

Тестовые задания по специальности «Неонатология».

Какая часть общего объёма крови плода находится в плаценте и пуповине:

- 1/3 общего объёма крови плода.
- 1/2 общего объёма крови плода.
- 1/5 общего объёма крови плода.
- объём крови в пуповине незначителен.

Доношенность или недоношенность определяются:

- продолжительностью беременности.
- массой тела и ростом ребенка при рождении.
- признаками, характеризующими зрелость ребенка.
- учитываются факторы: продолжительность беременности, масса тела и рост ребенка при рождении, признаками, характеризующие зрелость ребенка.

Тонкий роговой слой и развитая сосудистая сеть обуславливают:

- повышенную резорбционную функцию кожи.
- терморегулирующую функцию кожи.
- дыхательную функцию кожи.
- пигментообразующую и витаминообразующую функцию кожи.

Дыхательная функция кожи у доношенных новорожденных:

- не отличается от взрослых.
- выражена во много раз сильнее чем у взрослых.
- не отличается от детей других возрастных групп.
- выражена слабее чем у детей других возрастных групп.

Слабая терморегулирующая функция кожи у доношенных новорождённых обусловлена:

- тонким роговым слоем и развитой сосудистой сетью.
- наличием обширного поля экстерорецепторов.
- низким уровнем образования пигмента в меланоцитах базального слоя эпидермиса.
- незрелостью центров терморегуляции, слабым функционированием потовых желёз.

Особенность подкожной жировой клетчатки у доношенных новорождённых:

- большое содержание твёрдых жирных кислот (пальмитиновой и стеариновой) и жидкой олеиновой кислоты.
- у доношенного новорождённого жировая ткань не развита, составляет не более 10% массы тела.
- не отличается от детей других возрастных групп.
- формирование происходит после рождения.

Открытие заднего (малого) родничка у доношенных новорожденных является:

- патологией.
- не является патологией, закрытие происходит одновременно с передним (большим) родничком.
- может быть открыт до 4-8 недель после рождения у 25% новорождённых.
- всегда закрыт у доношенных детей.

После рождения в лёгких доношенного новорожденного не должно остаться жидкости в течении:

- 2 часов после рождения.
 - первых суток.
 - 12 часов.
 - жидкость в лёгких у доношенного новорожденного при рождении отсутствует.
- Растяжимость лёгких (лёгочный комплайнс) у доношенных новорожденных изменяется:
- понижается в течение первой недели жизни.
 - прогрессивно возрастает в течение первой недели жизни.
 - прогрессивно возрастает в течение 28 дней жизни.
 - у здоровых новорожденных не меняется после первых суток с рождения.

Какова нормальная частота дыхания здорового новорожденного:

- 20- 30 в минуту.
- 30-50 в минуту.
- 60 -80 в минуту.
- 30-60 с кратковременными апноэ.

Дыхание у доношенных новорождённых:

- брюшное.
- грудное.
- грудобрюшное.
- не отличается от взрослых.

Сократительная функция кардиомиоцитов у новорождённых:

- около 30% сердечной мышцы состоит из сократительных элементов.
- около 60% сердечной мышцы состоит из сократительных элементов.
- скорость сокращения кардиомиоцита больше, чем у взрослого.
- скорость сокращения кардиомиоцита не отличается от взрослого.

Объём циркулирующей крови (ОЦК) у новорожденного:

- 50 мл/кг
- 90 мл/кг
- 120 мл/кг
- не отличается от взрослых.

Частота сердечных сокращений (ЧСС) в течение 1-й недели жизни:

- 100-175/мин
- 70-120/мин
- 80-100
- 150-200

Частота сердечных сокращений (ЧСС) у новорождённого:

- не имеет вариабельности, не превышает 140-160 ударов в минуту при крике, пеленании, сосании
- имеет значительную вариабельность ЧСС у новорождённого — от 100/мин во время сна, зевания и акта дефекации до 180-200/мин при крике, пеленании, сосании.
- не имеет вариабельности, не менее 140-160 ударов в минуту во время сна, зевания и акта дефекации
- ритм в норме региден, 120-140 ударов в минуту

В каком возрасте у здорового доношенного ребенка устанавливается четкая координация

между дыханием, сосанием и глотанием:

- 1-2-й день жизни
- 3-4-й день жизни
- 5-6-й день жизни
- 8-10-й день жизни

Какое направление сброса крови через артериальный проток в первую минуту после рождения:

- справа налево.
- слева направо.
- артериальный проток не функционирует.
- направление сброса крови зависит от функционирования овального окна.

В первые дни жизни АД у доношенных новорожденных составляет:

- 75/20 мм рт.ст., затем повышается до 85/40 мм рт.ст.
- 75/20 мм рт.ст., не изменяется в течение периода новорожденности
- 50/20 мм рт.ст., затем повышается до 100/60 мм рт.ст.
- 75/20 мм рт.ст., затем снижается до 60/40 мм рт.ст.

Особенность «ювенильного» типа регуляции функции сердца и сосудов:

- не имеет особенностей.
- преобладание влияния парасимпатических импульсов.
- преобладание влияния симпатических импульсов.
- зависит от пола ребёнка.

Наиболее зрелая часть центральной нервной системы (ЦНС) в периоде новорожденности:

- головной мозг.
- мозжечок
- спинной мозг.
- у доношенного новорожденного ЦНС зрелая к моменту рождения.

Спинной мозг у новорожденного:

- относительно длиннее, чем у взрослого, достигает нижнего края III поясничного позвонка.
- относительно короче, чем у взрослого, достигает нижнего края I поясничного позвонка.
- не отличается от взрослого.
- зависит от индивидуальных особенностей организма.

В вегетативной нервной системе у новорожденных физиологической считают:

- ваготонию (преобладание парасимпатической части).
- симпатикотонию.
- нет преобладание одной части нервной системы над другой над другой.
- преобладание любой части вегетативной нервной системы является физиологической.

Порог болевой чувствительности у новорожденного:

- выше, чем у взрослых.
- ниже, чем у взрослых.
- равен порогу болевой чувствительности у взрослых.
- равен порогу болевой чувствительности у детей других возрастных групп.

Чувствительность новорожденного к охлаждению:

- выше, чем к перегреванию, так как холодовых рецепторов почти в 10 раз больше, чем тепловых.
- ниже, чем к перегреванию.
- одинаково к охлаждению и перегреванию.
- индивидуально для каждого новорожденного.

Порог вкусового ощущения у новорожденного:

- выше, чем у взрослых.
- ниже, чем у взрослых.
- одинаков со взрослыми.
- индивидуально для каждого новорожденного.

Срок эвакуации пищи из желудка новорожденного:

- женское молоко и адаптированные смеси находятся в желудке ребёнка 2 ч
- женское молоко находится в желудке ребёнка 2-3 ч, а адаптированные смеси — 3-4
- женское молоко и адаптированные смеси находятся в желудке ребёнка 1 ч
- женское молоко находится в желудке ребёнка 4 ч, а адаптированные смеси — 2 ч

Характерной особенностью пищеварения в период новорожденности является:

- полостное.
- мембранное.
- симбиотическое (бактериальное).
- пиноцитоз.

Ребёнок рождается со стерильным ЖКТ, асептическая фаза длится:

- 10-20 ч
- 24ч
- 2ч
- 3 суток

Бифидофлора заселяет кишечник новорожденного:

- к концу 1-й недели жизни.
- 24ч
- 2ч
- 3 суток

Чем можно объяснить цианоз нижних конечностей у некоторых здоровых новорождённых в первые часы жизни:

- переохлаждением.
- гипоксемическим синдромом.
- наличием транзиторного кровообращения и возможностью право-левого шунта.
- гипогликемией.

Анатомическое закрытие артериального (боталлова) протока может происходить:

- до 3 суток жизни.
- ко 2-8-й недели жизни.
- до 1 недели жизни.
- к 3 месяцу жизни.

Здоровый новорождённый в первые часы внеутробной жизни испытывает состояние:

- гипертиреоза.
- эутиреоза.
- гипотиреоза.
- зависит от индивидуальных особенностей организма.

Какой процент от массы тела составляет объем внеклеточной жидкости у новорожденного ребенка:

- 20-30%
- 40-50%
- 60-70%
- 80-90%

Какова длительность периода полураспада сурфактанта:

- 5 часов
- 14 часов
- 24 часа
- 48 часов

Какая функциональная остаточная емкость легких устанавливается у новорожденного ребенка на первом часу жизни:

- 20 мл/кг
- 30 мл/кг
- 40 мл/кг
- 50 мл/кг

Чем определяется эффективность газообмена у новорожденных детей:

- вентиляцией альвеол
- перфузией легочных капилляров
- диффузией газов через альвеоло - капиллярную мембрану
- всеми перечисленными факторами

Адекватность вентиляции зависит:

- от активности дыхательной мускулатуры
- от растяжимости легочной ткани
- от внутрилегочного распределения газа соответственно
- перфузии различных отделов легких
- от всех указанных факторов

Существует ли разница в величине давления в легочной артерии и аорте у плода:

- не существует
- давление в аорте выше, чем давление в легочной артерии
- давление в аорте ниже, чем давление в легочной артерии
- в первую половину беременности давление в легочной артерии плода выше, чем в аорте; ● во вторую половину беременности эта разница исчезает.

Какова величина внутригрудного давления, необходимая для нормального дыхания, у новорожденных детей:

- 2 см вод. ст.
- 5 см вод. ст.
- 8 см вод. ст.

- 10 см вод. ст.

Какая фракция иммуноглобулинов играет наибольшую роль в защите слизистых оболочек от патогенной микрофлоры:

- IgA
- IgE
- IgG
- IgM

Чем объясняется более низкое значение PaO_2 у новорожденных детей по сравнению со взрослыми:

- шунтирование крови через овальное окно и артериальный проток
- перфузией невентилируемых участков легких
- дренированием сердечных вен в левое сердце и наличием анастомозов между бронхиальной легочной циркуляцией
- всеми перечисленными факторами

Какими факторами обеспечивается адекватность сердечного выброса:

- венозным возвратом к сердцу
- сократительной способностью миокарда
- общим периферическим и легочным сосудистым сопротивлением
- всеми перечисленными факторами

Какие из перечисленных клеток крови способны вырабатывать антитела:

- макрофаги
- нейтрофилы
- Т-лимфоциты
- В-лимфоциты

Какие особенности характеризуют систему гемостаза у новорожденных детей:

- повышенная проницаемость капилляров
- сниженная функциональная активность тромбоцитов
- низкая активность факторов свертывания крови
- все перечисленные особенности

Какими особенностями характеризуется система гемостаза у здорового доношенного ребенка сразу после рождения:

- снижением активности основных факторов свертывания крови
- низким содержанием антитромбина III и плазминогена
- сниженной способностью тромбоцитов к агрегации
- всеми перечисленными особенностями

Когда происходит первый "перекрест крови" у недоношенных детей:

- на 4-й день жизни
- на 5-й день жизни
- на 6-й день жизни
- после 7-10 дней жизни

Какие из перечисленных факторов способствуют смещению кривой диссоциации оксигемоглобина влево:

- гипотермия
- снижение концентрации гемоглобина
- увеличение содержания в эритроцитах 2,3-дифосфоглицерата
- все перечисленные факторы

Какая функциональная особенность почек доношенных новорожденных обуславливает склонность этих детей к отекам и гипертермии:

- сниженная концентрационная способность
- низкое выделение катиона натрия
- неустойчивость синтеза аммиака
- повышенное выделение уратов с мочой

Какая ткань играет ведущую роль в выработке тепла у доношенного новорожденного ребенка:

- мышечная ткань
- белая жировая ткань
- бурая жировая ткань
- соединительная ткань

Какие сдвиги КОС крови характерны для здоровых новорожденных детей в первые часы жизни:

- метаболический алкалоз
- метаболический ацидоз
- дыхательный ацидоз
- дыхательный алкалоз

Какая из перечисленных функций слюны является наиболее важной для новорожденного ребенка:

- бактерицидная
- увлажнение пищи
- переваривание пищи
- создание герметизации ротовой полости при сосании

Как изменится объем внеклеточной жидкости в первые дни жизни:

- увеличивается
- уменьшается
- не изменяется
- у доношенных новорожденных увеличивается,
- у недоношенных уменьшается

Какой из названных показателей играет наиболее важную роль в регуляции дыхания у новорожденных детей:

- P_{aO_2}
- P_{aCO_2}
- артериовенозная разница по кислороду
- кривая диссоциации оксигемоглобина

У доношенных новорожденных, перенесших асфиксию в родах, самым частым вариантом

поражения ЦНС является:

- субдуральное кровоизлияние;
- перивентрикулярное кровоизлияние;
- отек мозга;
- перивентрикулярная лейкомаляция.

Какие причины наиболее часто вызывают судорожный синдром у новорожденных от матерей с сахарным диабетом:

- асфиксия и родовая травма;
- пороки развития ЦНС;
- гипогликемия и гипокальциемия;
- гипербилирубинемия.

Какую патологию следует исключить в первую очередь при развитии судорожного синдрома у новорожденного ребенка в возрасте 5-6 суток:

- родовую травму ЦНС;
- порок развития головного мозга;
- метаболические нарушения;
- гнойный менингит.

Назовите основное отличие поражения ЦНС при наследственных нарушениях обмена от поражений ЦНС гипоксического генеза:

- симптомы поражения с возрастом уменьшаются;
- симптомы поражения с возрастом нарастают;
- симптомы поражения ярко выражены сразу после рождения;
- симптомы поражения носят неспецифический характер.

Какой из симптомов позволяет заподозрить внутрижелудочковое кровоизлияние у недоношенного ребенка:

- одышка;
- тремор конечностей;
- тахикардия;
- апноэ.

Гнойный менингит у недоношенных новорожденных чаще всего развивается на фоне:

- субарахноидального кровоизлияния;
- паренхиматозного кровоизлияния;
- внутриутробной гипотрофии;
- незрелости.

Основное отличие поражений ЦНС при наследственных нарушениях обмена от поражений ЦНС гипоксического генеза:

- симптомы поражения с возрастом уменьшаются;
- симптомы поражения с возрастом нарастают;
- симптомы поражения ярко выражены сразу после рождения;
- симптомы поражения носят неспецифический характер.

Какой вид внутричерепных кровоизлияний характерен для доношенных новорожденных с родовой травмой ЦНС:

- внутрижелудочковые;

- субарахноидальные;
- субдуральные;
- паренхиматозные.

Для отека головного мозга не характерно:

- западение и пульсация большого родничка;
- выбухание и пульсация большого родничка;
- громкий монотонный плач и синдром рвоты и срыгивания;
- судороги, положительный симптом Грефе.

К травматическим внутримозговым кровоизлияниям не относится:

- супратенториальное;
- внутрижелудочковое;
- субтенториальное;
- эпидуральное.

У новорожденных первых 2 недель жизни возбудителем гнойного менингита чаще всего бывает:

- грамположительная флора;
- грамотрицательная флора;
- грибы;
- все перечисленные возбудители в равной степени.

Укажите уровень интранатального повреждения спинного мозга при наличии у новорожденного вялого пареза одной или обеих рук, синдрома Горнера, спастического пареза ног:

- C1-C4;
- C5-Th;
- Th1-Th12;
- L1-L5.

Основным в лечении новорожденных с интранатальной травмой шейного отдела позвоночника в родильном доме является:

- иммобилизация головы и шеи;
- дегидратация;
- физиотерапия;
- репозиция смещенных шейных позвонков.

Введение больших доз сульфата магния женщинам с нефропатией может вызвать развитие у новорожденного:

- мышечной гипотонии, гипорефлексии и гиповентиляции;
- судорожного синдрома
- повышение нервно-рефлекторной возбудимости и гипервентиляции
- пароксизмальной тахикардии

Каков механизм интранатального повреждения шейного отдела спинного мозга у новорожденных извлеченных за «тазовый конец»:

- ротационный;

- сгибательно компрессионный;
- дистракционный;
- все ответы правильные.

Каков механизм интранатального повреждения шейного отдела спинного мозга при разгибательных вставлениях головки:

- ротационный;
- сгибательно-компрессионный;
- дистракционный;
- все ответы правильные.

Укажите уровень интранатального повреждения спинного мозга при наличии у новорожденного пареза мышц брюшной стенки (распластаный живот), спастического пареза ног, нарушения функции тазовых органов:

- С1-С4;
- С5-С7;
- Th1- Th12;
- L1-L5.

Укажите уровень интранатального повреждения спинного мозга при наличие у новорожденного вялых моно- или парапарезов нижних конечностей (симптом «кукольной ножки»), зияния ануса и нарушения мочеиспускания:

- С1-С4;
- С5-С7;
- Th1- Th12;
- L1-L5;

Какие из перечисленных повреждений позвоночного столба относятся к стабильным:

- подвывихи;
- спондилоэпифизиолиты;
- частичные повреждения мышц и связок;
- компрессионные переломы тел позвонков.

Какие синдромы характерны для церебральной ишемии I степени:

- двигательных нарушений, судорожный;
- угнетения ЦНС, гипервозбудимости;
- вегетовисцеральных дисфункций, в/ч гипертензии;
- коматозного состояния, нарушения витальных функций.

Какие синдромы характерны для церебральной ишемии II степени:

- двигательных нарушений, судорожный;
- угнетение ЦНС, гипервозбудимости, в/ч гипертензии, ВВД;
- коматозного состояния, нарушения витальных функций;
- ВВД, двигательных нарушений, коматозного состояния.

Какие синдромы характерны для церебральной ишемии III степени:

- двигательных нарушений, нарушений витальных функций;
- коматозного состояния, нарушения витальных функций;
- ВВД, двигательных нарушений, в/ч гипертензии;

- астеноневротический, задержки речевого развития.

Клиническую оценку тяжести дыхательных расстройств необходимо проводить:

- для определения объёма неотложной медицинской помощи до уточнения причины и патогенеза нарушений.
- после уточнения причины патогенеза нарушений.
- для уточнения причины патогенеза нарушений.
- Клиническую оценку тяжести дыхательных нарушений проводить необязательно.

Дыхательный ацидоз может развиваться:

- только при повышении продукции углекислого газа.
- как при повышении продукции углекислого газа, так и в результате снижения его элиминации.
- только в результате снижения элиминации углекислого газа.
- не зависит ни от повышения продукции углекислого газа, ни от снижения его элиминации.

Венозное перемешивание может быть:

- внутрилегочным и внелегочным.
- только внутрилёгочным (альвеолярным), возникающим в результате перфузии невентилируемых отделов лёгкого.
- только за счёт внелёгочного шунтирования у больных с ВПС.
- только за счёт внелёгочного шунтирования у новорождённых с не закрывшимися «фетальными коммуникациями» - овальным окном и артериальным протоком.

Для рентгенологической картины респираторного дистресс – синдрома (РДС) новорожденных характерно:

- диффузное снижение прозрачности лёгочных полей, ретикулогранулярный рисунок и полосы просветлений в области корня лёгкого (воздушная бронхограмма).
- наличие воздуха в плевральной полости, коллабированное лёгкое, смещение средостения в здоровую сторону.
- полоска воздуха по сторонам от сердца. Боковая проекция позволяет обнаружить ретростернальный воздух.
- воздушный ореол с ровными краями вокруг сердца, полоска воздуха вдоль нижней поверхности сердца над диафрагмой.

Для клинической картины респираторного дистресс – синдрома (РДС) новорожденных характерно:

- одышка (более 60/мин), возникающая в первые минуты или часы жизни; экспираторные шумы; втяжение уступчивых мест грудной клетки на вдохе (втяжения мечевидного отростка грудины, подложечной области, межреберий, надключичных ямок) с одновременным раздуванием крыльев носа и щёк (дыхание «трубача»).
- асимметричная экскурсия грудной клетки; отсутствие или ослабление дыхательных шумов на стороне поражения; смещение верхушечного толчка.
- наряду с развитием дыхательных расстройств появляются клинические признаки интоксикации в виде нарушения микроциркуляции, бледности или серости кожных покровов, увеличения размеров печени и селезёнки.
- раннее (в первые 2 ч жизни) появление одышки, втяжение уступчивых мест грудной клетки, цианоз, увеличение передне-заднего размера грудной клетки.

Для рентгенологической картины пневмоторакса характерно:

- наличие воздуха в плевральной полости, коллабированное лёгкое, смещение средостения в здоровую сторону.
- диффузное снижение прозрачности лёгочных полей, ретикулогранулярный рисунок и полосы просветлений в области корня лёгкого (воздушная бронхограмма).
- полоска воздуха по сторонам от сердца. Боковая проекция позволяет обнаружить ретростернальный воздух.
- воздушный ореол с ровными краями вокруг сердца, полоска воздуха вдоль нижней поверхности сердца над диафрагмой.

Для рентгенологической картины пневмомедиастинума характерно:

- полоска воздуха по сторонам от сердца. Боковая проекция позволяет обнаружить ретростернальный воздух.
- наличие воздуха в плевральной полости, коллабированное лёгкое, смещение средостения в здоровую сторону.
- диффузное снижение прозрачности лёгочных полей, ретикулогранулярный рисунок и полосы просветлений в области корня лёгкого (воздушная бронхограмма).
- воздушный ореол с ровными краями вокруг сердца, полоска воздуха вдоль нижней поверхности сердца над диафрагмой.

Для рентгенологической картины пневмоперикарда характерно:

- воздушный ореол с ровными краями вокруг сердца, полоска воздуха вдоль нижней поверхности сердца над диафрагмой.
- наличие воздуха в плевральной полости, коллабированное лёгкое, смещение средостения в здоровую сторону.
- диффузное снижение прозрачности лёгочных полей, ретикулогранулярный рисунок и полосы просветлений в области корня лёгкого (воздушная бронхограмма).
- полоска воздуха по сторонам от сердца. Боковая проекция позволяет обнаружить ретростернальный воздух.

Для рентгенологической картины пневмонии характерны:

- инфильтративные тени, они могут быть сливными или мелкими рассеянными.
- воздушный ореол с ровными краями вокруг сердца, полоска воздуха вдоль нижней поверхности сердца над диафрагмой.
- наличие воздуха в плевральной полости, коллабированное лёгкое, смещение средостения в здоровую сторону.
- диффузное снижение прозрачности лёгочных полей, ретикулогранулярный рисунок и полосы просветлений в области корня лёгкого (воздушная бронхограмма).

Наиболее распространенным осложнением ОРВИ у новорожденных детей является:

- ларингит
- синусит
- бронхит
- бронхиолит

Диагноз бронхолёгочной дисплазии (БЛД) в возрасте до 28 суток жизни возможен:

- до 28 суток жизни правомочны такие формулировки, как «формирование БЛД» или «группа риска по БЛД»
- диагноз БЛД может быть выставлен и до 28 суток жизни с учётом клиники.
- диагноз выставляется к 3 месяцам жизни.
- диагноз может быть выставлен только после консультации пульмонолога

Классическая форма бронхолёгочной дисплазии (БЛД):

- у недоношенных детей, у которых не применялись препараты сурфактанта для профилактики РДС и имели место «жесткие» режимы ИВЛ, рентгенологически характерны: вздутие легких, фиброз, буллы.
- у недоношенных детей, у которых применялись препараты сурфактанта для профилактики РДС, рентгенологически фиброз выражен минимально.
- у доношенных детей после перенесенной тяжелой пневмонии.
- если у пациентов имели место «жесткие» режимы ИВЛ.

Снижают частоту развития бронхолёгочной дисплазии (БЛД):

- раннее профилактическое введение сурфактанта; кислородотерапия для поддержания SpO_2 92—95%; кофеин; системные стероиды; витамин А.
- высокочастотная струйная вентиляция; постоянное положительное давление в дыхательных путях через носовые катетеры.
- бронхолитики; ингаляционные глюкокортикостероиды.
- антенатальное применение стероидов; лечебное применение сурфактанта.

В основе классической формы БЛД, описанной W. H. Northway, лежит:

- повреждение незрелых легких кислородом, давлением, объемом при проведении ИВЛ.
- воспалительные процессы в легких.
- длительное функционирование фетальных коммуникаций.
- незрелость легких.

Применение курсурфа показано:

- лечение и профилактика РДС у недоношенных новорожденных детей.
- только для лечения РДС у недоношенных.
- только для профилактики РДС у недоношенных.
- показан при всех видах дыхательных расстройств.

Влияют ли вмешательства во время родов на тяжесть гипербилирубинемии у новорожденного:

- да, родовозбуждение и родостимуляция окситоцином.
- да, эпидуральная анестезия и введение матери анестетиков другими путями.
- да, зависит от метода родоразрешения матери.
- нет, вмешательства во время родов и способы родоразрешения не влияют на тяжесть гипербилирубинемии у новорожденного.

Показана ли доношенным новорожденным с гипербилирубинемией облучение солнечным светом (гелиотерапия) как естественный вариант фототерапии:

- показана, не имеет осложнений.
- показана, эффективна в любое время года.
- не показана, не эффективна.
- не рекомендована по причине риска перегревания, невозможности дозирования и возможности использования в зависимости от времени года.

На какие сутки жизни отмечается максимальная концентрация сывороточного билирубина при физиологической желтухе:

- на 3-4 сутки у доношенных и на 5-6 сутки у недоношенных.
- закономерности не выявлено.

- на 2 сутки у доношенных и 10 сутки у недоношенных.
- к 7 дням жизни у доношенных и 3 суткам жизни у недоношенных детей.

Отличия желтухи, связанной с грудным кормлением от «классической» физиологической:

- максимальное значение сывороточного билирубина на 3-6 день жизни, длительность возможна до конца 3 недели жизни.
- отличий нет.
- длительность желтухи возможна до 3 месяцев жизни.
- максимальное значение сывороточного билирубина к 3 недели жизни.

Синдром Криглера – Наджара с наследованием по аутосомно- рецессивному типу характеризуется:

- выраженным снижением (10-30% от нормы) глюкуронилтрансферазы.
- отсутствием глюкуронилтрансферазной системы.
- нормальным уровнем глюкуронилтрансферазы.
- уровень глюкуронилтрансферазы не зависит от типа наследования.

Синдром Криглера – Наджара с наследованием по аутосомно- доминантному типу характеризуется:

- выраженным снижением (10-30% от нормы) глюкуронилтрансферазы.
- отсутствием глюкуронилтрансферазной системы.
- нормальным уровнем глюкуронилтрансферазы.
- уровень глюкуронилтрансферазы не зависит от типа наследования.

Отмечаются ли неощутимые потери жидкости на фоне проведения фототерапии: Необходима ли коррекция:

- да, но внутривенная инфузия назначается только при отсутствии возможности выпаивания дополнительного объёма жидкости.
- неощутимых потерь жидкости нет, в коррекции нет необходимости.
- при проведении фототерапии обязательно проведение внутривенной инфузии.
- за счёт снижения объёма кормления, в коррекции не нуждается.

Особенности желтухи при гипотиреозе:

- продолжительность 3-12 недель, назначение тиреоидина способствует быстрому исчезновению.
- не имеет характерных особенностей.
- длительность не дольше 3 недели жизни.
- полностью исчезает на 7-10-й день жизни.

Основной метод терапии конъюгационной желтухи:

- фототерапия при условии поддержания стабильной температуры тела и обеспечении адекватного вскармливания.
- фототерапия на фоне внутривенной инфузии.
- фототерапия на фоне питьевого режима 5% глюкозой.
- особо эффективна фототерапия, назначенная в день появления иктеричности кожных покровов.

Диагноз неонатальной гипербилирубинемии выставляется:

- при повышении сывороточной концентрации билирубина более 256 мкмоль/л у доношенных и более 171 мкмоль/л у недоношенных новорожденных.

- при повышении сывороточной концентрации билирубина более 200 мкмоль/л у доношенных и более 150 мкмоль/л у недоношенных новорожденных.
- при повышении сывороточной концентрации билирубина более 300 мкмоль/л у доношенных и более 200 мкмоль/л у недоношенных новорожденных.
- при постановке диагноза решающее значение имеет оценка иктеричности кожных покровов по Крамеру.

Какова продолжительность жизни эритроцитов у доношенных новорожденных:

- 80 - 90 дней.
- 100 – 120 дней.
- 45-70 дней.
- До 45 дней.

Для синдрома Люцея – Дрискола характерно:

- отсутствие глюкуронилтрансферазной системы, наследуется по аутосомно-рецессивному типу.
- выраженное снижение (10-30% от нормы) глюкуронилтрансферазы, наследование по аутосомно- доминантному типу.
- глубокий, но транзиторный ненатальный дефект активности глюкуронилтрансферазы, наследуется по аутосомно-рецессивному типу.
- отсутствие патологии со стороны глюкуронилтрансферазной системы.

Показатели крови при неонатальном гепатите:

- повышение АЛТ, АСТ более чем в 8-10 раз; повышение прямой фракции билирубина
- показатели, отражающие синтетическую функцию печени (альбумина, холин-эстеразы), как правило, не изменяются.
- темп прироста неконъюгированного билирубина более 5 мкмоль/л/ч.
- повышение гематокритного числа 0,65-0,7, уровень гемоглобина более 220 г\л.

Показатели крови при неонатальном гепатите:

- соотношение АЛТ/АСТ >1
- соотношение АЛТ/АСТ менее 1
- нет повышения ферментов цитолиза
- повышение неконъюгированного билирубина с первых суток жизни

Какое лекарственное средство наиболее способно вытеснять билирубин из связи с альбумином:

- ампициллин
- ванкомицин
- цефотаксим
- цефтриаксон

При изолированном резус-конфликте для проведения заменного переливания крови используют:

- эритроцитарную массу 0(I) группы, совпадающую по резус-фактору с эритроцитами ребёнка и одноклассную.
- резус-отрицательную одноклассную с кровью ребёнка эритроцитарную массу и плазму.
- донорскую кровь, не имеющую «конфликтного» фактора.
- резус-отрицательную эритроцитарную массу 0(I) группы крови и

При изолированном групповом конфликте используют:

- резус-отрицательную эритроцитарную массу 0(I) группы крови и одногруппную или АВ (IV) плазму.
- донорскую кровь, не имеющую «конфликтного» фактора.
- резус-отрицательную одногруппную с кровью ребёнка эритроцитарную массу и плазму, но возможно использование плазмы АВ(IV) группы крови.
- эритроцитарную массу 0(I) группы, совпадающую по резус-фактору с эритроцитами ребёнка и одногруппную или АВ (IV) плазму.

При ГБН с конфликтом по редким факторам крови используют:

- донорскую кровь, не имеющую «конфликтного» фактора.
- эритроцитарную массу 0(1) группы, совпадающую по резус-фактору с эритроцитами ребёнка и одногруппную или АВ (IV) плазму.
- резус-отрицательную одногруппную с кровью ребёнка эритроцитарную массу и плазму, но возможно использование плазмы АВ(IV) группы крови.
- резус-отрицательную эритроцитарную массу 0(I) группы крови и одногруппную или АВ (IV) плазму.

При равной вероятности резус-несовместимости и конфликта по системе АВО, а также после внутриутробных гемотрансфузий для заменного переливания крови используют:

- донорскую кровь, не имеющую «конфликтного» фактора.
- эритроцитарную массу 0(1) группы, совпадающую по резус-фактору с эритроцитами ребёнка и одногруппную или АВ (IV) плазму.
- резус-отрицательную одногруппную с кровью ребёнка эритроцитарную массу и плазму, но возможно использование плазмы АВ(IV) группы крови.
- резус-отрицательную эритроцитарную массу 0(I) группы крови и одногруппную или АВ (IV) плазму.

При каком уровне гемоглобина венозной крови при рождении проводят раннее ОЗПК:

- ниже 120 г/л
- 130 г/л
- 120 г/л
- 150 г/л

Врожденные пороки сердца - это:

- энзимопатия
- фетопатия
- эмбриопатия
- аутоиммунный процесс

В какие сроки эмбрионального развития происходит формирование сердца и крупных сосудов:

- на 1 неделе эмбрионального развития
- на 3-7 неделе эмбрионального развития
- на 9 неделе эмбрионального развития
- на 10 неделе эмбрионального развития

Какой врожденный порок сердца протекает с легочным недокровооток (обеднением малого круга кров):

- Коарктация аорты
- открытый артериальный проток
- тетрада Фалло
- дефект межпредсердной перегородки

Каковы признаки легочной гиперволемии:

- Влажные хрипы над областью легких, кашель, акцент II тона над легочной артерией, усиление легочного рисунка на рентгенограмме, выбухание дуги легочной артерии
- Одышка при физической нагрузке, ослабление II тон над легочной артерией, обеднение легочного рисунка на рентгенограмме, западение дуги легочной артерии
- Выраженная одышка с рождения, цианоз, систолический шум в области верхушки сердца
- Одышка инспираторная, осиплость голоса, тахикардия, бледность кожи.

Каковы признаки пороков с недоокровотоком (обеднением) по малому кругу кровообращения:

- Бледность кожных покровов, одышка, тахикардия, обмороки (syncope)
- Одышка, ослабление II тона над легочной артерией, обеднение легочного рисунка на рентгенограмме, западение в области дуги легочной артерии
- Артериальная гипертензия, одышка с рождения, жесткое дыхание.
- Одышка, частые пневмонии, акцент II тона над легочной артерией, усиление легочного рисунка на рентгенограмме

Выберите порок сердца с обеднением (недоокровотоком) большого круга кровообращения:

- Дефект межжелудочковой перегородки
- Тетрада Фалло
- Коарктация аорты
- Стеноз легочной артерии

При каком заболевании отмечается ослабление пульса на бедренной артерии:

- Гипертоническая болезнь
- Коарктация аорты
- Геморрагический васкулит
- Открытый артериальный проток

Форма сердца в виде "башмачка" на рентгенограмме наблюдается при:

- Тетраде Фалло
- Дефекте межжелудочковой перегородке.
- Открытом артериальном протоке
- Дефекте межпредсердной перегородки

Назовите пути компенсации при ВПС с обогащением малого круга:

- Развитие полицитемии,
- Снижение периферического сопротивления сосудов,
- Развитие аорто-легочных коллатералей,
- Гипертрофия миокарда левого желудочка.

С целью закрытия открытого артериального протока у недоношенных первых 7 дней жизни назначают:

- индометацин через рот
- внутривенно простогландин E

- внутривенно ибупрофен
- парцетамол в свечах

Первые клетки крови во внутриутробном периоде появляются в возрасте:

- 3–4 недель;
- 3–4 месяцев;
- 6 месяцев
- 7 месяцев.

Какой вид гемоглобина преимущественно содержится в крови новорожденных:

- HbF;
- HbA;
- HbP.
- HbM

Где преимущественно образуются эритроциты у плода в 20 недель гестации:

- Желточный мешок;
- печень, селезенка;
- тимус, лимфоузлы;
- красный костный мозг.

Объем циркулирующей крови у доношенного новорожденного составляет:

- 60–70 мл/кг;
- 70–80 мл/кг;
- 80–90 мл/кг;
- 100-120 мл/кг.

Разрушение оболочки эритроцитов и выход гемоглобина в плазму называется:

- гемолизом;
- гемосидерозом;
- гемопоэзом;
- фагоцитозом.

Уровень гемоглобина сразу после рождения у здоровых детей составляет:

- 100–120 г/л;
- 120–140 г/л;
- 180–220 г/л;
- 240-280 г/л.

Критерием анемии (в капиллярной крови) на первой неделе жизни ребенка является уровень гемоглобина ниже:

- 180 г/л;
- 160 г/л;
- 140 г/л;
- 120 г/л.

Критерием анемии (в капиллярной крови) на первой неделе жизни ребенка является уровень гематокрита ниже:

- 0,60;
- 0,50;

- 0,38;
- 0,25.

В каком триместре беременности особенно интенсивно в организме плода накапливается железо:

- первом;
- втором;
- третьем;
- в течение всей беременности.

Признаком внутрисосудистого гемолиза является:

- повышение непрямого билирубина;
- ретикулоцитоз;
- повышение свободного гемоглобина плазмы;
- повышение цветового показателя.

Главное звено патогенеза первой стадии острой постгеморрагической анемии:

- повреждение сосуда;
- уменьшение ОЦК;
- снижение содержания эритроцитов в крови;
- дефицит железа;
- гипоксия гемического типа.

Основной лабораторный критерий гемолиза:

- анемия;
- полицитемия;
- ретикулоцитоз;
- тромбоцитоз;

Наиболее значимыми признаками гемолиза являются:

- анемия + тромбоцитопения;
- повышение цветового показателя;
- анемия + ретикулоцитоз + повышение уровня непрямого билирубина;
- полицитемия+тромбоцитоз.

Гемолитическая болезнь новорожденного обусловлена:

- внутриутробной инфекцией;
- иммунологическим конфликтом;
- нарушением конъюгации билирубина;
- гемоглобинопатией.

В патогенезе гемолитической болезни новорожденного основное значение имеет:

- образование антител в материнском организме;
- отсутствие антител в материнском организме;
- образование антител в организме плода;
- уменьшение продукции эритропоэтина.

При наследственном сфероцитозе осмотическая резистентность эритроцитов:

- увеличивается;
- снижается;

- не изменяется;
- не определяется.

У новорожденного причиной дефицита железа не является:

- дефицит железа у беременной;
- нарушение трансплацентарного пассажа железа;
- недоношенность;
- разрушение эритроцитов, содержащих фетальный гемоглобин.

Тест Клайнхауера–Бетке назначают для подтверждения:

- фето-материнской трансфузии;
- фето-фетальной трансфузии;
- внутричерепного кровоизлияния;
- гемолитической анемии.

Тест Клайнхауера–Бетке основан на феномене:

- щелочной резистентности HbP;
- щелочной резистентности HbF;
- щелочной резистентности HbA;

Лабораторным признаком фето-фетальной трансфузии является разница в концентрации гемоглобина у пары «близнец–донор» и «близнец–реципиент»:

- более 10 г/л;
- более 30 г/л;
- более 50 г/л;
- более 70 г/л.

Лабораторный критерий, не характерный для талассемии:

- снижение сывороточного железа;
- повышение фетального гемоглобина;
- выявление аномальных гемоглобинов при электрофорезе;
- гипохромная анемия.

Развитие геморрагического синдрома у новорожденных с атрезией желчных ходов связано:

- с поражением паренхимы печени и снижением синтеза факторов свертывания крови
- с отрицательным влиянием желчных кислот на функцию тромбоцитов
- с повышением проницаемости капилляров
- с нарушением всасывания в кишечнике витамина К

Какой из перечисленных врожденных пороков сердца проявляется выраженным цианозом сразу после рождения:

- дефект межжелудочковой перегородки
- тетрада Фалло
- транспозиция магистральных сосудов
- открытый артериальный проток

При фиброэластозе чаще всего поражается:

- левый желудочек сердца
- левое предсердие сердца

- правый желудочек сердца
- правое предсердие сердца

На какой срок назначается гормональная терапия после выведения ребенка из кризиса надпочечниковой недостаточности при адреногенитальном синдроме:

- на 1 месяц
- на 3 месяца
- на 6 месяцев
- пожизненно

Какой симптом является патогномоничным для адреногенитального синдрома у новорожденной девочки:

- рвота с рождения
- гинекомастия
- вирильные наружные гениталии с пигментацией
- мраморный рисунок кожи

Какой вариант нарушений КОС характерен для криза надпочечниковой недостаточности при адреногенитальном синдроме:

- метаболический ацидоз
- метаболический алкалоз
- дыхательный ацидоз
- дыхательный алкалоз

Что является самой частой причиной развития острой сосудистой недостаточности у новорожденных детей:

- асфиксия
- гемолитическая болезнь
- врожденные пороки сердца
- фиброэластоз

Причиной вторичного рецидивирующего омфалита является:

- фунгус пупочной ранки
- неполный инфицированный свищ пупка
- флегмона пупка
- "кожный пупок"

Можно ли поставить диагноз болезни Риттера сразу после рождения ребенка:

- нет
- да
- только при "пузырном заносе" у матери
- только при массивном инфицировании плода в родах

Какие электролитные нарушения характерны для криза надпочечниковой недостаточности при врожденной гиперплазии коры надпочечников:

- гипернатриемия и гипокалиемия
- гипернатриемия и гиперкалиемия
- гипонатриемия и гиперкалиемия
- гипонатриемия и гипокалиемия

Как врожденная гиперплазия коры надпочечников связана с полом:

- заболевание чаще встречается у мальчиков
- заболевание чаще встречается у девочек
- заболевание встречается с одинаковой частотой у мальчиков и у девочек
- сольтеряющая форма адреногенитального синдрома встречается только у девочек

Самой частой патологией органов мочевыделительной системы у новорожденных детей является:

- опухоль Вильямса
- гломерулонефрит
- гидронефроз
- инфекция мочевыводящих путей

Клинические симптомы геморрагической болезни новорожденных обычно появляются:

- сразу после рождения
- на 2-3-й день жизни
- к 7-му дню жизни
- на 2-й неделе жизни

В клинической картине герпетического гепатита у новорожденных помимо желтухи на первый план выступают симптомы:

- диареи
- рвоты
- геморрагического диатеза
- анорексии

Укажите наиболее опасный источник вирусной инфекции в родильном доме:

- больные ОРВИ беременные или родильницы
- больной ОРВИ персонал
- больные дети в инкубационном периоде
- больные дети со стертыми формами заболевания

Показатель минимальной перинатальной смертности на современном этапе составляет:

- 2-3 на 1000
- 5-6 на 1000
- 7-8 на 1000
- 10-15 на 1000

Средняя частота реинфекции в боксированных отделениях составляет:

- 1-3%
- 4-8%
- 10-20%
- 30-40%

Показанием для перевода новорожденного ребенка из родильного дома в детскую больницу является:

- инфекционное заболевание
- тяжелая гипотрофия
- подозрение на наследственную патологию
- все перечисленное

Показания к переводу новорожденного из родильного дома в детский стационар определяет:

- заведующий отделением новорожденных родильного дома
- главный врач родильного дома
- заведующий отделением новорожденных стационара
- главный врач стационара

Средняя частота реинфекции в небоксированных отделениях составляет:

- 2-10%
- 12-20%
- 21-28%
- 30-35%

Детские кроватки в палатках для новорожденных родильных домов должны располагаться на расстоянии не менее:

- 0,5 м друг от друга
- 1,2 м
- 1,5 м
- 2 м

Первое место в структуре причин младенческой смертности принадлежит:

- инфекционным заболеваниям
- заболеваниям органов дыхания
- заболеваниям перинатального периода
- врожденным порокам

Источником внутрибольничной инфекции в отделениях патологии новорожденных и недоношенных детей являются:

- больные дети
- матери в инкубационном периоде инфекционного заболевания
- бациллоносители среди персонала
- все перечисленные группы

Бактериологический контроль в акушерских стационарах должен проводиться:

- не менее 1 раза в месяц
- не менее 1 раза в два месяца
- не менее 1 раза в три месяца
- не менее 1 раза в шесть месяцев

Относительная влажность воздуха в палатах для новорожденных родильного дома должна быть:

- 20-30%
- 40-50%
- 55-60%
- 70-80%

Для проведения плановой дезинфекции акушерский стационар должен закрываться:

- не менее 1 раза в год
- не менее 2 раз в год
- не менее 1 раза в квартал

- не менее 1 раза в 2 года

Заключительная обработка боксов в отделении патологии и выхаживания недоношенных детей должна проводиться:

- каждые 3-5 дней
- каждые 6-8 дней
- каждые 10-12 дней
- каждые 14-15 дней

Для совместного пребывания матери и ребенка предназначаются:

- одноместные боксы
- двухместные боксы
- одно- или двухместные полубоксы
- одно- или двухместные боксы или полубоксы

Как часто должна производиться смена инкубатора при лечении недоношенного ребенка в родильном доме:

- 1 раз в 3 дня
- 1 раз в неделю
- 1 раз в 10 дней
- 1 раз в 2 недели

Новорожденного ребенка с признаками инфекции из физиологического отделения следует:

- оставить на месте и назначить лечение
- перевести в обсервационное отделение
- в зависимости от тяжести инфекционного процесса решается индивидуально
- вывести из акушерского стационара

Основной причиной перинатальной гибели плода (новорожденного) является:

- родовая травма
- асфиксия
- внутриутробная инфекция
- отечная форма гемолитической болезни

Как долго можно хранить в холодильнике сцеженное грудное молоко после пастеризации:

- не более 6 часов
- не более 12 часов
- не более 24 часов
- не более 48 часов

Наиболее целесообразно размещать больных детей в отделении патологии новорожденных:

- в палаты полубоксы
- в одно- и двухместные боксы
- в общую палату
- в профилизованные по заболеванию палаты

Носовые ходы и наружные слуховые проходы у новорожденного ребенка при необходимости обрабатывают стерильными ватными жгутиками, смоченными:

- 2% раствором борной кислоты
- стерильной водой

- стерильным вазелиновым маслом
- слабо-розовым раствором марганцевокислого калия

Молоко от матерей с трещинами сосков и от родильниц обсервационного отделения:

- пастеризуется в течении 10-15 минут
- стерилизуется кипячением
- пастеризуется 5-7 минут
- сбору не подлежит

Какую часть от количества коек послеродового отделения должны составлять койки для новорожденных обсервационного отделения в неспециализированном родильном доме:

- не менее 5%
- не менее 10%
- не менее 20%
- не менее 30%

Перинатальный центр должен обязательно иметь в своей структуре:

- консультативно-диагностический блок
- акушерский блок
- педиатрический блок
- все названные подразделения

Какой должна быть тактика в отношении здоровых новорожденных, находившихся в контакте с больными детьми, при возникновении в роддоме группового инфекционного заболевания:

- перевести в обсервационное отделение
- выписать домой после взятия посевов и сообщить в поликлинику
- перевести в отделение патологии новорожденных
- все ответы правильные

Об эффективности дезинфекционных мероприятий в акушерских стационарах судят:

- по отсутствию в смывах золотистого стафилококка
- по отсутствию в смывах энтеробактерий
- по отсутствию в смывах синегнойной палочки
- по отсутствию в смывах всех перечисленных микроорганизмов

Вакцинация БЦЖ детей, перенесших внутриутробный сепсис, после осмотра иммунолога, проводится через:

- 10 дней
- 30 дней
- по индивидуальному графику
- 12 месяцев

При пастеризации гибнут:

- все вегетативные формы микробов
- большинство вегетативных форм
- все споры
- большинство спор

В течение какого времени подвергается обработке грудное молоко при пастеризации:

- 2-3 мин с момента закипания воды в бане
- 5-7 мин с момента закипания воды в бане
- 7-10 мин с момента закипания воды в бане
- 15-20 мин с момента закипания воды в бане

Для соблюдения цикличности палаты новорожденных в физиологическом отделении родильного дома должны заполняться в течение не более:

- 1 суток
- 2 суток
- 3 суток
- 4 суток

Профилактику внутрибольничных инфекций в отделениях патологии новорожденных наиболее полно обеспечивает:

- соблюдение цикличности заполнения палат
- регулярная смена халатов персонала
- правильная обработка рук персоналом
- адекватная текущая обработка палат

Укажите самый частый путь заражения новорожденных детей грибком:

- через руки персонала
- через соски
- при прохождении через влагалище во время родов
- через инфицированные соски грудных желез матери

При подозрении на кишечную инфекцию у недоношенного ребенка, находящегося в отделении новорожденных родильного дома, его следует перевести:

- в наблюдательное отделение родильного дома
- в инфекционное отделение детской больницы
- в боксированное отделение инфекционной больницы
- в отделение патологии и выхаживания недоношенных детей

Какова основная эпидемиологическая локализация госпитальных штаммов стафилококка в организме человека:

- на коже
- на слизистой носоглотки
- в области промежностей
- на слизистой носовых ходов

От качества работы какого лечебного учреждения в основном зависит дальнейшее снижение перинатальной смертности при низком ее уровне:

- родильного дома
- отделения патологии новорожденных
- женской консультации
- отделения реанимации

Для проведения ремонта, дезинфекционных и санитарных мероприятий отделения новорожденных в больницах должны закрываться:

- 1 раз в год

- 2 раза в год
- ежеквартально
- только по особым показаниям

Критерием мертворождения является:

- отсутствие дыхания, сердцебиения, спонтанного движения мышц, пульсации пуповины при рождении
- отсутствие сердцебиения в первые 20 минут после рождения
- отсутствие реакции зрачков на свет через 20 минут после рождения
- отсутствие сердцебиения и дыхания при рождении

Обработка рук персонала в отделениях патологии новорожденных и недоношенных детей производится:

- 0.5% раствором хлорамина
- жидким мылом в проточной воде
- щеткой и туалетным мылом
- 0.5% спиртовым раствором хлоргексидина

Каковы основные пути передачи внутрибольничной инфекции:

- через руки персонала
- через продукты питания
- через белье
- через предметы ухода

В течении первого года жизни недоношенный ребенок должен осматриваться неврологом:

- каждый месяц
- каждые 2-3 месяца
- каждые 4-5 месяцев
- в возрасте 1 месяца, затем не реже 2 раз в год

Влажная уборка палат в отделениях патологии новорожденных и недоношенных детей должна проводиться не реже:

- 1 раза в сутки
- 2 раз в сутки
- 3 раз в сутки
- 4 раз в сутки

Полезная площадь на одного ребенка в отделении патологии и выхаживания недоношенных детей должна составлять не менее:

- 3 кв.м
- 4 кв.м
- 5 кв.м
- 6 кв.м

Среди перечисленных причин гибели новорожденных в раннем неонатальном периоде самой частой является:

- родовая травма
- синдром дыхательных расстройств
- гемолитическая болезнь новорожденных
- внутриутробные инфекции

Противопоказанием для перевода в отделение реанимации являются:

- множественные пороки развития, несовместимые с жизнью
- необратимые поражения головного мозга
- терминальная стадия неизлечимой болезни
- все ответы правильные

Доминирующей флорой в отделениях патологии новорожденных и выхаживания недоношенных детей является:

- стрептококк
- грамотрицательная флора
- вирусы
- грибки

Санитарная норма площади на 1 койку новорожденного в физиологическом отделении родильного дома составляет:

- 1 кв.м
- 2 кв.м
- 3 кв.м
- 4 кв.м

Из какого расчета целесообразно планировать количество коек в отделениях 2-го этапа выхаживания недоношенных детей:

- 100 коек на 1000 преждевременных родов в год
- 80 коек на 1000 преждевременных родов в год
- 50 коек на 1000 преждевременных родов в год
- 40-45 коек на 1000 преждевременных родов в год

Какая температура воздуха должна поддерживаться в палатах для новорожденных физиологического отделения родильного дома:

- не ниже 18-21 С
- не ниже 21-24 С
- не ниже 23-27 С
- не ниже 28-30 С

Санитарная норма площади на 1 койку новорожденного в наблюдательном отделении и в палатах интенсивной терапии родильного дома составляет:

- 1,5 кв.м
- 2,0 кв.м
- 4,5 кв.м
- 6,0 кв.м

Площадь палаты на 1 реанимационную койку для новорожденного должна быть не менее:

- 4 кв.м
- 6 кв.м
- 9 кв.м
- 12 кв.м

Противопоказанием к вакцинации новорожденных против туберкулеза в родильном доме является:

- масса тела при рождении менее 2000 г
- пиодермия
- гемолитическая болезнь новорожденных
- все ответы правильные

При оценке показателей младенческой смертности не учитывается показатель:

- мертворождаемости.
- ранней неонатальной смертности.
- поздней неонатальной смертности.
- постнеонатальной смертности.

Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку не включает:

- родоразрешение путем операции кесарево сечения.
- отказ от грудного вскармливания.
- проведение противовирусной терапии.
- изоляция ребенка от больной матери.

Транспортировка тяжелого недоношенного новорожденного из родильного зала в отделение реанимации новорожденных целесообразно проводить:

- медицинской сестрой на руках.
- врачом-неонатологом на руках.
- врачом-неонатологом на каталке.
- врачом-реаниматологом в транспортном инкубаторе.

При выявлении у новорожденного ребенка врожденного порока развития, требующего экстренного оперативного лечения целесообразно:

- оставить ребенка в родильном доме и вызвать хирурга.
- перевести в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных.
- перевести в отделение патологии новорожденных.
- перевести в хирургическое отделение.

Врач, выявивший случай ВБИ у новорожденного обязан:

- сообщить заведующему отделением.
- информировать врача-эпидемиолога.
- регистрировать случай в журнале учета инфекционных заболеваний.
- все ответы правильные.

Штатное расписание врачей в отделении патологии новорожденных составляется из расчёта:

- 1 ставка на 8 новорожденных.
- 1 ставка на 10 новорожденных.
- 1 ставка на 15 новорожденных.
- 1 ставка на 25 новорожденных.

Смена спец. одежды медицинским персоналом неонатального профиля осуществляется:

- по желанию медицинского работника.
- ежедневно и по мере загрязнения.
- 2 раза в неделю и по мере загрязнения.
- все ответы правильные.

Минимальное количество коек для отделения реанимации новорожденных в неонатальном стационаре:

- 3-5 коек.
- 6-8 коек.
- 10-12 коек.
- 18-20 коек.

Проведение скрининга на наследственные заболевания в родильном доме не включает:

- фенилкетонурию.
- болезнь Дауна.
- адреногенитальный синдром.
- врожденный гипотиреоз.

В случае отказа родителей новорожденного в родильном доме от родительских прав, ребенка целесообразно:

- перевести в дом ребенка.
- перевести в отделение патологии новорожденных.
- перевести в детское отделение.
- отдать в приёмную семью.

Проведение офтальмологического скрининга ребенку с экстремально низкой массой тела целесообразно проводить не позднее:

- 2 недель с момента рождения.
- 4 недель с момента рождения.
- 6 недель с момента рождения.
- 8 недель с момента рождения.

Охват новорожденных детей в родильном доме первичным аудиологическим скринингом должен быть не менее:

- 70-75%.
- 75-80%.
- 85-90%.
- 90-95%.

Определяющим в диагностике степени недоношенности является:

- срок беременности
- масса тела
- рост
- степень зрелости

Период адаптации к внеутробной жизни у недоношенных новорождённых завершается:

- к концу 1-го месяца жизни.
- к концу 2-го месяца жизни.
- к 21 дню жизни.
- к 14 дню жизни.

Формирование микробиоценоза кишечника недоношенного ребёнка:

- завершается к исходу неонатального периода.
- не завершается к исходу неонатального периода.

- завершается к 14 дню жизни.
- не отличается от доношенных детей.

Реакции недоношенных детей на различные раздражения:

- реакция не выражена, избирательна.
- отличаются генерализованностью, иррадиацией процесса возбуждения.
- не отличается от доношенных.
- реакции на любой раздражитель угнетены.

У недоношенных детей проницаемость гематоэнцефалического барьера:

- повышена.
- понижена.
- индивидуальна для каждого ребёнка
- не отличается от доношенных.

Недоношенные дети:

- легко перегреваются.
- легко охлаждаются.
- легко как охлаждаются, так и перегреваются.
- хорошо удерживают тепло.

Периодическое дыхание у недоношенных детей может сохраняться:

- до 3-месячного возраста.
- до 28 дней жизни.
- первую неделю жизни.
- до 14 дней жизни.

Артериальное давление у недоношенных:

- систолическое — 50-80 мм рт.ст., диастолическое — 20-30 мм рт.ст.
- систолическое — 30-40 мм рт.ст., диастолическое — 15-20 мм рт.ст.
- систолическое — 85-100 мм рт.ст., диастолическое — 40-50 мм рт.ст.
- не отличается от АД доношенных детей.

Транзиторное нарушение метаболизма миокарда у недоношенных:

- наблюдают в течение 2-3 нед.
- первые сутки жизни.
- до 38 нед. постконцептуального возраста.
- первые 3 месяца жизни.

Формирование координации сосательного, глотательного и дыхательного рефлексов у недоношенных детей:

- сформировано при любом сроке гестации к моменту рождения.
- начинается к 32-й неделе гестации.
- начинается к 28 неделе гестации.
- начинается к 38 неделе гестации.

Для желудочно-кишечного тракта недоношенных характерно:

- преобладание тонуса кардиального сфинктера над пилорическим.
- преобладание тонуса пилорического сфинктера над кардиальным.

- снижение тонуса пилорического сфинктера.
- повышение тонуса кардиального сфинктера.

Для желудочно-кишечного тракта недоношенных характерно:

- повышенное содержание соляной кислоты в составе желудочного сока до 32-й недели гестации.
- отсутствие соляной кислоты в составе желудочного сока до 32-й недели гестации.
- индивидуальный для каждого новорожденного состав желудочного сока.
- состав желудочного сока не отличается от доношенных детей.

Для желудочно-кишечного тракта недоношенных характерно:

- повышение перистальтики.
- снижение перистальтики.
- отсутствие перистальтики.
- нет отличия от доношенных детей.

Транзиторная потеря массы тела недоношенных:

- до 10-14%.
- 0%
- 3-6%
- 15-20%

У недоношенных при рождении:

- более высокие величины концентрации витамина К, витамин К-зависимых факторов свертывания крови.
- более низкие величины концентрации витамина К, витамин К-зависимых факторов свертывания крови.
- равные доношенным величины концентрации витамина К, витамин К-зависимых факторов свертывания крови.
- концентрации витамина К, витамин К-зависимых факторов свертывания крови не отличаются от показателей взрослых.

Активность лактазы у недоношенных детей по сравнению с доношенными:

- снижена
- повышена
- одинакова
- индивидуальна, зависит от сопутствующей патологии.

Какая температура должна быть в род.зале при преждевременных родах:

- не ниже 28С
- 30-32С
- не ниже 25С
- 20-24С

Отличается ли объём мероприятий по профилактике гипотермии у детей, родившихся до завершения 28 недели гестации:

- не отличается.
- пластиковую плёнку в настоящее время не используют.
- зависит только от веса ребёнка.
- обязательное использование пластиковой плёнки (пакета).

Методика СРАР в качестве самостоятельного метода респираторной поддержки у недоношенных детей применяется в случае:

- у недоношенных не применяется.
- при потребности в оксигенации более 50-60%.
- с профилактической целью с первых минут жизни у новорожденных 27-32 недель.
- при нарастании дыхательных нарушений в динамике.

Критерием неэффективности СРАР как стартового метода респираторной поддержки следует считать:

- нарастание дыхательных нарушений в динамике в течение 10-15 минут, потребность в оксигенации более 50-60%.
- потребность в оксигенации до 50%.
- отсутствие динамики дыхательных нарушений в динамике в течение 10-15 минут.
- потребность в оксигенации не менее 60%.

Основные показатели степени эффективности ИВЛ у недоношенных в родильном зале:

- возрастание ЧСС более 100 уд/мин.
- экскурсия грудной клетки.
- цвет кожных покровов.
- данные КЩС.

Оценка адекватности оксигенотерапии недоношенных в род. зале:

- по данным КЩС
- мониторинг показателей ЧСС и SaO₂ методом пульсоксиметрии.
- по цвету кожных покровов.
- мониторинг показателей ЧД и ЧСС.

Обязательное условие применения пупочного катетера:

- рентгенологическая верификация положения катетера в течении 1 часа.
- рентгенологическая верификация положения катетера в течении 1 суток.
- функционирование не более 24 часов.
- рентгенологическая верификация положения катетера до его удаления.

Основная причина повышенной потребности в жидкости у детей с ЭНМТ в первые дни жизни:

- повышение влажности окружающего воздуха.
- большая величина неощутимых потерь жидкости.
- понижение влажности окружающего воздуха.
- повышение диуреза.

Величина неощутимых потерь жидкости у недоношенных детей снижается:

- при повышении влажности окружающего воздуха.
- по мере созревания барьерной функции кожи.
- при понижении влажности окружающего воздуха.
- при понижении температуры окружающего воздуха.

Дотацию аминокислот детям в стабильном состоянии с ЭНМТ и ОНМТ:

- начинают в 1 сутки в стартовой дозе 1,5-2 г/кг/сут.
- начинают не ранее 3 суток в стартовой дозе 1,5-2 г/кг/сут.

- начинают в 1 сутки в стартовой дозе 4 г/кг/сут.
- начинают не ранее 3 суток в стартовой дозе 1 г/кг/сут.

Абсолютные противопоказания для инфузии аминокислот:

- возраст первых суток жизни.
- шок, ацидоз рН менее 7,2
- наличие энтерального кормления.
- экстремально низкая масса тела ребёнка.

Дотацию жира детям в стабильном состоянии с ЭНМТ и ОНМТ:

- начинают в 1-3 сутки в стартовой дозе 1 г/кг/сут.
- начинают не ранее 3 суток в стартовой дозе 2 г/кг/сут.
- начинают в 1 сутки в стартовой дозе 4 г/кг/сут.
- начинают на 7 сутки в стартовой дозе 1 г/кг/сут.

Энтеральное питание у детей с ЭНМТ начинают:

- в первые 24 часа жизни не более 5-25 мл/кг/сут.
- показано только парентеральное питание в первую неделю жизни.
- объём в первые 24 часа не более 1-3 мл/кг/сут.
- энтеральное кормление с 3 суток жизни.

Противопоказания к раннему энтеральному питанию у недоношенных детей:

- шок, желудочное кровотечение, подозрение на порок развития ЖКТ.
- возраст первых суток жизни.
- проведение парентерального питания.
- отсутствие сосательного рефлекса.

Необходимое условие использование нативного молока у детей с ОНМТ и ЭНМТ:

- замещение полного объёма кормления.
- мультикомпонентное обогащение.
- максимальная убыль массы тела не более 14%.
- отсутствие желудочное кровотечение.

Применение смеси на основе гидролиза белка в питании детей с ОНМТ и ЭНМТ:

- имеет преимущества.
- допустимо в специальных продуктах для недоношенных детей.
- необходимо в первые дни жизни.
- имеет абсолютные противопоказания.

Срок начала осмотра офтальмологом недоношенного ребёнка:

- в первые дни жизни.
- в 28 дней жизни.
- на 31-32 неделе постконцептуального возраста (3-4 неделе жизни).
- на 34-36 неделе постконцептуального возраста.

Наиболее часто причиной гипербилирубинемии у недоношенных детей является:

- гемолитическая болезнь новорожденных
- незрелость печени
- неонатальный гепатит

- внутриутробные инфекции

Дефицит массы тела у недоношенных детей с внутриутробной гипотрофией II степени составляет:

- 5-10%
- 10-15%
- 20-30%
- 35-40%

Основной причиной развития бронхолегочной дисплазии является:

- аспирация мекония
- рассеянные ателектазы
- бактериальная пневмония
- токсическое действие кислорода

Какова разница между окружностью головы и груди у недоношенных детей в норме:

- окружность головы и груди одинакова
- окружность головы меньше на 1-2 см
- окружность головы больше на 3-4 см
- окружность головы меньше на 3-4 см

Физиологическая эритема у недоношенного ребенка имеет следующие особенности:

- более раннее начало
- более длительная
- выражена слабее, чем у доношенного
- выражена сильнее, чем у доношенного

Какие особенности имеет первоначальная потеря массы тела у недоношенных детей:

- более раннее начало падения массы
- падение массы тела до 16 %
- 2-3-хдневное плато на уровне максимальной потери массы
- усиленная мышечная гипотония в период максимальной потери массы

Физиологическая желтуха у недоношенных детей имеет следующие особенности:

- более раннее начало
- более выраженная желтушность кожи при аналогичном уровне билирубина
- более длительное течение
- более позднее появление

Калорийная потребность на кг массы у недоношенного ребенка 5 дней жизни:

- 75 ккал/кг
- 50 ккал/кг
- 100 ккал/кг
- 135 ккал/кг

Укажите суточный объем питания недоношенного ребенка, родившегося с массой 2000 г в возрасте 5 суток:

- 60 мл
- 100 мл
- 150 мл
- 220 мл
- 300 мл

Через зонд следует кормить недоношенного ребенка:

- с пневмопатией
- внутриутробно инфицированного
- с плохой прибавкой массы тела
- при отсутствии координации сосательного и глотательного рефлексов

К груди можно приложить в первые сутки жизни недоношенного ребенка:

- без признаков интеркуррентных заболеваний
- без признаков внутриутробного инфицирования
- с массой тела более 2000 г при оценке по шкале Апгар 7 баллов и выше
- при хороших сосательном и глотательном рефлексах
- при достаточном количестве молока у матери

При помощи соски следует кормить недоношенного ребенка:

- родившегося при сроке гестации 30 недель
- при выявлении признаков внутриутробного инфицирования
- с массой более 1250 г
- при хорошей прибавке массы тела
- при появлении признаков усталости у недоношенного ребенка на грудном вскармливании

Физиологическая прибавка длины тела у недоношенных детей за один месяц в 1-ом полугодии жизни составляет в среднем:

- 0 - 3 см
- 2,5 - 5 см
- 5 - 7 см
- 8- 10 см

Для сепсиса у недоношенных детей типично:

- локальные гнойные поражения кожи и подкожной клетчатки
- фебрильная гектическая лихорадка
- доминирования признаков острого токсикоза
- развитие остеомиелита
- вялое, затяжное течение

Для клиники пневмонии у недоношенных детей характерны следующие признаки:

- доминирование в клинике общих симптомов проявлений дыхательной недостаточности
- выраженные явления лихорадки
- нейротоксикоз
- геморрагический симптом

Потребность в белке у недоношенного ребенка, родившегося с массой тела менее

1000 г составляет:

- 1,5 – 2 г/кг/сут
- 2,5-3 г/кг/сут
- 3-3,5 г/кг/сут
- 4-4,5 г/кг/сут

Потребность в жирах у недоношенного ребенка составляет:

- 1,5 – 2,5 г/кг/сут
- 3-4,5 г/кг/сут
- 6-6,5 г/кг/сут
- 7-8 г/кг/сут

Показанием к заменному переливанию крови при ГБН желтушной формы не является:

- снижение гемоглобина ниже 120 г/л в пуповинной крови
- клиника тяжелой формы заболевания
- содержание билирубина непрямого в пуповинной крови выше 68 мкмоль/л
- снижение содержания сахара крови ниже 2 мкмоль/л

В терапию врожденного гипотиреоза не включают:

- Витамины группы В
- Тиреоидин
- Ноотропы
- Мерказолил

Терапию геморрагического синдрома новорожденному следует начать с:

- переливания нативной плазмы
- переливания цельной крови
- переливания эритроцитарной массы
- переливания свежезамороженной плазмы

С какого возраста можно применять общий массаж и ЛФК у новорожденных с интранатальной спинальной травмой:

- 7-10 дней
- 10-14 дней
- 15-20 дней
- 3-4 недели

Иммобилизацию шейного отдела позвоночника у новорожденных с интранатальной спинальной травмой в родильном доме следует осуществлять с помощью:

- гипсового воротника
- ватно-марлевого валика
- жесткого корсета
- кровати из поливика

Адекватным методом лечения анемии, обусловленной гемолитической болезнью новорожденных, является:

- назначение препаратов железа
- стимуляция эритропоэза в костном мозге (витамин В12)
- переливание эритроцитарной массы
- назначение фолиевой кислоты, рационального вскармливания и ухода

Абсолютным показанием к переливанию эритромаcсы у новорожденного ребенка в первые сутки жизни является уровень гемоглобина равный:

- 130 г/л
- 100 г/л
- 90 г/л
- 70 г/л

Методом выбора в лечении железодефицитной анемии средней тяжести у ребенка первого года жизни с удовлетворительной адаптацией к низким цифрам гемоглобина является:

- оральная ферротерапия
- парентеральное введение препаратов железа
- переливание эритромаcсы
- диетотерапия

Показана ли антибактериальная терапия новорожденному с ограниченной формой везикулопустулеза:

- не показана
- показана при сочетании везикулопустулеза с гипотрофией
- показана при сочетании везикулопустулеза с желтухой
- показана во всех случаях

Проведение фототерапии недоношенным детям может осложняться:

- появлением жидкого стула с примесью зелени
- синдромом сгущения желчи
- развитием гемолитической анемии
- присоединением инфекции

Профилактику рахита витамином Д недоношенным детям следует начинать:

- с конца 1-й недели жизни
- с 2-3 недель
- с 4-5 недель
- с 6 недель

С какого возраста следует начинать массаж и гимнастику недоношенным детям с поражением ЦНС:

- с 1-й недели жизни
- со 2-й недели жизни
- с 3-4-й недели жизни
- с 5-6-й недели жизни

Иммобилизация конечности при переломе диафиза плеча у новорожденного ребенка показана в течение:

- 4-6 дней
- 7-10 дней
- 13-15 дней
- 20-25 дней.

На какой срок показана иммобилизация верхней конечности при переломе ключицы у новорожденного ребенка:

- 3-4 дня
- 5-7 дней
- 8-10 дней
- 11-12 дней

Какой день жизни ребенка считается оптимальным для пункции большой кефалогематомы:

- 1
- 3
- 5
- 7

При тяжелых гнойно-воспалительных заболеваниях наиболее целесообразной является следующая комбинация антибиотиков:

- два бактерицидных
- два бактериостатических
- бактерицидный с бактериостатическим
- все ответы правильные

Лечение постгеморрагической анемии включает:

- коррекцию уровня эритроцитов и ОЦК
- коррекцию уровня тромбоцитов
- назначение препаратов железа
- коррекцию водно-солевых нарушений

Выберите тактику ведения новорожденного ребенка при первичной алактазии на естественном вскармливании:

- назначить ферментотерапию и сохранить грудное вскармливание
- уменьшить дозу грудного молока и назначить антибактериальную терапию
- перевести на искусственное вскармливание адаптированными смесями и назначить биопрепараты
- полностью исключить грудное молоко, заменив его на безлактозные смеси

Выберите тактику ведения ребенка при гиполактазии на естественном вскармливании:

- назначить ферментотерапию (лактаза) и сохранить грудное вскармливание
- уменьшить дозу грудного молока и назначить антибактериальную терапию
- перевести на искусственное вскармливание адаптированными смесями и назначить биопрепараты
- полностью исключить грудное молоко, заменив его на безлактозные смеси

Основным в лечении новорожденных с интранатальной травмой шейного отдела позвоночника в родильном доме является:

- иммобилизация головы и шеи
- дегидратация
- физиотерапия
- репозиция смещенных шейных позвонков

Что необходимо предпринять в процессе оказания первичной реанимационной помощи в родильном зале, если новорожденный не дышит после тактильной стимуляции и санации ротоглотки:

- Отсосать содержимое верхних дыхательных путей новорожденного

- Продолжить тактильную стимуляцию
- Обеспечить подачу свободного потока кислорода
- Начать вентиляцию легких под положительным давлением кислородом

После рождения доношенного ребенка во время крика проводились повторные отсасывания изо рта по поводу "чрезмерного выделения секрета". При этом частота сердечных сокращений уменьшилась со 120 до 80 за минуту. Что нужно сделать в этот момент:

- Прекратить отсасывание и повторно определить частоту сердечных сокращений
- Отсосать содержимое носа катетером и повторно определить частоту сердечных сокращений
- Начать непрямой массаж сердца и повторно определить частоту сердечных сокращений.
- Отсосать содержимое желудка и повторно определить частоту сердечных сокращений.

Если новорожденный требует проведения вентиляции под положительным давлением мешком и маской дольше, чем в течение нескольких минут:

- Следует ввести зонд в желудок
- Следует ввести ротовой воздуховод
- Следует ввести адреналин
- Следует вновь придать новорожденному правильное положение

Новорожденному проводили вентиляцию под положительным давлением в течение, примерно, 30 секунд, после чего ЧСС – 55 ударов в минуту. Что делать дальше:

- Провести тактильную стимуляцию
- Начать непрямой массаж сердца и продолжать вентиляцию под положительным давлением
- Провести только непрямой массаж сердца
- Прекратить вентиляцию под положительным давлением

В околоплодных водах доношенного новорожденного выявлен густой меконий. После рождения головки проводится отсасывание изо рта, глотки и носа ребенка. После помещения новорожденного под заранее включенный лучистый обогреватель малыш выглядит бледным, неподвижным и бездыханным. Начальным действием должно быть:

- Обсушивание новорожденного
- Проведение тактильной стимуляции
- Интубация трахеи и отсасывание содержимого нижних дыхательных путей
- в/в введение физраствора.

При координации вентиляции под положительным давлением с компрессиями грудной клетки сколько раз повторяется каждое действие в минуту:

- 40 дыхательных движений, 120 компрессий
- 30 дыхательных движений, 90 компрессий
- 60 дыхательных движений, 120 компрессий
- 20 дыхательных движений, 80 компрессий

Что из следующего описывает правильную глубину надавливания на грудину во время проведения непрямого массажа сердца новорожденного:

- Глубина должна составлять примерно одну треть передне-заднего диаметра грудной клетки
- Глубина должна составлять примерно одну треть дюйма (2,2 см)
- До тех пор, пока вы не ощутите передние части позвонков
- На глубину, при которой мечевидный отросток мог бы отталкиваться от печени

Новорожденный изначально требовал непрямого массажа сердца, но повторное определение ЧСС выявляет 70 ударов в минуту. Что вы должны делать:

- Продолжить проведение непрямого массажа сердца до тех пор, пока ЧСС не превысит 80 ударов в минуту
- Прекратить компрессии; продолжить вентиляцию под положительным давлением с частотой от 40 до 60 дыханий в минуту
- Ввести адреналин
- Сделать попытку кардиоверсии (электрошок на работающем сердце)

Сразу после родов новорожденный синий, без тонуса, не дышит, не реагирует на стимуляцию, а его ЧСС - 40 ударов в минуту. Что из следующего наиболее вероятно восстановит самостоятельный нормальный сердечный ритм:

- Вентиляция под положительным давлением
- Введение адреналина
- Введение атропина
- Введение бикарбоната натрия

Что из следующего является показанием для интубации трахеи:

- Мекониальная окраска околоплодных вод с консистенцией «горохового супа» у активного новорожденного
- Неэффективная или продолжительная вентиляция мешком и маской
- Подозрение на врожденную паховую грыжу
- Ничего из вышеперечисленного

Какова рекомендованная доза адреналина для введения в вену пуповины:

- От 0,1 до 0,3 мл/кг раствора 1:10000
- От 1 до 3 мл раствора 1:10000
- От 0,1 до 0,3 мл раствора 1:1000
- От 1 до 3 мл раствора 1:1000

Какой раствор для лечения острой гиповолемии рекомендуется в настоящее время:

- Физиологический раствор
- Альбумин. ● Раствор Рингера
- 0-отрицательная кровь (проверенная на совместимость с кровью матери, если позволяет время)

Ампициллин используют при лечении:

- сифилиса
- токсоплазмоза
- цитомегалии
- листериоза

При синегнойной пневмонии препаратом выбора является:

- эритромицин
- ампициллин
- пиперациллин
- оксациллин

С дезинтоксикационной целью при сепсисе используют следующие мероприятия:

- плазмоферез

- инфузионную терапию на фоне назначения мочегонных
- переливание свежей гепаринизированной крови
- внутривенное введение нормального человеческого иммуноглобулина для в/в введения

Через гематоэнцефалический барьер хорошо проникают следующие антибиотики:

- ампициллин, эритромицин, левомицетин, цефтриаксон;
- цефазолин (кефзол), цефтриаксон, линкомицин;
- цефтриаксон (роцефин, лонгацеф), левомицетин;
- гентамицин, линкомицин, спиромицин.

Оксигенотерапия пациентам с дуктус-зависимыми врожденными пороками сердца:

- показана низкочастотная оксигенотерапия
- противопоказана
- не влияет на течение порока
- показана только высокочастотная оксигенотерапия

При подозрении на наличие дуктус-зависимого врожденного порока сердца, сопровождающегося тяжелой артериальной гипоксемией, показано назначение:

- мочегонных препаратов;
- сердечных гликозидов;
- простагландина E1;
- оксигенотерапии;

При рождении цианотичного младенца с целью дифференциальной диагностики причины развития цианоза врач может провести:

- тест с атропином;
- гиперокситест;
- тест с обзиданом;
- налоксоном.

С введения какого препарата целесообразно начать купирование приступа суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии:

- новокаиномид в/в;
- амиодарон в/в;
- изоптин в/в;
- аденозин в/в.

Что предпочтительней использовать для купирования гемодинамически нестабильной суправентрикулярной ри-ентри тахикардии:

- лидокаин в/в;
- амиодарон в/в;
- синхронизированная кардиоверсия;
- антагонисты кальция.

Что целесообразно использовать для купирования гемодинамически нестабильной желудочковой тахикардии:

- адреналин в/в;
- аденозин;

- синхронизированная кардиоверсия;
- калия хлорид в/в.

Какие мероприятия необходимо провести при развитии у ребенка напряженного пневмоторакса:

- начать ингаляцию 100% кислорода
- начать методику СДППД
- выполнить однократную пункцию плевральной полости и удалить из нее воздух шприцем
- выполнить плевральную пункцию и наладить активный дренаж плевральной полости

Какую максимальную концентрацию раствора глюкозы можно использовать при проведении парентерального питания через периферические вены:

- 5%
- 10%
- 12.5%
- 20%

Какие из перечисленных растворов противопоказано применять при сольтеряющей форме адреногенитального синдрома:

- растворы, содержащие натрий
- растворы, содержащие калий
- растворы глюкозы
- все перечисленные растворы

Какое максимальное давление в конце вдоха допустимо применять при аппаратной ИВЛ у новорожденных детей:

- 10-15 см вод. ст.
- 20-25 см вод. ст.
- 30-35 см вод. ст.
- 50-60 см вод. ст.

Реанимационные мероприятия при остановке дыхания у новорожденного ребенка начинают:

- с искусственной вентиляции легких
- с восстановления свободной проходимости дыхательных путей
- с внутривенного введения дыхательных analeптиков
- с непрямого массажа сердца

На какой срок назначается гормональная терапия после выведения ребенка из кризиса надпочечниковой недостаточности при адреногенитальном синдроме:

- на 1 месяц
- на 3 месяца
- на 6 месяцев
- пожизненно

Иммобилизация конечности при переломе диафиза плеча у новорожденного ребенка показана в течение:

- 4-6 дней
- 7-10 дней
- 13-15 дней
- 20-25 дней

На какой срок показана иммобилизация верхней конечности при переломе ключицы у новорожденного ребенка:

- 3-4 дня
- 5-7 дней
- 8-10 дней
- 11-12 дней

Основным источником инфекции при ВУИ является:

- мать
- медицинский персонал.
- окружающая среда.
- медицинское оборудование.

Инфекция называется первичной в случае:

- при активизации возбудителя, находившегося до этого в организме в латентном состоянии.
- если организм матери инфицировался данным возбудителем впервые во время беременности.
- при повторном инфицировании (реинфекции).
- любое заболевание в острой фазе.

Наиболее часто инфицирование плода и развитие тяжёлых форм ВУИ отмечают, если:

- во время беременности женщина переносит первичную инфекцию.
- при активизации возбудителя, находившегося до этого у беременной в латентном состоянии.
- при повторном инфицировании матери (реинфекции).
- любое заболевание беременной в острой фазе.

Когда инфицирование плода происходит в период эмбриогенеза, отмечают:

- выкидыши, тяжёлые пороки развития.
- развитие инфекционно-воспалительного процесса с образованием фиброзно-склеротических деформаций.
- как воспалительное повреждение отдельных органов, так и генерализованное поражение.
- клинические проявления не зависят от времени инфицирования.

Когда инфицирование плода происходит в ранний фетальный период:

- развитие инфекционно-воспалительного процесса с образованием фиброзно-склеротических деформаций.
- выкидыши, тяжёлые пороки развития.
- как воспалительное повреждение отдельных органов, так и генерализованное поражение.
- клинические проявления не зависят от времени инфицирования.

«Золотым стандартом» лабораторной верификации ВУИ следует считать:

- комплекс, включающий обязательное использование «прямых» и «непрямых» методов диагностики.
- использование «прямых» методов диагностики (ПЦР, ДНК-гибридизация, иммунофлюоресценция)
- использование «непрямых» (ИФА) методов диагностики.
- серологическое обследование методом «парных сывороток» с интервалом в 2-3 нед.

Важный критерий ВУИ:

- выявление специфических IgM в пуповинной крови и в крови ребёнка первых недель жизни
- выявление специфических АТ IgG в высоких титрах у женщины до беременности.
- выявление специфических АТ IgG в высоких титрах у новорожденного.
- выявление специфических АТ IgG в высоких титрах у ранее необследованной женщины во время беременности.

Подтверждением активного периода врождённой инфекции служит:

- выявление низкоавидных специфических АТ IgG с нарастанием их титров в динамике, параллельном серологическом обследовании матери.
- выявление специфических АТ IgM у женщины во время беременности.
- выявление специфических АТ IgG в высоких титрах у новорожденного.
- выявление специфических АТ IgG в высоких титрах у матери во время беременности.

Роль серологических маркеров острой фазы инфекционного процесса играют:

- IgM и низкоавидные IgG.
- высокоавидные IgG.
- титр IgG.
- снижение титра титра IgG при методе «парных сывороток» с интервалом в 2-3 нед.

Тяжёлые неврологические осложнения при ЦМВ инфекции возможны:

- ЦМВИ, приобретённая во время грудного вскармливания.
- при первичной ЦМВИ у матери.
- ЦМВИ, приобретённая во время родов.
- ЦМВИ, приобретённая после переливания препаратов крови и её компонентов.

При подозрении на неонатальный герпес, а также при высоком риске его развития у новорожденного лечение ацикловиром:

- показано.
- показано после лабораторного подтверждения.
- не показано.
- при наличии высыпаний на коже и слизистых.

К врождённой токсоплазменной инфекции приводит:

- только первичная (обычно бессимптомная) инфекция матери.
- при активизации возбудителя, находившегося до этого у беременной в латентном состоянии.
- при повторном инфицировании матери (реинфекции).
- только при тяжёлом течении инфекции у матери.

Внутриутробная инфекция, для которой типичен конъюнктивит:

- при токсоплазмозе
- при микоплазмозе
- при хламидиозе
- при цитомегалии

Входными воротами инфекции при сепсисе у недоношенных детей чаще всего является:

- кишечник

- легкие
- пупочная ранка
- мацерированная кожа

В полиморфной клинической картине листериоза специфическим симптомом является:

- плотная увеличенная печень
- раннее появление желтухи
- мелкие папулезные элементы на коже и на слизистых
- очень тяжелое общее состояние.

Эпидемическая пузырчатка новорожденных характеризуется:

- возникновением между 3-м и 8-м днями жизни
- локализацией на ладонях и стопах
- появлением пузырей на неизменной коже
- склонностью пузырей к слиянию.

У новорожденных первых 2 недель жизни возбудителем гнойного менингита чаще всего является:

- грамположительная флора
- грамотрицательная флора
- грибы
- все перечисленные возбудители в равной степени.

Пневмония цитомегаловирусной этиологии протекает по типу:

- очаговой
- очагово-сливной
- полисегментарной
- интерстициально.

Ребенку 7 дней, масса 3500, длина 51 см, на коже появились множественные пузырьки от 1 до 3 мм, наполненные сначала прозрачным, потом мутным содержимым. Ваш диагноз:

- потница
- пузырчатка
- везикулопустулез
- множественные абсцессы кожи

Передача токсоплазменной инфекции от матери:

- трансплацентарная
- в раннем послеродовом периоде
- при грудном вскармливании
- восходящий

Ампициллин используют при лечении:

- сифилиса
- токсоплазмоза
- цитомегалии
- листериоза

Остеохондриты могут наблюдаться при:

- гриппе

- вирусном гепатите
- токсоплазмозе
- сифилисе
- листериозе

Интранатальные пневмонии приобретённые при прохождении по родовым путям чаще вызывают:

- вирус простого герпеса
- бледная трепонема
- гемофильная палочка
- стрептококки группы В

Для стафилококковых пневмоний у новорожденных характерно:

- гипотермия
- очаговая пневмония не склонная к абсцедированию
- энцефалит
- метастатические и гнойные очаги в других органах

Для пневмоцистной пневмонии характерны следующие признаки:

- «ватная» рентгенограмма лёгких
- гемолитическая анемия
- ДВС-синдром
- очаговая пневмония не склонная к абсцедированию

При синегнойной пневмонии препаратом выбора является:

- эритромицин
- ампициллин
- пиперациллин
- оксациллин

Для остеомиелита новорожденных характерно:

- распространение лимфогенным путём
- поражение длинных трубчатых костей
- локализация в области диафиза
- судорожный синдром

При флегмоне новорожденного заболевание начинается:

- с появления покраснения, мокнутия кожи
- с генерализованной эритемы
- с появления подкожных узлов размером от нескольких миллиметров до 1-1,5 см багрово-красного цвета
- с появления на коже красного пятна, обычно плотного на ощупь
- с появления на фоне эритематозных пятен пузырьков и пузырей (до 1-го см. в диаметре)

Септико-пиемическая форма сепсиса у новорожденных характеризуется:

- фебрильной гектической лихорадкой
- признаками нарастающего бактериального инфекционного токсикоза при отсутствии метастатических очагов гнойного воспаления
- стёртой симптоматикой очага инфекции на месте входных ворот
- кратковременными подъёмами температуры тела

Для септицемии у новорожденных характерно:

- фебрильная гектическая лихорадка
- одновременно развивающиеся множественные гнойные очаги
- стёртая симптоматика очага инфекции на месте входных ворот
- признаки нарастающего инфекционного токсикоза при отсутствии метастатических очагов гнойного воспаления

Для грамтрицательного сепсиса у новорожденных характерно:

- развитие некротической флегмоны
- склонность к геморрагическим расстройствам
- увеличение печени и селезёнки
- гипертермия

С дезинтоксикационной целью при сепсисе используют следующие мероприятия:

- плазмоферез
- инфузионную терапию на фоне назначения мочегонных
- переливание свежей гепаринизированной крови
- внутривенное введение нормального человеческого иммуноглобулина для в/в введения

Наиболее широко в лечении генерализованного кандидоза используют:

- имипинем
- цефтриаксон
- амфотерицин
- амикацин

Контаминационный, входящий путь инфицирования более характерен при внутриутробной инфекции для:

- токсоплазмы
- листерий
- вируса краснухи
- цитомегаловируса

Септический шок это:

- SIRS-синдром у новорожденного и отсутствие сознания
- Сепсис и диурез менее 1 мл/кг/час более 2 часов
- Сепсис и артериальная гипотония после введения кристаллоидов и коллоидов 20 мл/кг
- SIRS-синдрома и диурез менее 1 мл/кг/ч

Пузырчатка новорожденных характеризуется наличием:

- вялых пузырей
- бугорков
- напряженных пузырей
- многокамерных пузырей с геморрагическим содержимым

Первичным элементом флегмоны новорожденного является:

- вялый пузырь
- эрозия
- пятно с четкими краями
- папула

При гнойно-воспалительных заболеваниях кожи и пупка новорожденных в гемограмме чаще всего отмечается:

- лейкоцитоз
- лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево
- анемия
- агранулоцитоз

Инфекционными заболеваниями кожи и подкожной клетчатки новорожденных являются:

- склерема, адипозонекроз, буллезный эпидермолиз
- везикулопустуллез, некротическая флегмона, эксфолиативный дерматит Риттера
- токсическая эритема, милиа
- буллезный эпидермолиз, ихтиозиформная эритродермия Брока

К инфекционным заболеваниям пупочного канатика, пупочной ранки и пупочных сосудов у новорожденных относятся:

- амниотический пупок, фунгус пупка, свищи желчного и мочевого протоков
- гнойный омфалит, гангрена пупочного канатика, кисты желчного и мочевого протоков
- флегмонозный омфалит, флебит пупочной вены
- тромбартериит, свищ урахуса, омфалоцеле

На внутриутробное инфицирование указывают:

- пиелонефрит у матери, зеленые зловонные околоплодные воды, длительный безводный период
- низкая оценка по Апгар, хронический тонзиллит у матери, зеленые околоплодные воды
- операция кесарево сечение, зеленые околоплодные воды
- операция кесарево сечения, низкая оценка по Апгар, дыхательные расстройства

Ранний сепсис новорожденных – это сепсис, развивший:

- в первые трое суток жизни
- в первые пять суток жизни
- на второй неделе жизни
- после 5 суток жизни

Клинические признаки SIRS-синдрома у новорожденных это:

- апноэ более 15 сек, спленомегалия, частый жидкий стул
- гепатомегалия, желтуха, срыгивания
- желтуха, тахикардия более 160 уд. в мин, гипертермия
- тахикардия более 160 уд. в мин, апноэ более 15 сек, гипотермия

Лабораторные признаки SIRS-синдрома у новорожденных это:

- ускоренное СОЭ, лейкопения, моноцитоз
- лейкопения, тромбоцитоз, эозинофилия
- нейтропения, тромбоцитопения
- моноцитоз, эозинофилия, лейкоцитоз

Диагноз сепсиса ставится при наличии:

- SIRS-синдрома и очага инфекции
- SIRS-синдрома и гепатоспленомегалии
- SIRS-синдрома и желтухи

- синдрома интоксикации, дыхательной недостаточности, локальных изменений в легких

Тяжелый сепсис это:

- SIRS-синдрома у новорожденного и остеомиелит
- сепсис и диурез менее 1 мл/кг/час более 2 часов
- SIRS-синдрома у новорожденного и менингит
- SIRS-синдрома у новорожденного, гнойный омфалит и пневмония

Проводить противотуберкулезную вакцинацию новорожденным с гнойно-воспалительными заболеваниями кожных покровов можно проводить:

- через 10 дней после выздоровления
- через 2 недели после выздоровления
- через 1 месяц после выздоровления
- через 3 месяца после выздоровления

На какой срок дается мед.отвод от профилактических прививок после перенесенного сепсиса:

- на 1 мес
- на 3 мес
- на 6 мес
- на 1 год

Что лежит в основе септической желтухи новорожденных:

- токсическое повреждение клеток печени и внутрисосудистый гемолиз
- синдром холестаза
- септический гепатит
- гемолитический криз

Какое заболевание чаще вызывает рино-синцитиальная инфекция:

- острый ринит
- бронхиолит
- пневмонию
- вирусную диарею

Какое респираторное вирусное заболевание сопровождается экзантемой:

- грипп
- аденовирусная инфекция
- энтеровирусная инфекция
- РС-инфекция

Какие осложнения вызывает энтеровирусная инфекция:

- серозный менингит и миокардит
- пневмонию
- отит-антрит
- пиелонефрит

При каком уровне глюкозы в крови диагностируют гипогликемию:

- <1,39ммоль/л;
- <1,67 ммоль/л;
- <2,6 ммоль/л;

- <4,5 ммоль/л.

При каком уровне глюкозы в крови развивается гипергликемия у новорожденных:

- >5,5 ммоль/л натощак;
- >6,0 ммоль/л натощак;
- > 5,0 ммоль/л натощак;
- > 6,5 ммоль/л натощак и >8,9 ммоль/л в любое время.

У каких новорожденных детей чаще развивается гипергликемия:

- у доношенных;
- у недоношенных с массой тела при рождении 2000,0-2500,0;
- у переносимых;
- у недоношенных с массой тела при рождении <1500,0

Какой катамнез и прогноз неонатальной гипогликемии:

- психоневрологические расстройства;
- развитие сахарного диабета I типа;
- тяжелая дегидротация;
- риск развития пневмонии.

У каких новорожденных детей возможно развитие неонатального сахарного диабета:

- у родившихся в срок;
- у родившихся на 34-36 нед. гестации;
- у родившихся со сроком гестации <30 недель;
- у родившихся на 30-32 нед. гестации.

При каком уровне кальция в сыворотке крови диагностируют неонатальную гипокальциемию:

- < 2,74ммоль/л
- <2,59ммоль/л
- <2,2ммоль/л
- <2,0ммоль/л

При каком уровне кальция в сыворотке крови развивается неонатальная гиперкальциемия:

- общий кальций >2,74 ммоль/л, ионизированный кальций >1,25 ммоль/л;
- общий кальций >4,0ммоль/л, ионизированный кальций >2 ммоль/л;
- общий кальций>2,5ммоль/л, ионизированный кальций>1,1ммоль/л%;
- общий кальций >2,2ммоль/л, ионизированный кальций>0,5ммоль/л.

Каковы клинические проявления гипокальциемии у новорожденных:

- гипервозбудимость, судороги, удлинение интервала Q-T>3сек;
- вялое сосание, судороги, мышечная гипотония, укорочение Q-T, аритмии;
- угнетение ЦНС, артериальная гипертензия, брадикардия, удлинение S-T;
- тахикардия, снижение и удлинение S-T, инверсия зубца Т.

Каковы клинические проявления гиперкальциемии у новорожденных:

- гипервозбудимость, судороги, удлинение интервала Q-T>3сек;
- вялое сосание, судороги, мышечная гипотония, укорочение Q-T, аритмии;
- угнетение ЦНС, артериальная гипертензия, брадикардия, удлинение S-T;
- тахикардия, снижение и удлинение S-T, инверсия зубца Т.

Для новорожденных с синдромом Шерешевского –Тернера наиболее характерны:

- мышечный гипертонус;
- локальные отеки стоп и кистей;
- цианоз;
- макроглоссия.

Каков кариотип синдрома Шерешевского – Тернера:

- 47хуу;
- 47хху;
- 45х0;
- 47ху+18р.

Каков кариотип синдрома Клайнфельтера:

- 47хуу;
- 47хху;
- 45х0;
- 47ху+18р.

Девочки с синдромом Шерешевского –Тернера являются:

- хроматин-положительными;
- хроматин-отрицательными;
- могут быть как хроматин-положительными, так и хроматин-отрицательными;
- все ответы правильные.

Синдром тестикулярной феминизации в периоде новорожденности может проявляться:

- локализованными отеками кистей;
- макроглоссией;
- паховой грыжей у девочек;
- мышечным гипертонусом.

При заболевании беременной краснухой в первые 6 недель беременности частота врожденных пороков развития у плода составляет:

- 20%;
- 35%;
- 50%;
- 65%.

Главная опасность заболевания беременной женщины вирусными инфекциями (гриппом, корью, паротитом) заключается:

- в увеличении риска самопроизвольного выкидыша, антенатальной гибели плода;
- в развитии синдрома задержки внутриутробного развития плода;
- в повышении опасности формирования у плода врожденных пороков развития;
- в рождении ребенка с внутриутробной инфекцией.

Для оценки зрелости не используют шкалы:

- Петруссо
- Дубовича
- Балларада и Новака
- Даунса

Шкала Петруссо характеризует зрелость:

- морфологическую
- неврологическую
- биологическую
- функциональную

У ребенка перенесшего ГБН, появились обесцвеченный стул, темная моча, усилилась желтушность кожных покровов, о чем можно думать:

- последствия энзимопатии
- врожденный гепатит
- синдром сгущения желчи;
- аномалии развития желудочно-кишечного тракта.

Скрытые анти-резус АТ определяются с помощью:

- общего анализа крови
- бактериологического исследования;
- пробы Кумбса;
- ПЦР

Петехиальная сыпь и экхимозы на коже характерны для:

- геморрагической болезни новорожденного;
- гемофилии;
- транссиммунной тромбоцитопении;
- сепсиса.

Сроки проявления геморрагической болезни новорожденного классической формы:

- в первые 2 часа;
- в первые сутки;
- в первые 2-4 дня;
- в первые 7 дней жизни.

Оценить по шкале Апгар новорожденного на первой минуте жизни: ЧСС-96 в мин., дыхание нерегулярное с периодом брадипноэ, при отасывании слизи - кашель, отмечается легкая степень сгибания ног и рук, акроцианоз:

- 8 баллов;
- 4 балла;
- 6 баллов;
- 7 баллов.

Ребенку 7 дней, масса 3500, длина 51 см, на коже появились множественные пузырьки от 1 до 3 мм, наполненные сначала прозрачным, потом мутным содержимым. Ваш диагноз:

- потница;
- пузырчатка;
- везикулопустулез;
- множественные абсцессы кожи.

Множественными пузырьками, наполненными сначала прозрачным, потом мутным содержимым, характеризуются:

- потница;
- пузырчатка;

- эксфолиативный дерматит Риттера;
- везикулопустулез.

При хламидийной инфекции наиболее часты:

- везикулез;
- пузырчатка;
- конъюнктивит, пневмония;
- менингоэнцефалит, пиелонефрит.

Микоплазма вызывает развитие:

- сепсиса
- везикулеза
- пневмонии
- пиелонефрита.

Вялотекущую инфекцию обуславливает:

- вирус
- стафилококк
- микоплазма
- грамм-отрицательная флора.

Передача токсоплазменной инфекции от матери:

- трансплацентарная
- в раннем послеродовом периоде
- при грудном вскармливании
- восходящая.

Внутриутробная передача токсоплазмоза происходит:

- независимо от периода болезни матери
- при остром заболевании беременной
- при заболевании перед беременностью
- при заболевании матери после родов.

При врожденном токсоплазмозе в первую очередь поражается:

- сердце
- легкие
- конечности
- головной мозг

При врожденном токсоплазмозе в первую очередь поражается:

- сердце;
- легкие;
- конечности;
- головной мозг.

Внутриутробный гранулематозный сепсис наиболее характерен для:

- краснухи;
- гриппа;
- сифилиса%;

- листериоза.

В формировании врожденных пороков ведущая роль принадлежит:

- бактериям;
- вирусам;
- грибам;
- простейшим.

Возбудители токсоплазмоза:

- вирусы;
- простейшие;
- бактерии;
- риккетсии.

Анемии и ретикулоцитоз (и нормобластоз) наблюдаются при:

- токсоплазмозе;
- краснухе;
- цитомегалии;
- сифилисе.

Остеохондриты могут наблюдаться при:

- гриппе;
- вирусном гепатите;
- токсоплазмозе;
- сифилисе.

При везикулопустулезе воспаление находится в:

- подкожной клетчатке;
- в устьях эккринных желез;
- базальной мембране;
- во всей потовой железе.

При псевдофурункулезе поражается:

- устья эккринных желез;
- вся потовая железа;
- подкожно-жировая клетчатка;
- базальная мембрана.

У доношенных новорожденных, перенесших асфиксию в родах, самым частым вариантом поражения ЦНС является:

- субдуральное кровоизлияние;
- перивентрикулярное кровоизлияние;
- отек мозга;
- перивентрикулярная лейкомаляция.

Каков механизм интранатального повреждения шейного отдела спинного мозга у новорожденного, извлеченных за "тазовый конец":

- ротационный;
- сгибательно-компрессионный;
- дистракционный;

- все ответы правильные.

Укажите уровень интранатального повреждения спинного мозга при наличии у новорожденного паралича Клюбке:

- C1-C4;
- C5-C6;
- C7-Th1;
- L1-L5;

Назовите уровень интранатального повреждения спинного мозга при наличии у новорожденного паралича Эрба-Дюшена:

- C1-C4;
- C5-C6;
- C7-Th1;
- L1-L3.

У доношенных новорожденных, перенесших асфиксию в родах, самым частым вариантом поражения ЦНС является:

- субдуральное кровоизлияние;
- перивентрикулярное кровоизлияние;
- отек мозга;
- перивентрикулярная лейкомаляция.

Укажите уровень интранатального повреждения спинного мозга при наличии у новорожденного паралича Клюбке:

- C1-C4;
- C5-C6;
- C7-Th1;
- L1-L5.

Судорожный синдром не характерен для:

- гипогликемии;
- гипокальциемии;
- гипомагниемии;
- соледефицитного эксикоза.

Для отека головного мозга не характерно:

- западение и пульсация большого родничка;
- выбухание и пульсация большого родничка;
- громкий монотонный плач и синдром рвоты и срыгивания;
- судороги.

Для диабетической фетопатии не характерно:

- крупная масса при рождении;
- гепатомегалия;
- СДР;
- снижение гематокрита.

Возникновение одышечно-цианотичных приступов обуславливает:

- транспозиция крупных сосудов со стенозом легочной артерии;
- дефект межжелудочковой перегородки;

- общий артериальный проток;
- тетрада Фалло.