



Oivi Uibo
Heli Grünberg
Eha Kallas
Tiina Talvik

Lastehaiguste propedeutika algtõed



TARTU ÜLIKOOL
kirjastus

LASTEHAIGUSTE PROPEDEUTIKA ALGTÕED
Õppevahend arstiteaduse üliõpilastele

Tartu Ülikooli lastekliinik
SA Tartu Ülikooli Kliinikumi lastekliinik

Oivi Uibo, Heli Grünberg, Eha Kallas, Tiina Talvik

Lastehaiguste propedeutika algtõed

Õppevahend arstiteaduse üliõpilastele

Kolmas, parandatud ja täiendatud trükk



TARTU ÜLIKOOL
kirjastus

Keeletoimetaja: Leelo Jago

Kaane kujundus: Kalle Paalits

ISBN 978-9949-77-038-0 (trüki)

ISBN 978-9949-77-039-7 (pdf)

Autoriõigus: autoritel, 2016

Tartu Ülikooli Kirjastus
www.tyk.ee

SISUKORD

INTRAUTERIINSE ARENGU JA LAPSEEA PERIOODID ...	7
ANAMNEES	8
1. KÄESOLEVA HAIGUSE ANAMNEES (<i>anamnesis morbi</i>)	8
2. ELUANAMNEES (<i>anamnesis vitae</i>)	42
2.1. Lapse senine tervis	42
2.2. Perekond	47
2.3. Sotsiaalne olukord	47
LAPSE UURIMINE	49
1. Põhitõed	49
2. Üldmulje lapsest	49
3. Füüsiline areng (kehamass, -pikkus, peaümbermõõt)	50
4. Puberteet	56
5. Psühhomotoorne areng	58
6. Silmad ja nägemine	65
7. Kõrvad ja kuulmine	66
8. Nahk, juuksed, kulmud, ripsmed, küüned	67
9. Lümfisõlmed	69
10. Luud	71
11. Liigesed	73
12. Lihased	74
13. Hingamiselundkond	75
14. Vereringeelundid	80
15. Kõhupiirkond ja aanus	87
16. Suguelundid	92
17. Suuõõs	93
VASTSÜNDINU UURIMINE	98
1. Anamnees	98
2. Toimingud sünnitustoas	99
3. Vastsündinu jälgimine sünnitusmajas	100
4. Adaptatsiooniperioodi iseärasused	101
5. Vastsündinu läbivaatus	101
OLULISEM KASUTATUD KIRJANDUS	112

LISA	113
Glasgow' koomaskaala (modifitseeritud)	113
Immuniseerimiskava (www.terviseamet.ee)	114
Puberteedi staadiumid	115
Vererõhu 90. ja 95. tsendi väärtused vastavalt pikkusele (1–17-aastased tütarlapsed)	116
Vererõhu 90. ja 95. tsendi väärtused vastavalt pikkusele (1–17-aastased poeglapsed)	117
Üle 1-aastaste laste hüpertensiooni klassifikatsioon	118
Kasvukõverad	119
0–2-aastaste tütarlaste pikkuse, massi ja peaümber- mõõdu protsentiilijaotuse kasvukõverad	119
2–18-aastaste tütarlaste pikkuse ja massi protsentiil- jaotuse kasvukõverad	120
Kehamassiindeksite tabelid (tütarlapsed)	121
0–2-aastaste poeglaste pikkuse, massi ja peaümber- mõõdu protsentiilijaotuse kasvukõverad	122
2–18-aastaste poeglaste pikkuse ja massi protsentiil- jaotuse kasvukõverad	123
Kehamassiindeksite tabelid (poeglapsed)	124

INTRAUTERIINSE ARENGU JA LAPSEEA PERIOODID

- **Prenataalperiood:** viljastumisest sünnini.
- **Embrüogenees:** viljastumisest 8. rasedusnädala lõpuni.
- **Fetogenees:** 9. rasedusnädalast sünnini.
- **Antenataalperiood:** 23. rasedusnädalast sünnini.
- **Intranataalperiood:** sündimine, sünnimoment.
- **Perinataalperiood:** 23. rasedusnädalast kuni 7. elupäeva lõpuni, st antenataal- + intranataal- + varane neonataalperiood.
- **Neonataalperiood ehk vastsündinuperiood:** esimesed 4 elunädalat (0–28 elupäeva).
Varane neonataalperiood: esimene elunädal (vanus 0–7 päeva).
Hiline neonataalperiood: teise elunädala algusest neljanda elunädala lõpuni (vanus 8–28 päeva).
- **Ajaline vastsündinu (*neonatus maturus*):** 38.–42. rasedusnädalal sündinu ($37^{0/7}$ – $41^{6/7}$ rasedusnädalat).
- **Enneaegne vastsündinu (*neonatus praematurus*):** 23–37. rasedusnädalal sündinu (vanus $22^{0/7}$ – $36^{6/7}$ rasedusnädalat), sünnikaal enamasti ≥ 500 grammi, ebaküpsuse tunnused.
- **Vastsündinute jaotus sünnikaalu järgi:**
väike sünnikaal: < 2500 g;
väga väike sünnikaal: < 1500 g;
erakordselt väike sünnikaal: < 1000 g;
suur sünnikaal: > 4500 g.
- **Ülekantud vastsündinu (*neonatus postmaturus*):** ≥ 42 rasedusnädalal sündinu, üliküpsuse tunnustega.
- **Imikuiga:** 1–12 kuud (kuni 1-aastaseks saamiseni).
- **Väikelapseiga:** 2.–3. eluaasta (kuni 3-aastaseks saamiseni).
- **Eelkooliiga:** 4.–6. eluaasta (kuni 6-aastaseks saamiseni).
- **Kooliiga:** 7.–18. eluaasta (kuni 18-aastaseks saamiseni);
noorem kooliiga: 7.–10. eluaasta;
keskmise kooliiga: 11.–15. eluaasta;
vanem kooliiga: 16.–18. eluaasta.

ANAMNEES

- Anamneesil on väga oluline osa haiguse diagnoosimisel.
- Oluline on varuda aega patsiendi ja tema perega vestlemiseks.
- On soovitatav, et lapse ja tema vanema(te)ga vestlemiseks oleks eraldi ruum.
- Last ja tema vanemaid (pereliikmeid) kuulatakse tähelepanelikult.
- Vestlust suunatakse kiirustamata, kuid aktiivselt ja süsteemselt.
- Küsimused valitakse vastavalt haigusjuhule.
- Peab meeles pidama, et saadud informatsioon on konfidentsiaalne.

1. KÄESOLEVA HAIGUSE ANAMNEES

(anamnesis morbi)

- **ARSTI POOLE PÖÖRDUMISE/HOSPITALISEERIMISE PÕHJUS:**
(nt kõhuvalu, peavalu, kukkumine jne).
- **VAEVUSED JA SÜMPTOMID:**
 - täpne tekkeaeg (kui kaua on kestnud) ja detailne kirjeldus;
 - erinevate vaevuste ja sümptomite tekke järjekord;
 - tekke kulg (äkki tekkinud, järk-järgult kujunenud, progresseerumine, mitteprogresseerumine);
 - pidev või hootine avaldumine;
 - avaldumine ööpäeva lõikes;
 - vallandavad ja leevendavad faktorid;
 - vaevuste-/sümptomite- (hoogude-) vahelise perioodi kirjeldus;
 - kaasnevad vaevused ja sümptomid.
- **SENINE SAADUD RAVI:**
 - ravimi nimetus ja annus, ravimi kasutamise sagedus, ravikuuri kestus.
- **ÜLDSEISUND, KÄITUMINE JA AKTIIVSUS, MUUTUSED:**
 - enesetunne, füüsiline aktiivsus ja jõudlus;
 - suhtumine kooliskäimisse, treeningutesse jne;
 - õppeedukus;
 - käitumine, tuju.

- **KEHAMASS, KEHAPIKKUS, PEAÜMBERMÕÕT, MUUTUSED:**

- kas laps on kõhnunud või tüsenenud,
- kasvukiirus,
- peaübermõõdu muutused.

Kaalu ja kasvu hindamiseks on vaja koostada kasvukõver ja jälgida kasvamise dünaamikat.

Peaübermõõdu andmed on samuti vajalikud hinnata vastavalt normidele, peaübermõõdu kõveratelt.

- **SÖÖMINE JA ISU**

Oluline on teada järgmist:

- lapse isu ja söömisrežiim;
- söögiisu muutused;
- erilised soovid, mõnedest toitudest keeldumine;
- kas mõni toit või toiduaine põhjustab või on põhjustanud vaevusi või haigussümptomeid, nagu oksendamine, kõhulahtisus, kõhukinnisus, kõhupuhtus, kõhuvalu, veri roojas, lima roojas, nahalööve jne;
- vanemate ebataavalised dieediharjumused (taimetoitus jne);
- tarvitavad vitamiinipreparaadid, probiootikumid (päevased kogused, kui kaua laps on neid saanud).

Lapse isu, toidukoguste ja kaaludünaamika üle otsustamiseks on vaja selgeks teha söödud toit ja jook ning nende koostis ja kogus kolme päeva kohta. Vajadusel tuleb arvutada saadud toiduenergia ja toitainete kogus.

- **PALAVIK**

Lapsel on palavik, kui kehatemperatuur on aksillaarselt mõõdetuna $\geq 37,4^{\circ}\text{C}$ ja rektaalselt $> 38,0^{\circ}\text{C}$.

Febriilseks peetakse aksillaarset kehatemperatuuri $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$.

Oluline on teada järgmist:

- palaviku tekkeaeg, kulg, kestus;
- lapse eelnev tervis, põetud haigused;
- kontakt haigega; kontakt haige loomaga;
- eelnenud vaktsinatsioonid;
- eelnenud reiseid.

• **PALAVIKU PÕHJUSED**

Kõige sagedamini kaasneb lastel palavik ägeda viirusinfektsiooniga (ülemiste hingamisteede infektsiooniga).

Otiit (?), tonsilliit (?), sinusiit (?), selluliit (?).

Kui imikul ja väikelapsel on palavik monosümptomina, võib selle põhjuseks olla näiteks äge püelonefriit. Ka imikute kopsupõletiku puhul võib palavik ilmnedä vaid monosümptomina, kusjuures ka kopsude auskultatoorne leid võib olla iseärasusteta.

Palavik, striidor: epiglottiit (?), viiruslik krupp (?).

Äge kõhuvalu ja palavik: apenditsiit (?)

Palavik, lima ja/või veri roojas: koliit (*Shigella* (?), *Salmonella* (?), *Campylobacter* (?).

Palavik, hemorraagiline lööve, meningeaalne sündroom: meningokokiline meningoentsefaliit (?).

Febriilne palavik kestusega üle 5 päeva: Kawasaki tõbi (?).

Esineb peamiselt 6 kuu – 4-aastastel lastel ja on ebaselge etioloogiaga väikese ning keskmise suurusega veresoonte põletik. Kawasaki tõvega lapsel on üle 5 päeva kestnud febrilisele palavikule lisaks veel 4 või 5 sümptomit järgnevaist:

1. konjunktiviit (kahepoolne, mittemädane);
2. suu limaskesta muutused (lõhenenud hüperemilised huuled, nn vaarikakeel, neelu hüperemia);
3. lööve (polümorfne makulopapuloosne, peamiselt kätel, jalgadel ja kehatüvel);
4. käe- ja jalalabade erüteem ja turse, hiljem tekib sõrmede ja varvaste ketendus;
5. kaela lümfisõlme(de) suurenemine.

Kawasaki tõbe saab diagnoosida ka, kui lisaks üle 5 päeva kestnud febrilisele palavikule esineb 3 sümptomit eelnevast loetelust ja südame pärgarterite kahjustus. Haiguse komplikatsioonina võib tekkida koronaararteri aneurüsm.

Stilli tõbi (?)

Stilli tõbi on juveniilse idiopaatilise artriidi süsteemne vorm. Lapsel on febrilised palavikusakid 1–2 korda päevas ja artralgia, müalgia ning lööve (kehatüvel, jäsemetel, näol) palaviku püsimise ajal. Stilli tõve korral võib kaasneda ka hepatosplenomegaalia ja/või serosiit.

Palavik võib esineda näiteks autoimmuunhaiguste (põletikulise soolehaiguse), leukeemia puhul.

• JANU

Oluline on teada järgmist:

- mida ja kui palju laps joob (vajadusel täpne joogi kogus ööpäeva jooksul);
- muutus seoses haigestumisega;
- joomisest keeldumine;
- suurenenud janu ehk polüdipsia.

Diabeedi kahtlusel küsida ka urineerimise sagedust: muutus, öine urineerimine, ootamatult tekkinud öine enurees.

Suur janu ja joomine, ka öösiti ning kaasnev kõhnumine, sage urineerimine ja suur uriinikogus on 1. tüüpi diabeedi ilminguks.

Magediabeedi korral eelistab laps juua tavalist vett ja joob rohkelt ka öösiti.

Väikelastel esineb ka habituaalset sagedast joomist, kuid joodava vedeliku kogused (ööpäevane kogus) ei ole suur ja enamasti laps ei joo öösiti.

Füsioloogilise ehk säilitusvedeliku vajadus ööpäevas (ml) = energia-vajadus (kcal) ööpäevas (vt Tabel 1).

Tabel 1. Säilitusvedeliku vajadus (Holliday-Segari valemi järgi)

Lapse kaal (kg)	Vedelik (ml/kg/ööp); energia (kcal/kg/ööp)
0–10	100 ml/kg
11–20	1000 + 50 ml iga kehakaalu kg kohta, mis on üle 11 kg
>20	1500 + 20 ml iga kehakaalu kg kohta, mis on üle 20 kg

• **URINEERIMINE**

Ööpäeva jooksul urineerib:

- vastündinu keskmiselt 25 korda;
- 1-aastane keskmiselt 15 korda;
- 5-aastane keskmiselt 10 korda;
- 10-aastane keskmiselt 7 korda;
- 15-aastane keskmiselt 6 korda;
- täiskasvanu keskmiselt 5 korda.

Normaalne diurees: 1–2 ml/kg/tunnis;

Oliguuria: diurees <0,6 ml/kg/tunnis (imikul <1 ml/kg/tunnis);

Anuuria: diurees < 1 ml/kg/ööpäevas.

Oluline on teada järgmist:

- urineerimise sagedus, muutused;
- uriini hulk (vajadusel mõõta ööpäevane diurees);
- uriini värvus, läbipaistvus (kollane, punane, pruun, hägune), lõhn, muutused. Uriini värvust võib mõjutada ka söödud toit (näiteks punapeet).

Hematuuria: nt glomerulonefriit, Henochi-Scönleini vaskuliit, IgA nefropaatia, neerukivi.

- kaasuvad vaevused ja sümptomid: urineerimishäire ehk düsuuria (valu, nutt urineerimisel), palavik, tursed, nahalööve, kõhuvalu, oksendamine, isutus, rahutus, kõhulahtisus jt.

• **ENUREES EHK TAHTMATU URINEERIMINE**

Enurees on pükste või voodi märgamine üle 5 aasta vanusel lapsel. Esimestel eluaastatel on voodi märgamine füsioloogiline. 1–2-aastane laps tajub täispöietunnet, 2–4-aastane tunneb urineerimistungi.

Primaane enureesi esineb alates sünnist, kuiva perioodi ei ole olnud üle 6 kuu.

Sekundaarse enureesi korral on lapsel olnud üle 6 kuu kestnud kuiv periood.

Öine enurees (*enuresis nocturna*) – päeval on laps kuiv, urineerimishäireid ei ole, urineerimisintervallid ja põie maht on eakohased. Laps on väga sügava unega ega ärka urineerimistungi ega märja voodi tõttu. 5–6-aastastest lastest on öist enureesi u 15%-l.

Kui laps hakkab uuesti püksi urineerima ja/või on (taas) tekkinud öine enurees, võib põhjuseks olla näiteks 1. tüüpi diabeet, epilepsia.

Enureesi korral on vajalik urineerimisgraafik: lapsevanem märgib üles lapse joogi koguse ja urineerimise kellaajad, uriini hulga ning ka püksipissimise/voodimärgamise korrad vähemalt 3 ööpäeva jooksul.

Sageli esineb enurees koos kõhukinnisusega ja enkopreesiga.

- **REGURGITATSIOON (TOIDU TAGASIHEIDE, GASTROÖSOFAGEAALNE REFLUKS)**

See on maosisu pingutuseta tagasiheide söögitorru, suhu või neelu söögitoru alumise sulgurmehhanismi ebaküpsuse (vastsündinutel, imikutel) või transitoorse lödvestumise tõttu.

Imikueas on refluks sage probleem, esinedes umbes kahel kolmandikul tervetest imikutest esimesel 3 elukuul. Selles vanuses on refluks füsioloogiline, sest söögitoru alumine sulgurlihas on ebaküps.

Kaebustena peab eristama gastroösofageaalset refluksi ja oksendamist. Kuigi lapsevanemad võivad esitada kaebuseks lapse oksendamise, võib tegemist olla tegelikult hoopis toidu tagasiheitega ehk füsioloogilise gastroösofageaalse refluksiga, mis medikamentooset ravi ei vaja.

Laste seedetrakti funktsionaalsete häirete klassifikatsiooni (Rooma III klassifikatsioon) järgi on gastroösofageaalne refluks funktsionaalne häire, kui:

- refluks esineb 3 nädala – 12 elukuu vanuses;
- lapse üldseisund püsib hea;
- toidu tagasiheide ei progresseeru;
- refluks esineb vähemalt 2 korda päevas vähemalt 3 nädala vältel;
- puuduvad: vähene kaaluiive, kaalupeetus, kasvupeetus, apnoed, aspiratsiooninähud, veri või peiteveri oksemassides, peiteveri roojas, imemis- ja neelamishäired, sundasend.

Gastroösofageaalse reflukshaiguse korral:

- lapse kaaluiive on vähene, laps kõhneb;
- oksemassides või roojas võib olla (peite)verd;
- kaasnevad vaevused ja sümptomid: kasvupeetus, toidust keeldumine, rauavaegusaneemia jne.

On kirjeldatud ka gastroösofagealse reflukshaiguse seost krooniliste kopsuhaigustega (sh astmaga), aspiratsioonpneumooniaga, apnoehoogudega, retsivederuvate farüngiitide või larüngiitidega, otiitide või sinusiitidega jne.

• **OKSENDAMINE**

See on maosisu jõuline tagasiheide suhu koos diafragma, kõhu ja rindkere lihaste kontraktsiooniga, mis on reguleeritud kesknärvisüsteemi poolt ja millele võib eelneeda iiveldus, suurenenud salivatsioon, enesetunde halvenemine.

Oluline on teada järgmist:

- oksendamise tekkeaeg, kestus ja sagedus, ilmumine ööpäeva lõikes; nt hommikune, öine oksendamine: ajutuumor (?); intrakraniaalse rõhu tõus (?);
- okse kogus;
- oksendamise iseloom: fontäänina, lonkshaaval;
- oksendamishoogude rütmilisus, stereotüüpsus, progresseerumine, mitteprogresseerumine;
- seos söömisega;
- seos peavaludega;
- seos positiivsete või negatiivsete emotsioonidega;
- üldseisundi muutus pärast oksendamist (nt enesetunde paranemine, uinumine);
- kas on iiveldust ilma oksendamiseta;
- sapi, seedimata toidu, vere olemasolu oksemassides (veriokse ehk hematemes).

Kui okse sisaldab sappi (oksemassid on rohekad), mõelda seedetrakti obstruktsioonile (sapp on oksemassides, kui seedetrakti takistus on distaalsel *ampulla Vaterist*).

Seedetrakti obstruktsioon: invaginatsioon, malrotatsioon (?).

Kui takistus on proksimaalsel *ampulla Vaterist*: okse ei sisalda sappi (pülorostenooos (?)).

Mida proksimaalsel on seedetrakti takistus/obstruktsioon, seda profuussem on oksendamine.

Kaasnevad vaevused ja sümptomid: kõhuvalu, kõhupuhitus, kõhulahtisus, kõhukinnisus, kõhnumine, palavik, kõnnakuhäired, käitumishäired jne.

Peavalu, valguskartus, oksendamine, iiveldus, puuetundlikkus, teadvushäire: meningoentsefaliit (?).

Esimestel elukuudel on lastel sageli vajalik pülorostenooosi ja gastroösofagealse refluksi või gastroösofagealse reflukshaiguse eristamine.

Pülorostenooos

See on püloruse lihaskihi paksenemine, mille puhul kujuneb 2.–7. elunädalal progresseeruv, fontäänina esinev oksendamine, mida on sage-damini poeglastel;

- oksendamine kohe pärast söömist;
- oksemassid ei sisalda sappi;
- laps on näljane, sööb pärast oksendamist ahmides uuesti ja oksendab jälle;
- kaasnevad lapse kõhnumine ja nn kõhukinnisus (tegelikult on rooja kogus vähene soolde jõudva puuduliku toidukoguse tõttu);
- kaasnevad metaboolsed nihked: metaboolne alkaloos, hüpokloremia, hüpokaleemia.

Tsüklilise oksendamise sündroom:

- vähemalt 2 stereotüüpset iiveldus- ja/või oksendamishoogude perioodi;
- hoogude vaheaegadel on laps terve – heas üldseisundis, vaevuste ja sümptomiteta;
- tsüklilise oksendamise sündroomi diagnoositakse *per exclusionem* (on välistatud seedetrakti-, ainevahetus-, nefroloogilised, neuroloogilised, psühhiaatrilised jt haigused, eelkõige aga epilepsia ja ekspanziivne protsess ajus).

Oksendamine ja/või iiveldus ei ole alati seedetraktihaiguse väljenduseks, tuleb mõelda ka infektsioonhaigustele (meningoentsefaliit), neuroloogilisele patoloogiale (epilepsia, ajutuumor), ainevahetushaigustele, pöörates suurt tähelepanu kaasnevatele sümptomitele.

Oksendamise nn alarmsümptomid:

- öine oksendamine, hommikune oksendamine;
- oksendamise progresseerumine;
- okse sisaldab sappi;
- lapse üldseisundi häirumine;
- kõhnumine, vähene kaaluivve;
- veriokse;
- intrakraniaalsele patoloogiale viitavad kaasnevad vaevused ja sümptomid.

- **VERIOKSE (*haematemesis*)**

Oluline on teada järgmist:

- vere värvus ja hulk okses;
- lapse üldseisundi muutus, kaasnevad vaevused.

Verekiud okses ja/või peiteveri roojas rinnapiima sööval imikul: rinnanibu ragaadid (?), toiduallergia (?), toidutalumatus (?).

Veriokse, ülakõhuvalud, rinnakutagune valu: ösofagiit (?), peptiline haavandtõbi (?).

Suu- või hoopis ninaverejooks (?).

Massiivne veriokse (hele veri okses), hepatomegalia ja/või splenomegalia, maksatsirroos: söögitoruvaariks, portaalhüpertensioon (?).

- **RUMINATSIOON**

Maosisu tagasiheide suhu provotseeritult, selle massi uuesti läbinärimine ning uuesti allaneelamine. Võib maskeerida oksendamist. Esineb sageli arengupeatusega lastel.

On seedetrakti funktsionaalne häire järgmistel juhtudel:

- ilmneb vähemalt 3 kuu vältel;
- ilmnevad kõhulihaste, diafragma ja keele korduvad rütmilised tahtlikud kontraktsioonid, mille tagajärjel maosisu paiskub tagasi suhu.

- **KÕRVETISED EHK PÜROOS**

See on kõrvetav, põletav valu rinnaku taga.

Imiku toidust keeldumine, kiljuv-kriiskav nutt toidu neelamisel: ösofagiit, gastroösofageaalne reflukshaigus.

Sageli suunatakse rinnakupiirkonna valuga patsient kardioloogi konsultatsioonile, kuid vaevuse põhjuseks võib olla hoopis gastro-ösofageaalne reflukshaigus.

- **NEELAMISTAKISTUS EHK DÜSFAAGIA**

See on tükitunne kurgus või rinnaku taga, takistus- või rõhumistunne neelamisel.

Oluline on teada järgmist:

- tekke aeg;
- kulg (kas ilmneb progresseerumine vahelduvalt vaevusteta perioodidega);
- kas tükitunne kurgus või neelamishäire on õhtuks süvenenud: müasteenia (?);
- kas neelamistakistus kaasneb tahke toidu söömisega, vedeliku joomisega;
- kas neelamistakistus kaasneb kindla toidu või joogi kasutamisega;
- kas on vastumeelsust, trotsi või viha, mis võib kaasneda näiteks sundsöömisega;
- kaasnevad vaevused ja sümptomid: oksendamine, kõhnumine jne.

Progresseeruva kuluga düsfaagia: ahhalaasia (?).

Korroosiivsete vahenditega söövituse tagajärjel võib komplikatsioonina kujuneda söögitoru striktuur 3–4 nädala jooksul pärast söövitust. Last tuleb jälgida võimalike kujunevate neelamishäirete osas.

- **IMIKUTE KOOLIKUD**

0–4-kuuste imikute rahutus- ja karjumishood, mis algavad tavapäraselt pärastlõunal ilma näilise põhjusega ja ka lõpevad ilma näilise põhjusega.

Hoogude kestus on klassikaliselt vähemalt 3 tundi päevas, vähemalt 3 päeval nädalas, vähemalt 1 nädala vältel.

Koolikuid on umbes pooltel imikutel esimesel neljal elukuul. Koolikutega laps on nutuhoogude vaheajal heatujuline, sööb hästi, kasvab ja areneb hästi.

Kui miski imikut häirib, annab ta sellest teada oma nutuga. Imikunutt ei ole alati näljatunde tunnuseks. Tavapäraseks võib pidada imiku

nuttu kokku umbes 3 tundi ööpäevas. Samas on oluline teada, et vanemate taluvus lapse nutu suhtes on erinev. Seega, kui vanemad kaebavad lapse liigse nutu/rahutuse üle, tuleb uurida ja selgitada, miks laps tegelikult nutab (gastroösofageaalne refluks, koolikud, spastiline sündroom ?) ja põhjusest tulenevalt lapse ja vanematega tegelda.

Imiku nutt võib põhjustada vanemate ärevust, muret ja üleväsimust ning võib olla seetõttu imikute raputamise põhjuseks.

• KÕHUVALU

Oluline on teada järgmist:

- täpne tekkeaeg, kestus;
- kas on äge, krooniline või retsidiveeruv kõhuvalu;
- kulg: progresseerumata, progresseeruv, esinemine hoogudena või püsivalt;
- valuhoogude sagedus, kestus;
- täpne lokalisatsioon;
- kiirgumine;
- esilekutsuvad tegurid;
- leevendavad tegurid;
- valu tekke ja taandumise seos söömise ja joomisega, defekatsiooniga, urineerimisega;
- ägenemine liigutustel, hingamisel, füüsilisel koormusel;
- mured (pere-, lasteaia- ja koolimured jt), elumuutused peres (elukohta, lasteaia või kooli vahetus, õe-venna sünd jne);
- kõhuvalule kaasuvad vaevused ja sümptomid.

Seedetrakti funktsionaalsetele häiretele on iseloomulik:

- vaevused ei progresseeru (ei tugevne ega sagene);
- lapse üldseisund ei halvene;
- lapse kaal ja kasv on eakohase positiivse dünaamikaga;
- puuduvad anatoomiline patoloogia, põletik, ainevahetushaigustele, neoplastilistele haigustele ja teistele haigustele iseloomulikud tunnused ning nn alarmvaevused ja -sümptomid.

Alarmvaevused ja -sümptomid ehk orgaanilise põhjusega kõhuvalule iseloomulikud tunnused:

- kindel valupiirkond, valupunkt mujal kui naba ümbruses – ülakõhus, alakõhus, paremal, vasakul küljes;
- kõrvetised, düsfaagia, odünofaagia;
- kõhuvalu kiirgumine;
- kõhuvalu öösiti;
- krooniline või retsidiveeruv kõhulahtisus;
- kõhulahtisus öösiti;
- oksendamine (sh veriokse);
- veriroe (sh peiteveri roojas);
- ebaselge põhjusega palavik;
- üldseisundi muutus (süvenev väsimus, jõuetus jne);
- vähene kaaluiive, kõhnumine (hinnatakse kasvukõveratelt dünaamikas);
- kasvupeetus (hinnatakse kasvukõveratelt dünaamikas);
- puberteedi hilinemine, menstruaatsiooniahäired;
- suurenenud janutunne (rohke joomine), sagedam urineerimine: mõelda 1. tüüpi diabeedile;
- artralgia, artriit;
- kõhus palpeeritav moodustis;
- hepatomegalia, splenomegalia;
- naha, skleerade ikterus;
- perirektaalne patoloogia (perianaalne abstsess, fistul jne);
- hammaste emaili või struktuuri defektid;
- suu limaskestal aftid;
- mukokutaansed pigmendilaigud, tüükad;
- nahalööve (nt *erythema nodosum*, *pyoderma gangrenosum*).

Ägedaks peetakse kõhuvalu, mis on kestnud kuni 7(14) päeva ja krooniliseks kõhuvalu kestusega üle 14 päeva.

Väikelaps ja eelkooliealine võib tema jaoks uut väljendit “kõhuvalu”, “halb tunne kõhus” kasutada ka muu valu (nt peavalu, kõrvavalu), iivelduse, väsimuse väljendamiseks või trotsiks ebameeldiva tegevuse või söögi puhul.

Laste kõhuvalu põhjuseks võivad olla nii seedetrakti funktsionaalsed häired kui ka orgaanilised haigused, kusjuures kõhuvalu tugevus võib neil puhkudel olla ühesugune.

Ägeda kõhuvalu kõige sagedam põhjus lastel on apenditsiit (harva <3-aastastel lastel), mõelda tuleb ka invaginatsioonile (sageli 2-kuustel kuni 2-aastastel lastel; vaarikaželeetaoline roe või *per rectum* palpatsioonil avastatav veri); veel võivad põhjuseks olla Meckeli divertikuliit, pankreatiit, püelonefriit, diabeetiline ketoatsidoos, äge gastroenteriit, äge koliit, testise torsioon jt.

Laste kõhuvalu kõige sagedamaks põhjuseks on seedetrakti funktsionaalsed häired, mis võivad esineda 20–50%-l kooliealistest.

Seedetrakti funktsionaalsed häired 4–18-aastastel lastel (Rooma III klassifikatsioon), kõhuvalu:

1. Funktsionaalne düspepsia.
2. Ärritatud soole sündroom.
3. Abdominaalne migreen.
4. Funktsionaalne kõhuvalu.

Funktsionaalne düspepsia:

- püsiv või retsidiveeruv ülakõhuvalu või ebamugavustunne ülakõhupiirkonnas;
- vähemalt üks kord nädalas vähemalt 2 kuu vältel;
- defekatsioon ei leevenda vaevust ja vaevuse teke ei ole seoses rooja konsistentsi ja roojamise sageduse muutusega.

Ärritatud soole sündroom:

- kõhuvalu või ebamugavustunne vähemalt üks kord nädalas vähemalt 2 kuu vältel.

Lisaks vähemalt 2 kriteeriumit järgnevast loetelust, mis esinevad vähemalt 25% jooksul ajast:

- vaevus taandub defekatsiooni järel;
- vaevuse algus on seotud roojamise sageduse muutusega;
- vaevuse algus on seotud rooja konsistentsi muutusega.

Abdominaalne migreen:

- ägedad, paroksüsmaalsed valuhood keskkõhupiirkonnas;
- valuhoogude kestus vähemalt 1 tund;
- valuhood vähemalt üks kord nädalas vähemalt 2 kuu vältel;
- hoogudevahelisel ajal lapsel vaevusi ei ole (vaevusteta aeg võib kesta nädalaid kuni kuid);
- valuga võivad kaasneda vähemalt 2 vaevust järgnevast loetelust: isutus, iiveldus, kahvatus, oksendamise, peavalu, fotofoobia.

Funktsionaalne kõhuvalu:

- pidev või perioodiline kõhuvalu;
- valu vähemalt üks kord nädalas vähemalt 2 kuu vältel;
- puuduvad alarmvaevused ja -sümptomid.

• KÕHUPUHITUS EHK METEORISM

Meteorismi teke võib olla seotud konkreetse toiduga või joogiga, näiteks piimaga (hüpolaktaasia (?)).

Suur kõht imikul või väikelapsel, kellel on krooniline kõhukinnisus (pabuladena roe alates sünnist), vähene/puuduv kaaluiv: Hirschsprungi tõbi (?).

Seedetrakti obstruktsioon: invaginatsioon (?).

Malabsorptsioonisündroom (?).

• ROE JA ROOJAMINE

Oluline on teada järgmist:

- roojamise, rooja koguse ja rooja iseloomu muutuste tekkimise täpne aeg (millises vanuses?);
- rooja konsistents (kõva, pehme, puderjas, vedel): kõhulahtisus (?); kõhukinnisus (?);
- roojamise sagedus;
- roojaportsude kogus.

Rinnapiimatoidul olev imik roojab tavaliselt mitu korda päevas toitmise järel ja tema roe on kollane, vedel, vähese massiga. Kuid terve imik võib roojata ka harva, mitme päeva tagant (rinnapiim imendub seedetraktis täielikult).

Väikelaps ja koolilaps roojavad tavapäraselt 3 korda päevas kuni 3 korda nädalas. On oluline, et lapsel ei ole kaebusi ning tema üldseisund, kehamassi ja kasvu dünaamika on head.

Kõvade väikeste pabulatena roe alates sünnist: Hirschsprungi tõbi (?).

Suuremahuline puderjas roe viitab malabsorptsioonisündroomile, näiteks tsüstilisele fibroosile, tsöliaakiale.

Puderjas või vedel, suuremahuline, rasvaläikeline roe alates sünnist: tsüstiline fibroos (?).

Puderjas või vedel, suuremahuline roe alates nisu-, rukki-, odra- ja/ või kaeratoitude söömisest (vaevused võivad kujuneda nädalaid, kuid ja isegi aastaid hiljem): tsöliaakia (?).

Malabsorptsioonisündroomi, sh kõhnumise, kroonilise või perioodilise kõhulahtisuse puudumine ei välista tsöliaakiat. Tsöliaakia varjatud haigusjuhtude puhul võivad seedetraki vaevused ja sümptomid olla tagasihoidlikud või puududa hoopis.

• DÜSKEESIA (RASKE ROOJAMINE)

See on seedetrakti funktsionaalne häire 0–6-kuustel imikutel, põhjuseks vaagnapõhja lihaste koordineerimatu tegevus.

Düskeesiale on iseloomulik:

- lapse rahutus enne pehme, tavapärase rooja väljutamist vähemalt 10 minuti vältel;
- lapse hea üldseisund, positiivne kaalu- ja kasvuiive ning kaasnevate vaevuste puudumine.

Ekslikult peetakse lapsel enne roojamist esineva rahutuse põhjuseks hoopis kõhukinnisust, mida aga düskeesia puhul tegelikult ei esine. Seega on mittevajalikud ja taunitavad kõik pärikupiirkonna korduvad manipulatsioonid, sealhulgas klistiirid.

• KÕHUKINNISUS EHK OBSTIPATSIOON

Roe on kõva, roojamine on tavapärasest harvem ning põhjustab vaevusi.

Funktsionaalsele kõhukinnisusele iseloomulikud sümptomid (Roo- ma III klassifikatsioon):

- 0–4-aastastel lastel vähemalt 1 kuu vältel (4–18-aastastel lastel vähemalt 2 kuu vältel) vähemalt 2 järgnevatest kriteeriumitest:
- 2 või vähem defekatsiooni nädalas;
- vähemalt 1 kord nädalas enkoprees (hinnatakse vanuses, mil laps oskab ise pepu pühkida);
- kõhukinnisus (kõva roe, harvaesinev roe);
- rektumis on suur roojamass;
- on esinenud suuremahulisi roojaportsjoneid.

Kõhukinnisusega võivad lapsel kaasneda järgmised vaevused: isutus, rahutus, kõhuvalu. Koolilastel võib kõhukinnisuse korral olla põhi-kaebuseks kõhuvalu.

Umbes 95%-l juhtudest on kõhukinnisuse põhjuseks seedetrakti funktsionaalne häire, funktsionaalne kõhukinnisus.

Funktsionaalse kõhukinnisuse (rektumampull on täitunud roojaga) ja Hirschsprungi tõve (tühi rektumampull) eristamiseks on oluline *per rectum* palpatsioon.

Kõhukinnisust imikueas soodustavad eelkõige toidumuutused, näiteks üleminek rinnapiimalt piimasegule või rinnapiimalt või piimasegult lisatoidule, kuid ka toitmisvead.

Väikelapseas võivad kõhukinnisuse kujunemist mõjutada pealesurutud, forsseeritud potirežim, elumuutused, psüühiline pinge (nt lasteaeda mineku periood).

Pikka aega kestnud kõhukinnisuse tõttu võib kõva rooja väljutamine vigastada rektumi limaskestast ning tekib päraku fissuur (viiteks sellele on lapse kriiskav nutt defekatsiooni ajal terava valu tõttu või ka ere veri rooja pinnal või pepupühkimise paberil). Kuna fissuur põhjustab lapsel teravat valu, on selle tõttu loogiliseks jätkuks roojamise tahtlik vältimine ning rooja jätkuv kuhjumine soolde.

• ENKOPREES

Pükste määrdumine roojaga, roojapidamatus. Võib olla funktsionaalse kõhukinnisuse komplikatsioon (retensiivne enkoprees). Esineb sagedamini eelkoolieas ja nooremas koolieas lastel.

Lapsevanem võib käsitada enkopreeši ekslikult kui kõhulahtisust või lapse oskamatust peput pühkida. Enkopreeši tegelik põhjus võib olla hoopis kõhukinnisus.

Kõhukinnisus ja enkoprees võivad sageli esineda koos enureesiga.

• **KÕHULAHTISUS EHK DIARRÖA**

Roojamine on sagenenud võrreldes eelnevaga, roe on vedel, rooja hulk on suurenenud.

Oluline on teada järgmist:

- roojamise sagedus;
- rooja värvus, hulk, sisu (veri, lima, rasvaläikeline);
- üldseisundi muutus;
- kaasnevad vaevused.

Äge kõhulahtisus: vähem kui 14 päeva kestev kõhulahtisus.

Krooniline kõhulahtisus: vähemalt 14 päeva kestnud kõhulahtisus.

Perioodiline kõhulahtisus: kõhulahtisuse episoodid vahelduvad normaalse roojamisega.

Peensooletüüpi diarröa: suuremahuline vedel, vesine roe.

Jämesooletüüpi diarröa: väikesemahuline, vedel, limane, verine roe.

Funktsionaalsele kõhulahtisusele on iseloomulikud järgmised sümptomid (Rooma III klassifikatsioon):

- vähemalt 3 suuremahulise roojaportsu valutu eritus päevas vähemalt 4 nädala vältel;
- vaevuse algus 6–36 kuu vanuses;
- kõhulahtisus esineb vaid päevasel ajal, mitte öösi;
- lapse päevane toidukogus ja kaloraaž on küllaldased;
- lapsel on hea üldseisund, positiivne kaalu- ja kasvuiive.

Kõhulahtisuse ja oksendamise tõttu võib kaasneda organismi vedeliku-kaotus – dehüdratatsioon ehk eksikoos (vt Tabel 2).

Tabel 2. Eksikoosi raskusastmed

Sümptomid	Mínimaalne dehüdratatsioon, kaalulangus < 3%	Kerge* kuni mõõdukas** dehüdratatsioon, kaalulangus 3–9%	Raske dehüdratatsioon, kaalulangus > 9%
Kesknärvisüsteemi seisund	Normis	Rahutu või loid	Teadvushäire
Janu	Ei ole väljendunud	Väljendunud	Joob loiult või pole võimeline jooma
Diurees	Normis või pisut vähenenud	Vähenenud	Oligoanuuria
Limaskestad	Niisked	Kuivad	Väga kuivad
Jäsemed	Soojad	Jahedad	Jahedad, kahvatud, tsüanootilised
Naha turgor	Normis	Vähenenud	Vähenenud, nahavolt sileneb > 2 sekundi jooksul
Silmad, imikul lõge	Normis	Aukus	Tugevalt aukus
Kapillaaride taastäitumine pärast survet	Kohe	< 2 sekundi jooksul	> 2 sekundi jooksul

* Kerge dehüdratatsiooni korral täheldatakse mõnd tabeli tulbas toodud sümptomit.

** Mõõduka dehüdratatsiooni korral täheldatakse lapsel kõiki tabeli tulbas toodud sümptomeid.

• VERIROE

Oluline on teada järgmist:

- rooja ja vere värvus (must, tumepunane veri roojas, erepunane veri roojas);
- rooja värvuse muutuse tekke aeg;
- vere kogus roojas;

- lapse üldseisund, selle muutus;
- kaasnevad vaevused.

Rooja värvust muudavad näiteks toit (peet, mustikad jt), ravimid (nt rauda sisaldavad).

Veriroe (*haematochezia*): nähtav punane veri roojas.

Meleena: tumepunane veri roojas, must roe.

Veri roojas või rooja must värvus viitavad seedetrakti veritsusele või verejooksule. Kõige sagedam verirooja põhjus on veritsus/verejooks seedetrakti juveniilsest polüübist või polüüpidest.

Polüübi veritsuse tunnuseks võib heas üldseisundis lapsel olla rauavaegusaneemia või peiteveri roojas.

Vähese, tagasihoidliku veritsuse puhul võib rooja värvus olla küll tavapärane pruun, kuid rooja peitevere analüüsi tulemus võib olla positiivne.

Vähese erepunase vere eritus roojaga või erepunane veri imiku või väikelapse pepupühkimispaberil viitab vere päritolule pärakust: anaalfissuur (?). See on lastel kõhukinnisuse korral, millega kaasub sageli ka valulik defekatsioon.

Rinnapiima sööva imiku verirooja (positiivne peiteveri roojas) põhjuseks võivad olla ema rinnanibulõhed, mõelda ka toiduallergiale, toidutalumatusetele.

Suures koguses punase vere eritus rektumist eelnevalt tervel lapsel: Meckeli divertiikul (?).

Tumepunase (vaarikaželeetaolise) vere eritus rektumist (koos tugevate kõhuvaluhoogudega, oksendamisega): invaginatsioon (?).

Veriroe, kõhuvalu (seedetraktivorm), artriit (liigesvorm), hemorraagiline lööve (nahavorm), hematuuria (neeruvorm): Henoch-Schönleini vaskuliit (?).

Veriroe, kõhulahtisus, üldseisundi muutus, trombotsütopeenia, hemolüütiline aneemia, neerupuudulikkus: hemolüütilis-ureemiline sündroom (?).

Veriroe (ere veri roojas), kõhulahtisus: põletikuline soolehaigus (Crohni tõbi, haavandiline koliit), bakteriaalne diarröa.

Tumeda rooja (meleena) korral pärineb veri seedetrakti ülaosast: peptiline haavand (?). Võib kaasneda ka veriokse.

- **PEAVALU**

Oluline on teada järgmist:

- tekke aeg (ööpäeva lõikes – hommikul ärgates, päeval, õhtul, öösel; nädala lõikes, lasteaia- või koolipäevadel, nädalalõpul, koolivaheaegadel, aastaegade lõikes);
- peavalude kestus (päevi, nädalaid, kuid);
- püsiv või hoogudena (hoo kestus: mõni minut, minuteid, tunde);
- valu täpne iseloomustus ja tugevus;
- valu täpne lokalisatsioon;
- eelnenud trauma, füüsiline või vaimne pingutus;
- esilekutsuvad tegurid (väsimus, nälgu, vaimselt või füüsiliselt pingeline ajaperiood, pingelangus näiteks pärast eksamit, ere valgus, tugev heli jne);
- peavalu kiirgumine;
- eelnev aura;
- käitumine peavalu ajal (eelistatud asend, olek);
- leevendavad tegurid (ka ravimid – nimetus, annus, kasutamise sagedus);
- käitumise muutus, õpiraskused, juba õpitud oskuste kadumine (nt enne rääkis, nüüd mitte): progresseeruv entsefalopaatia (?);
- kaasnevad vaevused ja sümptomid: näovärvi muutus, palavik, oksendamine, iiveldus, kõhuvalu, silmade valgusekartus, sundasend, kõhnumine;
- nägemisteravuse vähenemine, nägemishäired jne;
- perekonnaanamnees.

Äge peavalu

- Meningiit, meningoentsefaliit (?).
Difuusse, püsiva, periooditi hoogudena ägeneva peavaluga kaasneb palavik, iiveldus, oksendamine, meningeaalärritusnähtud (fotofoobia, kuklakangestus, positiivne Kernigi sümptom).
- Sinusiit (perkussioonil põskede piirkonnas valu).
- Hemorraagiline insult (?)
- Ajutrauma. epiduraalne(?), subduraalne(suduraalne(?))
Subarahnoidaalne/intratserebraalne hemorraagia (?).

Palavikuta peavalu

– Migreen.

On hoogudena esinev peavalu (haige lamab vaikselt pimedas ruumis), väga tugev, pulseeriv, paroksüsmaalne, sageli ühepoolne, leeveneb unega, sageli on samalaadsed peavalud perekonnas. Kaasneda võivad (hoo ajal või hoo lõpus) iiveldus, oksendamine, kõhuvalu, hoojärgne uinumine (uni leevendab valu), skotoomid (väikesed puuduvad vaateväljatäpid), hemianoopia (pool vaateväljast on välja lülitatud). Migreen auraga (?). Migreen ilma aurata (?).

– Pingepeavalu.

Tekib sageli päeva teisel poolel, avaldub pingetundena peas, on sümmeetriline otsmikupiirkonnas, kuklas või lagipeas, neuroloogilise koldeleiuuta.

– Arteriaalne hüpertensioon(?). Esineb difuusne peavalu.

– Ajukasvaja(?).

Ilmneb intrakraniaalse hüpertensiooniga kaasnev peavalu: difuusne peavalu, mis tugevneb lamavas asendis, kõige tugevam hommikutundidel, võivad kaasneda iiveldus, oksendamine (hommikuti, öösiiti), käitumise muutus, kõnnakuhäired (lial baasil kõnd), õppimisprobleemid (õppeedukus langeb), nägemishäired (kahelinägemine), tortikollis, kõhnumine.

– Spontaanne koljusisene hemorraagia.

On üliäkilise algusega, teadvushäirega, meningeaalsündroomiga.

– Ajutrauma. Progresseeruv entsefalopaatia. Kaasnevad õpiraskused ja nägemishäired, isiksusehäire.

Ühepoolne tugevate hoogudega peavalu kaasneva autonoomse närvisüsteemi haaratusega (näovärvi muutus, pisaratevool jne) võib olla paroksüsmaalse hemikraania tunnuseks.

● **LIIGESEKAEBUSED**

Oluline on teada järgmist:

- vaevuste tekke aeg;
- vaevuste tekke aeg päeva lõikes (hommikune liigesjäikus, vaevuste kujunemine päeva jooksul, vaevused füüsilisel koormusel);
- vaevuste täpne lokalisatsioon, haaratud liigeste arv;
- vaevused rahulolekus, vaevused aktiivsetel või passiivsetel liigutustel;

- kas on artriidi tunnuseid: valu (rahulolekus, aktiivsetel liigutustel), liiges(t)e turset, naha punetust, soojemat liigest võrreldes ülejäänud keha temperatuuriga, funktsiooni piiratust (lonkamist, kõnnakuhäireid);
- vaevuse iseloom ja kulg (kirjeldada esimest vaevust ja kõiki järgnevaid vaevuseid ja sümptomeid – äkki tekkinud, järk-järgult kujunenud, progresseerumine jt);
- vaevusi vallandavad faktorid;
- vaevusi leevendavad faktorid;
- saadud ravi (ravimite nimetus ja annus, ravi kestus);
- lapse tervis ja üldseisund enne liigesevaevusi (sh kehamassi ja kasvu dünaamika);
- eelnevalt põetud haigused (eriti ägedad seedetrakti ja ülemiste hingamisteede infektsioonid), eriti eelnenud kuu vältel (mõelda reaktiivsele artriidile!);
- eelnenud trauma;
- kroonilised infektsioonid (k.a karioossed hambad);
- keskkonna muutused (külmõtamine, liigne kuumus/päikesepaiste, füüsiline koormus, psüühilised üleelamised jt);
- kaasnevad vaevused ja sümptomid (üldseisundi muutusena väsimus, tuju muutus, kõhnumine, nahalööve, krooniline või perioodiline kõhulahtisus, veriroe, kõhuvalu, palavik jne).

Artropaatia – liigesehaigus.

Artralgia – liigesevalu.

Artriit – liigesepõletik, liigese põletikuline haigus.

Artroos – mittepõletikuline liigesehaigus.

Müalgia – lihasevalu.

Müosiit – lihasepõletik.

Spondüliit – lülipõletik.

Daktüliit – sõrmepõletik, varbapõletik.

Onühhholüüs – küüne irdumine.

Ahhillotendiniit – kannakõõluse põletik.

Plantaarfastsiiit – tallakilekõõluse põletik.

Eksostoos – luuväljakasve, luu pinnast välja kasvav luuline moodustis.

Kondromalaatsia – kõhrepehmumus.

Kondrodüstroofia – kõhre kaasasündinud arenguhäire.

Lapseea sagedaim liigesehaigus on juveniilne idiopaatiline artriit, millesse haigestutakse enamasti väikelapse- ja puberteedias. Tavaliselt algab haigus alajäseme liigese oligoartriidina. Haigestumise algus on enne 16-aastaseks saamist ja artriit esineb vähemalt ühes liigeses kestusega vähemalt 6 nädalat.

- Oligoartriit: haaratud on 1–4 liigest.
- Polüartriit: 5 ja enama liigese haaratus.
- Juveniilse idiopaatilise artriidi süsteemne vorm: Stilli tõbi.

Reaktiivne artriit: mujal organismis esineva infektsiooni poolt tekitatud liigesepõletik (põletikulises liigeses ei leidu mikroobe).

Liigesevalu ei ole aga alati üksnes liigesehaiguse tunnuseks. Põhjuseks võivad olla näiteks veel põletikuline soolehaigus, sidekoeenõrkuse sündroom, Legg-Calvé-Perthesi tõbi, Osgoodi-Schlatter'i tõbi, leukeemia, luukasvaja.

Äge tugev valu, palavik, põletikunähud veres: osteomüeliit (?).

Sääre- või põlvevalu: Osgoodi-Schlatter'i tõbi (*tuberositas tibiae* avaskulaarne nekroos). Sageli puberteedias poeglastel.

Põlvevalu korral uurida ka puusaliigeseid (põlvevalu põhjuseks võib olla hoopis puusaliigese patoloogia).

Reiepiirkonna valu, puusavalu, lonkamine, kõnnakuhäire: Legg-Calvé-Perthesi tõbi (reieluu epifüüsi avaskulaarne nekroos). Sageli poeglastel.

Hemorraagiline palpeeritav lööve sümmeetriliselt jalgadel, tuharatel ja küünarliigese piirkonnas (nahavorm), artriit (liigesevorm), kõhuvalu/veriroo (seedetraktiivorm), hematuuria (neeruvorm): Henochi-Schönleini vaskuliit (?). On kõige sagedam vaskuliit lastel. See on väikeste veresoonte generaliseerunud immuunreaktsiooni vahendusel tekkiv põletik, mille patognostiline tunnus on sümmeetriline hemorraagiline nahalööve. Nahavormiga võivad kaasneda seedetrakti sümptomid, liigesepõletik, neerupõletik (sekundaarne glomerulonefriit).

Scheuermanni tõbi: lülisamba osteokondroos, lülisambalülide kasvuhäire, mis viib lülisamba rinnaosas kूर्selgsusele, nimmeosas füsioloogilise lordoosi kadumisele.

Psoriaatiline artriit: psoriaasiga kaasnev artriit.

Lyme'i tõbi: puukide poolt levitav, spiroheedi *Borrelia burgdorferi* tekitatav haigus, millele on iseloomulikud nahal puugi hammustuskohas vähehaaval laienev punetus (*erythema chronicum migrans*), peavalu, oksendamine, näo-silmalihaste halvatus, artriit, tundlikkusehäired, ataksia, halvatus. Artriit võib kujuneda alles 6 kuud pärast puugihammustust.

Süsteemne erütematoosne luupus: artralgia, artriit, palavik, kõhnumine, lööve (liblikataoline), nefriit, polüserosiit, närvisüsteemi kahjustus.

Dermatomüosiit: polüartriit, palavik, proksimaalse muskulatuuri sümmeetriline progresseeruv nõrkus, müalgia, müokardiit, hepatosplenomegalia, silmaümbruse punakas-lillakas turseline nahk.

• ASENDI JA KÕNNAKU MUUTUSED

Oluline on teada järgmist:

- lapse jõudlus, aktiivsus, muutused;
- motoorse arengu, oskuste vastavus eale;
- jõuetus, väsimus: füüsilisel pingutusel, päeva jooksul (hommikul, õhtul) – müasteenia (?);
- kehaosa ebatavaline asend (nt tortikollis, skolioos, küfoos, lordoos: lihasehaigused (?);
- kõnnaku muutused, vaevused (nt valu jalale toetamisel: liigesehaigus (?);
- lonkamine: liigesehaigus (?), neuroloogiline haigus (?);
- aktiivsete liigutuste olemasolu ja sümmeetrilisus; käimine, sagedad kukkumised, trepist käimine, jooksmine;
- kas lapse jäsemed tunduvad emale kanged või lõdvdad.

Motoorse arengu mahajäämus, kõnnakuhäired (käimine kikkivarvastel), raskused trepist käimisel, raskused kükkasendist püstitõusmisel ja väsimus võivad viidata lihasehaigustele: Duchenne'i tüüpi lihasdüstroofia, kongenitaalsed müopaatiad, spinaalsed lihasatroofiad, müasteenia jne.

• **TURSED**

Oluline on teada järgmist:

- tekke aeg ja kulg;
- lokalisatsioon (lokaalsed, perifeersed, difuussed), skrootumi turse;
- kehamassi muutused;
- kaasnevad vaevused.

Tursete puhul mõelda põhjusele:

- nefrootiline sündroom (?).
- ülitundlikkus (?).

Urtikaaria: sügelev lööve, naha turse, näopiirkonna turse, silmade või nina allergianähud, sügelemine ka kurgus, üldseisundi häire.

Anafülaktiline reaktsioon (ravimitele, toidule – nt munale, pähklitele, piimale, putukahammustusele): hüpotensioon, hingamispuudulikkus, kollaps – huulte ja keele pakitsustunne ja turse, naha kahvatus, naha punetus, urtikaaria, perifeerne turse, nahal soojus-pakitsustunne.

• **NUTT JA HÄÄL**

- erinevus tavapärasest nutust (nt kiljuv, oiglev nutt);
- häälekõla muutused.

Nasaalne hääl: adenoidide hüpertroofia, bulbaarparalüüs (?).

Striidor.

Pardihääl: kasvuhormooni puudulikkus (?).

Kassikisa meenutav hääl: kromosoomihaigused (?).

• **KÖHA**

Oluline on teada järgmist:

- lapse vanus köha tekkel – vaevus alates vastsündinueast: kaasa-sündinud anomaaliad (?);
- köha tekke aeg;
- äkki tekkinud kõhahoog: võõrkeha aspiratsioon (?);
- köha iseloom:
 - rögaeritusega köha (limane, purulentne, veriköha);
 - kuiv, kinnine köha;
- köha tugevus ja sagedus;
- köha püsimine ja kulg (progresseeruv, progresseerumata, hoogude-na): äge köha, krooniline köha;

- esinemise aeg ööpäeva lõikes: hommikul, päeval, õhtul, öösel;
- seos füüsilise koormusega, infektsioonidega, keskkonnateguritega: külm õhk, õhu saastatus lenduvate kemikaalidega, tubakasuits, ving, puusuits, tugev lõhn, tolm jne;
- kaasnevad vaevused ja sümptomid: palavik, valu köhimisel, rindkerevalu, hingamisraskus, hingeldus, nahalööve, tsüanoos, oksendamine, kõhulahtisus, kõhnumine, toitmisraskused jne.

Epiglottiit: inspiratoorne düspnoe, febrilne palavik, lämbumistunne, rahutus, neelamisvalulikkus, neelamisraskus, süljevool. Laps ei köhi!

Äge köha

- Äge respiratoorne viirusinfektsioon.
Eelkooliealised lapsed võivad põdeda 7–8 korda aastas. Köha võib püsida paar nädalat.
- Rinofarüngiit.
- Äge bronhiit (põhjuseks on lastel valdavalt viirused).
- Larüngiit.
Kuni 5-aastastel lastel: haukuv köha, inspiratoorne striidor, inspiratoorne düspnoe.
- Obstruktiivne bronhiit.
Esineb väikelastel. Iseloomulik on ekspiratoorne düspnoe, haigushoog sarnaneb astmahooga.
Astmat diagnoositakse alla 2-aastastel lastel, kui on juba kolmas obstruktiivne bronhiit.
- Bronhioliit. Imikutel esinev, põhiliselt RS-viiruse põhjustatud haigus, millele on iseloomulik üldseisundi häire, inspiratoorne ja ekspiratoorne düspnoe, krepitatsioonid.
- Võõrkeha hingamisteedes.
Iseloomulik on hea üldseisundi foonil äkki tekkinud äge kõhahoog, läkastav köha, hingamisraskus.
- Kopsupõletik (väikelastel põhjuseks sageli viirused).

Haigel on palavik, tahhüpnöe, ninatiibade puhevus (alla 12-kuustel), roietevahelised retraktsioonid jne.

Alla 5-aastastel kopsupõletikuga lastel võivad hingamisteede poolt kliinilised ilmingud puududa, põhikaebuseks võib olla kõhuvalu koos palavikuga või ainult palavik.

Tüüpiline kopsupõletik (peamine tekitaja *Streptococcus pneumoniae*) algab tavaliselt äkki tõusnud febrilise palavikuga, auskultatsioonil on hingamiskahin nõrgenenud või krepiteerivad räginald.

Atüüpiline kopsupõletik (peamised tekitajad *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*) võib alata ülemiste hingamisteede infektsiooni nähtudega ja subfebrilise palavikuga ning järjest süveneva kõhaga.

Krooniline kõha (kestus üle 4 nädala)

- Astma: kõige sagedam krooniline haigus lastel.
Haigel on korduvad hingamisteede obstruktsioonide episoodid ja periooditi tekkiv bronhide hüperreaktiivsus, mille vallandavad füüsiline koormus, kokkupuude allergeenidega ja/või viirusinfektsioonid. Iseloomulikud on kõha (pikaaegne kõha, kuiv hoogkõha), vaevuste süvenemine öösiti, varahommikuti, füüsilisel koormusel; õhupuudus, hingamisraskus, korduvad hingeldushood, vilistav hingamine, ekspiratoorne düspnoe, vilinad rinnus. Ilmneb vaevuste seos vallandavate teguritega – lõhnad, suits, külm õhk, allergeenid, füüsiline pingutus, viirusinfektsioonid.
- Kaasasündinud anomaaliad (trahheoösofageaalne fistul, trahheomalaatsia, bronhopulmonaalsed malformatsioonid, kopsupaisuga kaasnevad kaasasündinud südamerikked, mediastiinumi kasvajakud jne).
- Infektsioonid (lökakõha-, mükoplasma-, klamüüdia-, seeninfektsioon jne).
- Immuunpuudulikkus (primaarne, sekundaarne).
- Tsüstiline fibroos: krooniline kõha (retsidiveeruvad bronhiidid ja/või kopsupõletikud), malabsorptsioonisündroom (krooniline või perioodiline kõhulahtisus, vähene kaaluüve, kõhnumine).
- Võõrkeha aspiratsioon.
- Aspiratsioon, neelamishäired (gastroösofageaalne refluks, neuroloogilised haigused).
- Hingamisteede ärritus (tubakasuits, tolmu, kemikaalid jne).
- Psühhogeenne, harjumuslik kõha.

- **STRIIDOR EHK VILISTAV SISISEV HÄÄLEKAS HINGAMISKAHIN, HINGELDUS**

Oluline on teada järgmist:

- mis vanuses tekkis;
- tekke kulg: äkki, füüsilisel pingutusel, puhkeolekus;
- kestus ja kulg (hooti, püsivalt);
- seos muude ilmingutega – kõhaga, tsüanoosiga, väsimusega jne.

Ägeda striidori kõige sagedam põhjus on kõriturse (põhjuseks viirusliku geneesiga larüngotrahheobronhiit ehk krupp). Veel võib põhjuseks olla äge kiire allergiline reaktsioon või võõrkeha hingamisteedes. Imikutel võib põhjuseks olla maosisu aspiratsioon gastroösofageaalse refluksi tõttu. Kroonilise striidori sagedaim põhjus imikutel on larüngomalaatsia.

- **TSÜANOOS**

Oluline on teada järgmist:

- tekke aeg;
- perifeerne, üldine;
- kestus ja kulg (hooti, püsivalt);
- tekke seos füüsilise koormuse, nutuga, imikul ka imemisega, söömisega jne.

Kaasasündinud südamerike (?). Kroonilised kopsuhaigused (?).

- **HARJUMUS HINGATA AVATUD SUUGA**

Kui kaasneb norskamine, nasaalne hääl: adenoidi hüpertroofia (?).

Suurenenud adenoid on ninahingamise takistuse kõige sagedam põhjus eelkoolieas.

- **HINGEÕHU MUUTUS**

- Magus lõhn (atsetoon): diabeet (?).
- Halitoos (halb hingeõhk): karioossed hambad (?), gastroösofageaalne refluks (?), sinusiit (?) jne.

• **LÖÖVE JA MUUD NAHA MUUTUSED**

Oluline on teada järgmist:

- tekke aeg;
- lööbeelementide ilmumise järjekord, lokalisatsioon, kulg;
- lööbe perioodilisus (perioodiline teke, taandumine);
- lööbeelementide suurus, hulk, värvus;
- naha sügelemine, ekskoriatsioonid;
- naha ketendus;
- allergiline lööve;
- pigmendilaigud, piimakohvi laigud (*café-au-lait*);
- pigmendita laigud (vitiliigo);
- tüükad, neurofibroomid;
- haudumus;
- lööbeelementide iseloom:
 - paapulid: väikesed nahapinnast kõrgemad lööbeelemendid;
 - noodulid: suured nahapinnast kõrgemad lööbeelemendid;
 - maakulid: nahaga samas tasapinnas, mittepalpeeritavad;
 - vesiikulid: villid;
 - pustulid: mädavillid;
 - petehhiad: väikesed hemorraagilise lööbe elemendid (1–2 mm), ei kao nahale vajutamisel;
 - purpur: 2–10 mm suurused hemorraagilise lööbe elemendid;
 - ekhümoosid: suuremad (üle 10 mm) hemorraagilise lööbe elemendid.

Neurokutaansed sündroomid. Nii närvisüsteem kui ka nahk arenevad ektodermist. Looiteperioodi arenguhäire võib põhjustada nii närvisüsteemi kui naha patoloogiat ehk neurokutaanseid sündroome.

Neurofibromatoos: piimakohvi laigud (*café-au-lait*).

Henochi-Schönleini vaskuliit on 3–10-aastastel, enamasti talvekuudel esinev vaskuliit, mille tekkele eelneb sageli ülemiste hingamisteede infektsioon. Iseloomulik on:

- sümmeetriline lööve, eriti jalgadel, tuharatel;
- lööve jäsemete painutuskülgedel;
- liigesevormi puhul lisaks artralgiat, artriit, näiteks põlveliigeses, hüppeliigeses;

- seedetraktivormi puhul lisaks kõhuvalu, veriokse, veriroe, peiteveri roojas;
- neeruvormi puhul lisaks hematuuria.

Laste lööbelised nakkushaigused

Leetrid (*morbilli*)

Inkubatsiooniperiood 10–15 (maksimaalselt 21) päeva.

Lööve ilmub haiguse 3.–4. päeval (eelnevalt palavik, kõha, nohu, konjunktiviit, lümfisõlmede suurenemine). Makulopapuloosne lööve algab kõrvade tagant, levib näole, kehatüvele ja jäsemetele, peopesadele ja jalataldadele. Lööve on alguses roosa, hiljem intensiivselt punanepruunikas, laatu. Alumiste molaaride tasemele põse limaskestale tekiavad Kopliki laigud.

Lööve püsib kuni 7 päeva ning kaob tekke järjekorras, jättes pigmentatsiooni.

Haige on nakkusohtlik 4–5 päeva enne ja 4–5 päeva pärast lööbe teket.

Punetised (*rubella*)

Inkubatsiooniperiood 11–24 päeva.

Enne löövet lümfisõlmed suurenevad (sh kuklal). Lööve ilmub 2.–3. haiguspäeval (eelnevalt kerged ülemiste hingamisteede infektsiooni tunnused) – õrnroosa makulopapuloosne lööve (mittelaatu) algab peanahalt, levib ühe päevaga kehale ja jäsemetele (on intensiivsem jäsemete sirutuspindadel).

Lööve taandub 2–3 päevaga.

Haige on nakkusohtlik 7–10 päeva enne ja pärast lööbe teket.

Rasedal põhjustavad punetised loote arenguanomaaliaid. Mida varasem rasedusaeg, seda raskemad võivad olla loote väärarengud.

Sarlakid (*scarlatina*)

Inkubatsiooniperiood 1–12 päeva.

Haigus algab ägedalt: palavik, tonsilliit, lümfisõlmede suurenemine jne. Lööve ilmub 1.–2. haiguspäeval difuusse punetusena, mille foonil on kare peen liivateradetaoline lööve. See on intensiivsem keha külgedel,

jäsemete painutuskülgedel ja nahavoltides, suuümbrus on lööbest vaba, löövet ei ole peopesadel ja jalataldadel.

Lööve püsib 3–7 päeva. Keel on alguses kaetud valge katuga, hiljem punane. 2–3 nädala pärast hakkab nahk ketendama.

On vajalik antibakteriaalne ravi.

Tuulerõuged (*varicella*)

Inkubatsiooniperiood 10–23 päeva.

Lööve võib tekkida 1.–2. haiguspäeval, on polümorfne – maakulid, paapulid, vesiikulid, pustulid, koorikud peanahal, kehatüvel, jäsemetel, harva ka limaskestadel (suus, tupes). Lööbimine kestab 5 päeva, koorikud langevad ära 1–2 nädala pärast.

Haige on nakkusohtlik juba 2 päeva enne kliinilist leidu ning lööbe tekkest alates veel 5 päeva.

• IKTERUS EHK HÜPERBILIRUBINEEMIAST TULENEV NAHA, LIMASKESTADE JA SKLEERADE KOLLASUS

Oluline on teada järgmist:

- lapse vanus ikteruse tekkel;
- ikteruse kulg, kestus;
- kaasnevad vaevused ja sümptomid, ka uriini ja rooja värvus ning muutused, hepatomegalia (?), splenomegalia (?), kaaluiibe puudulikkus (?).

Mittekonjugeeritud hüperbilirubineemia põhjused:

- füsioloogiline ikterus;
- rinnapiimaikterus;
- infektsioonid (urotrakti infektsioon);
- hüpotüreoos;
- hemolüütiline aneemia;
- polütsüteemia;
- konjugatsioonivõime kaasasündinud puudulikkus (Gilberti sündroom – healoomuline, perekondlik hüperbilirubineemia);
- Crigleri-Najjari tõbi.

Konjugeeritud hüperbilirubineemia (konjugeeritud bilirubiin > 20% kogu bilirubiinist):

- maksasisene või maksaväline sapipeetus;
- sapiteede obstruktsioon: sapiteede atresia (?), neonataalne hepatiit (?);
- puberteedieas lapsel (sageli tütarlapsel) ikterus, aminotransferaaside taseme tõus, konjugeeritud hüperbilirubineemia: autoimmuunne hepatiit (?), Wilsoni tõbi (?), α 1-antitrüpsiini puudulikkus (?), viirushepatiit (?).

Kombineeritud hüperbilirubineemia:

- maksarakkude põletikulised, toksilised kahjustused;
- maksatsirroos jne.

● KOORDINATSIOON JA TASAKAAL

- juba õpitud liigutuste muutus (nt asjade pillamine, ei suuda esemeid täpselt kätte võtta, joogi maha loksutamine, raskused söömisel jne);
- kõndimine laia baasiga: ajutuumor (?);
- käekiri ja selle muutus: *chorea minor* (?).

● TAHTMATUD LIIGUTUSED

- lokalisatsioon (nt näos, proksimaalsed või distaalsed, ühes kehapooles, kogu kehas jne);
- iseloom (nt väänlevad liigutused, meenutavad tahtelisi liigutusi jne);
- rütmilisus;
- stereotüüpsus (infantiilsed spasmid);
- seos emotsionaalse seisundiga;
- enese vigastamine (nt pea tagumine, keelde hammustamine, rusika suhu toppimine jne).

● TEADVUSHÄIRE EPISOODID

Iseloom:

- kvaliteedi muutus;
- kvantiteedi muutus (hinnang Glasgow' koomaskaala järgi);
- eelnevad sümptomid;
- kaasnevad nähud (nt tõmblused, spontaanne urineerimine või defekatsioon jne);

- toimunu mäletamine;
- kaasuvad vaevused ja sümptomid;
- vigastused.

- **KRAMBID**

Oluline on teada järgmist:

- tekke aeg ja kulg;
- liigutuste tüüp ja faaside kestus;
- lokalisatsioon;
- teadvuse seisund;
- vigastused (nt keelde hammustamine jne);
- krampidele järgnev uni, oksendamine, peavalu, hemiparees;
- kaasnevad nähud: spontaanne urineerimine või defekatsioon jne;
- järgnev seisund (teadvushäire kestvus, uni?)
- eelnev üldseisund: nt febrilne palavik.

Krambihoogude korral tuleb otsida põhjust:

- epilepsia (?);
- ainevahetushäired, ainevahetushaigused: hüpoglükeemia (?), hüpo-kaltseemia (?), hüpomagneseemia (?), hüpo- või hüpernatreemia (?) jne;
- peatrauma (?);
- entsefaliit (?), meningoentsefaliit (?);
- mürgistused (?).

Febrilised krambid

6 kuu – 3(4) aasta vanustel lastel tavaliselt 1–2 minutit (mitte üle 15 min) kestvad generaliseerunud toonilised või toonilis-kloonilised krambid palaviku kiire tõusu ajal ägeda haigestumise alguses.

Febriliseks peetakse kehatemperatuuri $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$. Seega, kui lapsel mõõdetud kehatemperatuur on madalam, tuleb mõelda neuroinfektsioonile (entsefaliit (?), meningoentsefaliit (?)), temperatuuri tõusust mõjutatud krampidega kulgeva haiguse algusele (Dravet' sündroom (?)) või temperatuuri tõusust provotseeritud krampidele mõne muu epilepsia vormi korral.

Alla 18 kuu vanustel imikutel võib meningiidi, meningoentsefaliidi puhul puududa kuklakangestus ja fotofoobia – krampide puhul mõelda entsefaliidile, meningoentsefaliidile.

- **NÄGEMINE**

- liikuva objekti jälgimine;
- raskused lugemisel, kaugele vaatamisel;
- värvipimedus;
- nägemishäired;
- prillide olemasolu (+/- prillid, tugevus, nägemisteravuse muutus dünaamikas).

- **KÕNE**

- koogamise (2 kuu vanuses) ja lalisemise (6 kuu vanuses) kujunemise aeg;
- aktiivne kõne (üksikud sõnad, fraasid, laused, sorav jutt);
- passiivne kõne;
- kõne muutused (arusaadavus, väljendusraskused), kõne muutumine ebaselgeks.

- **KUULMINE**

- kontakti saavutamine vastavalt eale;
- kuulmislangus vanemate hinnangul (nt küsimustele mittevastamine, sosinkõnele mittereageerimine, hajevilolek jne);
- kuulmislangus dünaamikas;
- kaasuvad vaevused ja sümptomid (nt vaimse arengu mahajäämus, käitumishäired, peavalu, oksendamine jne);
- kuulmisaparaadi kasutamine.

Mittereageerimine kõnele, kõne alaareng võib viidata pervasiivsele arenguhäirele.

2. ELUANAMNEES (*anamnesis vitae*)

2.1. Lapse senine tervis

- **EMA TERVIS JA RASEDUSE KULG** (vt pt "Vastsündinu uurimine").
- **VASTSÜNDINU ISELOOMUSTUS** (vt pt "Vastsündinu uurimine").

- **TOIT, TOITMINE**

Mida, millal ja kui palju laps sööb

Lapse isu, toidukoguste ja kaaludünaamika üle otsustamiseks on vaja teada ööpäeva jooksul söödud ja joodud toitu ja jooki ning selle kogust (lapsevanematel paluda see üles kirjutada vähemalt 3 päeva kohta).

Et imemine ise on rinnapiima tekke peamine stimulaator, toidetakse vastsündinut esimestel elunädalatel sageli – 2–2,5-tunniste vahedega, hiljem sööb laps keskmiselt iga 3 tunni tagant, seega koos öise toitmis korraga kokku kuni 8 korda ööpäevas.

Rinnapiima puudusel kasutatakse piimasegu, mida antakse lapsele mitte sagedamini kui 3 tunniste vahedega. Hea kaaluivõime kinnitab, et toidu kogus on piisav.

Lapse kasvades toidukordade arv väheneb ning kujuneb ka öine toidupaus. 3–5 kuu vanune imik sööb 6 korda ning alates teisest elupoolaastast 5 korda ööpäevas. Viis toidukorda päeva jooksul peaks olema ka aastasel väikelapsel.

Toidu kogus

Ajaline vastsündinu sööb rinnapiima või piimasegu esimesel elupäeval 60–80 ml/kg/ööp. Ööpäevane vajalik piimakogus 10. elupäeval on 125–150 ml/kg, 3 kuu vanuses 140–160 ml/kg (mitte ületades 1 l ööpäevas).

Üks liiter ööpäevas on sobiv toidukogus kuni aasta vanusel lapsel.

Rinnapiimaga toitmine

Esimesel 6 kuul ei vaja imik rinnapiimale lisaks muud toitu ega jooki, sealhulgas ka mitte vett, teed, mahla ega puuvilju. Rinnapiimas on vett ligi 90%. Ainus, mida imik rinnapiimale lisaks vajab, on D-vitamiin.

Kui aga rinnapiima imiku vajadusteks ei jätku, peab last toitma imikutele mõeldud piimaseguga.

Rinnapiimaga toitmise vastunäidustusteks ema poolt on HIV-positiivsus, mõningad ravimid, mida ema kasutab. Lapsepoolseks vastunäidustuseks rinnapiimatoidule on galaktoseemia.

Lehmapiimaga toitmine

Lehmapiim imiku toiduks esimesel eluaastal ei sobi, sest raua imendumine sellest on väga vähene ja valgusisaldus kolm korda suurem kui rinnapiimas. Lehmapiima on lubatud anda alates 6 kuu vanusele lapsele väheses koguses pudru või köögiviljapüree sees.

Kui lapsel tekivad toiduallergia haigusnähud (atoopiline dermatiit, koliti, veri roojas), võib põhjuseks olla lehmapiimavalguallergia/-talumatus. Sel juhul peab tavalisest imiku piimasegust ja ka sellest vähesest lehmapiimakogusest loobuma ning mitte pakkuma seda uuesti enne, kui laps on saanud aastaseks.

Lehmapiima võib tervetele lastele pakkuda toidu kõrvale joogiks alates lapse aastaseks saamisest ja koguses 500–600 ml päevas. Kuni 2-aastastele lastele ei piirata toidu rasvasisaldust, seetõttu soovitatakse enamikus maades 2,5–3%-lise rasvasisaldusega piima.

Lisatoit

Lisatoit on kõik muu toit ja jook, mida antakse imikule rinnapiimale või piimasegule lisaks. Rinnapiim või piimasegu jäävad lapse põhitoiduks kuni 1-aastaseks saamiseni.

Lisatoitu võib imikule pakkuda 4–6-kuuselt, soovitatavalt mitte enne 17 nädalat (4 kuud), kuid hiljemalt 26-nädalastel (6-kuuselt).

Imikule pakutakse vaid üht uut lisatoitu korraga soovitatavalt ühe nädala vältel üks kord päevas, alustades ühest teelusikatäiest päevas, kogust järk-järgult suurendades.

Tabel 3. Lisatoidu ja rinnapiima või piimasegu soovitatavad päevakogused 6–12-kuustele imikutele

Lapse vanus (kuud)	Lisatoidu kogus päevas (g)	Lisatoidu pakkumise kordi päevas	Rinnapiima või piimasegu kogus päevas (ml)
6	Lusikaotsatäiest alustades kuni 100	1–2	900–1000
7	100–200	2	800–900
8	200	2–3	800
9	250	3	750
10	300	3	700
11	350	3	650
12	400	3	600

Esimene lisatoit võiks olla ühest komponendist valmistatud juurviljapüree või puder.

Imik eelistab magusat. Seega ei ole soovitatav esimese lisatoiduna imikule pakkuda puuviljapüreeid, sest sel juhul võib ta juurviljapüreeest või pudrust edaspidi keelduda.

Kõige olulisem rauaallikas on tailiha, mida laps peab saama alates 6 kuu vanusest iga päev 5–10 grammi (imikul jätkub looteas emalt saadud rauavarudest 4–5 kuu vanuseni).

Kuni aastase lapse toitu ei ole sobilik lisada soola ja teravamaitselisi aineid.

Toidukorra alguses pakkuda imikule kõigepealt lisatoitu ning alles seejärel piimasegu või rinnapiima.

Lisatoitu tuleb lapsele pakkuda kas lusikast või tassist.

Kui laps sööb puuviljapüreeid, siis ta lisaks mahla ei vaja.

9 kuu vanuselt (kui laps iseseisvalt istub) võiks hakata last õpetama jooma tassist. Lutipudelilist toitmine peaks olema lõpetatud lapse aasta-seks sünnipäevaks.

Kui laps soovib öösel juua, võib talle pakkuda tassist vett (mitte mahla või piima, ja kindlasti mitte lutipudelilist!).

- **LAPSE ARENG**

- füüsiline areng: kehamass, kehapikkus, imikul ka peaümbermõõt, puberteedieas lastel ka puberteedi aste;
- psühhomotoorne areng: millal hakkas laps pead hoidma, pöörama, roomama, iseseisvalt istuma, toe najal seisma ja astuma, iseseisvalt kõndima, koogama, lalisema, üksikuid sõnu ja lauseid ütleva, soravalt jutustama.

- **PÄEVAKAVA, HARJUMUSED**, sh uni (unehäired).

- **PÕETUD HAIGUSED**

- millised haigused (diagnoosid), mis vanuses;
- haiguste kestus, raskus, ravi;
- haiguste sesoonsus.

- **KONTAKT NAKKUSHAIGETEGA**, kaasa arvatud haiged koduloomad.

- **REISIDE ANAMNEES.**

- **VAKTSINATSIOONID**

- lapsele tehtud vaktsinatsioonid, vaktsinatsioonide aeg;
- vaktsiini kõrvalnähud: lokaalsed reaktsioonid, süsteemsed reaktsioonid, raske allergiline reaktsioon.

Normaalselt jääb tuberkuloosi (BCG) vaktsinatsiooni süstekohale väike, kuni 1 cm suurune pustul. BCG-mata imikule võib tuberkuloosivaktsiini ilma eelneva Mantoux' testita manustada kahel esimesel elukuul.

Vaktsineerimise püsivad vastunäidustused:

- anafülaktiline reaktsioon vaktsiini eelmisele doosile;
- anafülaktilist tüüpi ülitundlikkus vaktsiini mõnele koostisosale;
- raske üldreaktsioon pärast eelmist vaktsiinidoosi.

Vaktsineerimise ajutised vastunäidustused:

- palavikuga või palavikuta keskmise või raske kuluga haigus;
- progresseeruv närvisüsteemi kahjustus (infantiilsed spasimid, raviga mittekontrollitud epileptiline sündroom, progresseeruv entsefalopaatia);
- difteeria-teetanuse- ja atsellulaarne läkaköhavaktsiin, *Haemofilus influenza* tüüp b vaktsiin ja poliomüeliidi inaktiveeritud vaktsiin (DTPa-Hib-IPV) ning difteeria-teetanuse- ja atsellulaarne läkaköhavaktsiin ja poliomüeliidi inaktiveeritud vaktsiin (DTPa-IPV) on vastunäidustatud kuni üldseisundi stabiliseerumiseni;
- immuunpuudulikkuse korral on immuniseerimine elusvaktsiinidega (tuberkuloosivaktsiin; leetri-, mumps- ja punetisevaktsiin) kas püsivalt või ajutiselt vastunäidustatud.

Eestis vaktsineeritakse immuniseerimiskava järgi inimesi 11 haiguse vastu: tuberkuloos, B-hepatiit, rotaviirusnakkus, poliomüeliit, difteeria, teetanus, läkaköha, *Haemofilus influenza* tüüp b infektsioon, leetrid, mumps, punetised (vt Lisa).

• ALLERGIISED REAKTSIOONID

Vaevused ja sümptomid lapsel:

- nahalööve;
- suu ja suuümbruse kihelus;
- nohu, hingeldus, köha;
- konjunktiviit;
- näopiirkonna turse;
- oksendamine, kõhuvalu, ebastabiilne roe, veri-roe jne;
- hingamisraskus;
- anafülaktiline reaktsioon.

Vaevuste ja sümptomite kulg:

- kiire reaktsioon: allergeeni toime järel minutite-tunni jooksul tekkinud vaevused ja sümptomid (oletatav IgE vahendatud reaktsioon);
- aeglane reaktsioon: hiljem kui ööpäev pärast allergeeni toimet tekkinud vaevused ja sümptomid;
- vaevuste sesoonsus;

- vaevuste ja sümptomite teadaolev või võimalik tekkepõhjus: toit, tolm, pesupulber, puhastusvahendid, ravimid, mesilase või herilase nõelamine, putukahammustus jne;
- kas (vanavanemate, lähedaste) kodus on loomi, linde, akvaariumikalu.

- **RAHIIIDI PROFÜLAKTIKA**

Laps vajab D-vitamiini (D₃-vitamiin e ergokaltsiferool) 400 RÜ päevas alates 5.–7.elupäevast ja soovitatavalt kuni 2 aasta vanuseni.

Kui imik sööb ööpäeva jooksul ligi 1 liitri imikute piimasegu, ei ole lisaks D-vitamiini vaja (vajalik kogus on piimasegus).

2.2. Perekond

- **VANEMAD/VANAVANEMAD:**

- vanus; sünnikoht;
- vanemate haridus;
- sugulusabielu;
- vanemate kehamass, kehapikkus (lapse ennustuspikkuse arvutamiseks on vaja teada ema ja isa täpset pikkust).

- **ÕED, VENNAD**, nende tervis ja haigused.

- **HAIGUSED PEREKONNAS, LÄHISUGULASTEL:**

- analoogsed uuritavaga;
- kroonilised haigused; pärilikud haigused;
- surma (eriti varased surmad) puhul teadaolev põhjus, surnu vanus;
- viljatus, surnult sünnid või raseduste katkemised;
- kaasasündinud anomaaliad, arenguhäired;
- vajadusel sugupuu.

2.3. Sotsiaalne olukord

- **SOTSIAALNE KESKKOND, KUS LAPS KASVAB:**

- elutingimused;

- kodu, lasteaia või kooliga seonduvad probleemid, hirmud (vanemate suhted, armukadedus õe-venna suhtes, lähedase surm, elukoha-lasteaia-kooli vahetus, suhted kaaslastega jne);
- kahjulikud harjumused (patsiendil, pereliikmetel);
- vigastused, mürgistused, söövitused;
- õnnetusjuhtumid, traumad;
- viited hooletussejätmisele;
- viited vägivallale.

LAPSE UURIMINE

1. Põhitõed

- On soovitatav, et lapse uurimiseks oleks privaatne ruum.
- Patsiendi läbivaatus peab hõlmama kogu keha. Laps riietada lahti järk-järgult, abistada saavad vanemad.
- Läbivaatuse peab kohandama patsiendi eale: näiteks vastsündinul ja imikul peab uurima kongenitaalseid reflekse, puberteediealisel lapsel hindama puberteedi arengut. Imikut või väikelast tuleb uurida ema/isa juuresolekul, vajadusel nende süles.
- Läbivaatusega ei tohi kiirustada ega äratada magavat last.
- Läbivaatuse ajal on vaja selgitada, mida arst parasjagu uurib ja kuidas ta seda teeb.
- Läbivaatusel peavad arsti käed olema puhtad ja soojad, küüned lühikesed ning stetoskoop soe.
- Kui laps hakkab läbivaatuse ajal nutma või kartma, tuleb läbivaatus katkestada ja lapse rahunedes uuesti jätkata.
- Vajalikud on järgmised mõõtmised: kehamass, -pikkus, peaümbermõõt, lõgemetete suurus, nahavoldi paksus, haigestunud ja tervete liigeste ümbermõõdud, maksa väljaulatumine roidekaare alt, põrna suurus, pulss, hingamissagedus, vererõhk, vajadusel testiste maht.
- Last hirmutada võivad uuringud soovitatakse teha läbivaatuse lõpus (nt suuõõne, neelu ja päraku uuringud, vererõhu mõõtmine).

2. Üldmulje lapsest

Last on soovitatav jälgida juba anamneesi küsimise ajal.

Vaatlusel sedastatakse järgmist:

- üldseisund, jõudlus, aktiivsus, meeleolu, käitumine;
- oskused ja korralduste täitmine;
- kehaehitus, toitumus;

- asend (nt meningiitiline asend ehk opistotoonus – haige lamab külili, käed on kõverdatud keha ligi, kaela ja selja lihaste tugeva reflektorse pinge tõttu on pea sirutatud taha ja selg on lordoosis);
- hooldatus, hügieeniharjumused;
- mikroanomaaliad ehk stigmad viitavad kromosoomianomaaliale (kui neid on ≥ 3),

näiteks: lai silmade vahe, lame ninajuur, mongoloidne ja antimongoloidne silmade lõige, epikantus, madal juuste piir, pikk ülahuulevagu, madalal asetsevad kõrvad, düsmorfised kõrvalestad, väike alalõug, ebanormaalne kolju kuju jne.

3. Füüsiline areng (kehamass, kehapikkus, peaümberrõõm)

- Kehamassi, kehapikkuse ja peaümberrõõdu andmed kantakse vanusele, soole ja rahvusele vastavatele kasvukõveratele lapse täpset kronoloogilist vanust arvestades.
- Kehamassi, kehapikkuse ja peaümberrõõdu andmeid hinnatakse dünaamikas kasvugraafikul, arvestades eelnevaid andmeid. Oluline on kasvukiiruse hindamine.
- Lapse kehamassiindeksit (KMI) hinnatakse KMI protsentiilide kõverate järgi.

Kehamass

- Ajaline vastündinu kaalub keskmiselt 3500 grammi. Esimesel elunädalal (3.–4. elupäevaks) võib vastündinu sünnimass väheneda 5–8% (füsioloogiline kaalulangus). Sünnikaal peaks olema taastunud 7.–10. elupäevaks.
- Gestatsioonivanuse kohta väike sünnikaal (sünnikaal gestatsioonivanusele vastavalt kaalukõveralt < 10 protsentiili) = üsasisene kasvupeetus ehk hüpotoofia (alakaaluline vastündinu).
- Gestatsioonivanuse kohta suur sünnikaal (sünnikaal gestatsioonivanusele vastavalt kaalukõveralt > 90 protsentiili) = ülekaaluline vastündinu.
- Suur sünnikaal (makrosomia) = sünnikaal > 4500 grammi.

- 1-aastane laps kaalub keskmiselt 10 kg.
- 5-aastane laps kaalub keskmiselt 20 kg.
- 10-aastane laps kaalub keskmiselt 30 kg.

Tabel 4. Lapse kehamassi juurdekasv

Vanus	Kehamassi juurdekasv
0–6 kuud	600–800 g kuus (20–30 g päevas)
7–12 kuud	400–600 g kuus (10–20 g päevas)
1–2 aastat	2,5 kg aastas
Alates 2-aastaseks saamisest kuni puberteedieani	2 kg aastas
Puberteedieas	5–6 kg aastas

- Kehamassiindeks (KMI) näitab kehamassi ja -pikkuse suhet:

$$\frac{\text{kehamass (kg)}}{\text{pikkus (m}^2\text{)}}$$

- Lapse KMI hinnatakse protsentiilide kõverate järgi:
 ≥ 85 protsentiili = ülekaalulisus;
 ≥ 95 protsentiili = rasvumine.

Millele peab pöörama tähelepanu?

- Lapse kehamassi või KMI juurdekasv on kiirenenud või aeglustunud;
- Lapse kehamassi- või KMI kõver on väljunud senisest kasvukoridorist üles- või allapoole.
- Kui lapse KMI on <3 protsentiili = alakaalulisus, kõhnumine.

Kehapikkus

- Oluline on õige mõõtmistehnika. Imikuid mõõdetakse pikaliasendis. Juba kindlalt seisvaid lapsi mõõdetakse püsti, kusjuures lapse pea, selg, tuharad, sääremarjad ning kannad peavad olema vastu pikkuse mõõtmise puud. Silma alalaug ja kõrva välimine kuulmeava peavad olema horisontaalselt.

- Lapsi on õige mõõta hommikuti, sest päeva jooksul pikkus võib 1–1,5 cm võrra väheneda.
- Ajalise vastündinu keskmine pikkus on 50 cm.
- 1-aastase lapse keskmine pikkus on 75 cm.

Tabel 5. Lapse kasvu kiirus

Vanus	Kasvu kiirus
0–12 kuud	25 cm (1–2 cm igas kuus)
1–2 aastat	Aasta jooksul 10 cm
3 aastat	Aasta jooksul 7 cm
Alates 3-aastaseks saamisest kuni puberteedieani	5 cm aastas
Puberteedieas	Tütarlastel 10 cm aastas, poeglastel 12 cm aastas

Lapse eeldatav lõplik kehapikkus ja selle koridor on vaja arvutada ja märkida lapse kasvukõverale:

$$\text{Tüdrukud: } \frac{\text{ema pikkus} + (\text{isa pikkus} - 13)}{2}$$

$$\text{kasvukoridor: } \pm 8 \text{ cm}$$

$$\text{Poeglapsed: } \frac{\text{isa pikkus} + (\text{ema pikkus} + 13)}{2}$$

$$\text{kasvukoridor } \pm 9 \text{ cm}$$

Millele peab pöörama tähelepanu?

- Lapse kasv on kiirenenud või aeglustunud, kehapikkusekõver on väljunud senisest kasvukoridorist üles- või allapoole.

Pikk kasv (kasv >97 protsentiili).

1. Normivariandid:

Perekondlik pikk kasv:

- vanemad on pikka kasvu;
- lapse kasvukiirus on normis.

Alimentaarne rasvumus:

- KMI >95 protsentiili;
- kasvukiirus on normis või pisut kiirenenud.

2. Patoloogiline pikk kasv:

Hormonaalsed põhjused (enneaegne puberteet, hüpertüreoos, kasvu- hormooni liigne produktsioon jt).

Geneetilised sündroomid (Klinefelteri sündroom, Marfan, Sotos jt).

Lühike kasv (kasv <3 protsentiili).**1. Normivariandid.****1.1. Perekondlik lühike kasv:**

- vanemad lühikest kasvu (lapse eeldatav lõplik kehapikkus <3 protsentiili);
- lapse kasvukiirus on normis;
- puuduvad haigustele viitavad tunnused;
- eakohane luuline vanus;
- õigeaegne puberteedi algus;
- täiskasvanuna võivad jääda lühikeseks.

1.2. Konstitutsionaalne kasvu hiline mine:

- lapse kasvukiirus on normis või aeglasem;
- lapse välimus vanusest noorem;
- luuline vanus hiline nud;
- puberteedi algus ja kasvuspurt hiline nud;
- täiskasvanuna reeglina ei ole lühike;
- sageli on ka isa olnud hilise puberteedi arenguga.

2. Idiopaatiline lühike kasv:

- kasvukiirus <50 protsentiili;
- normaalne või kergelt hiline nud luuline vanus;
- normaalne kasvuhormooni tase stimulatsiooni testil, seerumi IGF-1 ja IGFBP-3 kontsentratsioon normis.

3. Patoloogiline lühike kasv.

Kõikide lühikeste tütarlaste puhul mõelda Turneri sündroomile.

3.1. Düsproportsionaalne lühike kasv: rahhiit, skeleti düsplaasiad (akondrodüsplaasiad, hüpokondrodüsplaasiad) jt.

3.2. Proportsionaalne lühike kasv.

3.2.1. Prenataalne:

- Üsasisene kasvupeetus;
- Kromosoomi patoloogia (Turneri, Downi sündroom jt);
- Düsmorfsed sündroomid (Noonani, Silver-Russelli sündroom jt);
- Hüpopüüsi arengudefektid (septo-optik düsplaasia).

3.2.2. Postnataalne:

- Toitumishäired, söömishäired (*anorexia nervosa*);
 - Kroonilised haigused (kopsu-, südame-, neeruhaigused jt);
- Ravimitest tingitud kasvupeetus (glükokortikoidid);
- Psühho-sotsiaalne kasvupeetus;
- Endokriinhaigused (kasvuhormooni puudulikkus, hüpotüreoos, Cushingi sündroom jt).

Luuline vanus

- näitab skeleti kasvupotentsiaali;
- kuni 1,5 aasta vanuseni ei ole luulise vanuse määramine informatiivne, sest luustumistuumi ei ole veel piisavalt tekkinud;
- hindamiseks tehakse karpogramm (vasaku käelaba ja randme röntgenülesvõte);
- luulise vanuse norm on ± 2 aastat võrreldes kronoloogilise vanusega;
- kui luuline vanus erineb rohkem kui 2 aastat kronoloogilisest vanusest, peab otsima põhjust (hüpotüreoos, enneaegne puberteet jt).

Peaümberrõõt

Ajalise vastsündinu peaümberrõõt sünnil on keskmiselt 35 cm.

Aastase lapse peaümberrõõt on keskmiselt 47 cm, edaspidi kuni 18. eluaastani ehk täiskasvanueani kasvab pea veel umbes 10 cm.

Tabel 6. Lapse peaübermõõdu juurdekasv

Vanus (kuud)	Peaübermõõdu juurdekasv
0–3	2 cm kuus
4–6	1 cm kuus
7–12	0,5 cm kuus
12–24	2 cm aastas

Suur või väike pea eakohase arenguga lapsel võib olla perekondlik tunnus. Vajadusel peab mõõtma vanemate peaübermõõdud ja võrdlema andmeid peaübermõõdu kõveratelt.

Millele peab pöörama tähelepanu?

- Kui lapse peaübermõõdu juurekasv on kiirenenud või aeglustunud: peaübermõõdu kõver on väljunud senisest kasvukoridorigist üles- või allapoole.

Mikrotsefaalia

1. Normivariant: perekondlik mikrotsefaalia:
 - alates sünnist;
 - lapse areng on eakohane;
 - vanemal või vanematel väike pea.
2. Kongenitaalne infektsioon (?).
3. Fenüülketonuuria (?).
4. mõni kromosoomhaigus või mõni muu arenguline neuroloogiline haigus(?)

Makrotsefaalia

1. Normivariant: perekondlik makrotsefaalia:
 - alates sünnist;
 - lapse areng on eakohane;
 - vanemal või vanematel suur pea
2. Hüdroksefaalia (?).
3. Neurofibromatoos (?).
3. Ladestushaigused (?).
4. Ajutuumor (?)

Väike ja suur lõge

Suure lõgeme läbimõõt varieerub (1–4 cm), on koljuluu alumise serva tasapinnal, palpatsioonil pingevaba.

Suur lõge sulgub tavaliselt 12.–18. elukuul.

Väikese lõgeme suurus on alla 1 cm ning see sulgub 1.–2. elukuul.

Patoloogia

- Suure lõgeme pinge, väljakummumine, koljuõmbluste laienemine: näiteks koljusisese rõhu tõus, liikvoriringe häired.
- Suure lõgeme sissevajumine: näiteks vedelikukaotuse korral.
- Suure lõgeme enneaegne sulgumine:
 - normivariant, kui peaümbermõõt suureneb tavapäraselt ja lapse areng on eakohane;
 - kraniidüsostoosi tunnus;
 - mikrotsefaalia tunnus.
- Suure lõgeme hilinevad sulgumine.

4. Puberteet

Puberteeti hinnatakse Tanneri skaala järgi (vt lisad)

Tütarlastel hinnatakse:

- 1) Rinnanäärmete arengut, kus on 5 staadiumi (Ma1–Ma5), Prepuberteedi astet tähistatakse Ma1, puberteedi algust Ma2.
- 2) Pubitaalkarvastiku arengut, kus on 5 staadiumi (Pu1–Pu5). Pubitaalkarvade puudumist tähistab Pu1, esimeste karvade tekkimist Pu2 (reeglina on see peale Ma2).
- 3) Aksillaarkarvade arengut, kus on 2 staadiumi (Ax1–Ax2). Ax1 tähistab aksillaarkarvade puudumist, Ax2 nende olemasolu.

Puberteedi normaalne algus tütarlastel on vanuses 9–13 aastat (keskmise 11 aastat).

Tütarlastel on kasvuspurt puberteedi varases staadiumis (Ma2–Ma3).

Esimene menstruatsioon ehk menarhe on Eestis tütarlastel keskmiselt vanuses 13–14 aastat.

Poeglastel hinnatakse:

- 1) Genitaalide, eeskätt testiste mahtu-arengut, kus on 5 staadiumi (G1-G5).

Prepuberteeti tähistab G1, mil testiste maht on ≤ 3 ml. Puberteedi esimene tunnus on testiste maht ≥ 4 ml (G2).

- 2) Pubitaalkarvastiku arengut, kus on 5 staadiumi (Pu1–Pu5). Pubitaalkarvade puudumist tähistab Pu1, esimeste karvade tekkimist Pu2.
- 3) Aksillaarkarvade arengut, kus on 2 staadiumi (Ax1–Ax2). Ax1 tähistab aksillaarkarvade puudumist, Ax2 nende olemasolu.

Puberteedi normaalne algus poeglastel on vanuses 10–14 aastat (keskmine 12 aastat).

Puberteedi kasvuspurt tekib poeglastel puberteedi arengu teisel poolel, mil testiste maht on 12–15 ml (G3-G4),

Poeglastel on kasvuspurt keskmiselt 2 aastat hiljem kui tütarlastel.

Millele peab pöörama tähelepanu?

- **Varane puberteet** on siis, kui puberteedi tunnused ilmnevad:
 - tütarlastel 8-aastaselt või varem;
 - poeglastel 9-aastaselt või varem.
- **Enneaegne puberteet** on siis, kui puberteedi tunnused ilmnevad:
 - tütarlastel 7-aastaselt või varem;
 - poeglastel 8-aastaselt või varem.
- **Puberteedi hiline misega** on tegemist siis, kui puberteedi tunnused puuduvad:
 - tütarlastel 13-aasta vanuses või hiljem;
 - poeglastel 14-aasta vanuses või hiljem.
- **Enneaegne rinnanäärmete suurenemine ehk enneaegne thelache** on normi variant, mis esineb tavaliselt 1-2. eluaastal. Võib olla ka ühepoolne. Ei kaasuga kasvukiiruse ega luulise vanuses kiirenemist. Puuduvad kubemekarvad.

- **Enneaegne kubeme- ja/või aksillaarkarvade kasv ehk enneaegne adrenache** on normi variant, mis esineb sagedamini vanuses 5-8 aastat. Ei kaasu puberteedi teisi tunnuseid.

Puberteedihäirete puhul on oluline teada ka isa ja ema puberteedi tekkemise aega. Kui isal oli hilinenud puberteet, siis sageli võib see esineda ka tema pojalt. Kui emal oli varane puberteet, siis sageli võib see esineda ka tema tütrele.

Varane puberteet poeglastel ja hilinenud puberteet tütarlastel esineb harva. Neil juhtudel peaks kindalsti otsima orgaanilist põhjust.

5. Psühhomotoorne areng

Arenguhäire on olukord, kui lapse vaimne, motoorne, kõne ja keele, tunnetuse ja/või käitumise areng ei vasta eale ega soole.

Arenguhäire varajane avastamine ning professionaalne abi on olulise tähtsusega lapse edasise arengu kulgemises. Kui selles skaalas on mahajäämus, vajab laps kohe lasteneuroloogi konsultatsiooni.

Vastsündinu (0–4 nädalat)

- Üldine painutushoiak: jalad painutatud puusa- ja põlveliigestest, käed painutatud küünarliigestest.
- Aktiivsed liigutused.
- Selili: hoiab pead lühikest aega keskjoonel, pea ja nägu on pööratud küljele, toonilise kaelarefeksi asend.
- Kui seliliasendist kätest istuma tõmmata, püüab pead kehaga kaasa tuua, samas on käed ja jalad poolpainutatud.
- Kõhuli: tõstab lühikeseks ajaks pead ja pöörab näo küljele (kaitse-refleks), jalad on tõmmatud kõhu alla, teeb spontaanselt roomamisliigutusi.
- Püsti tõstes: pea vajub kergelt õlgade vahele, toetab täistallale (toerefleks), sirutab, teeb sammuliigutusi (sammurefleks).
- Sõrmed on rusikas, pöidlal peopesas.
- Kujuneb pilkkontakt, jälgib lühikest aega keskjoonest kuni 90° külgsuunas.
- Reageerib tugevale helile, valgusele.

1 kuu

- Selge silmakontakt, fikseerib pilgu esemele ning jälgib seda horisontaalsuunas 90° ulatuses.
- Reageerib häälele, naeratab.
- Painutus kätes ja jalgades on vähenenud.
- Selili: hoiab pead lühikest aega keskjoonel ja toob käsi suu juurde.
- Kui seliliasendist kätest istuma tõmmata, toob pea õlgade ja kehaga ühel joonel kaasa.
- Kõhuli: suudab tõsta lõuga aluselt ja mõne minuti pead püsti hoida.
- Püsti tõstes: hoiab pead keskasendis, toetab täistallale.
- Rusikad on sagedamini avatud.

2 kuud

- Liigutab sümmeetriliselt käsi ja jalgu.
- Selili: hoiab pead lühikest aega keskjoonel.
- Kõhuli: jalad põlvedest painutatud, ei ole enam tõmmatud kõhu alla (konnaasend).
- Kõhuli: tõstab pead lühikest aega aluselt 45° kraadi.
- Kõhuli uurija käel olles tõstab lühikest aega pead.
- Pilkkontakt on püsivam, jälgib liikuvat eset horisontaalsuunas >90° (eset horisontaalselt, küljelt üle keskjoone viies) ja vertikaalsuunas.
- Naeratab vastu, näoilme on emotsionaalne.
- Koogab: häälitseb üksikvokaalidega.
- Nutab pisaratega.

3 kuud

- Kätest istuma tõmmates hoiab pead kindlalt kehaga ühel joonel.
- Kõhuli: tõstab kindlalt pead ja rindkeret, toetudes küünarvartele, jalad on puusadest sirutatud ja toetuvad alusele, põlved on painutatud.
- Selili: pea on püsivalt keskasendis.
- Kõhuli uurija käel olles tõstab pead kehast kõrgemale.
- Püstiasendis laps ei toeta korralikult või tõmbab jalad kõhu alla (toerefleks on kadumas). Kindel tallatoetus kujuneb 5–6-kuuselt.
- Peod avatud, põial väljas.

- Toob käed keskjoonele, mängib oma sõrmedega.
- Hoiab kätte pandud kergemaid lelusid, vaatleb neid ja paneb suhu.
- Esimesed haaramisliigutused.
- Jälgib silmadega enda ümber toimuvat 180° ulatuses, ka ringjalt.
- Reageerib kõnetamisele emotsionaalselt: häälekalt ja naeratusega.

Tähelepanu! Pea kontrolli puudumine 3 kuu vanuselt on arenguhäire riski tunnus. Laps vajab lasteneuroloogi konsultatsiooni. Emotsionaalse kontakti puudumine 3 kuu vanuses on risk autismi spektrihäire kujunemisele.

4 kuud

- Selili: sümmeetriline asend, pea, käed ja jalad on keskjoonel.
- Kõhuli: kindel toetus küünarvartele.
- Kõhuli: tõstab pead 90°, toetudes väljasirutatud kätele.
- Kõhuli: siputab käte ja jalgadega üheaegselt (nn ujumisliigutused).
- Pöörab kogu kehaga seljalt küljele mõlemas suunas.
- Kõhuli uurija käel olles tõstab pead ja jalgu.
- Kujuneb tahtlik haare, haarab kogu peoga.
- Paneb asju suhu.
- Vaatleb käesolevaid lelusid.
- Naerab häälega.
- Elavneb ja häälitseb kõvemini, nähes inimesi, mänguasju jt.
- Häälevarjundid vastavalt heale ja halvale emotsioonile.
- Söömiseks avab suu, patsutab söömisel toidupudelit.

5 kuud

- Selili: tõstab jalgu kõrgele üles, viib varbaid suhu.
- Istuma tõmmates ei tohi pea kehast maha jääda.
- Võib pöörata seljalt kõhule või vastupidi.
- Istuli pannes on pea kindlalt keskjoonel püsti, selg kumer, istumistasakaal veel puudub.
- Hoiab lelu ühe käega või samal ajal mõlemas käes.
- Silmade-käte koordineeritud tegevus – paneb asju ühest käest teise.
- Kahesilbilised häällitsused.

6 kuud

- Pöörab seljalt kõhule üle mõlema külje.
- Kõhuli toetub sirgetele kätele.
- Kõhuliasendis pöörab ümber oma telje.
- Istuma pannes nõjatub ettepoole, toetudes kätele.
- Püsti toetub keha raskusega jalgadele, täistallale.
- Lalin, erineva ilmekusega, emotsioonide väljendamiseks.

7 kuud

- Pöörab vabalt seljalt kõhule ja vastupidi.
- Proovib ise üle külje tulla istuma.
- Roomab, sageli kõigepealt tagurpidi.
- Püüab kõhuliasendis tõusta neljakäpukile.
- Isteasendist ettepoole vajudes toetab kaitseks peopesad maha.
- Püstiasendis hüpitades põtkib jalgadega.
- Paneb ise käega sööki suhu.
- Võõrastab (sageli vanuses 6–12 kuud).

8 kuud

- Istub kindlamalt, mängib mõlema käega, vajadusel toetub kätega külgedele.
- Läheb istuliasendist külgedele ja tuleb tagasi istuma.
- Tõmbab toe najal põlvili või püsti, tagasi minna ei oska.
- Seisab toe najal.
- Haarab asju 2–3 sõrmega.
- Hoiab mõlemas käes lelu, lööb neid kokku.
- Osutavad viiped (tirib käest, küsib sülle).
- Leiab pilguga etteöeldud eseme koha.

9 kuud

- Tuleb ise istuma ja istub toeta.
- Kontakteerub hästi ja pikalt.
- Liigub neljakäpukil.
- Neljakäpukil haarab ühe käega lelu järele.
- Seisab toe najal, teeb esimesi külgsamme.
- Imiteerib.
- Lokaliseerib täpselt heli.

Tähelepanu! Kui 9-kuune laps ei tõuse ise istuma, ei istu iseseisvalt või kui tal ilmnevad kontakteerumishäired (nt autismi kahtlus) – tuleb laps suunata lasteneuroloogi konsultatsioonile.

10 kuud

- Liigub toe najal, toetades kahe käega.
- Laskub püstiasendist kükakile ja istuma.
- Joob tassist.
- Teab üksikute sõnade tähendust.
- Žestidega sõnad – jah, ei jt.

11 kuud

- Seisab abita lühikest aega.
- Sõnavara suureneb.
- Väljendab soove.

12 kuud (1 aasta)

- Seisab iseseisvalt
- Hakkab kõndima.
- Ronib istuma.
- Istub toolil sirge seljaga.
- Asetab asju üksteise peale või sisse, avab karpi.
- Haarab esemeid pöidla ja nimetissõrmega.
- Kritseldab pliiatsiga.
- Õpib kasutama lusikat, joob tassist.
- Ütleb üksikuid sõnu.
- Reageerib oma nimele.
- Täidab lihtsamaid käsklusi.
- Žestikuleerib (lehvitab, raputab pead jms).
- Alustab potilkäimist.

15 kuud

- Kõnnib iseseisvalt kindlalt.
- Tõuseb püsti ilma abita.
- Ronib trepist üles ühest käest toetatuna.
- Ronib trepist alla, selg ees.

- Osaleb ise riietumisel.
- Kasutab söömisel lusikat.
- Joob ise tassist.

Tähelepanu! 15-kuuselt iseseisva kõnni puudumisel (eriti poeglastel X-liitelise lihasedüstroofia kahtlusel) on vajalik lasteneuroloogi konsultatsioon.

18 kuud

- Lööb jalaga palli, veab ja kannab asju.
- Koordineeritud käte tegevus: pöörab raamatulehti 2–3 kaupa, ehitab 2–3 klotsist torni, hoiab ise lusikat ning sööb sellega, joonistab, pliiats kogu pihus.
- Intensiivne kõne areng (kordab etteöeldud sõnu, ütleb 2-sõnalisi fraase).
- Täidab lühikesi käsklusi.
- Teab üksikuid kehaosi.
- Päeval enamik aega kuiv, annab juba märku potilemineku soovist – kujuneb põiekontroll.

2-aastane

- Jookseb vabalt, ka selg ees.
- Hüppab kahel jalal, ka astmelt alla.
- Viskab palli kahe käega.
- Võtab riidest lahti, üritab ennast ise riidesse panna.
- Pöörab raamatulehti üksikult.
- Teab ja nimetab enda ja lähedaste nimesid.
- Sööb ise.
- Räägib 2 sõnaliste lausetega, suhtleb aktiivselt, küsib.
- Mängib ise.
- Teab vähemalt 50 sõna.
- Alustab ise potilkäimist.

Kaks esimest eluaastat on lapse (emotsionaalses) arengus (areneb õppimisel teel) ja turvatunde kujunemises kõige olulisemad.

3-aastane

- Osaleb aktiivselt vestluses.
- Seisab ühel jalal.
- Oskab seista ja käia varvastel ning kandadel.
- Kükkitab ja tõuseb kükakilasendist vabalt.
- Oskab joonistada ringi.
- Oskab löigata kääridega.
- Riietub abiga.
- Käib ise potil.
- Vastab *kes-*, *mis-*küsimustele.
- Mängib kaaslasega.
- Tunneb enamikku värve.

4-aastane

- Oskab hüpata ühel jalal.
- Oskab joonistada 3-lemendilist inimest ning risti.
- Riietub iseseisvalt.
- Peseb käsi ning abiga ka hambaid.
- Oskab süüa noa ja kahvliga.
- Oskab mängida iseseisvalt ja koos kaaslastega.
- Tunneb värve.
- Jutustab soravalt.
- Hääldeb peaaegu kõiki häälikuid (võib olla veel raskusi *r*-i hääldamisega).

5–6-aastane

- Teab asju nende kasutuse järgi.
- Oskab joonistada ruutu ja kolmnurka.
- Joonistab 6–8-lemendilist inimest.
- Kirjutab tähti.
- Loeb oma nime ja lihtsamaid sõnu.
- Loetleb numbreid kümneni.

6. Silmad ja nägemine

Vastsündinu reageerib valgusele ja pimedusele.

1-kuune imik jälgib liikuvat eset 60° ulatuses mõlemale poole keskjoont.

3-kuune imik jälgib ümbrust 180° ulatuses.

4. kuuks hakkab imik eristama värve.

5-kuuselt tekib silmade-käte koordineeritud liikumine.

3–4-aastasel lapsel on nägemisteravus täiskasvanu omaga sarnane.

Hinnatakse järgmisi näitajaid.

- Silmamunade liikuvus (nüstagm, strabism jne).
- Pupillide suurus ja sümmeetrilisus (nt üks pupill lai: nägemishäire?).
- Pupillirefleks (otsene, kaudne):
 - valguse toimetel pupill aheneb (mioos);
 - pimeduses pupill laieneb (müdüriaas).

Millele peab pöörama tähelepanu?

- Nägemishäirele ja silmade patoloogiale võib viidata lapse ebatavaline olek ja käitumine: laps ei fikseeri pilku, ei naerata kõnetamisel/tuttavale, komistamine, asjadele otsa jooksmine, ebanormaalne pea hoid ning ebanormaalsed liigutused ja kõnnak.
- Näo ja/või silmade mikroanomaaliad ehk stigmad võivad viidata kromosoomihaigusele.
- Rohke pisaravool (pisarakanali sulgus).
- Põletikuline eritis silmadest.
- Silmade punetus (blefarokonjunktiviit: põletik silmalaus ja sidekestas).
- Helesinised skleerad (viide *osteogenesis imperfecta*'le).
- Valgusepelgus e fotofoobia (nt meningoentsefaliit).
- Nüstagmid: silmamunade kiire ja korduv edasi-tagasi tõmblev liikumine, kus on eristatav aeglane ja kiire komponent – võib viidata nägemishäirele, neuroloogilisele haigusele, strabismile jne.
- Punnsilmsus ehk eksoftalm: silmamunade esilepunnumine silma-koobastest.
- Enoftalm: silmamuna on tõmbunud normaalsest sügavamale silma-koopasse, silmapilu on kitsenenud.

- Graefe sümptom (“loojuva päikese silmad”): intrakraniaalse rõhu tõus (?). Graefe sümptom võib olla ka ealine iseärasus esimese kolme kuu jooksul.

Silmaliigutajalihaste/-närvide häired

- Ülalauvaje ehk ptoos (silmalau halvatus – *m. levator palpebrae superioris* halvatus).
- Konvergeeruv strabism: silm(ad) on pööratud nina suunas.
- Divergeeruv strabism: silm(ad) on pööratud kõrvade suunas.
- Diplopia: kahelinägemine.

Nägemisnärv funktsiooni häired

- Müoopia: nägemisteravuse langus.
- Hüperoopia: kaugnägevus.
- Hüsteeriline pimedus.
- Skotoom (vaatevälja osade väljalangemine):
 - ringskotoom: vaatevälja piiride väljalangemine;
 - tsentraalne skotoom: vaatevälja keskosa väljalangemine;
 - virveskotoom: vaatevälja virvendav mööduv väljalangemine, mis võib alata vaateväljade keskosast ja kulgeda ääre poole või vastupidi;
 - absoluutne skotoom: skotoomialal puudub nägemine täielikult;
 - relatiivne skotoom: skotoomialal on nägemine vähenenud.

Mariotte'i skotoom ehk pimetähn on füsioloogiline vaatevälja väljalangemine, mis vastab nägemisnärv silmapõhjust väljumise kohale.

7. Kõrvad ja kuulmine

Vastsündinu reageerib tugevale helile.

1-kuune reageerib tavapärasele helile.

3-kuune vastab kõnetamisele häälistsusega.

4–5-kuune pöörab pea heli suunas, otsib heli.

9-kuune lokaliseerib täpselt heli.

Millele peab pöörama tähelepanu?

- Düsmorfsed ja madalal asetsevad kõrvad võivad esineda kromosoomihaiguse puhul.
- Eritis kõrvadest.
- Tinnitus: kõrvas või peas kuuldav lisamüra.
- Kuulmisvõime langus: hüpakuusia.
- Kuulmisvõime puudumine: anakuusia.
- Kuulmisvõime suurenemine: hüperakuusia.

8. Nahk, juuksed, kulmud, ripsmed, küüned**Nahk**

Hinnatakse järgmisi näitajaid.

- Naha jume.
- Naha soojus, temperatuur.
- Nahaaluse rasvkoe paksus (normaalselt kuni 1 cm). Imikul mõõdetakse nahaaluse rasvkoe paksust naba kõrvalt, vanemal lapsel abaluu nurga alt.
- Naha elastsus: hinnatakse naba kõrvalt ülestõstetud nahavoldi silenemist.
- Naha turgor: hinnatakse reie siseküljelt.

Naha muutusi hinnatakse kogu kehal, kirjeldades täpselt nende lokaliseerimist, suurust, kuju, värvust, iseloomu.

Millele peab pöörama tähelepanu?

- Jume: kahvatu, ikteeriline, tsüanootiline (nt üldine, nina-suu kolmnurgas jt).
- Pigmentatsiooni muutused (pigmentdilaigud, piimakohvilaigud, pigmentdilaigud).
- Atroofiakolded.
- Tüükad, sõlmed ja tumeroossed moodustised.
- Vigastused.
- Armid.
- Tursed.
- Haudumus.
- Verevalumid.
- Lööbeelemendid (täpne kirjeldus).

Naha tundlikkus

Valutundlikkus:

- valu lokaliseerimine: torkepunkti või laialivalguv;
- kaasnevad tunded: põletustunne jms;
- valuaistingu tekke aeg, hilinemine;

Valu- ja puuetundlikkuse eristamine: alates 3 aasta vanusest.

Millele peab pöörama tähelepanu?

- Valutundlikkuse nõrgenemine: hüpalgeesia.
- Valutundlikkuse puudumine: analgeesia.
- Valutundlikkuse elavnemine: hüperalgeesia.

Temperatuuritundlikkus

Terve inimene eristab temperatuuride vahet 1°–2°C. Tavaliselt on külmatundlikumad riidetega kaetud kehaosad, võrreldes katmata kehaosadega.

Millele peab pöörama tähelepanu?

- Temperatuuritundlikkuse alanemine: termohüpesteesia.
- Temperatuuritundlikkuse puudumine: termoanesteesia.
- Temperatuuritundlikkuse kõrgenemine: termohüperesteesia.

Puuetundlikkus

Kõige tundlikumad on huuled, sõrmeotsad, suguelundid. Imikutel on puuetundlikkuse uurimine võimalik (suunurga silitamisel pöörab pea puudutuse suunas – otsimisrefleks), kuid hinnangute andmine on raskem.

Millele peab pöörama tähelepanu?

- Puuetundlikkuse nõrgenemine: hüpesteesia.
- Puuetundlikkuse puudumine: anesteesia.
- Puuetundlikkuse elavnemine: hüperesteesia.

Raynaud' sündroom: külma tõttu või sümpaatnärvi ärritusel tekivad hood, mille korral arterioolide spasmi tõttu on sõrmed ja varbad külmad, tuimad ja valged, hiljem muutuvad sinakaks ning hoo taandumisel punetavaks.

Juuksed, kulmud, ripsmed

- Värvus, tihedus: muutused.

Millele peab pöörama tähelepanu?

- Alopeetsia ehk juuksetus: juuste väljalangemine:
 - tekke aeg: kongenitaalne, omandatud;
 - totaalne, difuusne, koldeline;
 - kaasuvad nahamuutused: ketendus, armid, pigmentatsiooni-häired jt;
 - kaasuvad küüntemuutused: murdumine, küünepinna muutused jt.

Trihhotillomaania: haiguslik (neurootiline) tung oma juukseid (nt ümber sõrme keerutades) välja rebida.

Trihhofaagia: juustesöömine. Allaneelatud juustest võib seedetrakti (sageli makku) moodustuda pulstik ehk trihhobezoaar.

Küüned

- Kuju, läige, värvus: muutused.

Millele peab pöörama tähelepanu?

- Küünte murdumine.
- Äranäritud küüned.
- Uuriklaasküüned (nt tsüstiline fibroos).

9. Lümfisõlmed

Läbivaatusel on vaja täpselt palpeerida kõiki lümfisõlmi.

- Kaelapiirkonnas:
 - kõrva eesmised,
 - kõrvatagused,
 - alalõualuunurga-alused,
 - lõuaalused,
 - *m. sternocleidomastoideuse* pea eesmised,
 - *m. sternocleidomastoideuse* pea tagused,
 - rangluuülised, rangluualused,
 - kuklas (nt punetiste puhul suureneb kuklalümfisõlm).

- Aksillaarpiirkonnas.
- Ingvinaalpiirkonnas.

Lümfisõlmede uurimisel hinnatakse järgmisi näitajaid.

- Suurus: hinnatakse kas millimeetrites või piltlikult: hirs-, herne-, riisiterasuurune.
- Konsistents.
- Liikuvus naha ja nahaaluskoe suhtes.
- Valulikkus.
- Naha punetus, naha soojus ja muud põletikutunnused.
- Kaasnevad vaevused ja sümptomid: väsimus, palavik, higistamine, kõhnumine, luuvalu, hepatosplenomegalia jt.

Tervetel lastel võivad olla palpeeritavad väikesed (umbes 5 mm suured) lümfisõlmed kaela-, aksillaar- või ingvinaalpiirkonnas. Väikesed lümfisõlmed on kaelapiirkonnas palpeeritavad sageli pärast ülemiste hingamisteede infektsiooni põdemist.

Lümfadenopaatia: lümfisõlmede(de) suurenemine >1 cm.

- Regionaalne lümfadenopaatia: lümfisõlmede suurenemine ühes anatoomilises piirkonnas.
- Generaliseerunud lümfadenopaatia: lümfisõlmede suurenemine ≥ 2 anatoomilises piirkonnas.

Millele peab pöörama tähelepanu?

- Kui lümfisõlme suurus on >1 cm, on tegemist suurenenud lümfisõlmega.
- Põletikutunnustega lümfisõlm(ed): lümfadeniit.
- Lümfisõlmede tiheduse muutus.

Valutu kaelapiirkonna lümfadenopaatia, palavik, öine higistamine, kõhnumine: lümfoom?

Kaelapiirkonna lümfisõlmede suurenemine, palavik, tonsilliit: infektsioosne mononukleosis (Epsteini-Barri viiruse infektsioon)? Kaasnevad võivad splenomegalia, hepatomegalia, makulopapuloosne lööve.

10. Luud

Pea

Hinnatakse järgmisi näitajaid.

- Kuju.
- Peaübermõõt, dünaamika.
- Näo- ja ajukolju vahekord, sümmeetria.

Millele peab pöörama tähelepanu?

- Suur pea: hüdrosefaalne kuju.
- Väike pea: mikrotsefaalne kuju.
- Kraniotaabes: kolju pehmuskolded kuklapiirkonnas, näiteks rahhiit.
- Kolju kuju muutus:
 - kukla lamnemine: näiteks rahhiit või asendist tingitud plagiitsefaalia;
 - ruutpea: osteoidse koe vohang otsmiku- ja kiiruluupiirkonnas: näiteks rahhiit;
 - deformeerunud kolju kuju: kraniostenooos.

Rindkere

Vaatlusel otse- ja külgsuunas hinnatakse rindkere kuju ja deformatsioonide olemasolu.

Palpatsioonil on sedastatavad luulised muutused.

Kuni 2. aastani on rindkere silinderjas, roided paiknevad horisontaalselt; vanemal lapsel on rindkere koonjas.

Millele peab pöörama tähelepanu?

- Tünnikujuline rindkere: näiteks krooniline hingamispuudulikkus, tsüstiline fibroos, Turneri sündroom.
- Diafragma vagu ehk Harrisoni vagu: rahhiidi ja teiste luude pehmenemist põhjustavate haiguste korral esinev rindkere deformatsioon diafragma kinnituspõlkkonnas. Harrisoni vagu võib tekkida ka lihashüpotoonia korral.
- Rahhiitiline roosikrants: kõbrud roiete luulise ja kõhrelise koe piiril.
- Kingseparind: lehterrind.
- Kanarind: kiilrind.

Lülisammas

Vaatlusel ja palpatsioonil hinnatakse lülisamba painduvust (laps painutab vabalt ette, taha ja külgedele) ning ogajätkete paiknemist (paiknevad ühel joonel). Rühi hindamisel peavad õlad, abaluu alumised nurgad, käe-keha kolmnurgad ja seljalihased olema sümmeetrilised.

- Vastsündinul puuduvad lülisamba kõverdused.
- Pead hoides kujuneb tservikaallordoos.
- Istudes kujuneb torakaalküfoos.
- Käies kujuneb lumbaallordoos.

Millele peab pöörama tähelepanu?

- Skolioos ehk vildakselgsus, lülisamba kõverdumine külgsuunas.
- Lordoos ehk nõgusselgsus.
- Küfoos ehk käärselgsus.

Käed, sõrmed

Millele peab pöörama tähelepanu?

- Rahhiitilised käevõrud.
- Trummipulksõrmed.
- Lühikesed, tõntsakad sõrmed.
- Pikad, peened sõrmed ehk ämbliksõrmed ehk arahnodaktüülia – näiteks Marfani sündroom.
- Sõrmede kõverdumine ehk klinodaktüülia – näiteks 5. sõrme kõverdumine Downi sündroomi puhul.

Jalad

Esimesel kahel eluaastal ei ole põiavõlvid veel lõplikult välja kujunenud. Lapse hüppeliigete *valgusseis* on normaalne asend ja telg muutub sirgeks keskmiselt 12. eluaastaks. Lastel on sage füsioloogiline, elastne ja vaevustevaba lampjalg, mis sageli kaasneb sidekoe nõrkusele ja liigete hüpermobiilsusele. See esineb ka Duchenne lihasdüstroofiaga poistel – sageli on lampjalgsus esimene viide sellele.

1–3-aastastel võib olla kerge sümmeetriline O-jalgsus, mis enamikul lastest korrigeerub.

Millele peab pöörama tähelepanu?

- O-jalad ehk *genu varum* (väljakaardunud põlv): näiteks rahhiit, *osteogenesis imperfecta*.
- X-jalad ehk *genu valgum*: sissekaardunud põlv.
- Pöiavõlvide lamenumine.
- Lampjalg ehk lamppöid ehk *pes planus*.
- Kompjalg ehk komppöid.

11. Liigesed

Anamneesi küsimisega samal ajal on oluline jälgida lapse asendit, tegevust, aktiivseid liigutusi.

Vaatlusel ja palpatsioonil on vaja hinnata kõikide liigeste, mitte ainult selle või nende olukorda, mille kohta lapsel on kaebused või esinevad sümptomid.

Põletikulise liigese puhul peab võrdluseks mõõtma nii selle kui ka teise kehapoole sama liigese ümbermõõtu.

Kui lapsel on põlvevalu, on vaja uurida ka puusaliigeseid.

Millele peab pöörama tähelepanu?

- Põletikutunnustega liiges (artriidi tunnused):
 - liigese funktsiooni muutus ehk piiratus aktiivsetel, passiivsetel liigutustel;
 - valu rahuolekus või liigutustel;
 - turse;
 - punetus;
 - liiges on soojem, võrreldes ülejäänud naha temperatuuriga.
- Liigeste ülepaindumus: näiteks sidekoe nõrkuse sündroom, hüpermobiilsus.
- Deformeerunud liigesed.
- Puusaliigese piiratud liikuvus abduktsioonil ja adduktsioonil – naksumine: puusaliigese arenguline nihestus.

12. Lihased

- Lihaste üldine areng.
- Lihaste toonus, jõudlus – vastupanu venitusele, vastupanu passiivsetele liigutustele.
- Väsimus – vähenenud lihasjõudlus korduvate liigutuste tegemisel (müasteenia).

Millele peab pöörama tähelepanu?

- Spastilisus – lihastoonuse tõus passiivsetel liigutustel, kõõlusreflekside elavnemine, kloonused, patoloogiliste reflekside esinemine/elavnemine (Babinski refleks jt).
- Lihashüpotoonia – lihastoonuse langus (nt hüpotüreosis, rahhiit, lihashaigused, kromosoomihaigused, metaboolsed haigused jt).
- Lihasnõrkus on jõe langus.

Lihashüpotoonia: imik ei hoiu pead, pea vajub taha; konnaasend, liigete suurenenud liikuvus, ei fikseeri keha püstiasendis, ei fikseeri keha istuvas asendis.

Imikueas väljendunud lihashüpotoonia koos lihasnõrkusega võib olla spinaalse lihasatroofia I (II) tüübi või kongenitaalsete müopaatiate tunnuseks.

Lihashüpotoonia võib olla paljudele haigustele iseloomulik sümptom. Uuringud on näidanud, et 70% lastest, kellel imikueas diagnoositi hüpotooniat, olid hilisemas elus (kognitiivse) arengu häired.

Hüpotooniline ja lihasnõrkusega laps:

- mootorsete oskuste mittevastavus eale ja vaimse arengu peetus: neurometaboolsed haigused?;
- juba omandatud oskuste kadumine: neurodegeneratiivsed haigused, Rett'i sündroom?;
- laps ei suuda tõusta kükkasendist püsti, ei suuda kükitada, ei suuda käia trepist, väsimus: neuromuskulaarsed haigused (nt Duchenne'i lihasdüstroofia).

13. Hingamiselundkond

Lapse hingamisteed on suhteliselt kitsad, õrna limaskestaga, rohkete kapillaaridega, mis soodustavad põletiku puhul turse teket ja valendike ahenemist. Nohu korral sulguvad lapse kitsad ninakäigud kergesti, põhjustades hingamisraskuse.

Lapse avar pisarakanal soodustab nohu korral põletiku levikut ninast konjunktiividele, lapse lai ja lühike kuulmetõri soodustab otiidi kaasumist.

Ninakõrvalurked arenevad lõplikult välja 3. aastaks ja kopsud 7. aastaks.

Suurenenud adenoid on kõige sagedamaks ninahingamistakistuse põhjuseks eelkooliealistel.

Lastel on sagedamini hingamisteede ägedat põletikku, mis kaasneb viirusinfektsiooniga, ja harvem hingamisteede kroonilist põletikku.

Astma on lastel kõige sagedam krooniline haigus.

Kõige sagedam autosoomretsessiivselt pärilik haigus on tsüstiline fibroos.

Alla 5-aastastel lastel võib kopsupõletiku puhul esineda palavik, tahhüpnöe, ninatiibade puhevus või üksnes palavik. Hingamiselundite väljendunud vaevused ja kaebused võivad puududa.

Hingamishäired võivad olla ka ekstrapulmonaalse haiguse (nt südamerikke) tunnuseks ja vastupidi, hingamiselundite patoloogia korral võivad vaevused olla teiste elundkondade poolt (nt parema kopsu alasagara pneumoonia korral võib lapse kaebuseks olla hoopis kõhuvalu).

1. Vaatlus

- Lapse üldseisund, kehatemperatuur, aktiivsus, toitumus, asend, rüht.
- Lapse jume.
- Rindkere kuju:
 - imikul silinderjas: ringikujuline ristlabilõige;
 - vanematel lastel koonjas: ellipsitaoline läbilõige.
- Sõrmede ja küünte kuju, küünte struktuur ja värvus.
- Hingamise iseloomustus:

- vaevusteta või vaevustega;
 - hingamiskursioonide sügavus, sümmeetrilisus;
 - hingamisfaaside vahekord, omavaheline suhe;
 - ninatiibade puhevus, hingamise abilihaste kasutus: rindkere retraktsioonid (interkostaalsed, suprasternaalsed, substernaalsed retraktsioonid), *m. sternocleidomastoideuse* retraktsioonid;
 - hingeldus.
- Hingamistüüp: abdominaalne või kostaalne:
 - kuni 2-aastastel lastel abdominaalne ehk diafragmaalne.
 Imiku ülekaalukalt abdominaalne hingamine võib viidata spinaalsele lihasatroofiale.
 - 2–8-aastastel segatüüpi hingamine;
 - 8.–10. eluaastast domineerib poeglastel abdominaalne ja tütarlastel kostaalne hingamistüüp.
 - Diafragmaalne hingamine on iseloomulik spinaalse lihasatroofiaga imikutele.
 - Hingamissagedus:
 - vastündinu hingamine on ebaregulaarne nii sügavuselt kui sageduselt (pausidega kuni 10 sekundit);
 - vastündinutel ja imikutel kiireneb hingamissagedus ärkvelolekus, söömisel, erutusel. Seetõttu on soovitatav hinnata nende hingamissagedust magades ja kindlasti vähemalt ühe minuti vältel (vt Tabel 7).

Tabel 7. Hingamissageduse ealised normid lapseas

Vanus	Eakohane hingamissagedus (korda minutis)	Tahhüpnoe kriteerium (korda minutis)
0–1 kuu	30–60	>60
2–12 kuud	24–40	>50
1–5 aastat	20–30	>40
>5 aasta	15–20	>30

Patoloogia

- Jume muutus:

tsüanoos: perifeerne (akrotsüanoos), tsentraalne (keel on tsüanootiline). Nähtava veresoontevõrgustikuga nahk (marmornahk) võib olla tervetel ajalistel imikutel kui ka lastel jahtumise, sepsise jt haiguste puhul.

- Sõrmede ja küünte kuju muutused:

- trummipulksõrmed, uuriklaasküüned (nt kroonilised kopsu- või südamehaigused, tsüstiline fibroos);
- 5. sõrme kõverdumine koos muude tunnustega võib viidata kromosoomihaigusele.

- Rindkere kuju muutused (luulised muutused võivad häirida hingamisfunktsiooni):

- tünnikujuline emfüseematoosne rindkere;
- kanarind (*pectus carinatum*);
- kingseparind (*pectus excavatum*);
- Harrisoni vagu;
- rahhiitiline roosikrants.

- Hingamise sageduse, rütmilisuse ja sügavuse muutused:

- tahhüpnöe;
- bradüpnöe;
- hingeldus ehk düspnöe:
 - 1) ekspiratoorne düspnöe: raskendatud, rõhutatud, pikenenud väljahingamine (nt bronhiobstruktsioon);
 - 2) inspiratoorne düspnöe: raskendatud, rõhutatud, pikenenud sissehingamine (nt larüngostennoos);
 - 3) segadüspnöe: raskendatud, rõhutatud sisse- ja väljahingamine.

Kussmauli hingamine: sage, sügav regulaarne hingamine koos abilihaste kasutamisega (nt metaboolse atsidoosi puhul).

Cheyne-Stokesi hingamine: periooditi sügav ja tugev, kuid reegli-päraselt mõneks sekundiks või minutiks nõrgenev või hoopis katkev hingamine (nt ajukahjustuse sümptom, ravimimürgistus). Enneaegsel vastündinul on see aage eakohane.

Ortopnoe: raske hingamispuudulikkus, mille korral hingeldus tekib lamavas asendis. Laps ei saa kaua lamada, vaid eelistab olla istuli (nt larüngostennoos, astma, tsüstiline fibroos, epiglottiit, kopsuturse).

Pingutusdüspnoe: hingeldus tekib füüsilisel pingutusel.

Abilihaste kasutamine, ninatiibade puhevus, rindkere retraktsioonid: näiteks astmahoog, kopsupõletik, hingamispuudulikkus.

Striidor: ülemiste hingamisteede obstruktsioonist tingitud kare madal inspiratoorne heli, võib olla kuuldav ka distantsilt.

2. Palpatsioon (täpsustab rindkere vaatlusel saadud tulemust).

- Rindkere resistentsus: imiku- ja väikelapseas on rindkere väga elastne.
- Rindkere liikuvus: mõõdetakse rinnanibude kõrguselt maksimaalsel sisse- ja väljahingamisel (koolilapsel on normaalne vahe 3–5 cm).
- Rinnavärin ehk *fremitus pectoralis* (madala sagedusega helide kandumine rindkerele, kui laps lausub näiteks „rongi rattad ragisevad“).
- Rindkere, naha ja naha aluskoe iseärasused (nt kanarind, kingseparind, Harrisoni vagu, rahhiitiline roosikrants jne).

Patoloogia

- Valulikkus rindkere palpatsioonil (nt pleuriit, neuralgia jne).
- Rindkere ebäühtlane haaratus hingamisfaasides.
- Rinnavärina muutused:
 - tugevnenud (kopsukoe tihenemine);
 - nõrgenenud (vedelik pleuraõõnes, pleura paksenemine);
- pleurahõõrdumise ja muud patoloogilised kahinad;
- palpatoorse tiheduse kolded.

3. Perkussioon

- Lastel kasutada kergemat perkussioonilööki kui täiskasvanutel.
- Topograafiline perkussioon:
 - kopsu ja maksa vaheline piir (paremal medioklavikulaarjoonel 4. roidevahemikus);
 - kopsude alumised piirid.
- Võrdlev perkussioon (perkuteeritakse võrdlevalt mõlemat kopsu).

Patoloogia

- Perkutoorne tumestus alloleva koeosa õhusisalduse vähenemisest (nt infiltratiivsed protsessid, atelektaas, tuumorid, vedelik jne).
- Tümpaaniline kõla (pleuraõõnes õhusisalduse suurenemisest).
- Karbikõla (hüpersonoorus) – alveoolide ülemäärane täitumine õhuga.

4. Auskultatsioon

Auskulteeritakse:

- sümmeetriliselt mõlemat kopsu, tagaväljadel, aksillaarselt ja eesväljadel;
- võrdlevalt ülevalt alla.

Kopsude auskultatsiooni leid on infomatiivseim sügava väljahingamise faasis.

- Hingamiskahina tüüp, tugevus:
 - vesikulaarne hingamiskahin: pehme tämbriga, kuuldav inspiiriumis ja ekspiiriumi alguses, sissehingamisel on tavaliselt tugevam kui väljahingamisel;
 - bronhiaalne hingamiskahin – karedam kahin, on inspiiriumis sama tugev kui ekspiiriumis, kuuldav rinnaku ülaosal ja abaluudevahelisel alal;
 - trahheaalne hingamiskahin – tugevam ekspiiriumis kui inspiiriumis (kuuldav kaelal).
- Hingamisfaaside suhe.
- Bronhofoonia – võrdleval auskultatsioonil hinnatakse kõrge sagedusega võngete kandumist rindkerele, kui patsient sosistab sõnu ühtlase tugevusega.

Patoloogia

- Bronhiaalne hingamiskahin kopsuväljadel (infiltratiivne protsess).
- Hingamiskahina nõrgenemine või hingamiskahinat ei ole kuulda (nt kopsupõletik, hingamisteede stenoos, võõrkeha, pleuraõõne protsess, atelektaas, tuumor).
- Hingamiskahina tugevnemine (sügav kiire hingamine, kõhn laps).
- Kõrvalkahinad.

Räginad:

- 1) suuremullilised räginad – madalsageduslikud, kuuldavad inspiiriumi alguses;
- 2) peenemullilised räginad – kõrgsageduslikud, sulgunud alveoolide äkilisest avanemisest inspiiriumi lõpus (nt kopsupõletik, difuussed parenhümatoossed kopsuhaigused, kopsuturse).

Kiuned ja vilinad: muusikalised helid distaalsete hingamisteede obstruktsiooni tõttu, mida põhjustavad limaskesta turse, viskoosne lima ja bronhospasm.

Kiuned, vilinad, urinad, mullilised räginad on iseloomulikud astmale.

Urinad: madalatoonilised helid sekreediosakeste võnkumisest suuremates hingamisteedes.

Pleurahõõrdumiskahin: pleuralestmete ebatasasusest (põletik, fibriini ladestumine) või kuivusest kõrvalähedane kahin, kuuldav inspiiriumis ja ekspiiriumis, ei muutu kõhatamisel.

Pleuriidi korral võib rindkeres olla valu.

Striidor: ülemiste hingamisteede obstruktsioonist tingitud kare mada-laheliline inspiratoorne heli, võib olla kuuldav ka distantsilt.

Hingamispuudulikkuse tunnused:

- ninatiibade puhevus;
- tahhüpnöe;
- düspnöe;
- hingamisel abilihaste kasutamine ja rindkere retraktsioonid;
- raskused söömisel, rääkimisel.

14. Vereringeelundid

Südamehaigustele viitavad vaevused ja sümptomid:

- kiire väsimine imemisel, toitmisel, füüsilisel koormusel, üldine väsimus;
- kahvatu, hallikas jume (eriti suu ümbruses), tsüanoos (süveneb pingutusel);
- halb isu, isutus;

- ebaselge põhjusega pikaajaline subfebriline palavik;
- vähene või puuduv kaaluüve;
- hingamishäired (tahhüpnöe, düspnöe);
- köha, sagedad hingamiselundite haigused;
- higistamine toitmisel, füüsilisel koormusel;
- valu rindkeres;
- uuriklaasküüned, trummipulksõrmed;
- tursed (sh astsiit);
- tahhükardia;
- kardiomegalia;
- hepatomegalia;
- kõrgenenud vererõhk.

1. Vaatlus

- Üldseisund, kehaehitus, toitumus.
- Jõudlus imemisel, toitmisel, füüsilisel koormusel.
- Jume.
- Rüht, rindkere kuju.
- Nähtavad pulsatsioonid. Tiputõuge on hästi nähtav väikelastel ja kõhnadel patsientidel.
- Sõrmede ja küünte kuju, värvus.
- Hingamise iseloomustus, abilihaste kasutamine, hingamispuudulikkus?
- Kõhupiirkonna iseloomustus (südamehaigusele viitav hepatomegalia?)
- Mikroanomaaliad.

Kromosoomide uurimise näidustuseks on vähemalt 3 mikroanomaaliat, lisaks arenguhäire ja/või kasvuhäire.

Kaasasündinud südamerike kaasneb sageli teiste arenguanomaaliatega või kromosoomihaigustega, näiteks Downi või Turneri sündroomiga.

Patoloogia

- Jume muutus: tsüanoos, kahvatus.
- Trummipulksõrmed, uuriklaasküüned: kroonilise hapnikupuuduse tunnused (kroonilised südame- või kopsuhaigused).

- Südamekühm: rindkere prekordiaalsel alal kujuneb krooniliste tsirkulatoorsete häirete ja suurenenud südame tõttu ettevõlvuv kühm, mis on nähtav lapse lamades.
- Unearterite intensiivne pulseerimine.

2. Palpatsioon

Pulss

- Pulsisagedus, südame löögisagedus on pöördvõrdeline lapse vanusega (vt Tabel 8);
- Pulss kiireneb füüsilisel koormusel, kuid ka palaviku ja stressi puhul.

Tabel 8. Südame löögisageduse normid lastel

Vanus	Pulsisagedus (lööki minutis)
Vastsündinu	110–160
Imik	110–160
1–5-aastane	95–140
6–12-aastane	80–120
>12-aastane	60–120

- Rütm.
Respiratoorset arütmiaat on sageli eelkooli- ja koolieas lastel. Selle kindlakstegemiseks hinnatakse seost hingamisfaasidega: sissehingamisel südamerütm sageneb, väljahingamisel aeglustub.
- Pulsi täitumus.
Halva täitumusega nõrk pulss on tsirkulatoorsete häirete, aordi steenoosi puhul. Aordi koarktatsiooni korral on kätel pulss tugevam kui jalgadel (jalgadel võib pulss puududa).
- Kindlasti on vaja kontrollida pulsi olemasolu ja tugevust *a.femoralisel*! Femoraalpulss puudub või on madala täitumusega aordi koarktatsiooni puhul.

Südame tiputõuge:

- võib olla nähtav ja palpeeritav lapse seliliasendis, hingamispeetusel inspiiriumis;
- on oluline südame vasaku vatsakese lateraalse piiri määramisel;
- hinnatakse tiputõuke asukohta ja ulatust (normaalselt 1–2 cm), vt Tabel 9.

Tabel 9. Südame tiputõuke asukoht

Vanus (aastad)	Tiputõuke asukoht (roidevahemik)	Paiknemine mamillaarjoone suhtes
0–2	IV	1–2 cm lateraalsemal
3–7	V	1 cm lateraalsemal
8–12	V	mamillaarjoonel või kuni 1 cm mediaalsemal
>12	V	mamillaarjoonest 1 cm mediaalsemal

Patoloogia

- Tiputõuke ebanormaalne asukoht, ulatus (nt südameõõnte suurenemine, eksudatiivne perikardiprotsess).
- Suprasternaallohus on tuntavad ebanormaalsed pulsatsioonid, kahinad (palpeeritakse kergelt vajutades).
- Kassinurumisfenomen ehk palpeeritav madalsageduslik võnkumine rindkerel südame kohal (nt südamerikked).
- Perikardi hõõrdumiskahin.
- Maksa suurenemine (nt südamepuudulikkus).

3. Perkussioon

Südamepiiride perkussioon.

Südame ligikaudsed piirid:

- ülemine piir – II roidevahemik;
- parem piir jääb sternumi taha;
- vasak piir ühtib tiputõuke asukohaga.

Patoloogia

- Südamepiiride laienemine (nt müokardiit, perikardiit).

4. Auskultatsioon

- Südame löögisagedus vt Tabel 8.
- Rütm:
 - vastsündinutel ja imikutel on pendelrütm (süstol ja diastol on ühepikkused);
 - eelkooli- ja koolieas lastel on sageli respiratoorne arütmia.
- Toonid:
 - vastsündinutel ja imikutel on I ja II toon peaaegu ühetugevused;
 - eelkooli- ja koolilastel on lamades täheldatav II tooni aktsent ning lõhestumine inspiiriumis pulmonaalklappide kuulatluskohal.

Südame tugevad toonid – tahhükardia puhul, kõhnadel lastel.

Südame tasased, nõrgad toonid – tugeva lihaskonna puhul, ülekaalulistel ja rasvunud lastel.

- Südame kuulatluspunktid:
 - aordi kuulatluspunkt: II roidevahemik rinnakust paremal
 - pulmonaalarteri kuulatluspunkt: II roidevahemik rinnakust vasakul
 - trikuspidaalklapi (ehk kolmhölmklapi) kuulatluspunkt: rinnaku alumise osa paremal serval
 - mitraalklapi (ehk kakshölmklapi) kuulatluspunkt: südametipu-piirkonnas
 - Botkini-Erbi kuulatluspunkt: IV vasakus roidevahemikus parasternaaljoonel.

• Kahinad

Kahin südamel ei ole alati südamehaiguse tunnuseks.

Kahin võib sageli olla aneemia puhul.

Kahina puudumine ei välista südameriket.

Funktsionaalne süstoolne kahin

Kõige sagedam süstoolne kahin lastel on turbulentsvooludest tingitud funktsionaalne ehk füsioloogiline süstoolne kahin.

- Esineb sageli eelkooli- ja kooliealistel lastel.

- On paremini kuuldav lapse lamades, püstiasendis nõrgeneb või kaob.
- On nõrk (1–2-kraadine), lühike (ei ulata üle poole süstolist), heliline, vähese kanduvusega kahin.
- On paremini kuuldav väljahingamisfaasis.
- On labiilne (korduval kuulatlusel erineva tugevusega), võib aja jooksul taanduda.
- Ei kandu väljapoole südame piire
- Paikneb harva südametipul, esineb mesokardiaalselt epitsentriga III–IV roidevahemikus parasternaalselt või sternumi vasakul serval.

Keskmeses koolieas lastel on kahin tasasem ja puhuva tämbriga, paiknedes südamepõhimikul epitsentriga II–III roidevahemikus sternumi vasakul serval.

Patoloogia

- Orgaanilised kahinad. Orgaanilise kahina sagedaim põhjus on kaasasündinud südamerike.
- Kahina lokalisatsioon ja kiirgumine:
 - kaelale (nt aordistenoos);
 - seljale (nt aordi koarktatsioon, pulmonaalstenoos).
- Süstoolne kahin, diastoolne kahin, süstoolne ja diastoolne (püsiv) kahin.
- Kahina iseloom: heliline, kare.
- Kahina tugevus kraadides:
 - 1° – vaevukuuldav,
 - 2° – nõrk, selgelt kuuldav,
 - 3° – mõõdukas,
 - 4° – tugev,
 - 5° – väga tugev,
 - 6° – äärmiselt tugev, distantkahin.
- Südametoonide muutus: nõrgenemine, tugevnemine.
- Südame rütmi muutus:
 - tahhükardia;
 - bradükardia;
 - galoppriitm: kolme või nelja südametooni kuuldavus tavalise kahe asemel;
 - ekstrasüstolid.

5. Vererõhu mõõtmine

- Oluline on õige mõõtmistehnika:
 - õige suurusega mansett (see peab katma 2/3 õlavarre pikkusest).
 Liiga väike mansett võib näidata ekslikult tegelikkusest kõrgemat vererõhku. Liiga suur mansett võib näidata ekslikult tegelikkusest madalamat vererõhku.
 - soovitatav on mõõta vererõhku paremalt õlavarrelt lapse istuvas või lamavas asendis, käsi südame kõrgusel;
 - vererõhku peab mõõtma siis, kui laps on rahulik;
 - vererõhku on soovitatav mõõta kolm korda, kusjuures esimese mõõtmise tulemusi ei ole õige arvestada;
 - ka lastel on nn valge kitli fenomen ja seetõttu on soovitatav vererõhu kõrgenemise korral kõikumiste täpsemaks hindamiseks vererõhu registreerimine ööpäeva vältel lapse tavalises elukeskkonnas (vererõhu ambulatoorne monitooring);
 - tulemusi hinnatakse vererõhutabelitelt (normid vastavalt lapse soole, vanusele ja pikkuse tsentiilidele; vt Lisad).
 - Vererõhku peab mõõtma lastel regulaarselt alates 3 aasta vanusest vähemalt kord aastas.
 - Kõrge vererõhu puhul peab mõõtma vererõhku ka jalgadel.
 - Jalal on vererõhk 10–20 mmHg võrra kõrgem kui käel.
 - Aordi koarktatsiooni puhul on vererõhk jalal madalam kui käel.
- Vasakul käel võib vererõhk aordi koarktatsiooni korral olla madalam kui paremal – seetõttu on soovitatav mõõta vererõhku lapse paremal õlavarrel.

- Hüpertensiooni peamised riskifaktorid lastel on ülekaalulisus, rasvumine ja pärilik eelsoodumus.
- Püsiv arteriaalne hüpertensioon on lapseas valdavalt sekundaarne.
- Mida noorem on laps, seda suurema tõenäosusega on tegemist sekundaarse hüpertensiooniga (sageli alla 13-aastastel lastel, diastoolne vererõhk ≥ 120 mmHg).
- Sekundaarse hüpertensiooni kõige sagedamaks põhjuseks on neeruhaigused, neeruparenhüümi haigused – glomerulonefriit, retsidi-veeruv püelonefriit, refluksnefropaatia, polütsüstilised või düsplasatilised neerud, hemolüütilis-ureemiline sündroom, diabeetiline

nefroopaatia, neerutuumor, neeruveresoonte haigused, ka aordi koarktatsioon, endokriinhaigused.

- Primaarset hüpertensiooni on lastel harva ja see esineb alates puberteedieast. Primaarse hüpertensiooni diagnoosimiseks on vajalik sekundaarse hüpertensiooni põhjuste väljalülitamine.
- Ka ülekaaluliste või rasvunud laste puhul tuleb välja lülitada sekundaarne hüpertensioon.

Vererõhu ealised normid (vt Lisad).

Hüpertensiooni diagnoosimiseks peab olema mõõdetud vähemalt kolm kõrgeenenud vererõhu näitu kolmel erisugusel visiidil (üle 90. pikkuseprotsentiilile vastava väärtuse).

15. Kõhupiirkond ja aanus

1. Vaatlus

Tervetel imikutel ja väikelastel võib kõht olla kergelt ettevõlvuv.

Nii lamavas asendis kui ka püstiasendis hinnatakse lapsel:

- kõhu kuju ja suurust;
- veresoonte joonist kõhul;
- nähtava peristaltika olemasolu;
- naba, patoloogiat.

Patoloogia

- Nähtav peristaltika viitab seedetrakti obstruktsioonile (nt pülorostenoosi puhul võib näha peristaltilist lainet roidekaarealuses piirkonnas vasakult paremale; volvulus ehk soolekeerdumus, duodeenumi atresia, duodeenumi stenoos).
- Väljendunud veresoontejoonis kõhul (nt portaalhüpertensioon).
- Naba patoloogia:
 - põletik ehk omfaliit;
 - märguv naba;
 - nabasong.
- Kõhu suurenemine (kõhupuhitus, kõhupiirkonnas ettevõlvumus).

Generaliseerunud:

- gaaside kuhjumine sooles (meteorism): malabsorptsioonisündroom? hüpolaktaasia?

Meteorismi puhul kõhu kuju erinevate kehaasendite puhul ei muutu.

- vedelik sooltes, kõhuõõnes (astsiit): sagedamaks põhjuseks on nefrootiline sündroom.

Astsiidi korral muutub kõhu kuju erinevate kehaasendite korral.

- roojamassid (nt funktsionaalne kõhukinnisus, Hirschsprungi tõbi);
- kõhul nahaaluse rasvkoe hulga suurenemine (nt ülekaalulisus, rasvumine);
- väljendunud organomegalia (maks, põrna suurenemine);
- ettevõlvunud kõht lihahüpotoonia tõttu (nt progresseeruvad neuromuskulaarsed haigused, Downi sündroom).

Lokaalne kõhupuhitus:

- ülakõhu- või keskkõhupiirkonnas: pülorostenooos?, hepatosplenomegalia?
- alakõhupiirkonnas: täitunud kusepõis? kasvajad?

2. Kõhu palpatsioon

Arsti küüned peavad olema lühikesed ja käed soojad.

Kõhu palpeerimise ajal on soovitatav juhtida lapse tähelepanu mujale.

Samal ajal kõhu palpeerimisega soovitame jälgida lapse näoilmet ja selle muutust (valureaktsioon?). Kui laps hakkab nutma, tuleb oodata, kuni ta rahuneb.

Kõhtu peab palpeerima hellalt ja hoolikalt. Kõhtu palpeeritakse esmalt pindmiselt, seejärel tehakse süvavalpatsioon.

Patoloogia

- Valulikkus

Hinnatakse:

- valu iseloomu: tuim, vaevav, äge, terav, põletav, kiirgav jne;

- valu lokaliseerimiseks:
 - paremal ülakõhupiirkonnas (*regio hypochondrica dextra*);
 - keskel ülakõhupiirkonnas (*regio epigastrica*);
 - vasakul ülakõhupiirkonnas (*regio hypochondrica sinistra*);
 - paremal keskkõhupiirkonnas (*regio lateralis dextra*);
 - paremal alakõhupiirkonnas (*regio hypogastrica dextra*);
 - vasakul keskkõhupiirkonnas (*regio lateralis sinistra*);
 - vasakul alakõhupiirkonnas (*regio hypogastrica sinistra*);
 - naba ümbruses (*regio umbilicalis*);
 - alapakõhupiirkonnas (*regio hypogastrica*).

- **Palpeeritav mass**

Massi kõhuõõnes avastavad sageli juhuleiuna arst rutiinsel läbivaatusel või vanemad lapse vannitamisel, riietamisel.

Kui avastatakse mass kõhuõõnes, siis vaatamata sellele, et lapsel ei pruugi olla vaevusi ega sümptomeid, on vajalik põhjuse kiire selgitamine.

Kõige sagedamini avastatud moodustise põhjus on funktsionaalne kõhukinnisus.

Asümptoomne mass kõhupiirkonnas: neerutuumor (?), maksatuumor (?).

Hüdronefroos on kõige sagedamini neerust lähtuv moodustis vastündinutel.

Wilmsi tuumor ehk nefroblastoom: neerude embrüonaalne kasvaja, millesse haigestutakse sageli 2–5-aastaselt, võib lähtuda ühest ja ka kahest neerust.

Hinnatakse palpeeritavat massi:

- suurus;
- pinna, servade konsistents;
- liikuvus, liigutatavus;
- valulikkus;
- lokaliseerimine.

MAKS**Hinnatakse järgmisi näitajaid:**

- suurus;
- kuju;
- konsistents;
- pinna iseloom;
- valulikkus palpatsioonil.

Maksa ülemine piir määrata perkussioonil, alumine piir perkussioonil ja palpatsioonil. Palpatsiooni alustada alati paremalt alakõhupiirkonnast, palpeerides alt ülespoole. Kohe vahetult roidekaare alt palpeerides võib maksa serv jääda leidmata, kui see on roidekaarest oluliselt allpool. Sissehingamisel liigub maks allapoole 1–3 cm ulatuses.

Normaalselt võib kuni 3-aastastel lastel maksa serv olla palpeeritav 1–2 cm parema roidekaare alt medioklavikulaarjoonel väljahingamisfaasis. Vanematel tervetel lastel on maksa serv roidekaare all.

Patoloogia

- Hepatomegalia (nt maksatuumor: mass kõhuõõnes, isutus, kõhnumine, oksendamine, harva ka ikterus).
- Maksa asümmeetriline kuju (nt tuumor, abstsess, tsüst).
- Maksa konsistentsi muutus (nt kõva maks: fibroos, infiltratsioon).
- Maksapinna ebatasasus, sõlmelisus (nt maksatsirroos, neoplastilised protsessid).
- Valulikkus palpatsioonil:
 - difuusne: maksakapsli venitus (äge parenhüümi põletik);
 - lokaliseeritud: abstsess, tsüst.

PÕRN

Põrna palpeerida siis, kui laps hingab sügavalt sisse.

Normaalselt saab põrna alumist tippu sõrmeotsaga palpeerida (kuni 1 cm) vasakul medioklavikulaarjoonel sissehingamisfaasis: enamikul enneaegsetel vastsündinutel, ~30%-l ajalitest vastsündinutest, ~15%-l imikutest kuni 6. Elukuuni, ~5%-l väikelastest.

Patoloogia

- Valulikkus põrna palpatsioonil (nt trauma, infektsioon, infiltratsioon).
- Splenomegaalia: põrna suurus > 1 cm roidekaare all palpeeritavana on splenomegaalia.

Splenomegaalia ja väljendunud veresoontejoonis kõhul viitab portaalhüpertensioonile.

NEERUD

Vastsündinul võivad neerud olla palpeeritavad süvavalpatsioonil.

Kuni 2-aastastel ja ka kõhnadel lastel võib neeru alumine osa olla palpeeritav (neerud ulatuvad IV lumbaallülini). Kui üle 2-aastastel lastel on neerud palpeeritavad, viitab see patoloogiale.

3. Kõhu perkussioon

Normaalselt on gaasi sisaldavate soolte kohal tümpaaniline kõla.

Vedeliku (astsiidi) puhul on tumestus.

Tumestus kostab ka maksa ja põrna serva määramisel.

4. Kõhu auskultatsioon

Patoloogia

- Peristaltika on intensiivistunud (nt soole obstruktsioon, äge kõhulahtisus, hüpolaktaasia).
- Peristaltika on aeglane või puudub (nt peritoniit, iileus).

5. Rektaalne palpatsioon

Rektaalset palpatsiooni tehakse vaid vajadusel kindla diagnoosihüpooteesi mõttega, mitte rutiinuringuna igale lapsele.

Funktsionaalse kõhukinnisuse puhul on pärasooleampull lai ja roojaga täitunud.

Hirschsprungi tõve korral on pärasooleampull kitsas ega sisalda rooja.

Invaginatsiooni puhul on roe rektaalsel palpatsioonil punasesõstrazele taoline.

AANUS

Patoloogia

- Mitteperforeerunud ehk mitteavatud aanus.
Aanuse olemasolu või puudumine peab olema avastatud vastsündinu esimesel läbivaatusel.
- Ektoopiline aanus ehk päraku väärasetus.
- Rektumi prolaps ehk pärasoole väljalange: pärasoole kõikide kihtide või pärasoole limaskesta väljalangemine pärakust.
- Anaalfissuur ehk päraikulõhe: päraakupiirkonna naha kitsas valulik haav (nt pikka aega kestnud kõhukinnisuse komplikatsioon).
- Anaalfistul ehk päraku-uuris: ebanormalne ühendus päraku või seda ümbritsevate kudede ja naha vahel.
- Anaalabstsess ehk pärakuabstsess.
Nii anaalfistul kui anaalabstsess võivad esineda põletikulise soolehaiguse (nt Crohni tõve) puhul.
- Polüübid.
- Hemorroidid ehk pärakuveenikomud.
- Haudumus.
- Enkoprees ehk roojapidamatus.
Enkoprees on sageli funktsionaalse kõhukinnisuse komplikatsioon (retensiivne enkoprees).
Kolmandikul juhtudest esineb patsientidel, kel kõhukinnisust ei esine (mitteretensiivne enkoprees).
Enkoprees ei ole iseloomulik Hirschsprungi tõvele.

16. Suguelundid

Suguelundite hindamine on oluline puberteedi arengu hindamisel.

Suguelundeid on soovitatav uurida eraldi ruumis privaatselt.

Poeglastel hinnatakse munandite suurust orhidomeetriga.

Patoloogia

Poeglapsed

- Suguelundite mittevastavus eale (puberteedi hilinemine?).
- Mittevastavus soole.

- Mikropeenise ehk väike suguti.
- Krüptorhism ehk munandilaskumatus.
- Epispaadia: ureetra avanemine peenise eesmisel pinnal.
- Hüpospaadia: ureetra avanemine peenise tagumisel pinnal.
- Balaniit ehk sugutilukutipõletik ehk eesnahaalune põletik.
- Fimoos ehk eesnahakitsenemus: eesnaha ava kitsenemus, mis takistab eesnaha tagasilükkamist sugutilukilt. Fimoos on kuni 18-aastaseni füsioloogiline.
- Parafimoos ehk lukitagune eesnahapitsumus: tagasitõmbunud ahennemusega (fimoosilise) eesnaha tekitatud suguti tipmise osa pitsumus seisund, mis viib suguti turseni ja isegi kärbuseni.
- Munandi hüdroseale ehk munandi vesisong (taandub enamasti esimeste elukuude jooksul).
- Vägivalla tunnused (nt hematoomid, vigastused).

Tütarlapsed

- Suguelundite mittevastavus eale (puberteedi hilinemine?).
- Suguelundite mittevastavus soole.
- Väikeste ja suurte häbememokkade suurus.
- Vulviit, vulvovaginiit, vaginiit.
- Võõrkeha suguelundites.
- Vägivalla tunnused (nt hematoomid, vigastused).

17. Suuõõs

Suuõõnt on soovitatav uurida hoolikalt valguslambi abil ning lapse läbivaatusel kõige viimasena.

- Hinnatakse:
 - huule, keele, suuõõne ja neelu limaskestast iseloomu ja värvust;
 - keele suurust, liikuvust, värvust, pinna iseloomu;
 - hammaste arvu, emaili värvust, hammaste struktuuri;
 - suulõhna;
 - tonsillide suurust, värvust, pinda;
 - suulage (kõrge?).

Patoloogia

- Geneetilisele haigusele võivad viidata:
 - suur suu ehk makrostoomia;
 - väike suu ehk mikrostoomia;
 - lühike või pikk ülahuulevagu (*philtrum*);
 - suur või väike keel;
 - kõrge suulagi.
- Huule ja suu limaskesta kahvatus – aneemia (?).
- Huulte, keele tsüanoos – hingamispuudulikkus (?).
- Rohke süljeeritus ehk hüpersalivatsioon ehk ptüaloos ehk ptüalloröa (nt söögitoruatreesia vastsündinul, gastroösofageaalne refluks imikul).
- Halb lõhn suust ehk halitoos (nt puudulik suuhügieen, tonsilliit, sinusiit, karioossed hambad, võõrkeha ninas, veri suuõõnes, oksendamine, ruminatsioon).
- Atsetoonilõhn suust (nt ketoatsidoos).
- Lööbeelemendid, haavandid, katt, villid suu ja põse limaskestal:
 - huuleherpes ehk huuleohatis;
 - herpangiin (1–4 mm suurused helehallid paapulid-villid neelu limaskestal);
 - villid (nt tuulerõuged, stomatiit);
 - Kopliki laigud (enne leetrilööbe teket nahale tuleb see põse limaskestale, molaaride tasapinnal ilmuvad nööpnõelapeasuurused helepunased, keskelt sinakasvalged laigud);
 - huulepõletik ehk keiliit, huule limaskesta ketendus, haavandid.
- Huulelõhe ehk keiloskiis ehk jänesemokk; suulaelõhe ehk palatoskiis ehk hundikurk (need on embrüonaalsest arenguhäirest tingitud väärendid ja viitavad kromosoomihaigusele);
- Soor – suus, neelus ja mõnikord ka söögitorus esinev seene (*Candida albicans*) põhjustatud valge katt punetaval põletikulisel limaskestal); võib häirida lapse maitsmisvõimet ning olla isutuse põhjuseks.
- Suu limaskesta põletik ehk stomatiit. On väga valulik, mistõttu laps võib keelduda söögist ja joogist. Lapsele sobib pakkuda jahedat jooki ning teda mitte süüa sundida.
- Neelupõletik ehk farüngiit.

- Tonsilliit ehk kurgumandlipõletik ehk angiin.
- Difteeria ehk *Corynebacterium diphtheriae* tekitatud nakkushaigus, millele on iseloomulik kurgumandlite ja pehmesuulae krüptide põletik.
- Igemepõletik ehk gingiviit.
- Pigmendilaigud suu, põse limaskestal (nt Peutzi-Jegherssi sündroom, Addisoni tõbi).
- Ranula ehk süljenäärme retentsioonitsüst – süljenäärmejuha ummistusest põhjustatud tsüst suupõhjas.

Keel

- Suur keel – Downi sündroom (?), hüpotüreos (?).
- Kuiv keel – dehüdratatsioon (?).
- Punane vaarikakeel.
Intensiivne punetus ja suurenenud näsad tekivad keelele sarlakite põdemise 6.–7. päeval.
- Keele tagapoolne asetsus ehk glossoptoos (nt lõualuu hüpoplaasia, Pierre-Robini sündroom).
- Keelepõletik ehk glossiit (nt atroofiline glossiit pernitsioosse aneemia puhul).
- Keelehalvatus ehk glossopleegia.
- Keelekarusus ehk glossotrihhia.
- Geograafiline keel ehk maakaartkeel. Keele ülapind on kaetud maakaarti meenutava mustriaga (nt febrilise palaviku puhul).

Hambad

- lõikehambad (*dentes incisivi*);
- silmahambad (*dentes carini*);
- eespurihambad (*dentes premolares*);
- (taga)purihambad (*dentes molares*);
- tarkusehammas (*dens serotinus*).

Piimahambad (*dentes decidui*).

Esimesed piimahambad (alumised keskmised lõikehambad) lõikuvad tavaliselt 6.–7. elukuul (5–10-kuuselt).

Kõik 20 piimahammast on suus tavaliselt 3 aasta vanuselt.

Piimahammaste lõikumise järjekord:

10 6 8 3 2 2 3 8 6 10
9 5 7 4 1 1 4 7 5 9

Tabel 10. Piimahammaste lõikumine

Piimahammaste lõikumine	Vanus hammaste lõikumisel (kuud)
2 alumist keskmist lõikehammast	5–10
2 ülemist keskmist lõikehammast	8–12
2 ülemist külgmist lõikehammast	9–13
2 alumist külgmist lõikehammast	10–14
2 alumist eespurihammast	13–16
2 ülemist eespurihammast	13–17
4 silmahammast	12–22
4 tagapurihammast	24–36

Jäähambad (*dentes permanentes*).

Esimesed jäähambad (purihambad) lõikuvad 5.–6. eluaastal.

Esimesena vahetuvad alumised keskmised lõikehambad.

Kõik 32 jäähammast on suus tavaliselt 12.–18. eluaastaks.

Tarkusehambad lõikuvad umbes 25. eluaastaks.

Tabel 11. Jäähammaste lõikumine

Jäähammaste lõikumine	Vanus hammaste lõikumisel (aastad)
Esimesed purihambad	5–7
Lõikehambad	7–9
Eespurihambad	9–11
Silmahambad	10–12
Teised purihambad	12–16
Kolmandad purihambad	17–25

Patoloogia

- Hammaste osaline või täielik puudumine ehk hambutus ehk anodontia.
- Hammaste lõikumise hiline mine (nt rahhiit, hüpertüreoos, hüpopituitarism).
- Hambakaaries ehk hambasööbimus, mida tekitavad hammaste pinnal elavad bakterid oma ainevahetusproduktidega.
Lutipudelikaaries – esihammaste kaaries, kui laps imeb lutipudelist mahla (fruktoos!), piima (laktoos!) või rinda pidevalt ka öösel.
- Emaili värvuse muutus (nt ravimite toime).
- Emaili erosioonid (nt *bulimia nervosa*).
- Emaili hüoplaasia (nt rahhiit, kongenitaalne süüfilis, tetratsükliini toime);
- Emaili- ja struktuuridefektid (nt tsöliaakia).
- Hutchinsoni hambad – silindrikujulised õõnsa otsaga esihambad (kongenitaalne süüfilis).

Kael

Kilpnäärme suurenemine – hüpertüreoos (?).

Hüpertüreoos (?).

Lümfisõlmed (?).

VASTSÜNDINU UURIMINE

1. ANAMNEES

1. Perekonnaanamnees.

- Ema ja isa vanus, sotsiaalne taust.
- Kroonilised ja pärilikud haigused vanematel, teistel lastel, vana-vanematel, sugulastel.

2. Günekoloogiline anamnees.

- Günekoloogilised haigused, viljatus, nende ravi.
- Eelnevate raseduste ja sünnituste arv, kulg, lõpe (abort, enneaegsus, surnultsünd, keisrilõige, vaakumsünnitus, vastsündinu surm, laste tervis ja areng).

3. Käeoleva raseduse anamnees.

- Raseduse ajal tehtud loote uuringud (ultraheliuuring, amniotsentees, *double-* ja *triple-*test).
- Antenataalne infektsioonide skriining ja diagnostika (HIV, hepatiidid, süüfilis, bakteriaalsed külvid).
- Ema veregrupp, reesusfaktor, antikehade olemasolu.
- Loote seisund raseduse ajal, antenataalne ravi.
- Ägedad haigused, kroonilised haigused ja nende ägenemine.
- Rasedusgestoos, aneemia.
- Ravimite, alkoholi, narkootikumide tarvitamine, suitsetamine.
- Kaaluiive raseduse ajal, lootevete hulk.
- Elukutse, töökoht, töötingimused.

4. Sünnituse kulg.

- Raseduse kestus (ajalisus, enneaegsus, üleandlus).
- Loote seis (peaseis, tuharseis jm).
- Sünnituse kestus.
- Sünnituse induktsioon, stimulatsioon, nende näidustused.
- Vaakumsünnitus, keisrilõige, muud abivõtted.
- Loote seisund sünnituse ajal (monitooring), hüpoksia tunnused.

- Veeta periood, lootevee iseloomustus (värvus, mekooniumisisaldus).
- Antibakteriaalne ravi sünnituse ajal.
- Platsenta ja nabaväädi iseloomustus.

2. TOIMINGUD SÜNNITUSTOAS

- Vastsündinu seisundi hindamine Apgari skaala alusel 1. ja 5. (vajadusel 10.) eluminuti lõpul pärast sündi (vt Tabel 12).
Apgari maksimumhinne on 10 palli.
Madala Apgari hindel (< 7, eriti 5. minutil) on erinevaid põhjusi. Vajalik on lapse adaptatsiooni ja edasise arengu hoolikas jälgimine.

Tabel 12. Apgari skaala (V. Apgar, 1953)

	Pallid		
	0	1	2
Südametegevus	Puudub	<100 löögi minutis	>100 löögi minutis
Hingamine	Puudub	Harv või ebaregulaarne	Regulaarne
Lihastoonus	Puudub, laps on lõtv	Jäsemete kerge painutus, liigutused aeglased	Painutusasend, aktiivsed liigutused
Vastus ärritusele	Puudub	Grimass või äratõmme	Köha, aevastus, jõuline kisa
Naha värvus	Kahvatu või tsüanootiline	Kehatüvi roosa, akrotsüanoos	Roosa

- Happe-leelistasakaalu ja laktaadi määramine nabaarterist hüpoksia kahtlusel võimaldab määrata sünniaegse atsidoosi raskusastet (pH normaalselt kõrgem kui 7,2).
- Enneaegse vastsündinu küpsuse hindamine.
- Kehakaalu, -pikkuse ja peaümbermõõdu mõõtmine ja hindamine vastavalt kasvukõveratele.

- Vastsündinu keha keskpunkt on naba kohal, lagipea-häbemepiirkonna ja häbemepiirkonna-kanna pikkuste suhe on 1,7:1, mis muutub, kui on tegemist jäsemete kasvuhäirega (kondrodüstroofia).
- Vastsündinu hemorraagilise tõve ennetamiseks süstitakse K-vitamiini (*Konakion*) 1 mg intramuskulaarselt.
- Platsenta vaatlus (suurus, infarkt, irdumiskolled).
- Nabaväadi vaatlus: koosneb nn Whartoni želeest, kahest nabaarterist ja ühest nabaveenist (1%-l vastsündinuist on üks nabaarter).

3. VASTSÜNDINU JÄLGIMINE SÜNNITUSMAJAS

- Vastsündinu esimene läbivaatus lastearsti poolt toimub 12 tunni jooksul pärast sünni või kohe sünnitustoas, kui laps vajab elustamist või on tegemist riskisünnitusega.
- Vastsündinut vaatab läbi ämmaemand või lastearst kuni haiglast lahkumiseni tavapäraselt 3.–4. elupäeval.
- Kõiki organisüsteeme hõlmava objektiivse läbivaatuse eesmärk:
 - ekstrauteriinse eluga kohanemise hindamine;
 - kaasasündinud väärarendite diagnoosimine;
 - sünnitrauma välistamine;
 - pre-, intra- ja postnataalselt alanud haiguste dianoosimine (nt infektsioon, hüperbilirubineemia).
- Sõeluuringuteks fenüülketonuuriale (Eestis alustati 1993. a), hüpotüreosile (Eestis alustati 1996. a) ning veel 18 ainevahetushaigusele (Eestis alates 2015.a.) kogutakse verd filterpaberile 3. elupäeval.
- Kuulmise kontroll (otoakustiliste emissioonide määramine).
- Vaktsinatsioonid: tuberkuloos, B-hepatiit (1.–3. elupäeval).
- D-vitamiini andmist rahhiidi profülaktikaks (400 RÜ päevas) peab alustama alates 5.–7.elupäevast (soovitav anda kuni 2-aastaseks saamiseni).
- Rinnaga toitmise nõustamine.

4. ADAPTATSIOONIPERIOODI ISEÄRASUSED

- **Füsioloogiline kaalulangus:** 1. elunädalal võib vastsündinu sünnimass väheneda 5–8%; sünnimass peab olema taastunud 7.–10. elupäevaks.
- **Füsioloogiline ikterus** tekib 2. elupäeva lõpul või 3. elupäeval maksimaalse bilirubiini tõusuga (mittekonjugeeritud bilirubiini väärtus < 250 mmol/l); seejärel ikterus taandub 10.–14. elupäevaks.
- **Patoloogiline ikterus:**
 - tekib <24 elutunni vanuses;
 - bilirubiin >260 µmol/l, sõltumata vanusest;
 - kestus > 2 nädala.
- **Rinnapiimaikterus** (rinnapiimainhibiitori-tekkene ikterus) – ainult rinnapiimatoidul oleval heas üldseisundis ja hästi kasvaval imikul võib mittekonjugeeritud hüperbilirubineemia kesta kuni 2 kuud.
- **Mekoonium** ehk esmasroe (tume, rohekaspruun roe – koostises seedetrakti ja naha lameepiteel, pankrease ja soole sekreedid, looteudemed, allaneelatud lootevee jäägid, bilirubiini jääkproduktid), eritub 24–48 tunni jooksul pärast sündi.
Tähelepanu – mekooniumi hilisem eritus või mekooniumiileus viitavad tsüstilise fibroosi (esineb 10–15%-l tsüstilise fibroosi haigestest) või Hirschsprungi tõve võimalusele.
- Enamik tervetest vastsündinutest urineerib esimese 1–24 elutunni jooksul.
- **Nabaväädi kõnt** mumifitseerub ja eraldub 2–3 elunädala jooksul. Järele jääb väike haav, mis paraneb nädalaga.
- **Rinnanäärmete** turse ja suurenemine esimestel elupäevadel on tingitud emapoolsest hormonaalsest stimulatsioonist ja taandareneb spontaanselt. Tüdrukutel võib kaasneda verine voolus tupest.

5. VASTSÜNDINU LÄBIVAATUS

Kuna vastsündinu põhjalikku uurimist võivad segada tema nutt ja rahutus, on soovitatav alustada magava vastsündinu südame ja kopsude auskultatsioonist ning kõhu palpatsioonist. Kui laps on ärkvel, siputab aktiivselt või nutab, saab uurida ülejäänut.

ENNEAEGSE VASTSÜNDINU KÜPSUSE HINDAMINE

Küpsusastme määramiseks on kasutatavad 2 süsteemi:

1. Välised, nn morfoloogilised tunnused.

- Nahavärvus ja struktuur, looteudemete (*lanugo*) hulk.
Mida enneaegsem on vastsündinu, seda erütemsem, õrnem ja rohkemate looteudemetega on nahk.
- Tallamuster. Ajalisel vastsündinul on kogu jalatald kaetud vaokestega ehk tallamustriga. Enneaegsetel on tallamustrit vähem.
- Rinnanäärme ja nibuälja suurus.
Ajalise, normaalse sünnikaaluga vastsündinu rinnanääre on palpeeritav, läbimõõt 0,5 cm; alatoitumus muudab seda näitajat.
- Kõrvalesta kaju ja kõhre tihedus.
Enneaegse vastsündinu kõrvalest on siledam ja pehmem.
- Välisgenitaalid.
Enneaegsel poisil on skrootum väiksem ja siledam, testised on skrootumisse laskumata või selle ülaosas; enneaegsel tüdrukul on suured häbememokad väiksemad ega kata väikesi häbememokki.
Ajaliselt sündinud poistel on testised laskunud skrootumisse.
Ajaliselt sündinud tüdrukul katavad suured häbememokad väikesi.

2. Neuroloogilist küpsust hinnatakse lihastoonuse ja liigutuste alusel.

Mida enneaegsem on vastsündinu, seda madalam on tema lihastoonus ja seda vähemaktiivselt ta liigutab.

NAHK

Jume on esimestel elupäevadel intensiivselt roosa, 3. elupäeval võib liisanduda ikterus.

Lootevõie (*vernix caseosa*) on vastsündinu nahka kattev valge, hävinud naharakkudest ja rasust koosnev aine, mis kaitses loote nahka lootevee eest.

Looteudemed (*lanugo*) on lootele omased peened heledad nahakarvad, mida on rohkesti kehatüvel, õlgadel, põskedel. Eriti palju on enneaegsetel.

Ülekantuse tunnus on kuiv, ketendav ja lõhenev nahk.

Toksiline erüteem – erütematoosetel laikudel väikesed 1–2 mm suurusel paapulid või eosinofiilse sisuga villikesed, mis tekivad 2.–3. elupäeval ja kaovad seejärel 72 tunni jooksul.

Kapillaarsed hemangioomid võivad olla otsmikul, ülalaugudel, kuklas.

Mongoli laigud – välisgenitaalide ja seljal nimme-ristluupiirkonnas esinevad hallikassinised või hallikaspruunid, siledad melanotsüütneevused, mis 5. eluaastaks iseenesest kaovad.

Miiliad – rasunäärmekanalite ummistusest tekkinud väikesed valkjad vinnid ninal ja näol.

Miliaria ehk higivilliklööve – väikesed selge vedelikuga villid nahal higinäärmejuhade umbumisest.

Patoloogia

- Ikterus (patoloogiline ikterus).
- Generaliseerunud tsüanoos (vajab kohest põhjuse selgitamist!).
- Perifeerne tsüanoos (akrotsüanoos) – kui vastsündinu jäsemed on jahedad või tal on polütsüteemia.
- Intensiivne punetus on iseloomulik polütsüteemiale ehk paljuveresusele.
- Kahvatus – äge või krooniline verekaotus.
- Tursed:
 - generaliseerunud (loote hüdrops);
 - lokaalselt labajalgadel, labakätel (Turneri sündroom).
- Püodermia ehk mädavillid.

PEA

Pea kuju mõjutavad üsisisene asend ja kompressioon ning sünnitusaegne muljumine.

Koljuõmblused on avatud (mitte üle 0,5 cm) ja palpeeritavad liikuvate-na; esimestel elupäevadel võivad koljuluud olla nihkunud üksteise peale.

Lõgemed

- Suure lõgeme läbimõõt varieerub suuruselt (1–4 cm), on koljuluu alumise serva tasapinnal, palpatsioonil pingevaba. Väikese lõgeme suurus on alla 1 cm.
- Lõgemed sulguvad tavaliselt 12.–18. elukuul.

Sünnimuhk – pehmete kudede turse sünnil eesasetsenud pea osal on tavaline ja kaob mõne päevaga.

Patoloogia

- Suure lõgeme väljavõlvumine: intrakraniaalse rõhu tõusu tunnus.
- Suure lõgeme sissetõmbumine: dehüdratatsiooni tunnus.
- Kolmas lõge – parietaalluude luuline defekt piki sagitaalõmblust.
- Kraniosünostoos – koljuluude õmbluste enneaegne luustumine, millest tuleneb kolju ebanormaalne kuju.
- Tsefalhematoom ehk peaverimuhk – sünnituse käigus tekkinud koljuväline (luu ja periosti vaheline) hematoom; paikneb ühe koljuluu piires.
- Subgaleaalne ehk kõõlustanualune hematoom ei piirdu ühe koljuluuga ja on harvaesinev.
- Koljufraktuurid võivad kaasuda tsefalhematoomiga.

NÄGU

Hinnatakse: miimikat, kuju, mikroanomaaliaid.

Patoloogia

- Pehmete kudede turse ja verevalumid näguseisu järel.
- Hematoomid tangsünnituse järel.
- Miimika muutused *n. faciale* kahjustusel.
- Mikroanomaaliaid (kromosoomihaiguse kahtlusel; näiteks Downi sündroomile on iseloomulik mongoloidne silmade lõige, lai madal ninajuur, epikantus, madalal asetsevad kõrvid) .

SILMAD

Hinnatakse järgmisi näitajaid.

- Silmade kuju, asetus.
- Silmapilu suurus.
- Pupillide kuju, suurus, reaktsioon valgusele.
- Silmade liikumine on ajuti koordineerimatu.
- Silmapõhja uuring on näidustatud, kui on enneaegsete retinopaatia või kongenitaalse infektsiooni (toksoplasmoos, punetised, tsütomegaloinfektsioon jt) kahtlus.

Patoloogia

- Subkonjunktivaalsed hemorraagiad tekivad intravaskulaarse rõhu tõusust sünnituse käigus, kuid on kahjutud ja paranevad mõne päevaga.
- Koloboom – vikerkesta (ja soonkesta) sektorjas lõhestus.

NINA

Hinnatakse: kuju, suurus.

Patoloogia

- Vastsündinu hingab läbi nina. Igasugune obstruktsioon (uni- või bilateraalne koaanide atreesia, deformatsioon üsasisesest kompressioonist, limaskestasturise) võib põhjustada tal hingamispuudulikkuse, sest vastsündinu ei oska läbi suu hingata.
- Eritis ninast (purulentne kongenitaalse süüfilise puhul).
- Madal lai ninajuur võib viidata geneetilisele haigusele.

KÕRVAD

Hinnatakse:

- Kuju, sümmeetrilisus, asetus.
- Väliskuulmekäigu olemasolu.

Patoloogia

- Madalal asetsevad, ebatavalise kujuga ehk düsmorfsed, vertikaaltelje suhtes pöördunud kõrvad võivad esineda koos teiste anomaaliatega (nt fetaalalkoholisündroom, kromosoomianomaalia).

- Kuulmekäigu välisava puudumine – täpsustada sise- ja keskkõrva seisundit.

SUU

Hinnatakse:

- Kuju, suurus.
- Suulae kuju, kõrgus, terviklikkus.

Epsteini pärlid – vastsündinu suulae keskjoonel esinevad, iseeneslikult kaduvad villikesed.

Kaasasündinud hambad – langevad sageli ise ära esimestel elupäevadel, vajavad vahel ka eemaldamist aspiratsiooniohu tõttu.

Patoloogia

- Mikrognaatia ehk pislõugsus (nt Pierre-Robini sündroom).
- Promineeruv suur keel (nt Downi sündroom).
- Kõrge suulagi (nt kromosoomianomaalia).
- Suulaelõhestumus (hundikurk), huulelõhestumus (jänesemokk); mõlemad koos teiste anomaaliatega võivad viidata kromosoomianomaaliale – trisoomia 13 e Patau sündroom.
- Rohke süljevool (nt söögitoru atreesia).

KAEL

Hinnatakse: kuju, sümmeetrilisus.

Vajalik ka rangluude palpatsioon.

Patoloogia

- Ranglumurd võib tekkida sünnitusel, kui loote õlgade vabastamine on raskendatud; esimestel päevadel on fraktuuripiirkonnas palpeeritav krepitatsioon, hiljem tekib kahjustunud kohale kallus, mis on hästi palpeeritav 1–2 cm suurusena.
- Kõõrkael: võib viidata *m. strenocleidomastoideus*'e traumale.
- Nahavoldid kaela külgedel, lai lühike kael (nt Turneri sündroom).

RINDKERE

Hingamine

Vastsündinu hingamine on ebaregulaarne nii amplituudilt kui ka sageduselt (pausidega kuni 10 sekundit, millele ei kaasu bradükardiat ega tsüanoosi). Eriti on see väljendunud enneaegsetel.

Vastsündinu hingamissagedus rahuolekus on 30–60 korda minutis.

Apnoe on hingamispeetus üle 20 sekundi, millega kaasneb bradükardia <100 x/minutis ja/või tsüanoos.

Vesikulaarne hingamiskahin on hästi auskulteeritav. Esimestel elutundidel võib kuulda krepiteerivaid räginaid, põhjuseks alveoolide avanemine.

Patoloogia

- Vastsündinu hingamispuudulikkuse tunnused:
 - tahhüpnöe – hingamissagedus üle 60 korra minutis;
 - interkostaalsed ja suprasternaalsed, diafragma ja sternumi retraktsioonid, ninatiibade liikumine hingamisel, ekspiratoorne oigamine.
- Hingamiskahina nõrgenemine (nt pneumotooraks, diafragma hernia).

Südame- ja veresoonekond

Vastsündinu südame löögisagedus on keskmiselt 120–130 korda minutis (vahemikus 110–160 korda minutis). Südamelöögid on võrdse tugevusega.

Esimestel elupäevadel auskulteeritav süstoolne kahin võib olla tingitud *ductus arteriosuse* sulgumisest.

Perifeersed pulsud – femoraalpulsid peavad olema palpeeritavad. Pulsside puudumine jalgadel viitab aordikoarktatsioonile.

KÕHT

Vastsündinu kõht on suhteliselt suur, palpatsioonil on tuntav kõhu sirglihaste diastaas.

Maksa alumine serv ulatub paremal medioklavikulaarjoonel kuni 2 cm roidekaare alt välja (see on norm kuni 3-aastaseks saamiseni). Põrn ei ole palpeeritav või on tuntav näpuotsale.

Nabakõndi, nabahaava, nabarõnga ja ümbritseva naha seisund – turse, punetus, vinav lõhn, mädane eritis on nabapõletiku tunnuseks.

Patoloogia

- Ebasümmeetriline kuju (nt suurenenud maks või polütsüstilised neerud, kõhuõõne tuumor).
- Ettevõlvuv, pinges, punetav kõht (nt peritoniit).
- Liivakellmaga – pülorostenooos.
- Nabasong esimestel elukuudel on tavaliselt ohutu ja paraneb spontaanselt.

VÄLISGENITAALID JA AANUS

Poisid

Sugutilukk on kaetud täielikult eesnahaga, mida ei saa tagasi lükata; testised on laskunud munandikotti.

Tüdrukud

Suured häbememokad katavad tupe sissepääsu. Normaalne on vähene vaginaalne eritis, mis 2.–3. elupäeval võib olla ema hormonaalse mõju tõttu verine.

Aanuse olemasolu, avatust ja asukohta tuleb kontrollida esimesel läbi-vaatusel sünnitustoa.

Patoloogia

- Vesimunand paraneb enamasti spontaanselt.
- Munandilaskumatus e. krüptorhism diagnoositakse pärast sündi, vajab jälgimist – kui munand ei lasku, suunata laps lastekirurgile hiljemalt 6 kuu vanuses.
- Distaalne e. lukihüpospaadia ei vaja ravi, raskemad vormid korri-geeritakse hiljemalt väikelapseas.
- Kubemesong vajab jälgimist pitsumise ohu tõttu; rakendatakse ki-rurgilist ravi.

LUUSÜSTEEM

Vastsündinu sääreluud on lateraalsele kaardus, põhjuseks üsasisene asend.

Puusaliigesed

Kontrollitakse Ortolani ja Barlow' võtetega: uurimislalul lamava lapse jalad haaratakse põlvedest kõverdatutena pihku, uurija keskmine sõrm on puusaliigesel; jalad tuuakse keha keskjoonele (aduktsioon) ja seejärel viiakse lateraalsele (abduktsioon).

Patoloogia

- Puusaliigese arengulisele nihestusele (selle ohule) viitab loksumine puusaliigeses; plöksumine, naksumine on enamasti ohutud. Hiljem tekib puusaliigese abduktsioonipiiratus ("puus on kinni"). Abduktsioonipiiratus võib viidata ka lihastoonuse tõusule (spastilisus). Puusaliigese arengulisele nihestusele võib viidata tuharavoltide asümmeetria.
- Labajalgade üsasisesest asendist põhjustatud väärasend (kompöidhoiak, kandlamphoiak), kui see on käega normaalsesse asendisse seatav, taandub paari nädalaga. Fikseerunud väärasend vajab kohest lahastamist.

NEUROLOOGILINE LÄBIVAATUS

Vastsündinu aktiivsus: varieerub sõltuvalt söömisest ja päevarütmist (vastsündinu magab ~20 tundi ööpäevas).

Nutt: vastsündinu nutab, kui ta on näljane, tunneb end ebamugavalt või on ümbritsevast häiritud.

Tähelepanu! Kiljuv või oiglev nutt võib olla intrakraniaalse patoloogia tunnuseks!

Lihastoonus: vastsündinu keha asend on fleksoorne, kergelt painutatud jäsemed liiguvad ühtlaselt, tõmbel seliliasendist istuli on peahoid ebakindel, kuid ajaline vastsündinu püüab pead rindkerega ühes tasapinnas hoida; istuliasendis suudab mõne sekundi vältel pead püsti hoida. Fleksorite toonuse ülekaal püsib 3. elukuuni.

Kraniaalnärvid: hinnatakse näo sümmeetriat ja miimikat rahuolekus ning nutu ajal, imemist ja neelamist.

Kõõlusrefleksid: vallanduvad sümmeetriliselt.

Patoloogia

- Liigutuste vähene aktiivsus võib viidata närvisüsteemi haigusele, algavale sepsisele.
- Kiljuv või oiglev nutt (nt meningiit).
- Madal lihastoonus koos lihasnõrkusega (nt kaasasündinud lihashaigus, hüpotüreos).
- Kõõlusreflekside puudumine, ülielavad kõõlusrefleksid, ebasümmeetrilised kõõlusrefleksid.

VASTSÜNDINU KAASASÜNDINUD REFLEKSID:

Automatismirefleksid kustuvad 3.-4. elukuuks ja asenduvad seejärel omandatud oskustega.

Otsimisrefleks (Kusmauli refleks): lapse suunurga silitamisel avab ta suu ja pöörab pea ärrituse suunas.

Imemisrefleks: huulte puudutamisel teeb vastsündinu aktiivseid imemisliigutusi.

Peopesa-suu refleks (Babkini refleks): lapse peopessa vajutamine kutsub esile pea ja õlavöötme pöörde ärritaja suunas, suu avamise ja silmade sulgemise.

Haarderefleks (Robinsoni refleks): laps haarab uurija sõrmest tugevasti kinni. Plantaarne haarderefleks vallandub põidlagaga jalatallale vajutamisel – laps kõverdab varbaid.

Kaitserefleks: kõhuli olles pöörab laps pea küljele.

Roomamisrefleks (Baueri refleks): kõhuliasendis toetatakse lapse taldu käega, laps tõukab end eemale ja teeb kerega roomamisliigutusi.

Toe- ja sammurefleks: laps tõstetakse kaenla alt hoides püsti, tallad toetatakse vastu lauda; ta sirutab selja ja seisab poolkõverdatud

jalgadega ning ettepoole kallutades teeb sammu. Need refleksid peavad olema esilekutsutavad viiendaks elupäevaks ja nende reflekside puudumine on seoses närvisüsteemi patoloogiaga (nt tserebraalparalüüs).

Ümberklammerdumisrefleks (Moro refleks): vallandub äkilise liigutuse, valju heli, kukkumistunde (uurija kätel olev vastsündinu lastakse järsult allapoole langeda) mõjul. Vastuseks viib laps käed laiali, sirutab sõrmed ja toob seejärel käed uuesti rinnale. Liigutused on sümmeetrilised.

Tooniline kaelarefleks: vastsündinu pea pööramisel küljele sama kehapoole jäsemed sirutuvad ja vastaspoole oma painutuvad (vehkleja poos).

OLULISEM KASUTATUD KIRJANDUS

- Abzug MJ, Hay WW, Deterding RR, Levin MJ. Current Diagnosis and Treatment Pediatrics. 2014.
- Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M et al. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008; 46: 99–110.
- Grünberg H, Adojaan B, Thetloff M. Kasvamine ja kasvuhäired. Metoodiline juhend laste füüsilise arengu hindamiseks. 1998.
- Immuniseerimiskava, www.terviseamet.ee
- Kliegman RM, Stanton BF, Geme JW, Schor NF, Behrman RE. Nelson Textbook of Pediatrics. 20th Edition. 2016.
- Koletzko B. Pediatric Nutrition in Practice. 2015.
- Lissauer T, Clayden G. Illustrated Textbook of Paediatrics. 2011.
- Marcidante K, Kliegman RM, Behrman RE. Nelson Essentials of Pediatrics. 2014.
- National high blood pressure education program working group on high blood pressure in children and adolescents. The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents. *Pediatrics* 2004; 114: 555–576.
- Ormisson A, Varendi H. Neonatoloogia. Õpik arstiteaduskonna üliõpilastele. Tartu Ülikooli Kirjastus. 2015.
- Valvearsti teatmik. Toimetaja H. Grünberg. Tartu 2011.
- Wyllie R, Kay M, Hyams JS. Pediatric Gastrointestinal and Liver Diseases. 2015.

LISA

Glasgow' koomaskaala (modifitseeritud)



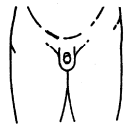








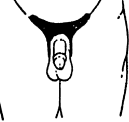



Üle 1-aastane	Punktid	Alla 1-aastane	
Silmade avamine		Silmade avamine	
Spontaanselt	4	Spontaanselt	
Sõnalise käskluse peale	3	Sõnalise käskluse peale	
Valuärrituse korral	2	Valuärrituse korral	
Ei ava	1	Ei ava	
Parim motoorne reaktsioon		Parim motoorne reaktsioon	
Täidab korraldust	6	Normaalsed, spontaansed liigutused	
Lokaliseerib valuärritust	5	Reageerib puudutusele jäseme äratõmbega	
Reageerib valule jäseme äratõmbega	4	Reageerib valule jäseme äratõmbega	
Jäsemete fleksioon	3	Jäsemete fleksioon	
Jäsemete ekstensioon	2	Jäsemete ekstensioon	
Reaktsiooni ei ole	1	Reaktsiooni ei ole	
Sõnaline vastus		Sõnaline vastus	
< 2-aastane		2-5-aastane	> 5-aastane
Koogab, laliseb, naeratab, nutab	5	Orienteeritud, adekvaatsed sõnad, fraasid	Orienteeritud, vestleb
Nutab, ärritatud	4	Mitteasjakohased sõnad	Desorienteeritud
Ebaadekvaatne nutt	3	Nutab	Mitteasjakohased sõnad
Arusaamatud häälightsused	2	Hääleline reaktsioon (mõmisemine, oiglemine)	Hääleline reaktsioon (mõmisemine, oiglemine)
Vastus puudub	1	Vastus puudub	Vastus puudub
	Kokku		
	3-15		

Immuniseerimiskava (www.terviseamet.ee)

Vanus	Haigus, mille vastu vaksineeritakse
12 tundi	B-hepatiidi vaktsiin (HepB 1)
1–5 päeva	Tuberkuloosivaktsiin (BCG) * Kui vaksineerimine hilineb ja laps on vanem kui 2 kuud, tuleb eelnevalt teha Mantoux' proov (tuberkuliiniproov)
1 kuu	B-hepatiidivaktsiin (HepB 2)
2 kuud	Rotaviirusnakkuse vaktsiin (RV 1)
3 kuud	Difteeria, teetanuse, atsellulaarse läkaköha, poliomüeliidi, <i>Haemophilus influenzae</i> tüüp B vaktsiin (DTaP-IPV-HiB 1) Rotaviirusnakkuse vaktsiin (RV 2)
4, 5 kuud	Difteeria, teetanuse, atsellulaarse läkaköha, poliomüeliidi, <i>Haemophilus influenzae</i> tüüp B vaktsiin (DTaP-IPV-HiB 2) Rotaviirusnakkuse vaktsiin (RV 3)
6 kuud	Difteeria, teetanuse, atsellulaarse läkaköha, poliomüeliidi, <i>Haemophilus influenzae</i> tüüp B vaktsiin (DTaP-IPV-HiB 3) B-hepatiidi vaktsiin (HepB 3)
1 aasta	Leetri-, mumps- ja punetisevaktsiin (MMR 1)
2 aastat	Difteeria, teetanuse, atsellulaarse läkaköha, poliomüeliidi, <i>Haemophilus influenzae</i> tüüp B vaktsiin (DTaP-IPV-HiB 4)
6–7 aastat	Difteeria-, teetanuse-, atsellulaarse läkaköha ja poliomüeliidi inaktiveeritud vaktsiin (DTaP-IPV 5)
12 aastat	B-hepatiidivaktsiin (HepB 1,2,3)*
13 aastat	Leetri-, mumps- ja punetisevaktsiin (MMR 2)
15–16 aastat	Difteeria-, teetanuse- ja atsellulaarse läkaköha vaktsiin (dTap6)
25, 35 jne aastat (iga 10 aasta järel)	Difteeria- ja teetanusevaktsiin (dT 7)

* 1995.–2003. aastal sündinud ja eelnevalt B-viirushepatiidi vastu vaksineerimata lapsed immuniseeritakse intervalliga 1 kuu esimese ja teise doosi ning intervalliga 5 kuud teise ja kolmanda vaktsiinidoosi vahel.

Puberteedi staadiumid

Rinna arengu staadiumid tütarlastel	Puberteedi staadiumid tütarlastel	Pubitaalkarvas-tiku staadiumid tütarlastel	Puberteedi staadiumid poeglastel	Pubitaalkarvas-tiku staadiumid poeglastel
	Ma 1 Areng tunnusteta Pu 1 Pubitaalkarvastik puudub		G 1 Prepuberteet, testiste maht 1, 2, 3 ml Pu 1 Pubitaalkarvastik puudub	
	Ma 2 Rinnanibu on kergelt nahapinnast kõrgemal Pu 2 Üksikud sirged karvad		G 2 Testiste, peenise ja skrootumi vähene suurenemine Pu 2 Üksikud sirged karvad peenisel, hääle muutused	
	Ma 3 Rinnanäärme ja areoli suurenemine, rind omandab koonilise kuju. Pu 3 Hõredad pigmenteerunud karvad.		G 3 Testiste, peenise, skrootumi suurenemine. Testiste maht 10, 12, 15 ml Pu 3 Pigmenteerunud krussis karvad peenisel, akne, udemete kasv ülahaule kohal	
	Ma 4 Rinnanibu ja areool on ümbritsevast nahapinnast tunduvalt kõrgemal, rinnanäärme on saavutanud lõpliku suuruse Pu 4 Kruussis, pigmenteerunud karvad, mis ei ulatu reie sisepinnale		G 4 Peenise suurenemine, skrootumi pigmenteerumine, testiste maht 15, 20 ml Pu 4 Kruussis, pigmenteerunud karvad, karvakasv puudub reie sisepinnal	
	Ma 5 Rinnanäärme küpsuse staadium Pu 5 Tihedad, pigmenteerunud karvad, mis ulatuvad ka reie sisepinnale		G 5 Testiste maht 25 ml Pu 5 Tihedad, pigmenteerunud karvad, mis ulatuvad ka reie sisepinnale, habeme kasv	

Vererõhu 90. ja 95. tsentiili väärtused vastavalt pikkusele (1–17-aastased tütarlapsed)

Vanus (a)	AR tsentiil	Süstoolne AR (mm Hg) vastavalt pikkusele							Diastoolne AR (mm Hg) vastavalt pikkuse tsentiilile						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
1	90	97	98	99	100	102	103	104	53	53	53	54	55	56	56
	95	101	102	103	104	105	107	107	57	57	57	58	59	60	60
2	90	99	99	100	102	103	104	105	57	57	58	58	59	60	61
	95	102	103	104	105	107	108	109	61	61	62	62	63	64	65
3	90	100	100	102	103	104	105	106	61	61	61	62	63	63	64
	95	104	104	105	107	108	109	110	65	65	65	66	67	67	68
4	90	101	102	103	104	106	107	108	63	63	64	65	65	66	67
	95	105	106	107	108	109	111	111	67	67	68	69	69	70	71
5	90	103	103	104	106	107	108	109	65	66	66	67	68	68	69
	95	107	107	108	110	111	112	113	69	70	70	71	72	72	73
6	90	104	105	106	107	109	110	111	67	67	68	69	69	70	71
	95	108	109	110	111	112	114	114	71	71	72	73	73	74	75
7	90	106	107	108	109	110	112	112	69	69	69	70	71	72	72
	95	110	110	112	113	114	115	116	73	73	73	74	75	76	76
8	90	108	109	110	111	112	113	114	70	70	71	71	72	73	74
	95	112	112	113	115	116	117	118	74	74	75	75	76	77	78
9	90	110	110	112	113	114	115	116	71	72	72	73	74	74	75
	95	114	114	115	117	118	119	120	75	76	76	77	78	78	79
10	90	112	112	113	115	117	118	119	73	74	74	75	76	77	78
	95	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80	80
11	90	114	114	116	117	118	119	120	74	74	75	75	76	77	77
	95	118	118	117	121	122	123	124	78	78	79	79	80	81	81
12	90	116	116	118	119	120	121	122	75	75	76	76	77	78	78
	95	120	120	121	123	124	125	126	79	79	80	80	81	82	82
13	90	118	118	119	121	122	123	124	76	76	77	78	78	79	80
	95	121	122	123	125	126	127	128	80	80	81	82	82	83	84
14	90	119	120	121	122	124	125	126	77	77	78	79	79	80	81
	95	123	124	125	126	128	129	130	81	81	82	83	83	84	85
15	90	121	121	122	124	125	126	127	78	78	79	79	80	81	82
	95	124	125	126	128	129	130	131	82	82	83	83	84	85	86
16	90	122	122	123	125	126	127	128	79	79	79	80	81	82	82
	95	125	126	127	128	130	131	132	83	83	83	84	85	86	86
17	90	122	123	124	125	126	128	128	79	79	79	80	81	82	82
	95	126	126	127	129	130	131	132	83	83	83	84	85	86	86

Update on the 1987 Task Force Report on High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics 1996; 98:649 657.

Vererõhu 90. ja 95. tsentiili väärtused vastavalt pikkusele (1–17-aastased poeglapsed)

Vanus(a)	AR tsentiil	Süstoolne AR (mm Hg) vastavalt pikkusele								Diastoolne AR (mm Hg) vastavalt pikkusele tsentiilile							
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%		
1	90	94	95	97	98	100	102	102	50	51	52	53	54	54	55		
	95	98	99	101	102	104	106	106	55	55	56	57	58	59	59		
2	90	98	99	100	102	104	105	106	55	55	56	57	58	59	59		
	95	101	102	104	106	108	109	110	59	59	60	61	62	63	63		
3	90	100	101	103	105	107	108	109	59	59	60	61	62	63	63		
	95	104	105	107	109	111	112	113	63	63	64	65	66	67	67		
4	90	102	103	105	107	109	110	111	62	62	63	64	65	66	66		
	95	106	107	109	111	113	114	115	66	67	67	68	69	70	71		
5	90	104	105	106	108	110	112	112	65	65	66	67	68	69	69		
	95	108	109	110	112	114	115	116	69	70	70	71	72	73	74		
6	90	105	106	108	110	111	113	114	67	68	69	70	70	71	72		
	95	109	110	112	114	115	117	117	72	72	73	74	75	76	76		
7	90	106	107	109	111	113	114	115	69	70	71	72	72	73	74		
	95	110	111	113	115	116	118	119	74	74	75	76	77	78	78		
8	90	107	108	110	112	114	115	116	71	71	72	73	74	75	75		
	95	111	112	114	116	118	119	120	75	76	76	77	78	79	80		
9	90	109	110	112	113	115	117	117	72	73	73	74	75	76	77		
	95	113	114	116	117	119	121	121	76	77	78	79	80	80	81		
10	90	110	112	113	115	117	118	119	73	74	74	75	76	77	78		
	95	114	115	117	119	121	122	123	77	78	79	80	80	81	82		
11	90	112	113	115	117	119	120	121	74	74	75	76	77	78	78		
	95	116	117	119	121	123	124	125	78	79	79	80	81	82	83		
12	90	115	116	117	119	121	123	123	75	75	76	77	78	78	79		
	95	119	120	121	123	125	126	127	79	79	80	81	82	83	83		
13	90	117	118	120	122	124	125	126	75	76	76	77	78	79	80		
	95	121	122	124	126	128	129	130	79	80	81	82	83	83	84		
14	90	120	121	123	125	126	128	128	76	76	77	78	79	80	80		
	95	124	125	127	128	130	132	132	80	81	81	82	83	84	85		
15	90	123	124	125	127	129	131	131	77	77	78	79	80	81	81		
	95	127	128	129	131	133	134	135	81	82	83	83	84	85	86		
16	90	125	126	128	130	132	133	134	79	79	80	81	82	82	83		
	95	129	130	132	134	136	137	138	83	83	84	85	86	87	87		
17	90	128	129	131	133	134	136	136	81	81	82	83	84	85	85		
	95	132	133	135	136	138	140	140	85	85	86	87	88	89	89		

Update on the 1987 Task Force Report on High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics 1996; 98:649-657

Üle 1-aastaste laste hüpertensiooni klassifikatsioon

Normaalne vererõhk	Süstoolne ja diastoolne vererõhk <90 protsentiili
Prehüpertensioon	Süstoolne või diastoolne vererõhk on ≥ 90 protsentiili, kuid ≤ 95 protsentiili Noorukitel vererõhk $\geq 120/80$ mmHg
Hüpertensioon	Süstoolne või diastoolne ≥ 95 . protsentiili
Hüpertensiooni I aste (mõõdukas hüpertensioon)	Süstoolne või diastoolne vererõhk 95–99 protsentiili + 5 mmHg
Hüpertensiooni II aste (raske hüpertensioon)	Süstoolne või diastoolne vererõhk >99 protsentiili + 5 mmHg
Ägeda hüpertensiooni vormid	a. lõpporgani(te) kahjustuseta b. lõpporgani(te) kahjustusega = hüpertensiivne kriis

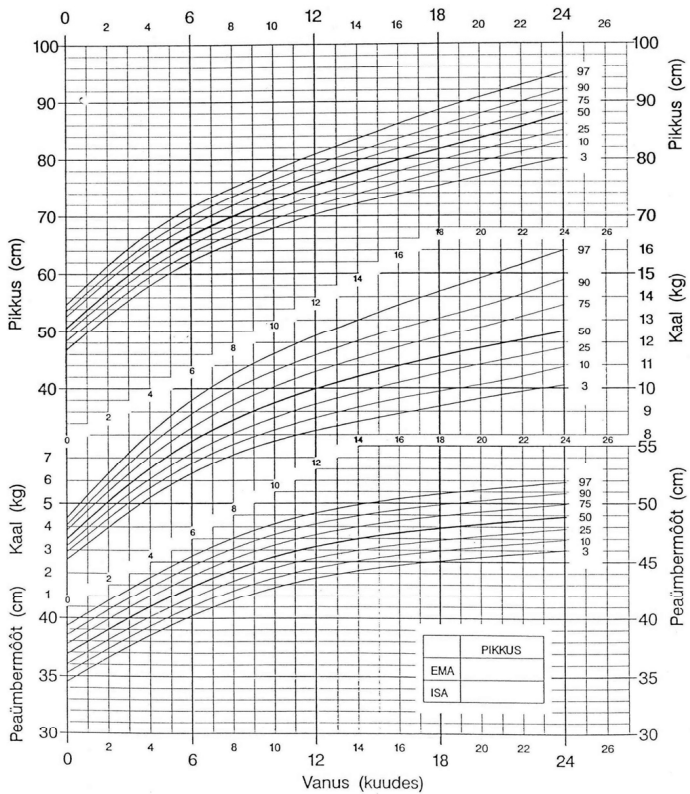
Kasvukõverad:

0–2-aastaste tütarlaste pikkuse, massi ja peaülemõõdu protsentiljaotuse kasvukõverad

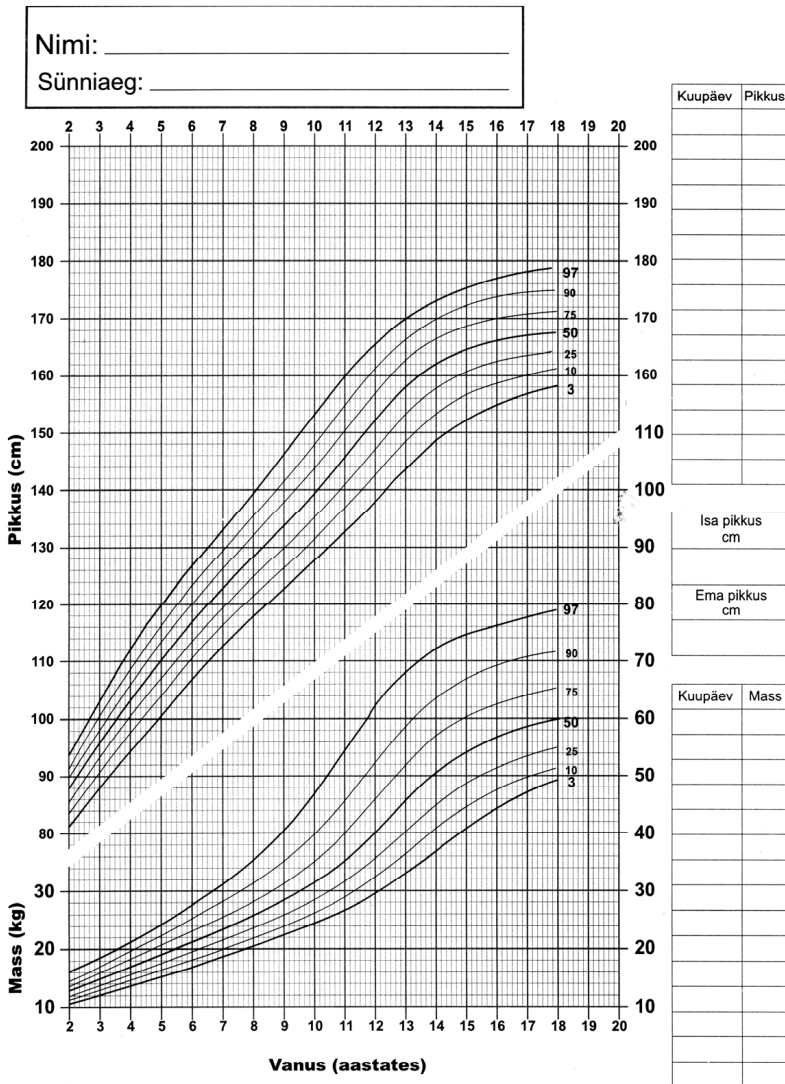
Nimi: _____

Sünniaeg: _____ Isikukood: _____

Kuupäev	
Kaal (kg)	
Pikkus (cm)	
Peaülemõõt (cm)	



2–18-aastaste tütarlaste pikkuse ja massi protsentiljaotuse kasvukõverad

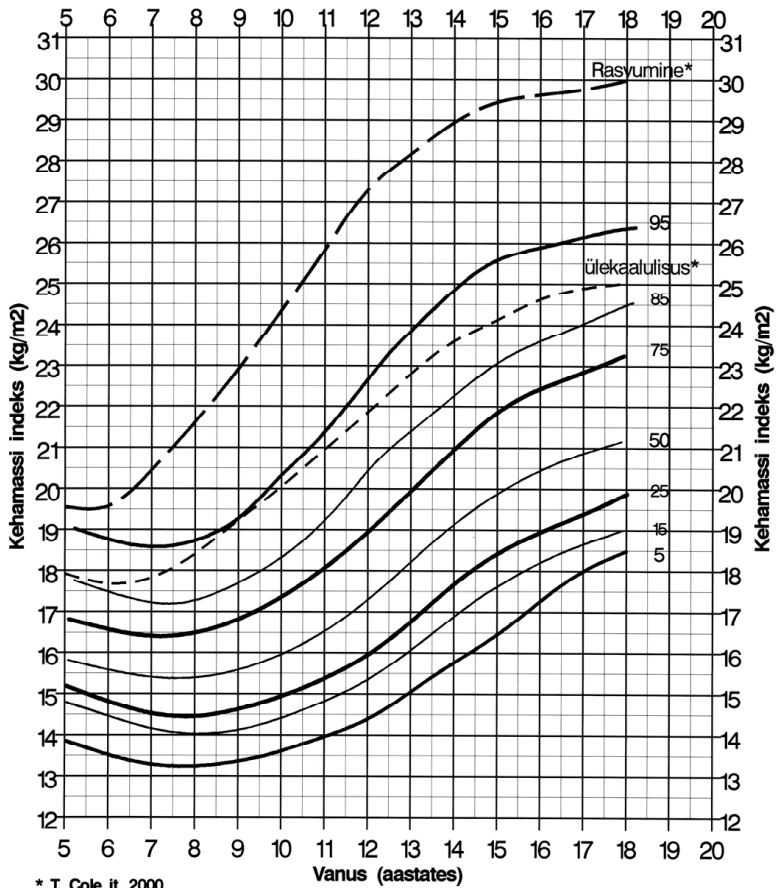


Kehamassiindeksite tabelid (tütarlapsed)

Nimi: _____

Sünniaeg: _____

Vanus (a)	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Rind (Ma 1–5)											
Pub. karvastik (Pu 1–5)											
Menarhe											

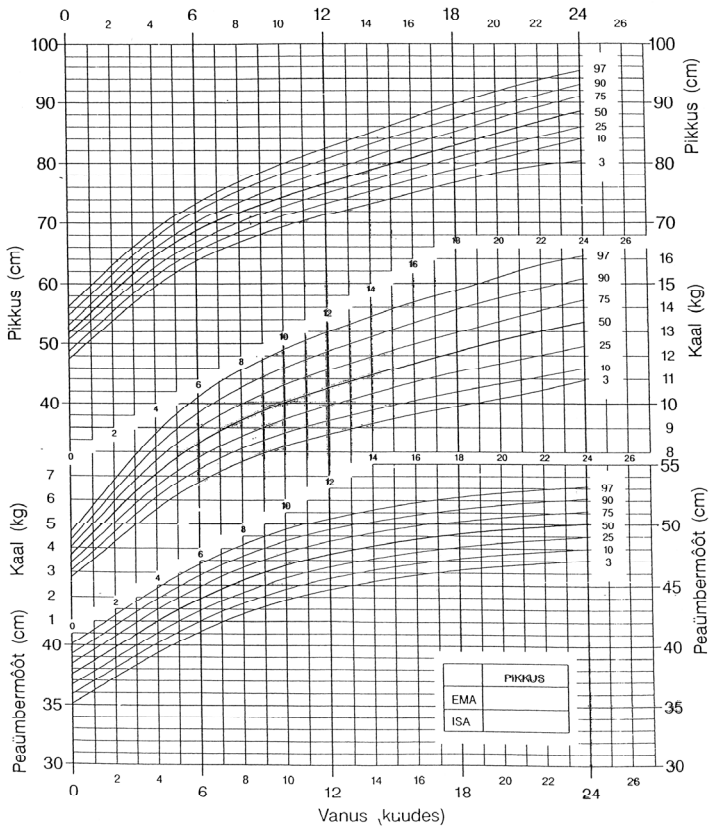


0–2-aastaste poeglaste pikkuse, massi ja peaümbermõõdu protsentiljaotuse kasvukõverad

Nimi: _____

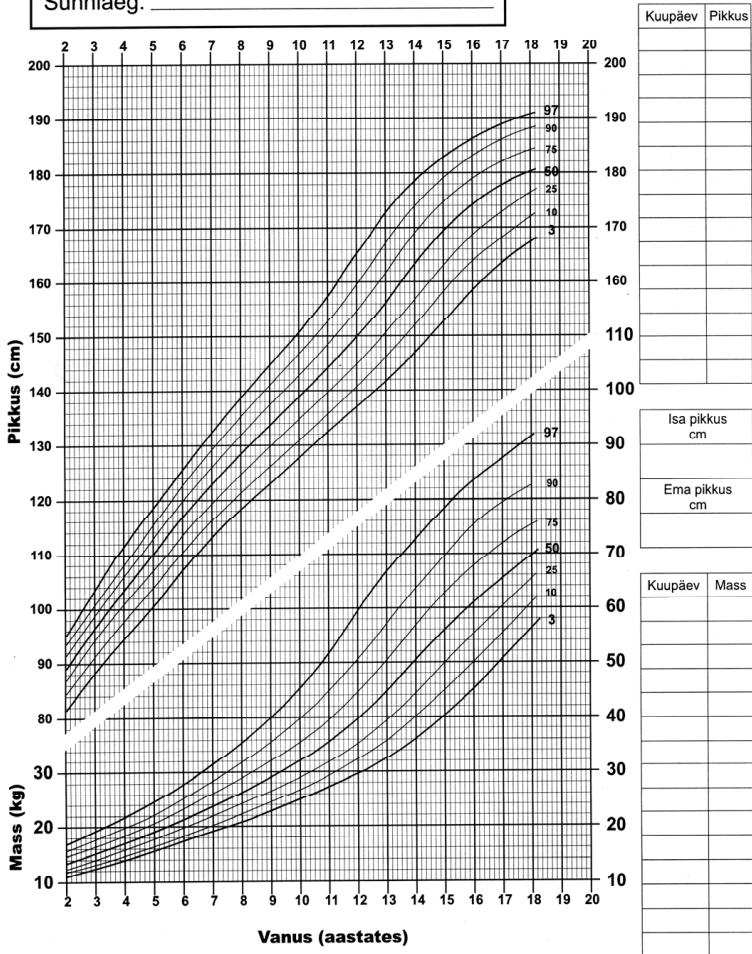
Sünniaeg: _____ Isikukood: _____

Kuupäev	
Kaal (kg)	
Pikkus (cm)	
Peaümbermõõt (cm)	



2–18-aastaste poeglaste pikkuse ja massi protsentilijaotuse kasvukõverad

Nimi: _____
Sünniaeg: _____



Kehamassiindeksite tabelid (poeglapsed)

Nimi: _____

Sünniaeg: _____

Vanus (a)	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Genitaalid (G 1–5)											
Pub.karvastik (Pu 1–5)											

