

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего
образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.
Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)**

Клинический институт детского здоровья им. Н.Ф. Филатова
Кафедра неонатологии

Методические материалы по дисциплине:

УОО. 6 Инновационные подходы к оценке роста и развития недоношенных детей

по направлению подготовки/специальности 31.05.02 «Педиатрия»

направленности (профилю) подготовки/специализации
31.00.00 Клиническая медицина

1.1. Основные закономерности внутриутробного развития плода. Патологические факторы, неблагоприятно влияющие на рост и развитие плода; причины невынашивания беременности и преждевременных родов.

1) ДЛЯ АЛКОГОЛЬНОГО СИНДРОМА ПЛОДА ХАРАКТЕРНО:

- а) низкий рост и вес при рождении, черепно-лицевой дизморфизм
- б) ВПС, глухота, гипотрофия
- в) ВПС, синдром каудальной регрессии, полидактилия
- г) все ответы правильные

2) КУРЕНИЕ ЖЕНЩИНЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К РОЖДЕНИЮ РЕБЁНКА:

- а) все ответы правильные
- б) с ассиметричным типом гипотрофии
- в) с симметричным типом гипотрофии
- г) с множественными стигмами дизэмбриогенеза

3) У РЕБЁНКА, РОДИВШЕГОСЯ ОТ МАТЕРИ, УПОТРЕБЛЯЮЩЕЙ НАРКОТИКИ, ИМЕЕТСЯ ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ:

- а) все перечисленное
- б) синдрома отмены
- в) внутриутробной инфекции
- г) задержки созревания костной системы

4) КАКАЯ ДОЛЯ ОБЩЕГО ОБЪЁМА КРОВИ, ПРИТЕКАЮЩЕЙ К ПЛОДУ В ПУПОЧНОЙ ВЕНЕ, ИДЕТ В НИЖНЮЮ ПОЛУЮ ВЕНУ ЧЕРЕЗ АРАНЦИЕВ ПРОТОК, МИНУЯ ПЕЧЕНЬ

- а) 50%
- б) 20%
- в) 30%
- г) 10%

5) ДОЛЯ КРОВИ, ВЫБРАСЫВАЕМАЯ ЖЕЛУДОЧКАМИ ПЛОДА В ЛЁГКИЕ СОСТАВЛЯЕТ

- а) до 7%
- б) до 10%
- в) до 15%
- г) до 20%

6) УКАЖИТЕ НАПРАВЛЕНИЕ ШУНТИРОВАНИЯ КРОВИ ЧЕРЕЗ АРТЕРИАЛЬНЫЙ ПРОТОК У ПЛОДА

- а) право-левое
- б) лево-правое
- в) двухстороннее
- г) из большого в малый круг кровообращения

7) В УСЛОВИЯХ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОКСИИ ПРИ СНИЖЕНИИ СЕРДЕЧНОГО ВЫБРОСА У ПЛОДА МАКСИМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ СОХРАГАЕТСЯ В СОСУДАХ

- а) пуповины
- б) почек
- в) брыжейки
- г) головного мозга

8) САМЫМ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА ЯВЛЯЮТСЯ

- а) УЗ доплерометрия
- б) амниоскопия
- в) кардиотокография
- г) УЗ фетометрия

9) ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СКРИНИНГОВОГО УЗИ ВО 2-М ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

- а) 20 – 24 нед
- б) 16 – 18 нед
- в) 18 – 20 нед
- г) 14 – 16 нед

10) ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ СТАРЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ 3-Й СТЕПЕНИ ЗРЕЛОСТИ НА СРОКАХ

- а) до 36 нед
- б) после 37 нед
- в) до 38 нед
- г) до 40 нед

11. Гестационный диабет может привести к развитию у плода:

- а) гипоплазии pancreas,
- б) гиперплазии pancreas,
- в) гиперплазии б-клеток островков Лангерганса, при сохранной pancreas,
- г) гликогеноза,

1.2. Международная классификация недоношенных детей. Морфо-функциональные особенности и методы оценки состояния недоношенных детей в первые дни жизни.

1. Максимальная суточная прибавка массы тела у недоношенного ребенка в норме составляет:

- а) 5 г
- б) 15 г
- в) 30 г
- г) 50 г

2. Какой сброс крови наблюдается в первые сутки жизни у недоношенных детей с функционирующим артериальным протоком:

- а) лево-правый
- б) право-левый

3. Неощутимые потери жидкости у недоношенных детей выше, чем у доношенных, вследствие:

- а) большей поверхности тела на кг веса
- б) особенности строения кожи
- в) более обильной васкуляризации кожи
- г) всех перечисленных факторов

4. Недоношенным считается ребенок, родившийся на сроке гестации:

- а) 28 нед. и менее
- б) 22-37 нед.
- в) 28-38 нед.

5. Наиболее часто ишемические повреждения мозга у недоношенных локализируются:

- а) в парасагитальной области
- б) в перивентрикулярном белом веществе
- в) в коре теменной доли

6. Особенностью мочевыделительной системы у недоношенных по сравнению с доношенными является:

- а) меньшее число нефронов
- б) большая частота мочеислого диатеза
- в) снижение концентрационной способности
- г) большая длина петли Генле

7. Клиническая картина дыхательной недостаточности в первые сутки жизни у недоношенного ребенка может быть связана с:

- а) нозокомиальной пневмонией
- б) атрезией хоан
- в) респираторным дистресс синдромом
- г) бронхо-легочной дисплазией

8. Степень тяжести СДР у недоношенных оценивается по шкале:

- а) Апгар
- б) Сильвермана
- в) Дубовица
- г) Дементьевой

9. “ПОГРАНИЧНОЕ” СОСТОЯНИЕ, ВСТРЕЧАЮЩЕЕСЯ ЧАЩЕ У НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА:

- 1) мочеислый инфаркт
- 2) половой криз
- 3) токсическая эритема
- 4) физиологическое нагрубание грудных желез

10. РИСК РАЗВИТИЯ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС СИНДРОМА У ГЛУБОКОНЕДОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ ОБУСЛОВЛЕН:

- 1) дефицитом/отсутствием сурфактанта
- 2) незрелостью дыхательного центра
- 3) узкими верхними дыхательными путями
- 4) «высоким» расположением диафрагмы

11. У ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ИЛИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ТРЕБУЮТ ТАКИЕ ФУНКЦИОНИРУЮЩИЕ ФЕТАЛЬНЫЕ КОММУНИКАЦИИ, КАК:

- 1) артериальный проток
- 2) овальное окно
- 3) артериальный проток
- 4) межпредсердное сообщение

1.3. Принципы интенсивной терапии и особенности ухода за недоношенными детьми в зависимости от гестационного возраста. Современные медицинские технологии выхаживания детей, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела.

1. При выхаживании недоношенных новорожденных с массой тела 1500 гр. в первый день жизни температуру в кювезе необходимо поддерживать в пределах (°C):

- а) 30-31°C
- б) 32-34°C
- в) 35-36°C
- г) 36-37°C

1.4. Особенности водно-электролитного обмена и принципы инфузионной терапии недоношенных детей различного гестационного возраста.

1) Для недоношенных детей на первой недели жизни наиболее характерны электролитные нарушения:

- а) гиперкальциемия
- б) гипермагниемия
- в) гипонатриемия
- г) гипернатриемия

1.5. Изменения физиологической потребности недоношенных детей в белках, жирах и углеводах в течение первого месяца жизни. Перинатальные факторы, негативно влияющие на темпы роста недоношенных детей в периоде новорожденности.

1) Наиболее частой причиной повышения содержания углеводов в кале у недоношенных детей является:

- а) первичный генетический дефект
- б) транзиторная лактазная недостаточность как результат незрелости
- в) вторичная лактазная недостаточность, развившаяся на фоне затяжных кишечных инфекций
- г) диета, богатая углеводами

2. Наиболее оптимальным видом вскармливания недоношенных детей с массой тела менее 1500 г. является:

- а) специализированные смеси для недоношенных
- б) материнское молоко, обогащенное белково-витаминными добавками
- в) сочетание материнского молока с адаптированной смесью для недоношенных
- г) материнское молоко, обогащённое белково-витаминными добавками; сочетание материнского молока с адаптированной смесью для недоношенных

3. ПОТРЕБНОСТЬ У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА С ЭНМТ В БЕЛКЕ ПРИ ЭНТЕРАЛЬНОМ ПИТАНИИ СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) 2,5-3,0 г/кг/сут
- 2) 3,0-3,5 г/кг/сут
- 3) 3,5-4,0 г/кг/сут
- 4) 4,0-4,5 г/кг/сут

4. ОПТИМАЛЬНАЯ ДОЗА УГЛЕВОДОВ ПРИ ПАРЕНТЕРАЛЬНОМ ПИТАНИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) 10,2-12,5 г/кг/сут
- 2) 11,5-14,4 г/кг/сут
- 3) 12-17 г/кг/сут
- 4) 14,5-18 г/кг/сут

5. СТАРТОВАЯ ДОЗА БЕЛКА ПРИ ПАРЕНТЕРАЛЬНОМ ПИТАНИИ, РЕКОМЕНДУЕМАЯ В 1-е СУТКИ ЖИЗНИ НОВОРОЖДЕННЫМ С МАССОЙ ТЕЛА МЕНЕЕ 1500г, СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) 1,5-1,8 г/кг/сут
- 2) 2-2,5 г/кг/сут
- 3) 3-3,5 г/кг/сут
- 4) 3,5-4 г/кг/сут

1.6. Современные стратегии нутритивной поддержки недоношенных детей различного гестационного возраста на стационарном этапе выхаживания.

1. Укажите наиболее точный способ расчета питания недоношенному ребенку:

- а) объемный
- б) калорийный
- в) по формуле Шкариной
- г) по формуле Зайцевой

2. Какие причины обуславливают трудности вскармливания недоношенных детей, особенно в первые 2 недели жизни:

- а) незрелость пищеварительной системе
- б) незрелость нервной системы
- в) сопутствующие заболевания
- г) все ответы правильные

3. ВСКАРМЛИВАНИЕ ГРУДНЫМ МОЛОКОМ ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НЕ СПОСОБСТВУЕТ:

- 1) снижению смертности
- 2) уменьшению частоты НЭК
- 3) ускорению физического развития ребенка
- 4) становлению нормальной микрофлоры ребенка

1.7. Особенности поддержки грудного вскармливания недоношенных детей. Показания к искусственному вскармливанию, характеристика специальных питательных смесей и способы расчета для недоношенных детей.

1. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ВИДОМ ВСКАРМЛИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С МАССОЙ ТЕЛА МЕНЕЕ 1500 г. ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) специализированные смеси для недоношенных
- 2) материнское молоко, обогащенное белково-витаминными добавками
- 3) сочетание материнского молока с адаптированной смесью для недоношенных
- 4) материнское молоко, обогащённое белково-витаминными добавками; сочетание материнского молока с адаптированной смесью для недоношенных

2. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АЛЛЕРГИИ К БЕЛКАМ КОРОВЬЕГО МОЛОКА У ДЕТЕЙ НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ПОКАЗАНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ:

- 1) молочной смеси с частично гидролизованным белком
- 2) молочной смеси с высоко гидролизованным белком
- 3) молочной смеси с гидролизованным белком и исключением лактозы
- 4) адаптированной молочной смеси

3. ВСКАРМЛИВАНИЕ ГРУДНЫМ МОЛОКОМ ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ СПОСОБСТВУЕТ ВСЕМ ЭФФЕКТАМ, КРОМЕ:

- 1) снижает смертность
- 2) уменьшает частоту НЭК
- 3) ускоряет физическое развитие ребенка
- 4) способствует становлению нормальной микрофлоры ребенка

4. ВСКАРМЛИВАНИЕ ГРУДНЫМ МОЛОКОМ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА ДЛЯ ДЕФИЦИТА:

- 1) лактоферрина
- 2) витамина D и K
- 3) лизоцима
- 4) холестерина

1.8. Транзиторные нарушения обмена веществ у недоношенных детей. Профилактика гипо- и гипергликемии. Особенности билирубинового обмена и методы профилактики гипербилирубинемии у недоношенных детей.

1. Более тяжелому течению конъюгационной желтухи у недоношенных детей способствует:

- а) полицитемия
- б) низкая оценка по Апгар
- в) гипергликемия
- г) гипокалиемия

2. Проведение фототерапии недоношенным детям может осложняться:

- а) появлением жидкого стула
- б) синдромом сгущения желчи
- в) развитием гемолитической анемии
- г) присоединением инфекции

3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) гемолитическая болезнь новорожденных
- б) незрелость печени
- в) неонатальный гепатит
- г) внутриутробные инфекции

4. Применение фототерапии у недоношенных новорожденных может осложняться:

- а) увеличением в 2-3 раза неощутимых потерь жидкости
- б) тромбоцитопенией
- в) дефицитом кишечной лактазы
- г) все ответы правильные

5. У недоношенных детей с внутриутробной гипотрофией конъюгационная желтуха в большинстве случаев протекает:

- а) легко
- б) тяжело
- в) имеет затяжное течение
- г) не встречается

6. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МЕЖДУ РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПРОВОДИТСЯ НА ОСНОВАНИИ:

- а) совокупности всех данных
- б) клиники
- в) лабораторных исследований
- г) анамнестических данных

7. ПРОФИЛАКТИКУ БИЛИРУБИНОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ КОНЪЮГАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХЕ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ:

- а) с первого дня жизни
- б) со второго дня жизни
- в) на высоте желтухи
- г) на любом сроке при появлении признаков билирубиновой интоксикации

8. Развитию билирубиновой энцефалопатии способствуют факторы:

- а) гипоксия
- б) ацидоз
- в) гипогликемия
- г) все перечисленные факторы

9. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ПРЯМОГО БИЛИРУБИНА ПРИ КОНЬЮГАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХЕ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ СВЯЗАНО:

- 1) с нарушением конъюгирующей функцией гепатоцитов
- 2) с нарушением экскреторной функцией гепатоцитов
- 3) с относительной незрелостью конъюгирующих ферментов и экскреторной функций гепатоцитов
- 4) с нарушением проходимости желчевыводящих путей

10. ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ НЕПРЯМОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ:

- 1) гиперпродукция билирубина
- 2) нарушение конъюгации билирубина
- 3) повышение кишечной реабсорбции
- 4) внутрипеченочный холестаз

11. В КАКИЕ ДНИ ЖИЗНИ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ БИЛИРУБИНОВАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ПРИ КОНЬЮГАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХЕ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ:

- 1) 2-3 сутки
- 2) 4-5 сутки
- 3) 5-6 сутки
- 4) 7-10 сутки

1.9. Способы оценки физического развития и методы оценки адекватности питания недоношенных детей в периоде новорождённости; особенности нутритивной поддержки недоношенных детей с признаками врождённой и постнатальной гипотрофии.

1. Расчет объема кормления у ребенка с внутриутробной гипотрофией в первые дни жизни проводится:

- а) на фактический вес
- б) на долженствующий вес
- в) на среднедолженствующий вес

2. Дефицит массы тела у недоношенного новорожденного с внутриутробной гипотрофией 1 степени составляет:

- а) 5-8%
- б) 10-20%
- в) 30-35%
- г) 40-45%

3. Дефицит массы тела у недоношенного новорожденного с внутриутробной гипотрофией 2 степени составляет:

- а) 5-10%
- б) 10-15%
- в) 20-30%
- г) 35-45%

4. Для недоношенных новорожденных с внутриутробной гипотрофией характерна:

- а) гипогликемия
- б) гипокалиемия
- в) гипонатриемия
- г) гипермагниемия

5. Масса тела у недоношенного новорожденного с внутриутробной гипотрофией находится ниже:

- а) 50 перцентиля
- б) 25 перцентиля
- в) 10 перцентиля
- г) 5 перцентиля

5. Для контроля за питанием недоношенного используются следующие биохимические показатели сыворотки крови:

- а) триглицериды
- б) глюкоза
- в) мочевины
- г) общий белок

1.10. Современные подходы к профилактике и лечению ранней анемии и остеопении недоношенных детей.

1. Какая из перечисленных причин чаще вызывает развитие анемии у недоношенного ребенка сразу после рождения:

- а) тяжелая анемия у матери
- б) кровотечения, вызванные дефицитом факторов свертывания
- в) кровотечения у плода и новорожденного, вызванные акушерскими осложнениями

2. Заместительная гемотрансфузия недоношенным детям с железодефицитной анемией показана при уровне гемоглобина:

- а) 150 г/л
- б) 100 г/л
- в) 90 г/л
- г) 70 г/л

3. По раннему развитию железодефицитной анемии наиболее угрожаемы недоношенные дети:

- а) перенесшие после рождения тяжелые инфекции
- б) с внутриутробной гипотрофией
- в) незрелые к гестационному возрасту
- г) с общим отеком синдромом

4. Какая из перечисленных причин чаще вызывает развитие анемии у недоношенного ребенка сразу после рождения:

- а) тяжелая анемия у матери
- б) кровотечения, вызванные дефицитом факторов свертывания

в) кровотечения у плода и новорожденного, вызванные акушерскими осложнениями

5. Какое число тромбоцитов у недоношенных детей позволяет думать о развитии тромбоцитопении:

- а) ниже 100000 в мкл
- б) ниже 150000 в мкл
- в) ниже 200000 в мкл
- г) ниже 300000 в мкл

6. МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ КОСТЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ (МБКН) — МЕТАБОЛИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, АССОЦИИРОВАННОЕ С НЕДОНОШЕННОСТЬЮ И СВЯЗАННОЕ, ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ С ДЕФИЦИТОМ:

- 1) фосфора и кальция
- 2) калия и натрия
- 3) витамина D
- 4) витамина A

7. УХУДШЕНИЮ МИНЕРАЛИЗАЦИИ КОСТЕЙ СПОСОБСТВУЕТ:

- 1) спиронолактон
- 2) гентамицин
- 3) фуросемид
- 4) панангин

8. ЧАСТОТА ПЕРЕЛОМОВ У ДЕТЕЙ С ЭНМТ НАХОДИТСЯ В ПРЕДЕЛАХ:

- 1) 15-20%
- 2) 20-25%
- 3) 0,5-2%
- 4) 2,5-10%

9. СКОРОСТЬ НАКОПЛЕНИЯ КАЛЬЦИЯ В 3-М ТРИМЕСТРЕ СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) 100-150 мг/кг/сут
- 2) 20-30 мг/кг/сут
- 3) 10-20 мг/кг/сут
- 4) 30-50 мг/кг/сут

10. ЗНАЧИМЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ МБКН ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) врождённая пневмония
- 2) анемия недоношенных
- 3) гипербилирубинемия недоношенных
- 4) синдром холестаза

11. К СУЩЕСТВЕННОМУ ФАКТОРУ РИСКА РАЗВИТИЯ МБКН ОТНОСИТСЯ:

- 1) длительное парентеральное питание
- 2) затяжная гипербилирубинемия недоношенных
- 3) повышение щелочной фосфатазы в крови
- 4) выхаживание в условиях открытой реанимационной системы

12. НА 1-М МЕСЯЦЕ ЖИЗНИ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ МБКН АССОЦИИРОВАНЫ С:

- 1) гиперкальциурией
- 2) гипокалиемией
- 3) гипофосфатемией
- 4) гипофосфатазией

13. ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ МБКН НЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ:

- 1) «чашевидной» формы метафизов
- 2) изъеденности контуров метафизов
- 3) перелома ребра
- 4) искривления трубчатых костей

14. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДОЗА ВИТАМИНА D У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЭНТЕРАЛЬНОМ ПИТАНИИ, СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) 200-400 ЕД/кг/сут
- 2) 400-800 ЕД/кг/сут
- 3) 800-1000 ЕД/кг/сут
- 4) 1000-2000 ЕД/кг/сут

15. РЕБЕНКУ С ПОСТКОНЦЕПТУАЛЬНЫМ ВОЗРАСТОМ МЕНЕЕ 30 НЕДЕЛЬ ПРИ ЭНТЕРАЛЬНОМ ПИТАНИИ НЕОБХОДИМО ОБЕСПЕЧИТЬ ПОСТУПЛЕНИЕ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА В ПРЕДЕЛАХ:

- 1) 120-180 и 60-90 мг/кг/сут, соответственно
- 2) 100-120 и 50-60 мг/кг/сут, соответственно
- 3) 80-100 и 40-50 мг/кг/сут, соответственно
- 4) 200-240 И 100-120 мг/кг/сут, соответственно

16. Этиотропной терапией ранней анемии недоношенных является назначение:

- а) переливаний эритроцитарной массы
- б) витамина Е
- в) рекомбинантного эритропоэтина
- г) дексаметазона

17. Ранняя анемия недоношенных детей возникает:

- а) со 2 по 10 неделю постнатальной жизни
- б) с 3-4 месяца жизни

18. Лечебная доза препаратов железа для лечения анемии недоношенных составляет:

- а) 2 мг/кг/сутки
- б) 3 мг/кг/сутки
- в) 3-6 мг/кг/сутки

19. Этиотропной терапией ранней анемии недоношенных является назначение:

- а) переливаний эритроцитарной массы
- б) витамина Е
- в) рекомбинантного эритропоэтина

г) дексаметазона

1.11. Морфо-функциональные особенности головного мозга у недоношенных детей различного гестационного возраста. Современные методы оценки неврологического статуса недоношенных детей. Роль нутритивных технологий в профилактике перинатальных поражений ЦНС.

1.12. . Мультидисциплинарный подход к оценке роста и развития недоношенных детей после выписки из стационара. Роль врача-педиатра в диспансеризации недоношенных детей на первом году жизни.

1. Вакцинация детей, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела, проводится с учетом:

- а) паспортного возраста
- б) скорректированного возраста
- в) не ранее 6 скорректированных месяцев

2. Повторный осмотр офтальмологом детей из группы риска по ретинопатии осуществляют:

- а) через 1 нед.
- б) через 5 дней
- в) через 2 недели

1.13. Основные клинические проблемы роста и развития недоношенных детей на амбулаторном этапе. Медикаментозная профилактика рахита и поздней анемии недоношенных. Особенности введения прикорма у недоношенных детей.

1. Что такое консультирование родителей новорожденного ребенка:

- а) дача сведений о состоянии ребенка
- б) советы, как правильно ухаживать за ребенком
- в) лекция об уходе за ребенком
- г) диалог с родителями о состоянии ребенка и об уходе

2. Оптимальные сроки для введения прикорма ребенка с ОНМТ и ЭНМТ:

- а) 4-6 паспортных месяцев
- б) 4-6 скорректированных месяцев
- в) 3 скорректированных месяца

1.14. Особенности стато-моторного и психического недоношенных развития детей. Современные возможности ранней неврологической реабилитации детей с перинатальными поражениями ЦНС.

1. Наиболее частой причиной поражения ЦНС у недоношенных новорожденных является:

- а) пренатальная патология
- б) родовая травма
- в) обменные нарушения
- г) внутриутробная инфекция

2. Укажите наиболее частую локализацию внутричерепных кровоизлияний у недоношенных детей:

- а) субдуральные
- б) эпидуральные
- в) в боковые желудочки мозга
- г) в вещество мозга

3. К основным клиническим проявлениям гипоксически-ишемической энцефалопатии III степени относятся:

- а) отсутствие рефлексов
- б) судороги
- в) гиперрефлексия
- г) нарушения ритма дыхания и сердцебиения