

BAREM CORECTARE

Subiectul 1. TRATAMENTUL PROFILACTIC AL RAHITISMULUI

- a) Antenatal ,la femeia gravida,in ultimul trimestru de sarcinase administreaza 2000-3000ui vitamina D2 sau D3 ,zilnic ,pe cale orala si 1g/zi calciu.

Gravida va trebui sa beneficieze de alimentatie echilibrata,bogata in calciu si vitamina D, inclusiv expunere la soare.

Administrarea vitaminei D va fi exclusiv pe cale orala.

- b) Postnatal, alimentatia copilului va fi exclusiv la san in primele 5-6 luni,intarcarea se va face dupa 1an,iar alimentatia mamei va fi suplimentata cu vitamina D.Diversificarea alimentatiei cu se va face cu alimente bogate in colecalciferol (unt,peste alb,galbenus de ou,ficat).

Nou nascutul va fi scos la aer chiar din primele zile,expunerea facandu-se progresiv -15-30minute pana la 3-4 ore in anotimpul rece si 6-12 ore vara.Cura heliomarina este recomandata la copilul peste 1an.

Vitamina D va fi adminstrata in doza de 500-1000ui/zi(1-2picaturi)per os.

Profilaxia stoss trebuie sa fie exceptie si aplicata numai in cazul copiilor ai caror parinti nu au posibilitatea de a urmari corect administrarea dozelor.Se vor administra 200.000uide vitamina D3 la 7 zile, 54 zile, 4 luni, 6 luni, 9 luni, 12luni.Se administreaza preparate de calciu cu 3 zile ianinte si 7 zile dupa administrarea vitaminei D3.

Administrarea vitaminei D si a calciului se va face si dupa varsta de 2 ani,in sezonul rece si in perioadele de crestere rapida in talie.

Subiectul 2. HTA - etiologie

Peste 85% din cazurile de HTA la copil este secundara unor boli renale si numai in 10-15%este esentiala(primara).

HTA renala (85%) apare in boli renovasculare,tumori renale,boala chistica renala , hidronefroza, glomerulonefrita si pielonefrita cronica.

HTA suprarenala apare in sdr Cushing,sdr adrenogenital,feocromocitom si neuroblastom, hiperadosteronismul primar.

HTA vasculara apare in coartatia de aorta,anomalii ale arterei renale si tromboza venei renale.

HTA esentiala are predispozitie familiala,aparitia sa fiind legata de existenta unor factori de mediu(stress,sedentarism,supraalimentatie,ingestia de sare).



Subiectul 3. Boala diareica simpla - tratament dietetic si medicamentos

Tratamentul dietetic are 4 etape:

- a) Dieta hidrica efectuata cu Gesol timp de 12-20 ore
- b) Dieta de tranzitie –administrare de vegetale antidiareice bogate in celuloza si pectine morcov,orez,banane,roscove.

Principalele preparate sunt:

- supa de morcovi 300% sub 2luni si 500%peste 2 luni cu adaos de 5%glucoza
- mucilagiu de orez 3%sub 2luni si 5%peste 2 luni cu adaos de 5%glucoza

Acestea se administreaza in cantitate de 180-200ml/kgc maxim 24ore.

c)Realimentarea se face cu preparate de lapte fara lactoza,hipoalergenice,cu continut mineral scazut, acidulate(Humana H,Milupa NH25,Al 110),iar in caz de intoleranta la proteinele laptelui de vaca se administreaza preparate din lapte vegetal(isomil,Soyalac,Nutricare soya).

La copilul hranit la san realimentarea se poate face utilizand laptele de mama.

Realimentare va fi efectuata progresiv prin introducerea treptata(30-40ml/pranz)de preparat dietetic de lapte,nedepasindu-se 120-150mp/kgc/zi.

La sugarul de peste 6 luni se pot administra orez pasat,branza de vaci,carne fiarta si pasata,uleiuri vegetale.

d)Revenirea la alimentatie dinaintea imbolnavirii se face treptat,inlocuindu-se produsele de lapte dietetic cu laptele si alimentele utilizate in mod curent la copil.

Tratamentul etiologic va fi in functie de germenele izolat si sensibilitatea la antibiotice

- In diareea netichetata etiologic se poate administra Furazolidon 6-7mg/kgc/zi, Colimicina 100.000 u/kgc /zi, Biseptol 7-10mg/kgc/zi.
- In diareea cu E Coli Enteroinvaziv-Colistin50.000U/kg Iv,Gentamicina3-5mg/kgc iv, Enterotoxigen-Colimicina100.000U/kgc/zi,Biseptol 7-10mg/kgc/zi.
- In diareea cu Shigella-Ampicilina100mg/kgc/zi po sau im,Colimicina100.000U/kgc/zi, Biseptol 7-10mg/kgc/zi.
- In diareea cu Salmonella-Ampicilina100mg/kgc/zi po sau im,Cloramfenicol 50mg/kgc/zi,Biseptol 7-10mg/kgc/zi,Cefalosporine generatia a II a(Rocephine,Claforan)150mg/kgc/zi.

Tratament simptomatic:

- antitermice(Paracetamol,Aminofenazona,Aspirina)
- antiemetice(Metoclopramid,Cisapride)
- combaterea meteorismului abdominal



Tratamentul anticonvulsivant

- Diazepam 0,3-0,5mg im sau iv
- Fenobarbital 3-5mg/kgc/zi.

Subiectul 4. Infecția de tract urinar - diagnostic clinic și paraclinic.

Diagnostic clinic : simptomele diferă în raport cu vârsta

Prematur și nou-născut - semne clinice nespecifice, sub formă de manifestări digestive inapetenta, varsături, diaree, în formele grave se evidențiază o stare septică gravă cu febră, icter, varsături, diaree.

Sugar - febră, varsături, agitație, diaree, anorexie, staționare ponderală.

Copilul mare - simptomatologia se manifestă prin:

- perioade de acutizare alternând cu perioade de acalmie
- mictiuni frecvente reduse cantitativ (polakiurie)
- dificultate la urinare, cu usturime și jet întrerupt (disurie)
- dureri lombare și suprapubiene
- urini tulburi și urate mirositoare (piurie)
- tulburări digestive (anorexie, greturi, varsături)
- scădere ponderală
- pierderi involuntare de urină în timpul somnului (enurezis)
- febră (în cazul pielonefritei)
- tulburări neurologice (meningism, convulsii, hipotonie).

Investigații paraclinice:

- Anemie, leucocitoză, polinucleoză
- Examen sumar urină: leucociturie, cilindriurie;
- Proba Addis arată importanța leucocituriei și cilindriuriei (în special în infecțiile urinare înalte);
- Hematurie – rară, în infecțiile urinare înalte;
- Examen microscopic al sedimentului urinar : între 4-6 leucocite/camp pentru sexul masculin și peste 8-10 leucocite/ camp pentru sîx feminin;
- Urocultura este pozitivă atunci când pe 1 cm³ de urină se evidențiază un număr de peste 100 000 colonii bacteriene; între 50 000 – 100 000 diagnosticul este incert și se va repeta urocultura; sub 50 000 colonii/ ml nu se poate vorbi de infecție urinară. Pentru diagnosticul de infecție urinară sunt necesare cel puțin două uroculturi pozitive, cu peste 100 000 de germeni/ ml și cu același germeni, sau asociație de germeni.



Subiectul 5. Anemie feripriva – tratament profilactic si curativ.

Tratament profilactic :

Femeile gravide, in special in ultimul trimestru de sarcina trebuie sa aiba un regim alimentar bogat in fier (fructe si legume verzi, oua, carne). Incepand din luna 5-6 ele vor face controale periodice ale nivelului hemoglobinei. In ultimul trimestru de sarcina, gravidele vor primi 1-2 dj de Glubifer/zilnic (cand Hb este > 11g%) si 2-3 dj de Glubifer si Acid folic cand Hb < 11g%.

Tratamentul profilactic la copil consta in :

- Ligatura tardiva a cordonului ombilical (cand inceteaza pulsatiile cordonului) in felul acesta se suplimenteaza cu 40-60 mg Fe aportul copilului,
- Alimentatia la san precoce si prelungita,
- Diversificare precoce a alimentatiei (la 4-5 luni se introduc in alimentatie carnea, ficatul, galbenusul de ou, legume verzi),
- Suplimentarea cu 1-2 mg Fe^{2+} /kgc/zi de la 2 luni pana la 1 an pentru : prematuri, gemeni, dismaturi, copii cu tulburari digestive si pulmonare recurente si cei cu ritm rapid de crestere;
- Profilaxie sistematica cu 1-2 mg Fe^{2+} /kgc/zi la toti sugarii incepand de la varsta de 6 luni. Fierul se administreaza intre mese sau inaintea meselor, in doza unica.

Tratamentul curativ :

- a) Regimul alimentar va fi ameliorat prin utilizarea formulelor de lapte imbogatite cu Fe si prin introducerea in dieta a alimentelor bogate in Fe.
- b) Tratamentul oral cu fier consta din administrarea a 4-6 mg/kgc/zi fier elementar, in 2-3 prize, intre mese sau inaintea meselor.

Tratamentul va fi intrerupt numai dupa o perioada de 2-3 luni, timp necesar refacerii rezervelor de fier. Eficienta tratamentului se apreciaza prin normalizarea Hb si Ht dupa 2-3 saptamani de tratament. Ca tratament adjuvant, pentru facilitarea absorbtiei fierului se administreaza vitamina C in doze de 250 – 500 mg/zi. In cazul asocierii anemiei cu rahitismul se vor administra vitamina D si Calciu. Tratamentul nu se intrerupe in cazul aparitiei scaunelor inchise la culoare ci doar in caz de varsaturi, diaree si dureri abdominale. Preparatele utilizate in practica, curenta sunt reprezentate de sarurile de fier, cel mai utilizat fiind fumaratul feros.

Subiectul 6. Convulsiile febrile : definitie, examene clinice si paraclinice, tratament.

Convulsiile febrile se manifesta la copiii mici (3 luni – 5 ani) cu febra peste 38,5°C, in absenta unei suferinte cerebrale sau a altor cauze definite.

Incidenta convulsiilor febrile in primii 5 ani de viata este de 3 – 5%; convulsiile febrile sunt mai frecvente la sexul masculin.

Convulsiile febrile simple sau benigne sunt de obicei clonice, mai rar tonice, durata crizei este mai mica de 15 minute, apare la copiii fara anomalii neurologice si nu lasa urmasi dupa terminarea crizei.

Convulsiile febrile complexe au o durata de peste 15 minute, cu repetare in cursul aceleiasi zile, predomina crizele focale si unilaterale, apar la copii cu anomalii neuro-psihice si pot fi urmate de paralizii si hemiplegii.



Status epilepticus febril – este o criza epileptica clonica, generalizata sau unilaterala, cu durata de peste 30 de minute, aparuta in context febril. In cursul crizei apar modificari metabolice datorate consumului cerebral de oxigen si glucoza, cu introducerea unor leziuni cerebrale ischemice urmate de atrofie cerebrala si sindroame neurologice persistente.

Investigatiile paraclinice:

- Examenul LCR se va efectua la toti copiii cu convulsii febrile si pot releva: hipertensiune intracraniana, meningita, encefalita.
- EEG evidenziaza varfuri focalizate, complexe varf-unda, anomaliile pot persista cateva saptamani sau luni dupa criza convulsiva.

Tratament:

- In timpul crizei acute, copilul va fi asezat in pozitie decliva laterala, cu eliberarea cailor respiratorii si asigurarea unei circulatii satisfacatoare;
- Se va combate febra cu antipiretice (Aminofenazona, Paracetamol, Aspirina, Paracetamol);
- Anticonvulsivantele se administreaza in crizele cu durata mai mare de 5 minute;
Diazepam 5- 10 mg Intrarectal sau 0,2- 0,5 mg/kg iv; si doza va fi repetata, la nevoie, dupa 15 minute.

Subiectul 7. Tratamentul dietetic in diabetul zaharat la copil.

Principii generale:

- Alimentatia copilului diabetic are unele particularitati fata de cea a copilului sanatos;
- Trebuie sa existe o proportie optima a principiilor nutritive – glucide 50 – 55%; lipide 30-33%; proteine 12-15%;
- Alimentatie bogata in fibre vegetale care asigura un control glicemic mai bun;
- Planificarea meselor va fi corelata cu schema de tratament cu Insulina;
- Sa existe o varietate gastrotehnica care sa satisfaca apetitul si gustul copilului.

Dieta va fi calculata conform formulei lui Kempe : **1000 Kcal + (100 x varsta)**, sau, diferentiat pentru copii sub 8 ani si peste 8 ani, conform formulei:

1400 kcal + (50 x varsta) (fara a se depasi 2200 kcal/zi la fete si 2800 kcal/zi la baieti).

Planificarea meselor este importanta pentru evitarea hipo sau hiper glicemiilor. Vor exista 3-4 mese principale si 2-3 gustari care au rolul de a evita hipoglicemiile, mesele se vor administra la mese fixe si cu 30 de minute dupa administrarea insulinei, exceptie fac analogii de insulina care se administreaza imediat inainte sau dupa masa.

Glucidele vor fi repartizate proportional cu numarul si importanta meselor pentru a limita fluctuatiile glicemice.

Ajustarea dietei se face cel putin o data la 6 luni, in functie de activitatea fizica a copilului se scade insulina si se suplimenteaza glucidele cu 10-20 g, pentru efort foarte intens se vor consuma permanent bauturi ce contin zaharoza.



Repartitia aportului energetic la copiii diabetici va fi echilibrata intre mesele principale si gustari.

Alimentatia va fi echilibrata:

- Lipidele vor fi in cantitati reduse, in special de origine vegetala si reprezentate de acizi grasi polinesaturati si vitamine liposolubile (A,D,E);
- Glucidele administrate in cantitate de 250-300 mg/zi vor fi reprezentate de cereale, cartofi si legume, excluzandu-se glucidele pure, hiperconcentrate, edulcolorantele sunt folosite pentru indulcirea alimentelor la adulti si mai putin la copii (zaharina, ciclamat de sodiu, fructoza, sorbitol si aspartam).
- Proteinele vor fi aduse din carne slaba,branza,lapte, etc.

Subiectul 8. Reumatismul articular – tratament.

- Tratamentul infectiei streptococice are drept scop eradicarea streptococului, prin administrare de Penicilina G 1.200.000 – 1.600.000 u.i. (la copiii peste 10 ani), i.m., timp de 10 zile. In cazul alergiei la penicilina se administreaza Eritromicina sau Klacid 40 mg/kg/zi, p.o, timp de 10 zile.

- Tratamentul antiinflamator se efectueaza cu antiinflamatoare nesteroidiene (Aspirina, Indometacin, Nifluril, Diclofenac) sau cu Prednison.

Subiectul 9. Sindrom de deshidratare – forme.

Deshidratare usoara:

- Pierdere ponderala 4-5%
- Deficitul lichidian : 40 – 50 ml/kg
- Semne clinice de deshidratare – absente
- Elasticitate cutanata – pastrata
- Fara deprimarea fontanelii
- Fara ochi infundati
- Fara hipotonie oculara
- Mucoase uscate
- Sete
- TA normala
- Pulsul periferic normal
- Respiratie normala
- Debit urinar normal
- Stare de constienta normala.

Deshidratare medie:

- Pierdere ponderala 6 - 9%
- Deficitul lichidian : 60 – 90 ml/kg
- Semne clinice de deshidratare – prezente
- Elasticitate cutanata – diminuata



- Fontanela deprimata
- Ochi infundati
- Hipotonie oculara
- Mucoase uscate
- Sete
- TA scazuta
- Pulsul periferic tahicardic si slab
- Respiratie ampla, polipnee
- Debit urinar - oligurie
- Stare de constienta – agitatie, somnolenta.

Deshidratare grava:

- Pierdere ponderala – peste 10%
- Deficitul lichidian : 100 – 120 ml/kg
- Semne clinice de deshidratare – severe
- Elasticitate cutanata – pliu cutanat persistent
- Fontanela deprimata
- Ochi infundati
- Hipotonie oculara
- Mucoase uscate
- Sete
- TA mult scazuta
- Pulsul periferic tahicardic , imperceptibil
- Respiratie ampla, polipnee
- Debit urinar – oligurie-anurie
- Stare de constienta – obnubilare, coma.

