toitumisharjumused.

Lisatoiduga peaks alustama lapse 6. elukuul. Esimene lisatoit võiks olla köögi-viljapüree. Tuginedes Euroopa Lastegastroenteroloogia, Hepatoloogia ja Toitmise Ühingu (ESPGHAN) 2017. aastal avaldatud imikute toitmise juhiste, võib vajadusel alustada imikutele kõige varem lisatoidu pakkumist 4 kuu vanuses.

- Lisatoidu alustamist soovitab tervishoiutöötaja.
- Lisatoitu võiks esimest korda pakkuda siis, kui laps on terve.
- Iga uut lisatoitu on soovitatav lapsele anda ennelõunasel ajal. Kuna uus toit võib tekitada vaevusi või allergilist reaktsiooni, on oluline last hoolikalt jälgida. Öösel on see raskem, seetõttu ei sobi uut toitu anda õhtul. Sagedamini võivad vaevused ilmned 15–30 minuti jooksul pärast söömist, kuid ka alles 24–72 tunni pärast.
- Lisatoitu on sobiv lapsele anda alati enne rinnapiima või piimasegu. Muidu võib laps näljasena kõhu piimast täis süüa ning seejärel lisatoidust keelduda. Nii jäävad vajalikud toitained lapsel saamata.

- Korraga pakutakse üht ja ühest komponendist koosnevat uut lisatoitu, soovitatavalt kahe-kolme päeva vältel. Nii sobib lisatoiduga alustamiseks näiteks vaid kartulist valmistatud püree, mitte aga kartuli-lillkapsapüree või kartuliporgandipüree, rääkimata kartuli-porgandi-lillkapsapüree. Kui lapsel vaevusi ei teki, võib talle järgmiste päevade jooksul lisaks juba proovitud toidule pakkuda järgmist uut toitu.
- Iga uue lisatoidu pakkumist tuleb alati alustada väikesest, poole teelusikatäie suuruselt kogusest, suurendades edaspidi järk-järgult toidukogust.
- Lisatoidukordi on alguses üks, edaspidi kaks kuni kolm päevas (vt tabel 1).
- Kõiki lisatoite pakutakse lusikast ja tassist, mitte lutipudelist. Kui laps saab lisatoidu lutipudelist, võib edaspidi tema tassist ja lusikast sööma õpetamine olla keerukas. Imiku toitmiseks sobivad hästi väikesed ja kerged lusikad. 8–9-kuusele lapsele võib anda pihku juba oma lusika. Nii õpib ta lusikat käes hoidma ning sellega ka ise toitu võtma. Last võiks ise sööma õpetada ja julgustada alates 2. elupoolaastast.
- 8–9 kuu vanust last võiks õpetada jooma tassist, nii et see on tema enda käes. Mõnele lapsele meeldib juua tilaga tassist, mõned eelistavad aga täiesti tavalist tassi. Tass peab olema käepärane ja kerge. Kui laps saab tassist joomisega kenasti hakkama, pole piimasegu sööval imikul lutipudelit enam vaja. Mida kauem lutipudelist toidetakse, seda raskemini laps hiljem sellest loobub.
- Esimene lisatoit võiks olla köögiviljapüree. Esimesteks lisatoidudeks ei soovitata valida puuvilja- või marjapüreed. Kuna magus maitseb beebile hästi, võib ta seejärel pakutud köögiviljadest ja putrudest keelduda.
- Lisatoidule ei sobi lisada soola, suhkrut, äädikat, pipart, vürtse ega teisi maitseaineid. Kui laps sööb teiste pereliikmetega sama toitu, tuleb enne toidu maitsestamist lapse toidukogus eraldada.
- Toit peaks olema mitmekesine ja toitainerikas, et katta imiku vajadused. Ühekülgse toidu abil see ei õnnestu.
- Toit peaks olema beebile konsistentsilt sobiv. Esimene lisatoit peaks olema vedel. Õige paksuse saab, kui ühele teelusikatäiele köögiviljapüreele segada lisaks kolm-neli teelusikatäit väljalüpsitud rinnapiima, köögiviljade keedu-leent, vett või piimasegu. Rinnapiim on selleks eriti sobilik, sest selle maitse on lapsele juba tuttav. Kui laps neelab sellist toitu kergesti, võib edaspidi järjest paksemat püreed teha. Seni kuni lapsel ei ole veel hambaid, sobib toiduks kas mikseriga püreeritud või läbi peene sõela pressitud toit.

Kui imikul on vaid lõikehambad, oskab ta toitu küll hammustada, kuid ei ole võimeline seda närima. Kurkutõmbamise ohu tõttu tasub sel perioodil lapse käeulatuses eemal hoida näiteks värske köögivilja viilud, viinamarjad, terved marjad, rosinad, pähklikid, ka lihatükid. Kui lapsel on lõikunud ka purihambad, saab ta hakata toitu närima ning söögis võib olla juba väikesi tükikesi. Siis on sobiv aeg hakata toitu peenestama kahvliga.

- Umbes 9–10 kuu vanuselt hakkavad lapsed haarama ja pihus hoidma väikesi esemeid, seega oskavad nad hoida peos ka väikesi toidupalasid. Siis on sobiv aeg pakkuda sõrmede abil söödavat toitu, näiteks leivatükke, pehmeks keedetud köögiviljatükke (näiteks porgand või kartul), eelnevalt pestud ja kooritud puuviljalõike (näiteks õun, pirn), riisiküpsiseid või ka peenikesi juustukange. Ent seda võib teha ikka alles siis, kui laps oskab tõesti juba närida.
- Janu kustutamiseks sobib puhas gaseerimata vesi, mitte jogurt, piim, mahla- tooted (näiteks nektarid, mahlajoogid, mahlad) ega gaseeritud karastusjoogid. Gaseeritud karastusjoogid on magusad ning tekitavad seetõttu isutust. Pealegi võivad gaasid lapsele põhjustada vaevusi, nagu kõhuvalu, kõhupuhitus ja toidu tagasiheide.
- Peretoitu sobib beebile pakkuda alates 11–12 kuu vanusest. Lehmapiima hakatakse lapsele toidu kõrvale joogina andma 2. eluaastal.

Kui palju lisatoitu imikule pakkuda?

Lisatoidu pakkumist tuleks alustada pooltest teelusikatäiest. Kui laps selle ära sööb ning tal ei teki järgneva ööpäeva jooksul vaevusi, võib järgmisel päeval sama toitu pakkuda juba üks-kaks teelusikatäit ning edaspidi toidukogust ettevaatlikult suurendada (vt tabel 1). Rinnapiima sööb laps lisatoidule juurde vastavalt oma soovile.

Tabel 1. Lisatoidu soovitatavad kogused 6–12 kuu vanusele imikule

Lapse vanus kuudes	Lisatoidu kogus päevas grammides	Lisatoidu pakkumise kordade arv päevas
6	50–100	1–2
7	100–150	2
8	200	2–3
9	250	3
10	300	3
11	350–400	3
12	400–500	3

Mis on oluline lapse toitumisharjumuste kujunemisel?

Toitumisharjumuste kujunemine, seega suhtumine söömisesse ja toitu, saab alguse imikueas. Lapsevanematel on kõige olulisem osa selles. Seetõttu on vägagi tähtis, kuidas lapsevanemad ja ka teised lapse eest hoolitsejad käituvad ise nii lapse toitmise kui ka enda söögiaegade ajal. Märkamatu jälgivad lapsed oma vanemate käitumist ning mõne aja pärast püüavad ise ka seda matkida, pidades seda usaldavalt ainuõigeks tegevuseks.

- Last on sobilik toita rahulikus õhkkonnas, kannatlikult ja kiirustamata. Julgustame lapsevanemaid jääma kannatlikuks ka siis, kui laps maitstvast toidust keeldub. Kõik imikud ei harju uue maitsega kohe, sageli kulub selleks 10–15 maitsmiskorda.
- Oluline on pühendumine lapse toitmisele. Toidukordade ajal tuleb tegelda tõesti vaid lapse söötmisega. Ka lapsel ei ole hea söömise ajal teiste asjadega tegelda. Nii ei ole soovitatav söömise ajal näiteks lapsele raamatu näitamine või ka mänguasjadega tähelepanu hajutamine. Laps tajub kindlasti ära, kuidas söötja tema toitmisse suhtub, ja sellest jääb talle arusaam, kuidas söömise ajal käitutakse.
- Lapsel peavad olema lisaks oma söögikohale ka kindlad söömisajad. See on oluline edasiste toitumisharjumuste kujunemisel.
- Last tuleks toita ilusti kaetud laua taga kenadest lastepärastest lauanõudest. Nii hakkab laps suhtuma söömisesse kui mitte ainult vajalikku, vaid ka nauditavasse tegevusse. Ka võiks pere ühised söögiajad sättida lapse söögiaegadega samaks ning einestada kõik koos. See loob mõnusa õhkkonna ja jätab lapsele mulje, et koos söömine on pere jaoks oluline sündmus.
- Last ei ole õige sööma sundida. Laps hakkab sel juhul söömist ja toitu seostama ebameeldiva või isegi hirmutundega ning sellest võivad alguse saada trots ja vastumeelsus toidu suhtes, isegi tõsised toitumisprobleemid. Pea ärapööramise või lusika eemaletõukamisega näitab beebi, et ta kõht on täis, ta ei soovi rohkem süüa või et toit ei maitse talle. Ka võib ta hoopiski keelduda suud avamast või muutuda rahutuks. Kui laps keeldub uuest toidust, soovitame seda paari päeva möödudes järjekindlalt, kuid ikkagi vaid poole teelusikatäie kaupa uuesti ja uuesti pakkuda. Uut toitu võib segada ka rinnapiimaga, piimaseguga või muu lapsele juba tuttava toidu või joogiga. Kui toidust keeldumine muutub sagedaseks või on lisandunud ka muid probleeme (näiteks kõhulahtisus, oksendamine, nahalööve), peab nõu pidama perearstiga.

Milliseid lisatoite imikule pakkuda?

- **Köögiviljapüree**

Soovitame imikule lisatoidu pakkumist alustada vaid ühest köögiviljast valmistatud püreega. Õige on lisatoidu pakkumise alguses köögiviljapüreed ise keeta. Kui laps on kahe-kolme köögivilja maitsega juba harjunud, võib püreele lisada võid või toiduõli ja ka liha. Köögiviljadest sobib alustuseks hästi kartuli- või lillkapsapüree, millele võib edaspidi ühekaupa, kahe-kolme päevase proovimisperioodi järel lisada teisi köögivilju, nagu näiteks porgandit, kõrvitsat, isegi sibulat. Kõigepealt tuleb köögivili korralikult puhastada, pesta ja tükeldada ning keeta pehmeks juba eelnevalt keemäläinud vees, kindlasti ilma soolata. Kuna osa toitaineid läheb köögiviljade keemisel vette, on soovitatav köögivilju keeta võimalikult väheses vees. Soovitatavalt võiks valmistamisel eelistada ka köögiviljade aurutamist ning ahjus omas mahlas hautamist.

Pikka aega kõrgel temperatuuril keedetud ja ka korduvalt ülessoojendatud pürees väheneb vitamiinide ja mineraalainete sisaldus. Seetõttu tuleb köögiviljad keeta pehmeks võimalikult lühikese ajaga ning vältida sama püree korduvat ülessoojendamist. Keedetud ja peenestatud köögiviljale võib sobiva konsistentsi saamiseks lisada rinnapiima, köögiviljade keetmisvett või imiku piimasegu. Köögiviljapüree maitsestamiseks võib soola asemel lisada maitserohelist. Teisel elupoolaastal võib püreele maitseks lisada pisut lehmapiima.

Püree antakse lapsele soojalt, siis on selle seedimine parem ning kindlasti on see ka palju maitavam kui külm püree. Kuigi värskest keedetud köögivili on kõige maitavam ja ka toitainerikkam, nõuab iga päev selle keetmine lapsevanemalt aega. Kui on vaja mitmeks päevaks toit valmis keeta, tuleb köögiviljapüreed säilitada sügavkülmkapis, soovitatavalt sobivate portsjonitena külmutatult. Korraga soojendatakse üheks toidukorraks vajalik ports. Järelejäanud toitu uuesti ei külmutata ega soojendata. Nii +40 C külmkapis kui ka sügavkülmkapis säilitatavale köögiviljapüreele ei ole õige enne külmutamist lisada rasvainet ega liha. Rasvad võivad külmutamisel rääsuda. Nii või, õli kui ka liha lisatakse püreele vahetult enne lapsele andmist.

Kuna spinat, peet ja hiina kapsas sisaldavad teistest köögiviljadest rohkem nitraate, võiks neid hakata pakkuma alles esimese eluaasta lõpus. Kindlasti ei sobi need alla kuuekuuse beebi toiduks, sest looduslikud nitraadid muutuvad organismis nitrititeks, mis seovad veres olevat rauda. Seega võib lapsel häiruda hapniku transport kudedesse.

- **Teraviljapuder**

Putru võiks imikule pakkuda siis, kui ta on köögiviljapüreed juba paari nädala vältel söönud. Putrudest sobib alustada ühest teraviljast koosneva pudruga, sobilikud on näiteks kaer, hirss, tatar, mais, riis. Neljavilja- või viieviljaputru ei ole soovitatav esimese pudruna anda, sest see koosneb mitmest teraviljast.

Tangainete asemel võib kasutada ka helbeid, mille keetmiseks kulub vaid mõni minut. Puder pakseneb jahtumisel, mistõttu tuleb beebile keeta vedelam puder kui teistele pereliikmetele.

Imiku puder keedetakse veega, kuid sobiva konsistentsi saamiseks ja ka maitseks võib valmis pudrule lisada rinnapiima või piimasegu. Kuna piimasegu ei ole ette nähtud keetmiseks, tuleb see lisada valmis pudrule, keetmise lõpus. Võid ja väikese koguse lehmapiima võib pudrule lisada lapse teisel elupoolaastal. Maitseks ja vahelduseks sobivad pudrulisandina ka erinevatest puuviljadest ja marjadest valmistatud püreed.

- **Liha, maks ja kala**

Liha vajab laps kindlasti alates kuue kuu vanusest. Seejuures tuleb ka liha alguses pakkuda vaid teelusikaotsatäis. Liha on tähtis valgullikas, sisaldades väga vajalikke asendamatu aminosahappeid ja arahhidoonhapet, mida organism ise ei tooda ja mis on vajalikud imiku aju arenguks. Liha on ka väga tähtis rauallikas, sest selles sisalduvat rauda omastab organism oluliselt paremini kui taimset päritolu toidus olevat rauda. Kuigi lapsele on soovitatav anda erinevaid lihasorte vaheldumisi, on eelistatud ja täisväärtuslikum punane tailiha. Lapsele on sobivad nii veise- ja vasikaliha kui ka sea-, kana- ja lambaliha.

Alates kuue kuu vanusest vajab laps liha iga päev. Kui menüüsse lisandub kala või muna, võib mõnel päeval liha nendega asendada. Edaspidi vajab imik päevas umbes üks-kaks supilusikatäit liha, mille võib lisada köögiviljapüreele. Paari esimese lisatoidukuu jooksul on kindlasti vaja liha hoolikalt peenestada kas pareerides või mitu korda läbi hakklihamasina ajades.

Hakkliha on soovitatav valmistada tailihast ise, sest poes müüdav liha sisaldab beebi jaoks liiga palju rasva. Kuna liha keetmine on aeganõudev tegevus, võib selle valmistada mitme päeva tarvis, seejärel jahutada, päevase koguse kaupa pakendada ning säilitada sügavkülmkapis.

Eelistada tuleks lapsele ise värskest lihast valmistatud roogade pakkumist. Valmis-lihatooted (näit keeduvorst, viinerid, frikadellid jne) ei ole imikule sobiv toit.

Maksa on beebile sobilik pakkuma hakata alates üheksa kuu vanusest. Maks sisaldab palju rauda, samuti B-vitamiini, D-vitamiini ning rohkelt A-vitamiini. Just A-vitamiini kõrge sisalduse tõttu ei ole soovitatav seda süüa iga päev. Imikule on sobilik anda üks-kaks supilusikatäit maksapüreed ühel-kahel korral kuus. Kuna maksal on tugev maitse, võib selle segada ka mahedamaitselise köögiviljapüree hulka.

Kala võib imikule pakkuda samuti alates kuue kuu vanusest, kui talle on juba liha pakutud, alguses väheses koguses, sagedusega kord nädalas. Imiku toiduks sobib kalafilee, eelistama peaks kalakasvatusest või saastamata siseveekogudest püütud valge lihaga kala.

- **Toidurasvad**

Rasvu lapse toitmisel vältima ei pea, sest just need on vajalikud eelkõige lapse kiireks kasvamiseks ning aju ja närvisüsteemi arenguks. Laps võiks saada erinevaid toidurasvu. Toidule võiks lisada vaheldumisi nii loomsest kui ka taimsest allikast pärit rasvu: võid ja toiduõli.

Ühele, umbes 100–150-grammisele teraviljapudru- või köögiviljapüreeportsjonile võib lisada vahetult enne lapsele pakkumist umbes ühe teelusikatäie võid või toiduõli. See tõstab ka toiduportsjoni energiasisaldust, mis on eriti sobiv isutute ja väikese kaaluüibega laste toitmisel. Lastele pole soovitatav pakkuda võiderasvu, näiteks margariini, rasvavõideid, rasvasegusid. Rasvadega ei tohi aga liialdada. Just sellele võib viidata lapse kõhulahtisus.

- **Puuviljad ja marjad**

Puuvilju ja marju sobib imikule pakkuda püreeks keedetuna alates kuue kuu vanusest, kuid mitte esimese lisatoiduna. Esimese eluaasta lõpus, mil laps oskab korralikult närida, võib neid talle anda ka kuumtöötlemata kujul. Eelistada võiks kodumaiseid marju ja puuvilju. Imikule sobivad hästi vaarikad, mustikad, pohlad, jõhvikad, murakad, õunad, pirnid, ploomid, kreegid, punased ja valged sõstrad, tikrid. Sobivad ka virsikud ja aprikoosid. Enne lapsele andmist peab puuviljadest eemaldama kivid. Kuna banaan sisaldab võrreldes teiste puuviljadega rohkem nitraate, võib banaani lapsele pakkuma hakata alles teisel eluaastal. Mahla võib pakkuda vaid toidu kõrvale siis, kui laps oskab juba tassist juua, s.t kaheksa-üheksa kuu vanuses. Kui laps saab puuviljapüreed, siis saab ta mineraalained ja vitamiinid sealt ning mahla iga päev anda ei ole vaja. Lapsele mahlatoodete valimisel eelistada täismahla, mitte mahlajooki ega nektarit, kuna nende suhkrusisaldus on kõrge. Imikule sobivad punasesõstra-, jõhvika- ja pohlamahl, kindlasti aga veega lahjendatuna. Tuleb pidada meeles, et liigne mahlakogus võib olla imiku ja väikelapse isutuse põhjus. Viljalihaga mahl ehk mehu on eelistatud lapse kõhukinnisuse puhul.

Janu kustutamiseks sobib imikule vesi.

- **Muna**

Korralikult keedetud munakollast võib pakkuda lapsele alates poole aasta vanusest, kui talle on eelnevalt juba pakutud liha. Selle võib segada kas köögiviljapüree või pudru sisse. Kui lapsel ei teki allergianähte, näiteks nahalöövet, võib imikule anda veerand muna, paar korda nädalas. Kui munakollane allergianähte ei tekita, siis võib pakkuda keedetud täismuna, see tähendab nii munakollast kui ka munavalget. Samal toidukorral ei ole sobiv lapsele pakkuda nii muna kui ka liha. Põhjuseks on mõlema toiduaine kõrge valgusisaldus. Salmonelloosiohu tõttu ei tohi lapsele anda toorest muna.

- **Jogurt, keefir, hapupiim, hapukoor**

Hapendatud piimatooted sisaldavad organismile kasulikke piimhappebaktereid laktobatsille ja bifidobaktereid. Jogurt seedub piimaga võrreldes kergemini. Hapendatud piimatooteid võib hakata imikule pakkuma alates üheksa kuu vanusest.

Hapendatud piimatoodetest sobib alustada maitsestamata jogurtiga, millele saab lisada näiteks juba lapsele tuttava maitsega puuvilja- või marjapüreed. Kui lapsele ei maitse keefir, võib ka selle maitset mahla või püreega meeldivamaks muuta. Jogurtit ja keefrit võib pakkuda vaid toidu kõrvale, mitte toidukordade vahel või öösiti lutipudelist, et vältida kaariest ja isutust. Dieetjogurtid ja laktoosivaba piim tervele lapsele ei sobi.

- **Kohupiim, kodujuust, juust**

Neid piimatooteid võib imikule hakata pakkuma alates üheksa kuu vanusest ja nende kogus ei tohiks ületada 50 grammi päevas. Kuigi need piimatooted sisaldavad kõrge bioväärtusega valke, ei ole kõrge valgusisalduse tõttu soovitatav etteantud kogust ületada. Lapsed söövad meeleldi magusaid kohupiimakreeme. Seetõttu võib juhtuda, et laps sööb hea meelega ja suurepärase isuga isegi mitu topsi kohupiimakreemi päevas, keeldudes muust toidust. Magus kohupiim jäägu magustoiduks, mitte põhitoitu rolli.

- **Piim**

Lehmapiima võib hakata lapsele joogiks pakkuma alates aasta vanusest. Kui laps saab veel rinnapiima või piimasegu, puudub vajadus talle lehmapiima pakkuda. Teisel eluaastal ei ole piimasegudel eelist lehmapiima ees.

Väheses koguses võib piima kasutada vähemalt kuuekuuseks saanud lapse toidu maitsestamiseks (näiteks pudru või köögiviljapüree sisse segatuna).

Millised toidud ja joogid imikule ei sobi?

Alla ühe aasta vanusele lapsele ei sobi:

- Teravamaitselised, suitsutatud, praetud, lõkkel grillitud, soolased ja konservi-dest valmistatud toidud ja tooted;
- Toores või termiliselt vähemtöödeldud liha, kala, kana ja muu linnuliha, muna, maks;
- Tavapärasega võrreldes vähendatud rasvasusega või rasvavabad piimatooted;
- Kunstlikke lisaaineid (sh magusaineid) sisaldavad tooted;
- Kommid ja muud maiustused, mesi, halvaa, kakao, šokolaad, tsitruselised;
- Tee, kohv, karastus- ja energiajoogid, gaseeritud joogid.

Nõuanded imikule toidu valimisel:

- Eelistada töötlemata või vähemtöödeldud toite;
- Pöörata tähelepanu toidupakendite märgistusele;
- Pakkuda lapsele tasakaalustatud ja mitmekülgset toitu.

Kasutatud kirjandus

Benninga MA jt. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterol* 2016; 150: 1443-1455.

Fewtrell M jt. Complementary feeding: a position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2017; 64: 119-132.

Tack J jt. What's new in Rome IV ? *Neurogastroenterol Motil* 2017; DOI: 10.1111/nmo.13053.

Uibo O, Grünberg H, Raukas R, Voor T. Imiku toit ja toitumine. Juhised lapsevanematele. Eesti Lastearstide Selts. Eesti Haigekassa 2012; 1-40.

Lisa 6. Hüperbilirubineemia vastsündinuas

Vastsündinu hüperbilirubineemia saab jagada füsioloogiliseks ja patoloogiliseks ning tegemist võib olla nii konjugeerimata, konjugeeritud kui ka segavormi hüperbilirubineemiaga.

Hüperbilirubineemia liigid (1)

- Füsioloogiline – tingitud neonataalse hemoglobiini lühemast elueast, bilirubiini suurenenud enterohepaatilisest tsirkulatsioonist, maksa konjugatsioonivõime ebaküpsusest. Bilirubiini väärtus võib suurene da 3.–4. elupäevaks kuni 310 $\mu\text{mol/l}$.
- Rinnaga toitmise st tingitud – esineb kuuendikul rinnaga toitmise l olevatest lastest, avaldub esimese elunädala jooksul, põhjustatud bilirubiini suurenenud enterohepaatilisest tsirkulatsioonist nendel lastel, kelle söödud rinnapiimakogused on liiga väikesed. Vastsündinu kaalukadu ei tohi olla suurem kui 10% sünnikaalust.
- Rinnapiimast tingitud – tekib üldiselt 5.–7. elupäeval ja jõuab bilirubiini maksimumväärtuseni 2. elunädalaks; on tingitud rinnapiima suuremast β -glükuronidaasi sisaldusest, mis soodustab bilirubiini reabsorptsiooni seedetraktist.
- Patoloogiline – tingitud hemolüüsist või muudest haigusseisunditest.

Patoloogiline hüperbilirubineemia (1)

- Ikterus tekib esimese 24 tunni jooksul, pärast 1. elunädalat või kestab üle 2 nädala.
- Seerumi bilirubiini väärtuse suurenemise kiirus on üle 85 $\mu\text{mol/l}$ päevas või üle 3,4 $\mu\text{mol/l}$ tunnis.
- Seerumi üldbilirubiini väärtus on üle 310 $\mu\text{mol/l}$.
- Esinevad kaasuvad muud haigustunnused või lapse üldseisund on häiritud.
- Konjugeeritud bilirubiini kontsentratsioon on üle 17 $\mu\text{mol/l}$ kui üldbilirubiin on kuni 85 $\mu\text{mol/l}$ või üle 20% kui üldbilirubiin on üle 85 $\mu\text{mol/l}$.

Anamneesis olulised küsimused (1)

- Millal lapse kollasus tekkis ja kui kaua see on kestnud?
- Mida, mis koguses ja kui sageli laps süüa saab?
- Kas esineb rinnaga toitmise l raskusi?
- Kas on esinenud (ema info põhjal) hingamisraskusi, palavikku, ärrituvust, letargiat, hüpotooniat, patoloogilist kaalulangust, korduvat oksendamist?
- Kas emal esines gestatsioonidiabeeti, rasedusaegseid infektsioone?
- Mis on ema ja lapse veregrupp?
- Kas lapse sünnil esines raskusi (pikaleveninud sünnitus, sünnitraumad, sh hematoomid)?
- Kas ema on tarvitanud lapse hüperbilirubineemia teket soodustavaid ravimeid rasedana või pärast sünnitust?

Tabel 1. Sünnijärgsed bilirubiini väärtuse kontrollid sõltuvad lapse vanusest kojuminekul (2)

Lapse vanus kojuminekul	Järelkontrolli tegemise vanus
Vähem kui 24 tundi	72 tundi
24–47,9 tundi	96 tundi
48–72 tundi	120 tundi

Tabel 2. Esmased laboratoorsed uuringud/toimingud perearsti vastuvõtul (1, 3)

Bilirubiini väärtus	Vajalikud analüüsid
Tagasihoidlik suurenemine, ei lähene fototeraapia piirile, laps kliiniliselt terve	Üldbilirubiinile lisaks muid analüüse laps ei vaja, ikteruse taandumisel kordusanalüüsi ei vaja
Üldbilirubiini väärtuse suurenemine, fototeraapiat ei vaja, läbivaatusel põhjus (nt suur tsefaalhematoom) olemas	Jälgida üldbilirubiini üle 1–2 päeva, lisaanalüüse ei vaja (kui lapsel on tehtud K-vitamiini süst sünnil)
Bilirubiini väärtuse lähenemine fototeraapia piirini	Kliiniline veri ja vereäigepreparaat (retikulotsüüdid), üldbilirubiin ja konjugeeritud bilirubiin Korrata 6–24 tunni möödudes
Bilirubiini kiire tõus (üle 85 µmol/l ööpäevas) või bilirubiin üle fototeraapia piiri	Suunata diferentsiaaldiagnoosimiseks ja raviks haiglasse
Konjugeeritud bilirubiini suurenenud sisaldus (kontsentratsioon on üle 17 µmol/l kui üldbilirubiin on kuni 85 µmol/l või üle 20% kui üldbilirubiin on üle 85 µmol/l)	Suunata diferentsiaaldiagnoosimiseks lastearsti juurde või haiglasse
Prolongeeritud ikterus (üle 3 nädala)	Kliiniline veri, üldbilirubiin, konjugeeritud bilirubiin, transaminaasid, GGT, CRV, uriinianalüüs ja uriinikülv NB! Kas on sünnitusmajas tehtud kaasasündinud haiguste sõeltestimine? Vajadusel suunata diferentsiaaldiagnoosimiseks lastearsti juurde või haiglasse

Metoodika: Hüperbilirubiineemia skriinimisel võib kasutada nii kaudset (transkutaanne) kui ka otsest (kapillaar- või veeniveri) meetodit.

Ravitaktika

Hüperbilirubineemia jälgimis- ja ravitaktika sõltub lapse vanusest ja bilirubiini väärtusest ning kaasuvast tervises seisundist. Füsioloogiline ikterus laheneb ise nädala jooksul (4). Rinnaga toitmise ikterust leevendab sagedasem toitmine. Julgustage lapsevanemaid last tootma vähemalt 8–12 korda ööpäevas (3).

Tabel 3. Rasedusnädalal $\geq 38^{+0}$ sündinud laste bilirubiini väärtused, mille alusel teha kordusanalüüse ja rakendada fototeraapiat (4)

Vanus (tundides)	Bilirubiini väärtus ($\mu\text{mol/l}$)	
0		> 100
6	> 112	> 125
12	> 125	> 150
18	> 137	> 175
24	> 150	> 200
30	> 162	> 212
36	> 175	> 225
42	> 187	> 237
48	> 200	> 250
54	> 212	> 262
60	> 225	> 275
66	> 237	> 287
72	> 250	> 300
78	> 262	> 312
84	> 275	> 325
90	> 287	> 337
96+	> 300	> 350
Tegevus	↓	↓
	Kaalu fototeraapia vajadust ja korda bilirubiini 6-24 tunni möödudes	Suuna fototeraapia alustamiseks haiglasse

Kui puudub võimalus bilirubiini väärtuse õigeaegseks kordusmõõtmiseks või bilirubiin on üle 300 $\mu\text{mol/l}$, suunake laps haiglasse.

Fototeraapia on rasedusnädalal 34^{+0} – 37^{+6} sündinud lastel > 96 elutunni näidustatud järgmiselt (4):

- rasedusnädalal 34^{+0} – 34^{+6} sündinud lapsel üle 240 $\mu\text{mol/l}$;
- rasedusnädalal 35^{+0} – 35^{+6} sündinud lapsel üle 250 $\mu\text{mol/l}$;
- rasedusnädalal 36^{+0} – 36^{+6} sündinud lapsel üle 260 $\mu\text{mol/l}$;
- rasedusnädalal 37^{+0} – 37^{+6} sündinud lapsel üle 270 $\mu\text{mol/l}$.

Kasutatud kirjandus

1. Lantzy A. Neonatal Hyperbilirubinemia. MSD Manual. 2015.
2. Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation. Clinical Practice Guideline. American Academy of Pediatrics. 2004.
3. Moerschel SK et al. A Practical Approach to Neonatal Jaundice. American Family Physician. 2008. 1;77(9):1255–1262.
4. Jaundice in newborn babies under 28 days. NICE guidelines. 2016.

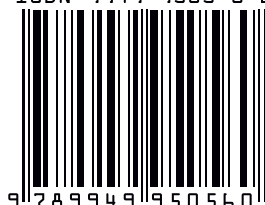
Märkused

Märkused

Handwriting practice area with 20 horizontal dotted lines.

Märkused

ISBN 9949-9505-6-2



9 789949 950560