



ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

**Ιατρική Σχολή
3^η Παιδιατρική Κλινική**

Διευθυντής : Καθηγητής Ιωάννης Ν. Τσανάκας

Ιπποκράτειο Νοσοκομείο
Κωνσταντινουπόλεως 49
Θεσσαλονίκη 54642
Τηλ.: 2310-992982
FAX: 2310-992981
e-mail: tsanakas@med.auth.gr

Εξετάσεις ΣΤ έτους, 16 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2012

Όνοματεπώνυμο φοιτητού:

A.M:

ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΙ ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ

Οι ερωτήσεις που σας δίνονται υπάγονται στις παρακάτω 3 κατηγορίες:

α. Ερωτήσεις ανάπτυξης

Ερωτήσεις: 4, Συνολικός βαθμός: 20 (5/ερώτηση)

β. Ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής και αντιστοίχησης

Ερωτήσεις: 4, Συνολικός βαθμός: 20 (5/ερώτηση)

γ. Περιστατικά ασθενών

Ερωτήσεις: 6, Συνολικός Βαθμός: 60 (10/ερώτηση)

Στις ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, σωστή απάντηση είναι μία.

Καλή επιτυχία!

A. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ (σύνολο: 4- βαθμός 4 x 5)

1. Αναφέρετε 4 νοσήματα με αυτοσωματική κυρίαρχη κληρονομικότητα.

Απάντηση: σελίδα 95

2. Οστρακιά: α) αιτιολογικός παράγοντας, β) κλινική εικόνα, γ) επιπλοκές, δ) θεραπεία.

Απάντηση: σελίδα 282-283

3. Σφαιροκυττάρωση (σφαιροκυτταρική αναιμία). Αίτια, κληρονομικότητα, κλινική εικόνα, εργαστηριακά ευρήματα και εργαστηριακή διάγνωση-αντιμετώπιση.

Απάντηση: σελίδα 474

4. Φυσιολογική υπογαμμασφαιριναιμία της βρεφικής ηλικίας: α) πότε παρατηρείται, β) πώς εξηγείται, γ) πώς πρέπει να αξιολογούνται οι τιμές των ανοσοσφαιρινών κατά την βρεφική και νηπιακή ηλικία;

Απάντηση: σελίδα 221

B. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΛΛΑΠΛΗΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ Ή ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΗΣΗΣ

(σύνολο: 4- βαθμός 4 x 5)

1. Ποιο από τα παρακάτω χρειάζεται για την αντιμετώπιση της οξείας ασματικής κρίσης;

- α) Υγροποιημένο O₂
 - β) Σαλβουταμόλη με νεφελοποίηση
 - γ) Εισπνεόμενα στεροειδή
 - δ) Τα α και β
 - ε) Όλα τα παραπάνω
- Σωστή απάντηση η (δ)**

2. Ποιο από τα παρακάτω ισχύει για την πυλωρική στένωση;

- α) Εμφανίζεται τις πρώτες ημέρες της ζωής
- β) Παρουσιάζει χολώδεις εμέτους
- γ) Μπορεί να ψηλαφήσει ο γιατρός την ελαία στο κοιλιακό τοίχωμα
- δ) Παρουσιάζει υποχλωραιμική μεταβολική αλκάλωση
- ε) Όλα τα παραπάνω
- στ) Το γ και δ

Σωστή απάντηση η (στ)

3. Η χορήγηση per os υψηλής δόσης αμοξικιλίνης (90 mg/kg/24ωρο) σε 3 δόσεις (ανά 8ωρο) συνιστάται:

- α) Στην οξεία φαρυγγο-αμυγδαλίτιδα για την αντιμετώπιση του στρεπτόκοκκου με μέτρια ευαισθησία στην πενικιλίνη
- β) Σε εμπειρική θεραπεία ουρολοίμωξης, επειδή το 50% των στελεχών *E. coli* έχουν ευαισθησία στην αμοξικιλίνη
- γ) Στην οξεία μέση ωτίτιδα για την αντιμετώπιση του πνευμονιόκοκκου με μέτρια ευαισθησία στην πενικιλίνη
- δ) Στο μολυσματικό κηρίο για την αντιμετώπιση στελεχών χρυσίζοντα σταφυλόκοκκου ανθεκτικού στη μεθικιλίνη (MRSA)
- ε) Τα α και γ

στ) Τα α και δ

ζ) Τα β και γ

η) Τα β και δ

Σωστή απάντηση η (γ)

4. Ένα βρέφος 11 μηνών παρουσιάζει υπνηλία, νωθρότητα, πυρετό και γενικευμένους τονικοκλονικούς σπασμούς διάρκειας 5 λεπτών. Ποια ή ποιες από τις παρακάτω εξετάσεις είναι διαγνωστικά απαραίτητες;

α) Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα

β) Βυθοσκόπηση

γ) Αξονική τομογραφία ΚΝΣ

δ) Οσφυονωτιαία παρακέντηση

ε) Γενική αίματος, κ/α αίματος και κ/α ούρων

στ) Τα β και γ

ζ) Τα δ και ε

Σωστή απάντηση η (ζ)

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

1. Άρρεν νήπιο 14 μηνών προσκομίζεται λόγω επεισοδίου γενικευμένων τονικοκλονικών σπασμών διάρκειας 5 λεπτών, που ακολουθήθηκε από μετακριτική φάση. Προ του επεισοδίου αναφέρεται δεκατική πυρετική κίνηση χωρίς άλλα συμπτώματα, ενώ κατά την άφιξη στο νοσοκομείο έχει θερμοκρασία 38,6°C. Από την αντικειμενική εξέταση είναι αιμοδυναμικά σταθερό, με ήπια νωθρότητα, που σταδιακά φαίνεται να υποχωρεί, και μερικές πετέχειες στον κορμό. Δεν εμφανίζει αυχενική δυσκαμψία ή προπέτεια πηγής ούτε άλλα παθολογικά ευρήματα.

1α) Ποια είναι η διαφορική σας διάγνωση.

1β) Πως θα προχωρήσετε διαγνωστικά.

1γ) Ποια η θεραπευτική σας αντιμετώπιση

1δ) Λίγες ώρες μετά την εισαγωγή παρατηρείτε ότι το βρέφος εμφανίζει ήπιο συριγμό και βράγχος φωνής χωρίς αναπνευστική δυσχέρεια. Ποια νομίζετε τώρα ότι είναι η πιθανότερη διάγνωση; Θα τροποποιήσετε το θεραπευτικό σας πλάνο;

1α) Δδ: Λοίμωξη ΚΝΣ (ίσως μηνιγγιτιδοκοκκική, λόγω των πετεχειών) / Απλοί πυρετικοί σπασμοί στα πλαίσια εμπύρετης λοίμωξης, είτε ιογενούς είτε βακτηριακής (ας μην ξεχνάμε ότι το νήπιο κατά την εισαγωγή δεν φαίνεται να έχει εμφανή εστία λοίμωξης εκτός από τις πετέχειες, που μπορεί να οφείλονται είτε σε βακτηριακή λοίμωξη – συνηθέστερα μηνιγγιτιδοκοκκαιμία, ακόμα και αν είναι σε σχετικά καλή κατάσταση και δεν έχει σημεία μηνιγγιτίδας – είτε σε ιογενή λοίμωξη).

1β) Γενική αίματος, έλεγχος πηκτικότητας, CRP, καλλιέργεια αίματος, οσφυονωτιαία παρακέντηση για λήψη ΕΝΥ για κυτταροχημική εξέταση και καλλιέργεια, γενική ούρων και καλλιέργεια ούρων.

1γ) χορήγηση ενδοφλέβια κεφαλοσπορίνης 3ης γενιάς (κεφτριαξόνης, κεφοταξίμης) μετά την λήψη των καλλιεργείων, παραλούθηση ζωτικών σημείων και επιπέδου συνείδησης, ενδοφλέβια ενυδάτωση αν χρειάζεται.

1δ) Η εμφάνιση ήπιου συριγμού και βράγχους φωνής σε συνδυασμό με τον πυρετό προσανατολίζει μάλλον σε λαρυγγίτιδα, που είναι ιογενούς αιτιολογίας. Εάν η εξέλιξη αυτή συμβαδίζει και με την υπόλοιπη εργαστηριακή και κλινική εικόνα του παιδιού (απουσία σημαντικής λευκοκυττάρωσης – πολυμορφοπυρήνωσης στη γενική αίματος, χαμηλή τιμή CRP, φυσιολογική κυτταροχημική εξέταση ΕΝΥ και γενική ούρων, καλή διάθεση του παιδιού στα μεσοδιαστήματα πτώσης του πυρετού) η ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή μπορεί να διακοπεί εφόσον και οι καλλιέργειες αίματος, ΕΝΥ και ούρων είναι αρνητικές.

2. Βρέφος 7 μηνών έχει αλλεργία στο γάλα αγελάδος η οποία διαγνώσθηκε προ 10ημέρου. Η Γενική αίματος δείχνει Hb: 8gr%, Ht: 25%. Αριθμός, τύπος λευκών αιμοσφαιρίων και αριθμός αιμοπεταλίων είναι σε φυσιολογικές τιμές για την ηλικία του παιδιού. Ποια η πιθανότερη αιτία της αναιμίας του παιδιού και ποιος θα είναι ο πρώτος εργαστηριακός έλεγχος που θα ζητήσετε για να τεκμηριώσετε την κλινική σας διάγνωση;

Η πιθανότερη αιτία της αναιμίας είναι η σιδηροπενική αναιμία που οφείλεται σε απώλεια αίματος από τον γαστρεντερικό βλεννογόνο λόγω της αλλεργίας στο γάλα της αγελάδας.

Ο εργαστηριακός έλεγχος που θα ζητηθεί είναι η μέτρηση Fe, φερριτίνης και TIBC (σιδηροδεσμευτική ικανότητα), τα οποία θα επιβεβαιώσουν την αναιμία λόγω απώλειας σιδήρου. Η μέτρηση των επιπέδων ειδικής IgE (RAST) είναι πιθανόν να βρίσκεται σε αυξημένα επίπεδα.

3. Βρέφος 2 μηνών προσκομίζεται λόγω ανεπαρκούς πρόσληψης βάρους. Από τον εργαστηριακό έλεγχο οι τιμές της ουρίας και κρεατινίνης είναι σε φυσιολογικά επίπεδα.

Από τον υπόλοιπο βιοχημικό έλεγχο βρέθηκαν:

Na=140mEq/l, K=3,8mEq/l και Cl=118mEq/l.

Στον έλεγχο της οξεοβασικής ισορροπίας διαπιστώθηκαν:

pH=7,25, pCO₂=30mmHg, HCO₃=10mEq/l

α) Ποιες είναι οι φυσιολογικές τιμές του pH, του pCO₂ και των HCO₃;

β) Η πρωτοπαθής διαταραχή της οξεοβασικής ισορροπίας αφορά το pCO₂ ή τα HCO₃;

γ) Πώς θα προχωρήσετε στην διαφορική σας διάγνωση; (να δικαιολογηθεί η απάντησή σας)

α) Σελίδα 729 (pH, pCO₂, HCO₃)

β) Σελίδα 730. Μεταβολική οξέωση (η πρωτοπαθής διαταραχή αφορά τα HCO₃)

γ) Σελίδα 730. Υπολογισμός του χάσματος ανιόντων, που εδώ είναι φυσιολογικό, επομένως υπάρχουν απώλειες HCO₃ από το γαστρεντερικό ή τους νεφρούς.

4. Κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο (λόγω γαστρεντερίτιδας) κοριτσιού 4 ετών γίνεται δερμοαντίδραση Mantoux. Μετά από 48 ώρες η διάμετρος της διήθησης είναι 17 mm. Ποιες θα είναι οι επόμενες ενέργειές σας;

Με διάμετρο διήθησης 17 mm η Mantoux είναι θετική, που είναι ένδειξη μόλυνσης (αλλά όχι απαραίτητα και νόσου) από το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης. Οι επόμενες ενέργειες περιλαμβάνουν: α) έλεγχο του παιδιού για να δούμε αν νοσεί ή όχι από φυματίωση (αντικειμενική εξέταση, ακτινογραφία θώρακα), β) προσπάθεια ανεύρεσης του πάσχοντος από φυματίωση ενήλικα ο οποίος μόλυνε το παιδί (λήψη καλού ιστορικού για το αν νόσησε ή νοσεί κάποιος ενήλικας στο άμεσο περιβάλλον του παιδιού, για προέλευση από ή ταξίδι σε χώρες με υψηλό επιπολασμό της νόσου, καθώς και ακτινογραφίες θώρακα σε γονείς, παππούδες, γιαγιάδες και κάθε ενήλικα από το περιβάλλον με ύποπτο ιστορικό), γ) εφόσον το παιδί δεν νοσεί από φυματίωση, χορήγηση χημειοπροφύλαξης λόγω της λανθάνουσας λοίμωξης (ισονιαζίδης για 9 μήνες, ή συνδυασμού ισονιαζίδης και ριφαμπικίνης για 3 μήνες), δ) διενέργεια Mantoux σε αδέρφια του παιδιού (αν υπάρχουν) ώστε να ελεγχθεί αν και αυτά έχουν μολυνθεί με το μυκοβακτηρίδιο.

5. Αγόρι 9 ετών προσκομίζεται στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία λόγω δύσπνοιας που σταδιακά επιδεινώθηκε τις τελευταίες 5 ώρες. Παρουσιάζει βήχα από μηνός, ο οποίος επιδεινώνεται τις νυχτερινές ώρες και μετά την κόπωση. Από την αντικειμενική εξέταση παρουσιάζει ωχρότητα στο πρόσωπο, 40αναπνοές/min, εισολκές μεσοπλευρίων και σφαγής και ελαττωμένο αναπνευστικό ψιθύρισμα αμοφοτερόπλευρα. Ποια είναι η πιθανότερη διάγνωση και ποιες οι πρώτες θεραπευτικές σας ενέργειες;

Πρόκειται για οξεία ασθματική κρίση δεδομένου του ιστορικού του νυχτερινού βήχα, του βήχα στην κόπωση. Το μειωμένο ψιθύρισμα και η απουσία συριγμού δεν αποκλείει τη διάγνωση και οφείλεται σε κακή είσοδο του αέρα.

Απαιτείται άμεσα χορήγηση O₂, iv υγρών και σαλβουταμόλη με νεφελοποίηση.

6. Κορίτσι 9 ετών παρουσιάζει πυρετό ως 38,5°C, ρινική συμφόρηση και ήπιο βήχα από 3ημέρου. Παρόμοιες κλινικές εκδηλώσεις παρουσίασε και ο μικρότερος αδελφός της. Την 4^η ημέρα παρουσίασε, πυρετό έως 40°C και ωταλγία δεξιά. Στην αντικειμενική εξέταση παρουσιάζει, ρινική συμφόρηση, εξέρυθρα, παρίσθια, φυσιολογικό αναπνευστικό ψιθύρισμα, ωτίτιδα δεξιά, ενώ το δεξιό πτερύγιο του ωτός προεξέχει σε σχέση με το αριστερό. Τι θα σκεφτείτε διαγνωστικά; Πώς θα αντιμετωπίσετε το παιδί;

Η διάγνωση είναι μαστοειδίτιδα δεξιά, ως επιπλοκή της ωτίτιδας που παρουσίασε το παιδί. Η προεξοχή του ενός πτερυγίου του ωτός που δεν προϋπήρχε είναι χαρακτηριστικό κλινικό γνώρισμα της κατάστασης.

Οι μικροοργανισμοί που ευθύνονται μπορεί να είναι κυρίως ο πνευμονιόκοκκος, ο αιμόφιλος της ινφλουέντζας, η μπρανχαμίδα η καταρροϊκή. Για το λόγο αυτό αντιμετωπίζεται με αμοξικιλίνη/κλαβουλινικό οξύ ή κεφαλοσπορίνες 2^{ης} γενιάς, ενώ σε βαριά κλινική εικόνα χορηγούνται κεφαλοσπορίνες 3^{ης} γενιάς (κεφτριαξόνη, κεφοταξίμη). Επειδή προήλθε ως επινέμεση γειτονικής περιοχής στο μέσο ους για τον κίνδυνο επέκτασης κεντρικότερα απαιτείται θεραπεία ενδοφλέβια.