001. Очень низкая масса при рождении:

Менее 1500 г;

Менее 2000 г;

Менее 1000 г.

002. Экстремально низкая масса при рождении:

Менее 1500 г;

Менее 2000 г;

Менее 1000 г.

003. Для определения степени зрелости используют шкалу:

Апгар

Дубови

Балларда

004. Согласно рекомендациям ВОЗ за критерий жизнеспособности плода (новорожденного) принимается срок беременности (в неделях):

20 недель;

22 недели;

26 недель;

28 недель.

005. Доношенным считается новорожденный, родившийся со сроком гестации (в неделях):

28–37 недель;

36–40 недель;

37-42 недели;

Более 42 недель.

006. Недоношенным считается ребенок, родившийся на сроке гестации:

22-37 недель;

28-37 недель;

36-40 недель;

37-42 недели.

007. Какой из перечисленных показателей наиболее точно отражает состояние здравоохранения в стране:

Уровень рождаемости

Уровень смертности

Количество врачей на душу населения

Младенческая смертность

008. У недоношенных детей имеются характерные анатомические и физиологические особенности, способные осложнить реанимационные мероприятия:

Хрупкие кровеносные сосуды головного мозга;

Незрелые легкие;

Несовершенная терморегуляция;

Высокая вероятность врожденной инфекции;

Все варианты верны.

009. Отметьте правильные способы тактильной стимуляции дыхания у новорожденного:

Похлопать по спине;

Погладить вдоль спины;

Похлопать по стопам;

Сжать грудную клетку;

010. Какими критериями характеризуется термин «стабильность состояния» при определении показаний к санации трахеи:

Дыхательные движения достаточной силы

Хороший мышечный тонус

Частота сердечных сокращений более 100 ударов в мин.

Все варианты верны.

011. При использовании катетера для аспирации с целью удаления мекония из ротоглотки до ведения эндотрахеальной трубки соответствующими размерами катетера являются:

12F;

14F;

8F;

10F.

012. Пульсоксиметр показывает:

Уровень SaO2;

Частоту сердечных сокращений;

Частоту дыханий;

Температуру тела;

Все выше перечисленное.

013. Самым важным и наиболее эффективным действием в реанимации новорожденных является:

Тактильная стимуляция;

Вентиляция легких;

Наружный массаж сердца;

Введение лекарственных препаратов.

014. Реанимацию доношенных новорожденных можно начинать с:

21% кислорода;

30% кислорода;

100% кислорода.

015. Принудительная вентиляция легких под положительным давлением на вдохе начинается с начального давления:

10 см. вод. ст.

20 см. вод. ст.

30 см. вод. ст.

016. Причины неэффективности вентиляции легких:

Недостаточная герметичность прилегания маски к лицу ребенка;

Заблокированы дыхательные пути ребенка;

Используемое давление недостаточно для раздувания легких;

Все варианты верны.

017. До начала использования реанимационного устройства Т-образным коннектором должны быть установлены:

Максимальное давление в контуре;

Пиковое давление на вдохе;

Концентрация кислорода;

Положительное давление в конце вдоха.

018. Правильная глубина надавливаний на грудину при выполнении непрямого массажа сердца у новорожденного составляет:

1/4 переднезаднего диаметра грудной клетки;

1/3 переднезаднего диаметра грудной клетки;

1/2 переднезаднего диаметра грудной клетки.

019. Соотношение между надавливаниями на грудину и принудительными вдохами должно быть:

3:1

4:1

6:1

020. Непрямой массаж сердца можно прекратить, если частота сердечных сокращений составляет:

Более 60 ударов в мин.;

Более 100 ударов в мин.;

Менее 60 ударов в мин.

021. Для детей с массой тела при рождении менее 1000 гр внутренний диаметр эндотрахеальной трубки должен быть равен:

2,5мм;

3,0мм;

3,5мм;

4,0мм.

022. Причинами судорог, возникших в постреанимационном периоде, могут быть:

Гипоксически-ишемическая энцефалопатия

Гипогликемия

Электролитные нарушения (гипонатриемия, гипокальцемия)

Менингоэнцефалит

023. Какая температура воздуха должна поддерживаться в родильном зале и после родовых палатах:

Не ниже 20-22°С;

Не ниже 22-24°С;

Не ниже 24-26°С;

Не ниже 26-28°С.

024. Наиболее часто вызывают судорожный синдром у новорожденных от матерей с сахарным диабетом:

Асфиксия и родовая травма;

Пороки развития ЦНС;

Гипогликемия и гипокальциемия;

Гипербилирубинемия.

025. У новорожденного ребенка при повышении у него уровня Ht более 65% могут наблюдаться:

Цианоз;

Тяжелая гипербилирубинемия;

Угнетение ЦНС;

Все варианты верны.

026. Для новорожденных от матерей с сахарным диабетом характерны:

Гипогликемия;

Гипокальциемия;

Гипербилирубинемия;

Все варианты верны.

027. При каком заболевании у новорожденного могут отмечаться приступы апноэ:

При сепсисе;

При внутрижелудочковом кровоизлиянии;

При болезни гиалиновых мембран;

Все варианты верны.

028. Какие исследования необходимо выполнить у новорожденного ребенка с судорожным синдромом с диагностической целью:

Определить уровень глюкозы и кальция в крови;

Сделать клинический анализ крови;

Выполнить люмбальную пункцию и исследовать ликвор;

Необходимы все исследования.

029. Клиническими формами внутриутробной бактериальной инфекции могут быть:

Аспирационная пневмония;

Язвенно-некротический энтероколит;

Гнойный лептоменингит;

Остеомиелит;

Сепсис;

Все варианты верны.

030. Основные пути передачи внутрибольничной инфекции:

Через руки персонала;

Через продукты питания;

Через белье;

Через предметы ухода;

Через медицинский инструментарий.

031. Вакцинация БЦЖ противопоказана:

При врожденных ферментопатиях;

При иммунодефицитных состояниях;

При наличии активного туберкулеза у других детей в семье;

Все варианты верны.0

032. Развитию билирубиновой энцефалопатии способствуют:

Гипоксия;

Ацидоз;

Гипогликемия;

Недоношенность;

Все варианты верны.

033. В зрелом женском молоке, по сравнению с молозивом выше содержание:

Белка;

Витаминов А и Е;

Иммуноглобулина А;

Лактозы;

Галактозы.

034. Самым тяжелым осложнением при желтушной форме гемолитической болезни новорожденных является:

Анемия;

Поражение печени;

Поражение ЦНС;

Сердечная недостаточность;

Поражение почек.

035. Назовите наиболее частый вид гнойного поражения кожи у новорожденных детей:

Пемфигус

Везикулопустулез

Болезнь Риттера

Псевдофурункулез

Синдром Лайела

036. При лечении свободной гипербилирубинемии у новорожденных детей наиболее эффективен метод:

Фототерапия

Лечение фенобарбиталом

Инфузионная терапия

Энтеросорбенты

Комбинация перечисленных методов.

037. После введения новорожденному ребенку вакцины БЦЖ в месте инъекции может появиться папула через:

Через 1 неделю;

Через 2-3 недели;

Через 4-6 недель;

Через 2-3 месяца;

Через 4-6 месяцев.

038. Первый «перекрест в формуле крови» у недоношенных детей происходит:

На 4-й день жизни;

На 5-й день жизни;

На 6-й день жизни;

После 7-10 дня жизни;

На 21 день жизни.

039.Отсутствие эффекта на сурфактантную терапию может указывать на:

Тяжелые инфекции;

Мекониальную аспирацию;

Гипоплазию легких;

Гипоксию, ишемию или ацидоз;

Гипотермию;

Все варианты верны.

040. Не снижает частоту бронхолегочной дисплазии:

Ранняя сурфактантная терапия;

Ограничение введения жидкости;

Ранняя экстубация;

Дотация кислорода более 40%.

041. Согласно, требования ВОЗ, по переходу на критерии живорождения, регистрации в органах ЗАГС подлежат:

Родившиеся живыми и мертвыми с массой тела 500 грамм и более (или если масса тела при рождении неизвестна при длине тела 25 см и более или сроком беременности 22 недели и более);

Родившиеся живыми с массой тела 500 грамм и более (или если масса тела при рождении неизвестна при длине тела 25 см и более или сроком беременности 22 недели и более) и прожившие 7 суток;

Родившиеся живыми с массой тела 1000 грамм и более (при сроке беременности 28 недель и более), прожившие 7 суток.

042. Какой раствор для лечения острой гиповолемии в настоящее время НЕ рекомендуется:

Физиологический раствор;

Альбумин;

Раствор Рингера;

0-отрицательная кровь (проверенная на совместимость с кровью матери, если позволяет время).

043. Половой криз у новорожденных наблюдается:

У девочек;

У мальчиков;

У девочек и мальчиков.

044. При каком заболевании у новорожденного могут отмечаться приступы апноэ:

При сепсисе;

При внутрижелудочковом кровоизлиянии;

При болезни гиалиновых мембран;

При всех перечисленных заболеваниях.

045. Какой из перечисленных показателей имеет наибольшее практическое значение для выявления признаков билирубиновой интоксикации и решения вопроса о проведении заменного переливания крови у недоношенного ребенка с конъюгационной гипербилирубинемией:

Интенсивность желтухи;

Неврологическая симптоматика;

Концентрация билирубина в сыворотке крови;

Окраска стула и мочи.

046. Какой из перечисленных симптомов позволяет подозревать атрезию пищевода в первые часы после рождения:

Вздутие живота;

Рвота с примесью желчи и крови;

Пенистое отделяемое на губах;

Отсутствие стула.

047. Показания к обследованию офтальмологом:

Все недоношенные менее 32 недель;

Недоношенные 32-36 недель, получавшие кислород более 3-х суток;

Доношенные, получавшие кислород ≥30% более 48 часов;

Недоношенные и доношенные с РаО2 ≥100 мм рт. ст.;

Недоношенные с одним или более эпизодами апноэ со стимуляцией;

Все варианты верны.

048. Какие гормоны обеспечивают адаптацию новорожденного к внеутробной жизни:

Инсулин;

Адреналин;

Глюкагон;

Кортизол;

Соматотропный гормон;

Все варианты верны.

049. Что следует считать гипогликемией у новорожденных:

1,7 ммоль/л;

2,2 ммоль/л;

2,6 ммоль/л;

2,8 ммоль/л

050. Частота осмотров новорожденных в отделении реанимации согласно приказу № 909 осуществляется:

1 раз в сутки;

2 раза в сутки;

4 раза в сутки;

6 раз в сутки.

051.Признаками живорождения являются:

Дыхание;

Сердцебиение;

Пульсация пуповины;

Произвольные движения мускулатуры;

Все варианты верны.

052. Критерии живорождения регламентируются приказом:

№ 1687н от 27.12.2011 г.;

№ 323-ФЗ от 21.11.2011 г.;

№ 921н от 15.11.2012 г.;

№ 409н от 01.06.2010 г.

053. К факторам риска транзиторного тахипноэ новорожденного не относится:

Кесарево сечение;

Мужской пол;

Мекониальная аспирация;

Бронхиальная астма у матери.

054. Отсроченное пережатие пуповины у недоношенного ребенка снижает:

Количество гемотрансфузий;

Частоту ВЖК;

Частоту НЭК;

Все варианты верны.

055. У недоношенных новорожденных, получающих кислород, целевой уровень сатурации должен быть:

80-85%

85-90%

90-95%

95-100%.

056.Состояние альвеолярной вентиляции характеризует:

РаСО2

РаО2

РН

ВЕ

057. Не коррелирует с возбудителями сепсиса:

Посев кала;

Посев содержимого трахеи;

Посев мочи;

Все варианты верны.

058. Концентрация билирубина в плазме зависит от:

Скорости продукции билирубина;

Скорости выведения билирубина;

Уровня энтерогепатической циркуляции;

Концентрации уровня альбумина в плазме.

Все варианты верны.

059. Основными агрессивными параметрами ИВЛ, которые надо снижать в первую очередь являются:

РIP;

FiO2;

ЧДД;

Peep.

060. При низком уровне концентрации кислорода (РаО2) следует:

Увеличить Peep;

Увеличить концентрацию кислорода FiO2;

Увеличить РIP;

Все варианты верны.

061. При высоком уровне концентрации кислорода (РаО2) следует:

Уменьшить РIP;

Уменьшить FiO2;

Уменьшить Peep;

Все варианты верны.

062. При низком уровне концентрации кислорода (PaCO2) следует:

Уменьшить РIP;

Увеличить FiO2;

Уменьшить ЧД.

063. При высоком уровне PaCO2 следует:

Увеличить ЧД;

Увеличить РIP;

Уменьшить Peep.

064. Целевые показатели дотации белка у недоношенных новорожденных составляют:

1,5 г/кг в сутки;

2,5 г/кг в сутки;

3,5 г/кг в сутки;

4,0 г/кг в сутки.

065. Целевые показатели дотации белка у доношенных новорожденных составляют:

1,5 г/кг в сутки;

2,5 г/кг в сутки;

3,5 г/кг в сутки;

4,0 г/кг в сутки.

066. Детям с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении дотация жира должна быть начата:

На 1-3 день жизни;

На 5-6 день жизни;

На 7- 9 день жизни.

067. Стартовая скорость внутривенной инфузии глюкозы составляет:

2-4 мг/кг/мин.;

4-6 мг/кг/мин.;

6-8 мг/кг/мин.;

8-12 мг/кг/мин.

068. Плановое назначение натрия начинают:

С 3-4 суток жизни;

С 1-2 суток жизни;

При снижении содержания натрия менее 140 ммоль/л.

069. При длительном парентеральном питании необходимо контролировать:

Концентрацию глюкозы в крови;

Электролиты;

Содержание общего/прямого билирубина;

Содержание триглицеридов;

Уровень креатинина и мочевины;

Все варианты верны.

070. Эффективным способом профилактики холестаза при парентеральном питании является:

Отмена парентерального питания;

Раннее начало парентерального питания;

Применение жировых эмульсий с добавлением рыбьего жира.

071. Продолжительность антибактериальной терапии при врожденной пневмонии:

5-7 дней;

7-14 дней;

2-3 недели.

072. Типичное течение некротизирующего энтероколита:

Появляется на 2-3 неделе жизни;

Снижается толерантность к энтеральному питанию;

Начинается на 1-й неделе жизни;

Вздутие живота;

Стул с кровью;

Внезапно появляется пневмоперитонеум.

073. Критерии экстубации:

концентрация кислорода FiO2≤ 0,4 PaCO2, ≤ 60 мм рт. ст., РIP≤20 см вод. ст., ЧД ≤20, ЧД спонтанная ≥ ЧД вентиляционной;

концентрация кислорода FiO2≤ 0,6 PaCO2, ≤ 80 мм рт. ст., РIP≤20 см вод. ст., ЧД ≤20, ЧД спонтанная = ЧД вентиляционной

074. Гематокрит у новорожденного достигает максимума:

Через 2-4 часа после рождения;

Через 6-12 часов после рождения;

Через 12-24 часа после рождения.

075. Без какого показателя нельзя начинать лечение при полицетемии:

Общий анализ крови, в том числе с определением количества ретикулоцитов, тромбоцитов;

Периферический гематокрит;

Венозный гематокрит;

Контроль уровня глюкозы;

Контроль уровня билирубина.

076. Уровень прокальцитонинового теста остается низким у пациентов:

С вирусной инфекцией;

С бактериальной инфекцией;

Все выше перечисленное.

077. Наиболее частая причина септического шока:

Бактериальная грамотрицательная флора;

Бактериальная грамположительная флора;

Вирусы;

Грибы;

Простейшие.

078. Побочные эффекты применения бикарбоната натрия:

Флуктуация мозгового кровотока;

Внутричерепное кровоизлияние;

Ухудшение внутриклеточного ацидоза;

Повреждение миокарда;

Все варианты верны.

079. Продолжительность антибактериальной терапии при кандидозном менингите:

7-14 дней;

2-3 недели;

Не менее 4-х недель.

080. Фунгопрофилактика не показана в следующих случаях:

Длительное применение антибактериальной терапии (более2-3 недель);

Проведение парентерального питания более 7 дней;

Катетеризация центральных сосудов;

После операции заменного переливания крови.

081. При отсутствии данных за инфекцию антибиотики следует отменить:

Через 24-48 часов;

Через 72 часа;

Через 5-7 суток.

082. Уровень гемоглобина в крови у недоношенных новорожденных с ЭНМТ при рождении на 4 недели жизни составляет:

71-98 г/л;

68-132 г/л;

70-102 г/л.

083.Показания к фототерапии у новорожденных менее 1500 гр. 24-168 часов жизни:

85-140 мкмоль/л;

190-240 мкмоль/л;

220-275 мкмоль/л.

084. Показания к заменному переливанию крови у новорожденных более 2500 гр. 24-168 часов жизни:

190-240 мкмоль/л;

275-300 мкмоль/л;

340-375 мкмоль/л.

085. Стартовый препарат при лечении гипотензии у новорожденного с дисфункцией миокарда без признаков периферической вазодилятации:

Адреналин;

Норадреналин;

Добутамин;

Дигоксин.

086. Интенсивная терапия артериальной гипотензии у недоношенных новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела начинается:

С волемической нагрузки;

Назначения дофамина;

Назначения добутрекса;

Назначения адреналина;

Назначения стероидов.

087. Снижают риск функционирования открытого артериального протока (ОАП) у недоношенных новорожденных:

Применение антенатальных стероидов;

Использование фуросемида;

Наличие РДС;

Избыточная жидкостная нагрузка.

088. Гемодинамическую значимость и стратегию ведения открытого артериального протока (ОАП) определяет врач:

Неонатолог;

Кардиолог;

Кардиохирург.

089. Персистирующая легочная гипертензия новорожденных приводит к шунтированию крови:

Слева направо;

Справа налево;

В обе стороны.

090. Для дифференциальной диагностики легочной гипертензии и ВПС основным методом является:

Эхокардиография;

Рентгенография;

Электрокардиография;

Компьютерная томография.

091. Постоянно положительное давление в дыхательных путях (СРАР) нельзя обеспечить с помощью:

Поточнорасправляющегося мешка;

Саморасправляющегося мешка;

Устройства с Т-коннектором.

092. Детям с синдромом Пьера-Робина и обструкцией дыхательных путей можно оказать помощь следующими способами:

Укладыванием ребенка на живот;

Введением назофарингеального катетера;

Интубацией трахеи.

093. Рекомендуемая концентрация адреналина для использования у новорожденных составляет:

1:1000;

1:10 000;

1:100 000.

094. Рекомендуемая доза адреналина в концентрации 1:10000 при эндотрахеальном введении составляет:

0,1-0,3 мл/кг;

0,5-1,0 мл/кг;

1,0-1,5 мл/кг.

095. Типичная эхографическая картина кистозной перивентрикулярной лейкомаляции (ПВЛ) развивается:

К концу 1-й недели жизни;

К 3-6 недели жизни;

К 6-8 недели жизни.

096. Что не является противопоказанием к хирургической коррекции открытого артериального протока (ОАП) у недоношенных новорожденных:

Нестабильная центральная гемодинамика;

Наличие нарушений гемостаза;

Тяжелые метаболические нарушения;

Пневмония.

097. Причины высокой внутрибольничной заболеваемости в отделениях реанимации для новорожденных:

Высокая частота использования инвазивных манипуляций;

Высокая восприимчивость пациентов;

Высокая концентрация медицинского персонала;

Расширение показаний к назначению антибиотикотерапии;

Активное использование большого количества дезинфектантов;

Все варианты верны.

098. Ведущим этиологическим фактором геморрагической болезни новорожденных является:

Транзиторная недостаточность витамин К-зависимых факторов свертывания;

Поражение печени различного генеза;

Тромбоцитопении;

Наследственный дефект отдельных факторов свертывания крови.

099. «Светлый» промежуток характерен для внутричерепного кровоизлияния:

Субарахноидального;

Внутрижелудочкового (ВЖК);

Субдуральной гематомы.

100. Симптомы неонатальной коарктации:

Артериальная гипертензия у 100% пациентов;

Острая почечная недостаточность;

Абдоминальный синдром;

Кардиогенный шок;

Гипоксические кризы;

Бивентрикулярная гипертрофия.

101. Нормальная ЭКГ у новорожденных в первые дни жизни характеризуется:

Синусовым ритмом;

Предсердным ритмом;

Отклонением эос вправо;

Отклонением ЭОС влево.

102. Отрицательные зубцы Т в отведениях V1-V4 у новорожденных:

Являются нормой;

Свидетельствуют о тяжелой патологии;

Неинформативны.

103. Начальными симптомами сердечной недостаточности у грудных детей являются:

Спленомегалия;

Снижение прибавки в массе тела;

Тахикардия;

Тахипноэ;

Периферические отеки;

Полостные отеки;

Гепатомегалия.

104. Риск рождения ребенка с пороком сердца повышается при заболевании матери в период беременности:

Ангиной;

Восходящим тромбофлебитом;

Менингитом;

Краснухой.

105. Цианоз при дефекте межпредсердной перегородки:

Умеренно выражен;

Резко выражен;

Не характерен.

106. К осложнениям «синдрома обкрадывания» при ОАП у новорожденных относятся:

Тяжелая анемия;

Язвенно-некротический энтероколит;

Нарушения мозгового кровообращения;

Периферическая гангрена.

107. Физикальные признаки коарктации аорты включают:

Снижение пульса и АД на руках;

Отсутствие пульса и АД на ногах;

Систолический шум на верхушке сердца;

Систолический шум на основании сердца;

Проведение шума в аксиллярную область;

Артериальную гипертензию.

108. Принципы лечения ТМС в неонатальном периоде:

Инфузия простагландина Е1;

Оксигенотерапия;

Диуретики + капотен;

Дигоксин;

Индометацин;

Атриосептостомия.

109. Для какой патологии характерны рентгенологические признаки легочной гиперволемии:

ДМЖП;

ОАП;

Полная форма атриовентрикулярного канала;

Тетрада Фалло.

110. Рентгенологические признаки при ОАП включают:

Расширение границ сердца чаще влево;

Расширение границ сердца чаще вправо;

Усиление легочного рисунка по артериальному типу;

Сердечная тень в форме «башмачка».

111. Сроки функционального закрытия ОАП у доношенных новорожденных?

Через несколько часов после рождения

Через 3 дня после рождения

Через неделю после рождения

112. Сроки анатомического закрытия ОАП у доношенных новорожденных?

Через 1 неделю после рождения

Через 2-3 недели после рождения

Через 3 месяца после рождения

113. Какие клинические симптомы возможны при ОАП ?

Потливость;

Артериальная гипотензия;

Тахипноэ;

Радипноэ;

Апноэ;

Трудности с кормлением;

Снижение диуреза;

Систолический шум слева от грудины во 2-3 межреберье;

Тахикардия;

Расширение границ сердца влево.

114. Обязательные условия для применения ингибиторов ЦОГ для лечения ОАП:

Доступность эхокардиографического исследования с цветным допплером;

Исключение дуктус-зависимого ВПС;

Наличие дуктус-зависимого ВПС;

Мониторинг витальных функций;

Клинический анализ крови с подсчетом тромбоцитов;

Клиническое наблюдение ребенка врачами неонатологами-реаниматологами;

Информированное согласие родителей.

115. Противопоказания для терапии артериального протока ингибиторами ЦОГ:

Жизнеугрожающее инфекционное заболевание, лечение которого не начато;

Активное кровотечение в течение последних 24 часов;

Значительное нарушение функции почек (диурез <1 мл/кг/час за последние 8 часов, уровень креатинина>140 мкмоль/л, уровень мочевины >14 ммоль/л);

Количество тромбоцитов <60 х 109/л;

НЭК или подозрение на НЭК;

Гипербилирубинемия, требующая заменного переливания крови;

Геморрагический синдром;

ВПС, при котором функционирование АП является жизненно необходимым (атрезия лёгочной артерии, тетрада Фалло, коарктация аорты и др.).

116. Хирургическая коррекция артериального протока показана недоношенным детям, особенно зависимым от ИВЛ, при:

Неэффективности двух курсов медикаментозной терапии ингибиторами ЦОГ;

Неэффективности одного курса медикаментозной терапии ингибиторами ЦОГ;

Наличии противопоказаний к медикаментозной терапии ОАП ингибиторами ЦОГ;

Возраст новорожденного свыше 7 суток

117. Под младенческой смертностью подразумевается:

Число детей умерших в возрасте до 2-х лет из 1000 живорожденных;

Число детей умерших в возрасте до 1 года из 1000 живорожденных и мертворожденных;

Число детей умерших в возрасте до 1 месяца из 1000 живорожденных и мертворожденных;

Число детей умерших в возрасте до 1 года из 1000 живорожденных.

118. Под неонатальной смертностью подразумевается:

Число детей умерших в возрасте до 1 месяца из 1000 живорожденных и мертворожденных;

Число детей умерших в возрасте до 28 суток из 1000 живорожденных;

Число детей умерших в возрасте до 28 суток из 1000 живорожденных и мертворожденных;

Число детей умерших в возрасте до 7 суток из 1000 живорожденных и мертворожденных;

119. Признаками TORCH- синдрома являются:

ЗВУР;

Гепатомегалия;

Ранняя и/или продолжительная желтуха;

Экзантема;

Переношенность.

120. Наиболее частая клиническая форма ОРВИ у новорожденных:

Ларингит;

Трахеит

Бронхит

Бронхиолит

121. Физиологическая желтуха характеризуется:

Удовлетворительным состоянием ребенка;

Обычным цветом кала и мочи;

Анемией;

Желтушностью кожи до 3 степени;

Гепатоспленомегалией;

Появлением желтухи на 2-3 сутки.

122. Первые симптомы билирубиновой интоксикации:

Резкое возбуждение;

«Мозговой крик»;

Появление симптомов угнетения;

Рвота «фонтаном»;

Отказ от еды;

Повышение мышечного тонуса.

123. Противопоказания для грудного вскармливания:

ВИЧ-инфекция у матери;

Обнаружение у матерей HBs-Ag;

Симптомы ОРВИ у матери;

Лихорадка в родах.

124. Принципы свободного вскармливания:

Раннее прикладывание к груди;

Кормление по требованию;

Кормление по часам;

Совместное пребывание в палате;

Допаивание 5%глюкозой.

125. Симптомы поздней неонатальной пневмонии у недоношенного ребенка:

Серый колорит кожи;

Непереносимость энтерального питания;

Апноэ;

Выраженная дыхательная недостаточность;

Лихорадка;

Желтуха.

126. При выявлении многоводия у беременной следует думать о:

Внутриутробной гипоксии;

Перенашивании;

Инфекции;

Гемолитической болезни плода;

Пороках развития ЖКТ И ЦНС.

127. Дефицит фолиевой кислоты у беременной может привести:

К выкидышу;

Недоношенности;

Формированию дефектов нервной трубки;

Отслойке плаценты;

Не влияет на плод.

128. Для алкогольного синдрома плода характерно:

Низкий рост и вес при рождении, черепно-лицевой дисморфизм;

ВПС , глухота , слепота;

ВПС ,синдром каудальной регрессии, полидактилия;

Все ответы правильные.

129. Частые осложнения при переношенной беременности:

Асфиксия;

Родовая травма;

Синдром аспирации мекония;

Респираторный дистресс синдром.

130. Частое осложнение при диабетической фетопатии:

Гипокликемия;

Асфиксия;

Гипокальциемия;

Гипербилирубинемия.

131. Шкала Сильвермана необходима для:

Оценки зрелости новорожденного;

Определения тяжести асфиксии;

Определения тяжести дыхательной недостаточности у доношенного ребенка;

Определения тяжести дыхательной недостаточности у недоношенного ребенка.

132. Шкала Доунса необходима для:

Оценки зрелости новорожденного;

Определения тяжести асфиксии;

Определения тяжести дыхательной недостаточности у доношенного ребенка;

Определения тяжести дыхательной недостаточности у недоношенного ребенка.

133. Шкала Апгар необходима для:

Оценки зрелости новорожденного;

Определения тяжести асфиксии и объема необходимых реанимационных мероприятий;

Оценки живорожденности;

Определения тяжести дыхательной недостаточности у доношенного ребенка;

Определения тяжести дыхательной недостаточности у недоношенного ребенка.

134. Олигоурия может быть следствием:

Гипоксического поражения почек;

Гиповолемии;

Врожденной агенезии почек;

Обструктивной уропатии.

135. Интерстициальный тип пневмонии характерен для:

Цитомегаловирусной инфекции;

Сифилиса;

Муковисцидоза;

Все перечисленное.

136. Осложнения энтеровирусной инфекции у новорожденных:

Пневмония;

Пиелонефрит;

Отит;

Менингит серозный, миокардит.

137. Для врожденного сифилиса характерно:

Ринит;

Сифилитическая пузырчатка;

Изменения длинных трубчатых костей;

Желтуха;

Геморрагический синдром.

138. Причиной тромбоцитопении могут быть:

Врожденная краснуха;

Врожденная цитомегалия;

Врожденная герпетическая инфекция;

Все перечисленные инфекции.

139. Наиболее частой причиной анемии при рождении является:

Кровопотеря;

Наследственный микросфероцитоз;

Наследственная гипопластическая анемия.

140. Критерием анемии у детей первой недели жизни является снижение гемоглобина:

Ниже 150г/л;

Ниже 145г/л;

Ниже 130г/л;

Ниже 120г/л.

141. Причиной конъюгационной желтухи являются:

ГБН по АВО;

Желтуха от грудного молока;

Галактоземия;

Синдром Криглера-Найяра.

142. Показания для проведения ОЗПК:

Клиника отечно-анемического синдрома при рождении;

Прирост билирубина более 5.1 мкмоль/л .час;

Прирост билирубина более 6.8 мкмоль/л .ч;

Повышение уровня непрямого билирубина более 342 мкмоль/л;

Симптомы билирубиновой интоксикации.

143. Лечебные мероприятия при желтухе:

ОЗПК;

Фототерапия;

Назначение фенобарбитала;

Форсированный диурез.

144. У детей перенесших тяжелую асфиксию в родах может развиться:

ЯНЭК;

ВЖК;

Олигоурия;

Пилороспазм;

Желтуха;

Анемия.

145. Клинические симптомы гипогликемии:

Апноэ;

Судороги;

«Мозговой крик»;

Срыгивание;

Отказ от еды;

Мышечная гипотония.

146. Судороги у новорожденного могут быть при:

Гипергликемии;

Гипогликемии;

Гиперкалиемии;

Гипокальциемии;

Гипермагниемии.

147. Судороги у новорожденного могут быть следствием:

Нейроинфекции;

Асфиксии;

Пневмонии.

148. Специфическим симптомом СВО у новорожденных является:

Гиперлейкоцитоз более 30х10/9;

Тромбоцитопения;

Лихорадка;

Анемия;

Сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

149. Для АГС характерно:

Вирилизация наружных половых органов;

Синдром срыгивания и рвоты;

Гипергликемия;

Гипертензия;

Мышечная гипотония;

Эксикоз;

Гипогликемия;

Гиперкалиемия;

Гипонатриемия.

150. Основные возбудители гнойных менингитов у новорожденных:

Менингококк;

Листериоз;

Стафилококк;

Стрептококк;

Кишечная палочка;

Сальмонеллез.

151. Самым частым вариантом структурных изменений при гипоксически-ишемических поражениях ЦНС у доношенных новорожденных является:

Субдуральная гематома;

Перивентрикулярная лейкомаляция;

Парасагиттальный некроз;

Субарахноидальное кровоизлияние.

152. Препаратом выбора при листериозе является:

Пенициллин;

Цефазолин;

Цефтриаксон;

Ванкомицин;

Левомицетин;

Ампициллин.

153. Экстренная профилактика гепатита В у новорожденных родившихся от матерей с HBs-Ag:

Вакцинация;

Вакцинация + специфический ИГВВ;

Виферон;

Вакцинация противопоказана, назначение ИГВВВ.

154. Противопоказание к вакцинации БЦЖ-М в родильном отделении:

ВИЧ-инфекция у матери;

Внутриутробная инфекция;

Морфо-функциональная незрелость;

Гипотрофия 3 степени;

Масса тела менее 2000;

Менингит;

Туберкулез у матери.

155. Оценка степени недоношенности проводится:

По совокупности критериев нейромышечной и морфологической зрелости;

По массе тела при рождении;

По сроку гестации;

По всем перечисленным критериям.

156. Симптомы инфекционного токсикоза у недоношенных детей:

Серость кожных покровов;

Апноэ;

Гипотония и гиподинамия;

Снижение активного сосания;

Лихорадка.

157. Чаще из гнойно-воспалительных заболеваний у недоношенных встречается:

Флегмона;

Остеомиелит;

Пиодермия;

Рожистое воспаление.

158. Наиболее частая причина лихорадки у недоношенного ребенка:

Сепсис;

Пневмония;

Энтероколит;

Менингит.

159. Причина ретинопатии у недоношенного ребенка:

Глубокая незрелость;

Длительная гипероксия;

Инфекция;

Гипотрофия.

160. Симптомы поздней неонатальной пневмонии у недоношенного ребенка:

Серый колорит кожи;

Непереносимость энтерального питания;

Апноэ;

Выраженная дыхательная недостаточность;

Лихорадка;

Желтуха.

161.Лечение ранней анемии недоношенных проводится:

Препаратами железа в дозе 3-5 мг/кг.с;

Препаратами железа в дозе 1-2 мг/кг.с;

Фолиевой кислотой 1мг/с;

Эритропоэтином;

Гемотрансфузии.

162. Основные нарушения в периоде ранней адаптации у недоношенных детей:

Респираторный дистресс-синдром;

Гипотермия;

Гипогликемия;

Гипернатриемия;

Синдром срыгивания.

163. Наиболее частая причина поражения ЦНС у недоношенного ребенка:

Родовая травма;

Внутриутробные инфекции;

Обменная патология;

Внутричерепное кровоизлияние.

164. Клинические проявления РДС у недоношенного ребенка:

Тахипноэ ≥60;

Раздувание крыльев носа при дыхании;

Экспираторные хрипы и стон;

Потребность в кислороде;

Диафрагмальный тип дыхания;

Втяжение грудной клетки;

Судороги;

Парез кишечника.

165. Критерии тяжелой асфиксии:

Метаболический ацидоз в пуповинной крови;

Метаболический алкалоз в пуповинной крови;

Оценка по Апгар через 5 минут ≤3 балла;

Персистирование оценки по Апгар 1-5 баллов;

Полиорганные поражения.

166. Критерии живорожденности:

Самостоятельное дыхание;

Наличие/отсутствие сознания;

Сердцебиение;

Произвольные движения мускулатуры;

Пульсация пуповины;

Цвет кожных покровов;

Крик.

167. Какие признаки оцениваются в ходе проведения реанимации новорожденных?

Дыхание, ЧСС и мышечный тонус;

Дыхание, ЧСС и цвет кожных покровов;

Дыхание, ЧСС и уровень оксигенации;

Дыхание, мышечный тонус и цвет кожных покровов.

168. Показания для проведения первичной реанимационной помощи новорожденному:

Цианоз кожных покровов;

Неэффективность дыхания;

Синдром угнетения;

Брадикардия;

Акроцианоз;

Недоношенность.

169. Показания для интубации:

Неэффективность вентиляции легких маской;

Брадикардия менее 60 ударов в мин. несмотря на ИВЛ в течение 30 сек.;

Подозрение на диафрагмальную грыжу;

Аспирация мекония;

Стойкий цианоз.

170. Показания к лекарственной терапии:

ЧСС ниже 80 ударов в минуту после 30с непрямого массажа;

ЧСС ниже 80 ударов в минуту после 30с ИВЛ;

ЧСС ниже 100 ударов в минуту после 30с непрямого массажа и ИВЛ;

ЧСС ниже 60 ударов в минуту после 30с непрямого массажа на фоне ИВЛ.

171. Медикаменты, используемые для реанимации новорожденного в родильном зале:

Адреналин 1:10000;

Рефортан;

Преднизолон;

Эуфиллин;

Сода 4%;

0,9% хлорида натрия;

ККБ;

Дицинон;

Налоксон.

172. После отсасывания слизи из ротовой полости и носовых ходов, тактильной стимуляции у новорожденного нет самостоятельного дыхания. Назовите Ваши действия:

Оценить ЧСС;

Оценить цвет кожных покровов;

Ввести зонд в желудок;

Начать ИВЛ с помощью дыхательного мешка и маски.

173. После отсасывания слизи из ротовой полости и носовых ходов, тактильной стимуляции у новорожденного установилось регулярное самостоятельное дыхание. Назовите Ваши дальнейшие действия:

Оценить ЧСС;

Оценить цвет кожных покровов;

Ввести зонд в желудок удалить содержимое;

Начать ИВЛ с помощью дыхательного мешка и маски.

174. После выполнения непрямого массажа сердца и эффективной вентиляции легких в течение 45 сек, ЧСС остается 80 уд. В мин. Что делать после этого?

Продолжать непрямой массаж сердца еще 30 сек и после этого определить ЧСС;

Прекратить непрямой массаж сердца и продолжить вентиляцию легких частотой вдохов 40-60 в мин.;

Провести эндотрахеальную интубацию;

Ввести адреналин.

175. Где происходят главные патогенетические события, определяющие прогноз пациента, при сепсисе?

Область первичного очага инфекции;

Септико-пиемические очаги;

Сосудистое русло;

Органы, страдающие от гипоперфузии.

176. Какая главная причина смерти от сепсиса:

Несовместимые с жизнью очаги бактериального поражения внутренних органов;

Септический шок;

Неэффективность используемых антибиотиков;

Тяжелые фоновые заболевания.

177. Каковы основные причины возрастания распространенности сепсиса в промышленно развитых странах мира:

Появление новых антибиотикорезистентных бактериальных штаммов;

Увеличение числа пациентов с наследственными иммунодефицитными состояниями в человеческой популяции;

Увеличение численности групп населения с ВИЧ-инфекцией среди населения этих стран;

Увеличение продолжительности жизни населения этих стран;

Улучшение выживаемости недоношенных детей;

Возрастание числа инвазивных лечебных технологий.

178. Что относится к индикаторам сердечной недостаточности у септических больных:

Подсчет ЧСС;

Измерение систолического АД;

Измерение среднего АД;

Симптом белого пятна (времени заполнения капилляров);

Измерение ЦВД;

Определение показателей КЩС и сатурации.

179. Какую помощь после рождения рекомендуется оказывать ребенку, родившемуся живым на сроке беременности 28 недель при наличии у него цианоза, дыхания по типу гаспинг и брадикардии менее 60 ударов в мин.?

Паллиативную;

Только реанимационную;

Первичную реанимационную с последующей интенсивной терапией;

Неинвазивную дыхательную поддержку (срар).

180. У новорожденных самыми частыми возбудителями сепсиса являются:

Стафилококки;

Стрептококки;

Листерии;

Кишечная палочка;

Синегнойная палочка;

Хламидии.

181. Основные критерии острой почечной недостаточности при сепсисе:

Снижение почасового темпа диуреза;

Гиперкалиемия;

Рост уровня креатинина в крови;

Гипокальциемия;

Рост уровня мочевины в крови;

Гипофосфатемия;

Протеинурия;

Лейкоцитурия.

182. Критерии легочной недостаточности при сепсисе у детей:

Рентгенологические признаки воспалительной инфильтрации;

Тахипноэ;

Десатурация;

Снижение уровня О2 в крови;

Цианоз;

Необходимость ИВЛ.

183. Критерии гематологической дисфункции при сепсисе:

Лейкоцитоз;

Лейкопения;

Тромбоцитоз;

Тромбоцитопения;

Признаки гипокоагуляции в коагулограмме;

Кровотечения.

184. Лечение сепсиса предусматривает:

Антибактериальную терапию;

Инфузионную терапию;

Кислородотерапию;

Фитотерапию;

Инотропную поддержку;

Назначение гкс;

Противосклеротические препараты;

Назначение антигистаминных препаратов;

Иммуномодулирующую терапию.

185. Основной клинический признак правильного положения интубационной трубки:

Повышение ЧСС;

Появление мекониальных вод в интубационной трубке;

Проведение дыхания над легкими и желудком.

186. При септическом шоке главными факторами выживания являются:

Антибиотики в/в;

Инфузионная терапия в режиме фп;

Инфузионная терапия в режиме волемического восполнения;

Немедленное начало в/в инфузионной терапии;

Инотропные препараты быстрого действия в/в инфузией;

Введение дигоксина в/в;

Введение стероидов в/в.

187. Основные мероприятия развивающего ухода:

Поддержание физиологической флексии при помощи специальных приспособлений, изменение положения тела ребёнка;

Обеспечение теплового комфорта;

Обеспечение социальных контактов;

Метод «кенгуру»;

Профилактика боли;

Применение современных антибактериальных препаратов;

Использование неинвазивных способов респираторной поддержки.

188. Какие мероприятия необходимо проводить для профилактики ВЖК:

Быстрая стабилизация состояния после рождения;

Предотвращение колебаний газового состава крови;

Поддержание нормогликемии;

Поддержание высокой относительной влажности воздуха в первую неделю жизни;

Использование неинвазивных способов респираторной поддержки;

Ограничение применения плазмоэкспандеров;

Раннее закрытие артериального протока;

Применение седативных средств и анальгетиков;

Профилактика и лечение апноэ.

189. Диагностика ретинопатии:

Обследование на 32 неделе постконцептуального возраста;

Кратность осмотров каждые 2 недели до завершения васкуляризации сетчатки;

Обследование в возрасте 1 месяца;

Проведение непрямой бинокулярной офтальмоскопии с использованием луп в условиях максимального мидриаза;

Визуальный осмотр глазного дна без атропинизации.