

VASTSÜNDINUTE KUULMISSKRIINING

Mitmete uuringute põhjal võib väita, et kaasasündinud kuulmispuue on ilma õigeaegse ja asjakohase sekkumiseta negatiivse mõjuga suhtlemisoscusele kirjaoscusele; käitumisele; akadeemilisele edukusele; vaimsele tervisele; elukvaliteedile ja karjääriväljavaadetele. Varase avastamise ja sekkumise abil saab neid negatiivseid mõjusid tunduvalt vähendada.

Kuigi varase avastamise ja interventsiooni mõju kaasasündinud kuulmispuude puhul on eetilistel põhjustel võimatu uurida juhuvaliku kontrollitud uuringutega (trials), on üha enam tõendust selle kohta, et mida varem sekkumisega algust tehakse, seda parem. Optimaalseks loetakse interventsiooni alustamist enne 6ndat elukuud. Yoshinaga-Itano et al (1998) uuring võrdles 72 enne 6ndat elukuud avastatud lapse retseptiivset ja ekspressiivset keeletaset 78 pärast 6ndat elukuud avastatud lapse omaga ja näitas, et varem diagnoositud laste tase oli tunduvalt parem. Valikrühmade lastel polnud kognitiivseid häireid. Need tulemused olid sõltumatud kuulmispuude raskusest, laste vanusest, soost, etnilisest kuuluvusest, kommunikatsioonivormist (kõne või viipekeel), sotsiaalmajanduslikust tagapõhjust ja lisapuute olemasolust. Analoogilisi tulemusi on andnud ka teised samalaadsed uuringud (Markides 1986, Ramkalawan et al 1992, Kuhl 1994; Kuhl et al 1992, Downs 1995, Robinsshaw 1995, Apuzzo et al 1995, Mayne et al 2000).

Alternatiivsed kuulmispuude väljaselgitamise meetodid (Eestis pole kasutatud) on osutunud ebaefektiivseks, mistõttu enamikus arenenud riikides minnakse üle üldisele vastsündinute skriininguuringule.

Lapseea kuulmispuude prevalentis Eestis on 1,72:1000, kaasasündinud kuulmispuude prevalentis 1,52:1000, mis on kõrgem kui Euroopas keskmiselt (1:1000). (Uus, K & Davis, A (2000) Epidemiology of permanent childhood hearing impairment in Estonia, 1985-90. Audiology, 39, 192-197)

Ainult 45% kaasasündinud kuulmispuudega lastest esineb riskifaktoreid: 11% on olnud ravil intensiivraviosakonnas, 2% on kraniofatsiaalsed deformatsioonid, 31% on perekonnas kuulmispuue. Päriliku kuulmispuudega on tegemist 36% juhtudest, 34% on teadmata etioloogiaga. Kaasuvaid puudeid esineb 23% lastest, sündroomset kuulmispuuet esineb vaid 2% juhtudest.

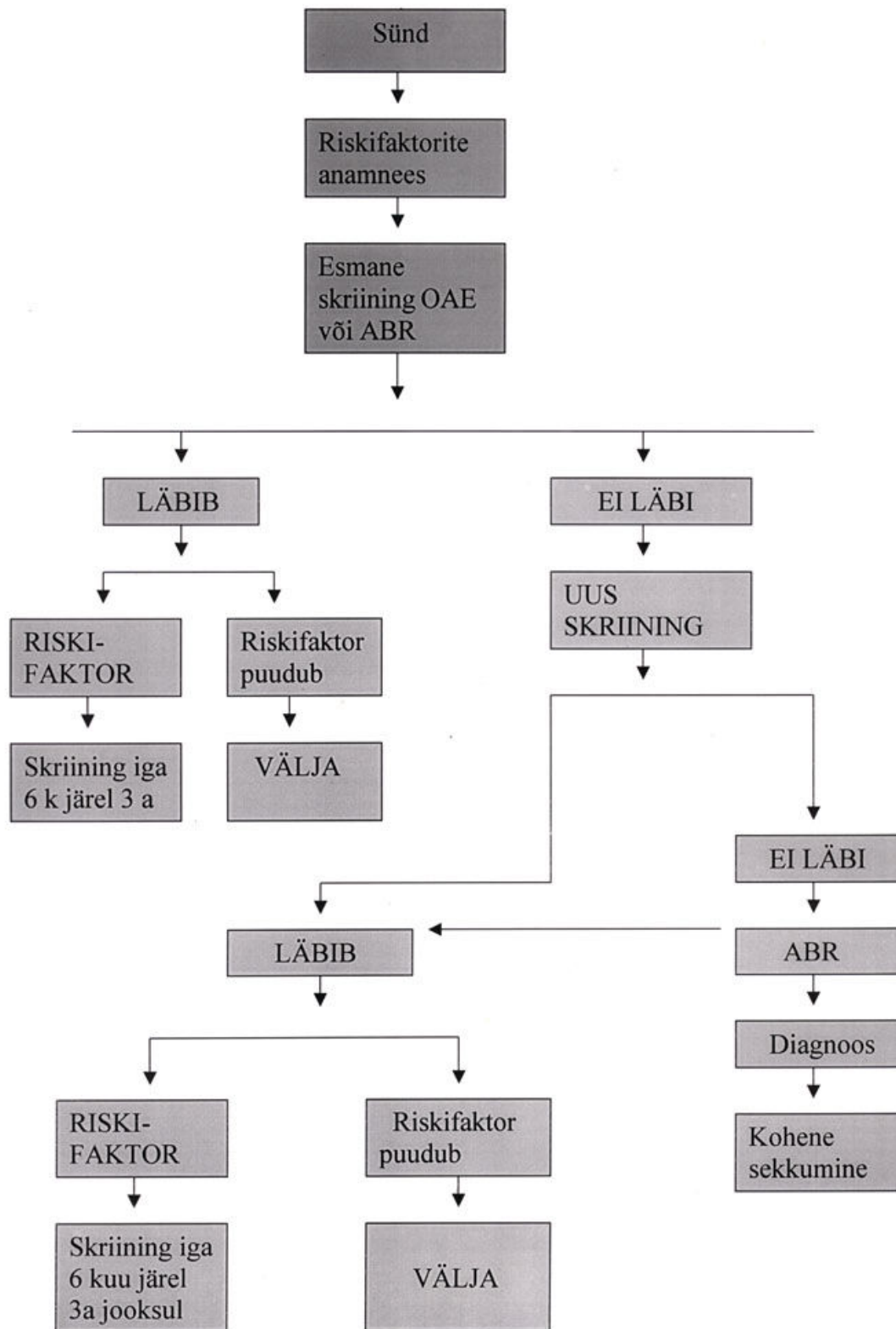
Eestis oli seni kuulmispuude diagnoosimise keskmine iga 46,6 kuud, mis on lubamatult hiline. Rehabilitatsiooniga (kuuldeaparaatide sobitamine) on alustatud alles 57. elukuul. Kuulmislangust ei osata kahtlustada, kui laps areneb muidu eakohaselt ning peres pole kuulmiskahjustust kellelgi esinenud.

Viimastel aastatel küll olukord veidi paranes, kuna hakati määrama otoakustilisi emissioone vastsündinute intensiivraviosakonnas viibinud lastel. Väga oluliseks tuleb pidada ka viimaste aastate võimalust kurtuse diagnoosiga laste varaseks kõrgetasemeliseks tehniliseks habilitatsiooniks – 2003. aastal võeti haigekassa poolt finantseeritavate teenuste nimistusse sisekõrva implantatsioon.

Vastsündinute kuulmise sõeluuringu projekt käivitus 20. septembril 2004.a SA TÜ Kliinikumi Naistekliinikus.

2005.a olid haaratud Eesti kolm suuremat sünnitushaiglat (SA TÜK Naistekliinik; AS Ida-Tallinna Keskhaigla ja AS Lääne-Tallinna Keskhaigla) .2006.a Pärnu Haigla; Viljandi Haigla ja Ida-Viru Keskhaigla. 2007.a Põlva Haigla; Valga Haigla; Narva Haigla. 2008.a Järvamaa Haigla; Lõuna-Eesti Haigla; Rakvere Haigla Seega hõlmatud umbes 90% vastsündinutest.

Kõigile lastele tehakse sünnitushaiglates otoakustiliste emissioonide (OAE) skriininguuring. Normist erineva leiu puhul tehakse korduvuuringud. Teisene uuring (samuti OAE) tehakse samuti sünnitushaiglates lapse 1 kuu vanuses. Neile, kes ei läbi ka teist uuringut, sooritatakse ajutüve biopotentsiaalide määramine (ABR). ABR uuring tehakse SA TÜK Kõrvakliinikus või AS Ida-Tallinna Keskaiglas 3.elukuul.



Riskilapsed (kuulmislangu perekonnas; intensiivravi viibinud vastsündinud; kraniofatsiaalsete deformatsioonidega lapsed) jäävad dispanseersele kontrollile.

Kuulmispuude riskifaktor ja kuulmismonitooringu ajakava.

Riskifaktor	Kuulmismonitooring
Enneaegsus (sünnikaal < 1500 g)	8. elukuu – OAE, ABR, käitumuslik audiomeetria. Edasi kontroll 18. ja 36. elukuul. Info vanematele!
Hüperbilirubineemia (näidustusega verevahetuseks)	8. elukuu – OAE, ABR, käitumuslik audiomeetria. Edasi kontroll 18. ja 36. elukuul. Info vanematele!
Perinataalsed infektsioonid (toksoplasmoos, punetised, süüfilis, tsütomegaloviirus- ja herpesinfektsioon)	8. elukuu – OAE, ABR, käitumuslik audiomeetria. Edasi kontroll 18. ja 36. elukuul. Info vanematele!
Bakteriaalne meningiit	Enne haiglast välja kirjutamist – OAE. 4 nädalat peale meningiidi põdemist - OAE, ABR. Kontroll 3 kuu tagant 1 aasta jooksul. Info vanematele!
Neonataalne intensiivravi (kopsude juhitud ventilatsioon > 7 päeva)	8. elukuu – OAE, ABR, käitumuslik audiomeetria. Edasi kontroll 18. ja 36. elukuul. Info vanematele!
Kraniofatsiaalsed anomaaliad	6. elukuu – luu-juhtivusel ABR, CT.
Ototoksiliste ravimite manustamine	Pärast ravi lõppu - OAE. Info vanematele!
Kuulmislangu perekonnas (lapseast püsiv neurosensoorne kuulmislangu vanematel või lähisugulastel)	Sünnist 18. elukuuni iga 6 kuu tagant – OAE. Edasi kooliminekuuni üks kord aastas. Info vanematele!

ABR- ajutüve kutsepotsiaalide audiomeetria
OAE- otoakustilised emissioonid

Sõelale peavad jääma lapsed, kelle paremini kuulva kõrva keskmine kuulmislävi sagedustel 0,5, 1,2 ja 4 kHz on 40 dB või halvem. Seega võimaldab sõeluuring välja selgitada mitte ainult kurtusega lapsi, vaid ka neid, kelle kuulmislangu on väiksem.

Programmi kaugesmärk on aastaks 2009 hõlmata 95% vastsündinutest kuulmissõeluuringu programmi. Kuulmiskahjustuse avastamise iga peaks langema kolmandale elukuule, rehabilitatsiooniga alustamine kuuendale elukuule.

Projektijuhid Katrin Kruustük
Liina Luht

53 319474

katrin.kruustyk@kliinikum.ee

liina.luht@itk.ee