

1. TOXOPLASMOZA CONGENITALA

- Zoonoza; - 1 pct
- Produsa de Toxoplasma gondi- 1 pct
- Transmitereraradaca mama a devenitpozitiva in timpul sarcinii-0.5pct
- Riscuricrescutedacainfectiamamei s-a produs in primultrimestru de sarcina-0.75pct
- Riscul de imbolnavire a urmatorului copil-0.5pct
- Ac Ig G materni nu sunt dovada de infectie neonatala1.25pct
- Infectia in primultrimestru de sarcinapoateduce la moarteafatului in uter-1 pct
- Infectarea in al II, III- lea trimestru de sarcinapoateduce la manifestarineurologice, oftalmologice ale fatului-1 pct
- Clinic prezinta: 3 pct
 1. Icter; -0.42 pct
 2. Hepato-spleno-megalie;
 3. Trombocitopenie;
 4. Calcificari craniene;
 5. Hidrocefalie;
 6. Convulsii;
 7. Corioretinita;

2. RUBEOLA CONGENITALA

- Infectie virală cu transmitere verticală-0.75 pct
- Mama neimunizată se îmbolnăvește în timpul sarcinii- 1 pct
- Nou-născutul infectat este sursa de infecție-0.75 pct
- Îmbolnăvirea mamei în primul trimestru de sarcină, riscul de infecție congenitală este de 80% și MCC, surditate 100%- 1.5 pct
- Clinic prezintă- 4 pct
 1. Pneumonie interstitală;
 2. MCC
 3. Hepatită neonatală;
 4. Coriorită cu imagine de sare și piper;
 5. Cataractă congenitală;
 6. Trombocitopenie;
- Sindrom GREGG: - evident perioade neonatale- 2 pct
 1. Surditate 87%
 2. MCC 46%
 3. Cataractă. Glaucom 34%
 4. Retard mental sever 38%

3. MANIFESTARI CLINICE IN INTOXICATIA CU ORGANO-FOSFORICE

- Interval de latentă clinică de la câteva minute până la 10-12 secunde-0.3 pct
- Tabloul clinic cuprinde 3 sindroame-0.7 pct
 1. Muscarinic
 2. Nicotinic
 3. Nervos central
- 1. Sindromul muscarinic- acumularea acetilcolinei hidrolizate în terminații nervoase postganglionare ale muschilor netezi, miocardului, glandelor secretorii- 4 pct
 - Mioza;-0.3 pct
 - Hipersecretie bronșică;
 - Bronhospasm;
 - Bronhoconstricție;
 - Wheezing;
 - Lacrimare;
 - Sialoree;
 - Durere abdominală (diaree, varsături)
 - Pierdere a controlului sfincterian
 - Tablou de pseudoedem pulmonar acut;
 - Tahicardie;
 - Hipotensiune;
 - Tahicardie ventriculară;
- 2. Sindrom nicotinic: acumularea acetilcolinei la joncțiunea neuro-musculară a nervilor striati:- 3 pct
 - Fasciculații musculare;-0.33 pct
 - Slăbiciune musculară;
 - Paralizie a nervilor striati;
 - Ataxie;
 - Paralizii musculor respiratori;
 - Paloare;

- Tahicardie;
- HTA;
- Hiperglicemie;
- 3. Sindromnervos central- 2 pct
- Anxietate;-0.25 pct
- Cefalee;
- Agitatie;
- Ataxie;
- Coma;
- Tremor;
- Convulsii;
- Hipotoniegeneralizata;

4. BOALA VON GIERKE

- glicogenoza tip I- deficit de glucoza 6- fosfataza;-0.2 pct
- genapecromozomul 17- 16 mutatii;0.2 pct
- AR tranmitere;0.3pct
- Patogenie: deficit enzimatic, acumulareglicogen in ficat care duc la hepatomegalie, nefromegalie, hipoglicemie, litiazaurinara, gutasirinichi care duc la crestereasecretiei de insulinasicadereasecretiei de glucagon;
- Clinic:- 2 pct
 1. Debut in primultimestru de viata;0.4pct
 2. Hipoglicemiatinalasaudupa3-4 ore de post la care se asociazatranspiratii, iritabilitate, convulsii;
 3. Hepatomegalie. Splenomegalie. Nefromegalie;
 4. Abdomen destins;
 5. Hipotoniegeneralizata;
- La copiiimariacestia pot prezenta: hipostaturism; pubertateintarziata;0.2 pct
- Litiazarenalaurica: nefrocalcinoza; acidozatubulararenala; glomeruloscleroza- la debut;0.2 pct
- Sd. Hemoragic:-2 pct
 1. Xantoamecutanate;0.33pct
 2. Osteoporoza- fracturi;
 3. Intarzierea in dezvoltareneuropsihiatrica;
 4. Tumorihepatice;
 5. Insuficienta hepatica;
 6. Insuficientarenala;
- Paraclinic:- 1.5 pct
 1. Hipoglicemie;0.37pct
 2. Hiperlactacidemie;
 3. Hiperlipoproteinemie;
 4. Hipeuricemie;

PBH: - Steatoza hepatica; fibroza hepatica periportala; depozite de glicogen; 1 pct

- Activitate scazuta a G6Ph; 0.2 pct
- Tratament: - 2 pct
- 1. Dieta bogata in Hc (scade fructoza, galactoza) si saraca in Lipide; 0.66 pct
- 2. Mes frecvente, inclusiv pe timp de noapte;
- 3. Ulei de peste pentru hipertrigliceridemie (alopurinol - pentru cresterea acidului uric)

5. DURERI ABDOMINALE RECURENTE- cauze extradigestive;

1. Cauze neurourinare: 2 pct
 - ITU recidivante; 0.5 pct
 - Hidronefroza;
 - Litiază neurourinară;
 - Tumor renală;
2. Cauze genitale: 2 pct
 - Chist ovarian; 0.66 pct
 - Dismenoree;
 - Hematocolpos;
3. Cauze metabolice: 3 pct
 - Tetanie hipocalcemică; 0.6 pct
 - Acidoză diabetică;
 - Hiperlipemie idiopatică familială tip I;
 - Porfirie;
 - Hipoglicemie;
4. Cauze hematologice: 1 pct
 - Drepanocitoză;
5. Cauze neurologice: 1 pct
 - Epilepsie abdominală;
6. Alte cauze: 1 pct
 - Boli de colagen; 0.5 pct
 - Intoxicația cu Pb;

6. CAUZE FETALE ALE PREMATURITATII

- MCC-1.25 pct
- Aritmiisupraventriculare cu debut intra-uterinsau la nastere;1.25 pct
- Acidoza;1.25 pct
- Polihidramios (malformatii);1.25 pct
- Oligohidramnios;1.25 pct
- Infectie TORCH;1.25 pct
- Izoimunizare;1.25 pct
- Pozitiefetalaanormala;1.25 pct

7. Paraliziile cerebrale infantile – forme clinice

2,5 pct - 1. Forme spastice, tetraplegii și diplegii

2,5 pct - 2. Forme diskinetice, cu manifestări dominante coreoatetozice și cu modificări de tonus distonice

2,5 pct - 3. Ataxice

2,5 pct - 4. Mixte

8. Tetanosultratament

- Boala infectioasa, cu internare si declarare obligatorie
- Etapele tratamentului:
 - 2,5 pct - 1. Eradicarea infectiei cu Cl tetani prin toaleta plagii, inlaturarea conditiilor de anaerobioza si tratamentul antinfectios : Penicilina G 100 000 U/kg corp/zi /4 prize 10-14 zile sau Metronidazol 20 – 30 mg/kg corp/zi IV /4 10 zile sau Eritromicina 30-50 mg /kg corp/zi
 - 2 pct – 2. Neutralizarea toxinei tetanice – administrarea de antitoxina tetanica
 - 2 pct – 3. Controlul contracturilor si al respiratiei – sedare a bolnavului cu Diazepam
.Daca nu se obtine efectul scontat curarizarea si intubarea pacientului
 - 2 pct – 4. Tratament suportiv -
reechilibrare hidroelectrolitica si acidobazica si mentinerea functiilor vitale –
intubare orotraheala in caz de crize de contractura
 - 2 pct – 5. Prevenirea recurentelor si complicatiilor
 - Vaccinare antitetanica
 - Tratament adecvat al plagilor cu risc tetanigen: toaleta plagii, tratament antiinfectios cu Penicilina V sau Eritromicina si ser antitetanic sau imunoglobulina

9. Hepatitele acute virale etiologie

1 pct 1. Virusul hepatitei A – virus ARN

3 pct 2. Virusul hepatitei B – virus ADN -antigenul de suprafata Ag HBs, primul care apare in sange

- Antigenul central HBc – antigenul Hbe – asociat cu replicarea activa, titrul sau sanguin este direct proportional cu intensitatea replicarii virale
- Anticorpii anti HB c apar in ser la 2-4 saptamani dupa aparitia Ag HB s
- Anticorpii Ig M anti HB c semnifica infectia acuta

2 pct 3. Virusul hepatitei C – virus ARN , cu mare variabilitate genetica

2 pct 4. Virusul hepatitei D – virus ARN, defectiv, neclasificat. Se poate replica numai in prezenta virusului C

1 pct 5. Virusul hepatitei E - virus ARN

1 pct 6. Virusul hepatitei G - izolat de la pacienti cu transfuzii multiple sau de la hemodializati

10. Blocurile atrioventriculare

Blocul atrioventricular – alungirea intervalului PR $> 0,20$ s

2 pct - Blocul atrioventricular gradul I – alungirea intervalului PR $> 0,20$ s dar menținerea unei relații 1:1 între depolarizarea atrială și cea ventriculară

4 pct – Blocul atrioventricular gradul II – nu mai este o relație de tip 1 la 1 între undele P și complexul QRS

Bloc AV gradul II tip 1 - alungire progresivă a intervalului PR până la o undă P care nu mai este urmata de complex QRS

Bloc AV gradul II tip 2 – bloc de grad înalt, există o relație variabilă între undele P și complexul QRS de tipul 2 la 1, 3 la 1, Intervalul PR este constant în cazurile în care unda P este urmata de un complex QRS. Clinic – există o scădere a frecvenței cardiace

4 pct - Bloc AV gradul III – nu există nici o relație fixă între undele P și complexul QRS .

Atriile se contractă cu o frecvență ventriculii cu o altă frecvență.

Conducerea atrioventriculară este întreruptă. Ventriculii se contractă conform unui pacemaker jonțional sau ventricular. Morfologia complexului QRS este de tip îngust pentru ritmul jonțional și larg pentru ritmurile ventriculare.