

**Εξετάσεις ΣΤ΄ έτους, 18 Νοεμβρίου 2011: ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ****A. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ (σύνολο: 4- βαθμός 4 x 5)**

1 ομάδας Α ή 3 ομάδας Β. Απάντηση: σελ 549-551 (Βιβλίο: Βασική Παιδιατρική, Κανακούδη- Τσακαλίδου, Γ. Κατζός, University Studio Press, 2007)

2 ομάδας Α ή 4 ομάδας Β: σελ 516-518

3 ομάδας Α ή 2 ομάδας Β: σελ 326-327

4 ομάδας Α ή 1 ομάδας Β:

α) πιθανές επιλογές σαν θεραπεία πρώτης γραμμής: αμοξυκιλλίνη+κλαβουλανικό οξύ, κεφαλοσπορίνη 2<sup>ης</sup> γενιάς, κοτριμοξαζόλη. Εφόσον η κατάσταση του παιδιού είναι καλή, μπορούν να χορηγηθούν per os.

β) αμοξυκιλλίνη+κλαβουλανικό οξύ, κεφαλοσπορίνη 2<sup>ης</sup> γενιάς, αμπικιλίνη (ενδοφλέβια χορήγηση, εφόσον πρόκειται για λοβώδη πνευμονία σε νήπιο 2 ετών).

γ) δεν χρειάζεται αντιμικροβιακή αγωγή γιατί πρόκειται για ιογενή λοίμωξη (συνυπάρχουν βήχας και ρινίτιδα). Επιπλέον η στρεπτοκοκκική φαρυγγοαμυγδαλίτιδα αφορά κυρίως παιδιά >3ετών.

δ) αμοξυκιλλίνη σε υψηλή δόση (90 mg/kg/24ωρο).

**B. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΛΛΑΠΛΗΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ Ή ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΗΣΗΣ**

**(σύνολο: 4- βαθμός 4 x 5)**

Ομάδα Α

1: ζ (σελ 96-98), 2: στ (σελ 235), 3: ε (σελ 225-227), 4: ζ (σελ 437)

Ομάδα Β

1: στ (σελ 225-227), 2: στ (σελ 96-98), 3: ε (σελ 437), 4: ζ (σελ 235)

**Γ. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ (σύνολο: 6- βαθμός 6 x 10)**

1 ομάδας Α ή 2 ομάδας Β:

α) Με βάση τη διαφοροδιάγνωση του νεογνικού ίκτερου (σελ 158-159) θα εστιάσουμε στα αντίστοιχα συμπτώματα και σημεία, προσέχοντας ιδιαίτερα να μη διαφύγουν καταστάσεις όπως η ατρησία χοληφόρων και ο συγγενής υποθυρεοειδισμός (η καθυστέρηση της διάγνωσης των οποίων βλάπτει ανεπανόρθωτα την υγεία του βρέφους). Συγκεκριμένα: χρώμα (αποχρωματισμός;) κοπράνων, χρώμα των ούρων (παρουσία χολοχρωστικών;), νωθρότητα-υπνηλία, δυσκολία στη σίτιση, δυσκοιλιότητα, αδρά χαρακτηριστικά, οίδηματώδες πρόσωπο, μεγάλη γλώσσα, ομφαλοκήλη, διόγκωση ήπατος / σπληνός, αιμορραγική διάθεση.

β) Ίκτερος των θηλαζόντων βρεφών

γ) Παρότι η πιθανότερη διάγνωση, με βάση το ιστορικό, είναι ίκτερος των θηλαζόντων βρεφών, δεν αποκλείεται (και έχει συμβεί στην κλινική πράξη) να

συνυπάρχουν και οι παθολογικές καταστάσεις που αναφέρθηκαν παραπάνω. Για το λόγο αυτό, θα πρέπει οπωσδήποτε να γίνεται εργαστηριακός έλεγχος σε κάθε νεογνό με ίκτερο διάρκειας > 14 ημερών, που να περιλαμβάνει ολική και άμεση χολερυθρίνη καθώς και μέτρηση θυρεοειδικών ορμονών (το Guthrie test που γίνεται την 3<sup>η</sup>-5<sup>η</sup> ημέρα ζωής περιλαμβάνει μόνο μέτρηση της TSH, οπότε μπορεί να διαφύγει ο υποφυσιακός και υποθαλαμικός υποθυρεοειδισμός). (σελ 158-159, 391-392, 543)

#### 2 ομάδας A ή 1 ομάδας B:

- α) Χορήγηση O<sub>2</sub>, εισπνεόμενων βρογχοδιασταλτικών (β<sub>2</sub>-διεγερτών, ιπρατρόπιου), ενυδάτωση, πιθανόν χορήγηση και κορτικοστεροειδών. Παρακολούθηση της αναπνευστικής λειτουργίας για έλεγχο της ανταπόκρισης στη θεραπεία ή αντίθετα επιδείνωσης (πχ, λόγω αναπνευστικού κάματος).
- β) Αν υπήρχαν παρόμοια επεισόδια στο παρελθόν και αν ναι, ποιοι ήταν οι εκλυτικοί παράγοντες (ιώσεις, αλλαγή καιρού, άσκηση, υγρασία). Επίσης, τη βαρύτητα αυτών των επεισοδίων (ανάγκη νοσηλείας ή αντιμετώπιση στο σπίτι), καθώς και την ανταπόκριση στα βρογχοδιασταλτικά.
- γ) Κρίση βρογχικού άσθματος στα πλαίσια ιογενούς λοίμωξης. (σελ 317-320)

#### 3 ομάδας A ή 4 ομάδας B

- α) Το επεισόδιο των σπασμών αποτελεί εκδήλωση υπερτασικής εγκεφαλοπάθειας, και η διαφορική διάγνωση θα περιλάβει τα αίτια της υπέρτασης στα παιδιά (σελ 443). Ωστόσο, η ηλικία του παιδιού, το ιστορικό των δερματικών βλαβών για τις οποίες χορηγήθηκε αντιμικροβιακή αγωγή (που πιθανόν να ήταν στρεπτοκοκκικής αιτιολογίας) και το χρονικό διάστημα από την εκδήλωση των βλαβών μέχρι το επεισόδιο (2 εβδομάδες), προσανατολίζουν στη διάγνωση της οξείας μεταλοιμώδους (μεταστρεπτοκοκκικής) σπειραματονεφρίτιδας.
- β) Χρώμα ούρων, συχνότητα ούρησης, οίδηματώδης εμφάνιση (ιδιαίτερα περικογχικό οίδημα).
- γ) Γενική ούρων, ουρία, κρεατινίνη, ηλεκτρολύτες ορού, ASTO, anti-DNAase B, C<sub>3</sub>. (σελ 430-433).

#### 4 ομάδας A ή 3 ομάδας B

- α) Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει τα αίτια σπασμών στην παιδική ηλικία (σελ 574), ωστόσο η συνύπαρξη με πυρετό και διαταραχή του επιπέδου συνείδησης προσανατολίζει στη διάγνωση της εγκεφαλίτιδας.
- β) Απεικόνιση εγκεφάλου (CT / MRI), οσφουονωτιαία παρακέντηση (κυτταροχημική εξέταση ENY, καλλιέργεια ENY, PCR για ιούς και ιδιαίτερα τον ιό του απλού έρπητα), εξέταση αντισωμάτων έναντι ιών στο ENY και στον ορό, ΗΕΓ.
- γ) Άμεση έναρξη αντιμικροβιακής αγωγής (κεφαλοσπορίνη 3<sup>ης</sup> γενιάς) και ακυκλοβίρης σε κατάλληλη δόση. Διακοπή της αντιμικροβιακής αγωγής εφόσον η κυτταροχημική του ENY δεν συνηγορεί για βακτηριακή λοίμωξη και οι καλλιέργειες είναι αρνητικές. Διακοπή της ακυκλοβίρης εφόσον το σύνολο των εξετάσεων (PCR, αντισώματα, ΗΕΓ, απεικόνιση) δεν παρέχει ενδείξεις για ερπητική εγκεφαλίτιδα. Ο λόγος που αρχίζουμε άμεσα αγωγή είναι η φτωχή πρόγνωση της ερπητικής εγκεφαλίτιδας, ιδιαίτερα όταν δεν δοθεί ή καθυστερήσει η κατάλληλη θεραπεία (οπότε κάθε εγκεφαλίτιδα θεραπεύεται σαν ερπητική μέχρι αποδείξεως του αντιθέτου) (σελ 583-584).

5 ομάδας A ή 6 ομάδας B

α) Η κλινική εικόνα (υπέρπνοια με φυσιολογικά ευρήματα από το αναπνευστικό) προσανατολίζει σε προσπάθεια του οργανισμού να αντιροπήσει κάποια μεταβολική οξέωση. Η διαφορική διάγνωση λοιπόν θα περιλάβει αίτια μεταβολικής οξέωσης στην παιδική ηλικία (απώλεια διττανθρακικών από νεφρά ή γαστρεντερικό, διαταραχή αποβολής οξέων από τα νεφρά, αυξημένη ενδογενή παραγωγή οξέων και τέλος εξωγενή χορήγηση οξέων από δηλητηρίαση) (σελ 731). Η πιθανότερη διάγνωση σε ένα παιδί 4 ετών που είναι καλά αναπτυγμένο ως τώρα, χωρίς παρόμοια επεισόδια, που δεν έχει πάρει εξωγενείς ουσίες, και που εμφανίζει αφυδάτωση χωρίς ιστορικό διαρροιών/εμέτων κλπ, είναι η διαβητική κετοξέωση.

β) Πρόσφατη λήψη (ή πιθανότητα λήψης) φαρμάκων ή άλλων τοξικών ουσιών, πρόσφατο ιστορικό εμέτων, διαρροιών, ιστορικό συχνουρίας – πολυουρίας – πολυδιψίας τις προηγούμενες ημέρες καθώς και απώλειας βάρους.

γ) Διαγνωστικά: έλεγχος οξεοβασικής ισορροπίας και χάσματος ανιόντων [Na – (Cl+HCO<sub>3</sub>)], γλυκόζης αίματος. Περαιτέρω αντιμετώπιση ανάλογα με τα αποτελέσματα του χάσματος ανιόντων και της γλυκόζης. Αν αποδειχθεί ότι πρόκειται για διαβητική κετοξέωση, άμεση έναρξη θεραπείας με ενυδάτωση και ινσουλίνη. (σελ 556-557).

6 ομάδας A ή 5 ομάδας B

α) Διαφορική διάγνωση: ιογενής λοίμωξη, ουρολοίμωξη. Πιθανότερη διάγνωση η ουρολοίμωξη λόγω αρνητικού ιστορικού για λοίμωξη στο οικογενειακό περιβάλλον και απουσίας παθολογικών ευρημάτων στην κλινική εξέταση.

β) Λήψη γενικής ούρων και καλλιέργειας ούρων με αξιόπιστο τρόπο (υπερηβική, καθετηριασμός της κύστης) και έναρξη εμπειρικής αντιμικροβιακής αγωγής για πιθανή ουρολοίμωξη μέχρι τη γνωστοποίηση του αποτελέσματος της ουροκαλλιέργειας. Κατάλληλη αγωγή για εμπειρική κάλυψη: κεφαλοσπορίνη 2<sup>ns</sup> γενιάς, αμοξυκιλίνη/κλαβουλανικό οξύ, κοτριμοξαζόλη. Εφόσον η κατάσταση του βρέφους είναι αρκετά καλή, η αγωγή μπορεί να χορηγηθεί και από το στόμα. Ανάλογα με το αποτέλεσμα της καλλιέργειας ούρων η αγωγή μπορεί να διακοπεί (αν η καλλιέργεια είναι αρνητική), να συνεχιστεί ως έχει, να απλοποιηθεί σε αντιβιοτικό στενότερου φάσματος (όπως αμοξυκιλίνη) ή να αλλάξει λόγω αντοχής του ουροπαθογόνου στο χορηγούμενο αντιβιοτικό. Επιπλέον, αν η ελάττωση λήψης τροφής είναι σημαντική και υπάρχει κίνδυνος αφυδάτωσης, θα χρειαστεί και ενδοφλέβια χορήγηση υγρών. (σελ 417-421)