

**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. 5 Неонатология

по направлению подготовки/специальности 31.05.02 «Педиатрия»

направленности (профилю) подготовки/специализации
31.00.00 Клиническая медицина

1.1 Введение в неонатологию. Особенности адаптации новорожденных детей к условиям внеутробной жизни. Пограничные с нормой (транзиторные) состояния.

1. ВОЗМОЖНЫМИ ПРИЧИНАМИ НАРУШЕНИЯ СТАНОВЛЕНИЯ НОРМАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) безводный промежуток более 6-12 часов
- 2) позднее прикладывание к груди
- 3) пребывание в роддоме более 3-х суток
- 4) назначение докорма

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

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

3. ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ НАГРУБАНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЧАЩЕ ПРОИСХОДИТ НА КАКОЙ ДЕНЬ ЖИЗНИ:

- 1) 8-11 день
- 2) 12-15 день
- 3) 1-3 день
- 4) 4-5 день

1.2 Организация медицинской помощи новорожденным в родильном доме. Первичный туалет новорожденного. Поддержка грудного вскармливания. Вакцинация. Неонатальный скрининг. Условия выписки из акушерского стационара.

1. ПРОВЕДЕНИЕ СКРИНИНГА НА ВРОЖДЕННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ:

- 1) после 12 часов жизни
- 2) до вторых суток жизни
- 3) на 4-5 день жизни
- 4) на 1-2 сутки жизни

2. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К КОРМЛЕНИЮ ГРУДЬЮ СО СТОРОНЫ МАТЕРИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) ВИЧ-инфекция
- 2) начинающийся мастит
- 3) носительство Hbs-Ag
- 4) носительство ВГС, CMV

3. ОБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ НЕХВАТКИ ГРУДНОГО МОЛОКА:

- 1) мать не может сцеживать молоко или сцеживает очень мало
- 2) плохая прибавка в весе у ребенка, стул плотный, сухой или зеленый, редкие мочеиспускания

- 3) очень частые кормления грудью, частый жидкий стул
- 4) очень продолжительные кормления грудью

1.3 Врачебное наблюдение за состоянием новорожденных детей на педиатрическом участке. Консультирование матерей по вопросам ухода за ребенком в периоде новорожденности.

1. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ВЫПИСКИ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ДОМОЙ, ПРИ ОТСУТСТВИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИХОДИТСЯ НА:

- 1) 3-5 с.ж.
- 2) 4-5 с.ж.
- 3) 2-3 с.ж.
- 4) 2-4 с.ж.

2. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА ПРОВОДИТСЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СЛЕДУЮЩИХ КРИТЕРИЕВ:

- 1) выявление отклонений в онтогенезе, физического развития и степени его гармоничности, уровня нервно-психического развития, уровня резистентности организма, уровня функционального состояния организма, наличия или отсутствия хронических заболеваний или врожденных пороков развития
- 2) уровня нервно-психического развития, уровня резистентности организма, уровня функционального состояния организма, наличия или отсутствия хронических заболеваний или врожденных пороков развития
- 3) выявление отклонений в онтогенезе, уровня нервно-психического развития, уровня резистентности организма, уровня функционального состояния организма, наличия или отсутствия хронических заболеваний или врожденных пороков развития
- 4) ни один из перечисленных вариантов ответа

3. ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ:

- 1) все перечисленное
- 2) быстрый темп физического и нервно-психического развития, потребность в сенсорных впечатлениях и двигательной активности
- 3) взаимозависимость физического и нервно-психического развития. Очень большая зависимость развития ребенка от матери (родителей, опекунов)
- 4) низкая сопротивляемость к метео- и экологическим воздействиям и различным заболеваниям

4. ЗА ПЕРВЫЙ ГОД ЖИЗНИ РЕБЕНОК:

- 1) все ответы правильные
- 2) правильного нет
- 3) утраивает свою массу тела
- 4) вырастет на 25-30 см

5. ЗАДАЧИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УХОДА ЗА РЕБЕНКОМ:

- 1) все ответы правильные
- 2) организация санитарно-гигиенического ухода за ребенком
- 3) организация режима жизни и питания соответственно возрасту

4) организация рационального вскармливания и питания является одной из основных задач врача-педиатра общей практики

6. ПЕРВЫЙ ОСМОТР ВРАЧА НА ДОМУ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ НОВОРОЖДЕННОГО ПРОХОДИТ НА:

- 1) в первые 3 дня после выписки из родильного дома
- 2) на 3-5 с.ж.
- 3) на 7 с.ж.
- 4) на 5 с.ж.

7. ПЕРВЫЙ ОСМОТР МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ НА ДОМУ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ НОВОРОЖДЕННОГО ПРОХОДИТ НА:

- 1) в первые 3 дня после выписки из родильного дома
- 2) в первую неделю после выписки из родильного дома
- 3) на 7 с.ж.
- 4) на 5 с.ж.

8. ЗА ПЕРВЫЙ МЕСЯЦ ЖИЗНИ ЧИСЛО ПОСЕЩЕНИЙ ВРАЧА НА ДОМУ СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) 2 раза
- 2) 3 раза
- 3) каждую неделю до достижения месячного возраста
- 4) 1 раз

9. ПРИ ОТСУТСТВИИ ПОКАЗАНИЙ ЛАБОРАТОРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ РЕБЕНКА (КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ, ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ) ПРОВОДИТСЯ:

- 1) на 3 и 12 месяцы жизни
- 2) на 3, 6 и 12 месяцы жизни
- 3) ежемесячно
- 4) на 1-3-6-12 месяцы жизни

10. В ПЕРВЫЙ ГОД ЖИЗНИ ПРИ ОТСУТСТВИИ ПОКАЗАНИЙ ОСМОТР РЕБЕНКА ПЕДИАТРОМ ПРОВОДИТСЯ:

- 1) ежемесячно
- 2) на 3 и 12 месяцы жизни
- 3) на 1,2,3, 6 и 12 месяцы жизни
- 4) на 1-3-6-12 месяцы жизни

1.4 Организация неотложной медицинской помощи в родильном зале. Асфиксия новорожденных. Алгоритм реанимации новорожденных. Стабилизация состояния и принципы интенсивной терапии детей, перенесших асфиксию.

1. К РЕКОМЕНДУЕМОМУ СПИСКУ ОБОРУДОВАНИЯ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) источник медицинского воздуха (компрессор, баллон, центральный компрессор) и кислорода (кислородный концентратор, баллон, центральная кислородная станция)
- 2) аппарат-таймер
- 3) маски для ИВЛ различных размеров

4) ларингоскоп

2. К РЕКОМЕНДУЕМОМУ СПИСКУ ОБОРУДОВАНИЯ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) источник медицинского воздуха (компрессор, баллон, центральный компрессор) и кислорода (кислородный концентратор, баллон, центральная кислородная станция)
- 2) аппарат ручной ИВЛ с Т-коннектором
- 3) интубационные трубки
- 4) фонендоскоп

3. К РЕКОМЕНДУЕМОМУ СПИСКУ ОБОРУДОВАНИЯ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) саморасправляющийся дыхательный мешок с возможностью подключения манометра и установки клапана положительного давления в конце выдоха
- 2) аспирационные катетеры
- 3) желудочные зонды

4. К РЕКОМЕНДУЕМОМУ СПИСКУ ОБОРУДОВАНИЯ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) набор для катетеризации пупочной вены
- 2) аппарат ручной ИВЛ с Т-коннектором
- 3) интубационные трубки
- 4) фонендоскоп

5. К РЕКОМЕНДУЕМОМУ СПИСКУ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) раствор эпинефрина в разведении 1:10 000
- 2) растворы для восполнения дефицита объема циркулирующей крови (изотонический раствор натрия хлорида)
- 3) 4% раствор натрия гидрокарбоната
- 4) 4% калия хлорид

6. К РЕКОМЕНДУЕМОМУ СПИСКУ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) раствор эпинефрина в разведении 1:10 000
- 2) растворы для восполнения дефицита объема циркулирующей крови (изотонический раствор натрия хлорида)
- 3) 4% раствор натрия гидрокарбоната
- 4) эритропоэтин

7. К АНТЕНАТАЛЬНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ АСФИКСИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) преждевременные роды
- 2) сахарный диабет
- 3) ожирение
- 4) преэклампсия

8. К АНТЕНАТАЛЬНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ АСФИКСИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) хроническая гипертензия (гипертоническая болезнь матери)
- 2) резус-сенсibilизация
- 3) ультразвуковые признаки анемии или водянки плода
- 4) мертворождения или рождение предыдущих детей в состоянии тяжелой асфиксии

9. К АНТЕНАТАЛЬНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ АСФИКСИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) клинические признаки инфекционного заболевания у матери во время беременности (хориоамнионит, температура в родах)
- 2) подозрение на врожденную инфекцию плода
- 3) кровотечение во II или III триместрах беременности
- 4) многоводие

10. К АНТЕНАТАЛЬНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ АСФИКСИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) многоводие
- 2) маловодие
- 3) многоплодная беременность

1.5 Анатомо-физиологические особенности недоношенных детей. Условия, необходимые для их выхаживания. Организация медицинской помощи новорожденным в акушерском и педиатрическом стационаре (1-й и 2-й этапы выхаживания). Принципы вскармливания больных и недоношенных детей.

1. К КАТЕГОРИИ ДЕТЕЙ С «НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ» ОТНОСЯТСЯ НОВОРОЖДЕННЫЕ С ВЕСОМ ПРИ РОЖДЕНИИ:

- 1) 2500-3000 гр
- 2) 1500-2500 гр
- 3) 1000-1499 гр
- 4) менее 999 гр

2. СОГЛАСНО ПРИКАЗУ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ №1687 от 27.12.2011 г, К ОСНОВНЫМ МЕДИЦИНСКИМ КРИТЕРИЯМ РОЖДЕНИЯ ОТНОСЯТ:

- 1) срок беременности 22 недели и более, массу тела при рождении 500 гр и более (или менее 500 гр при многоплодных родах), длину тела ребенка при рождении 25 см и более
- 2) срок беременности 25 недель и более, массу тела при рождении 1000 гр и более (или менее 1000 гр при многоплодных родах), длину тела ребенка при рождении 30 см и более
- 3) срок беременности 22 недели и более, массу тела при рождении 1000 гр и более (или менее 1000 гр при многоплодных родах), длину тела ребенка при рождении 30 см и более
- 4) срок беременности 25 недель и более, массу тела при рождении 500 гр и более (или менее 500 гр при многоплодных родах), длину тела ребенка при рождении 25 см и более

3. РИСК РАЗВИТИЯ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС СИНДРОМА У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ ОБУСЛОВЛЕН:

- 1) дефицитом/отсутствием сурфактанта
- 2) незрелостью дыхательного центра

- 3) узкими верхними дыхательными путями
- 4) «высоким» расположением диафрагмы

4. 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

5. РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ, В ЗАДАЧУ КОТОРЫХ ВХОДИТ ОКАЗАНИЕ ВСЕХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ НЕЗАВИСИМО ОТ ХАРАКТЕРА ПАТОЛОГИИ И МАССЫ ТЕЛА ДЕТЕЙ ПРИ РОЖДЕНИИ, ЯВЛЯЮТСЯ УЧРЕЖДЕНИЯМИ:

- 1) первого уровня
- 2) второго уровня
- 3) третьего уровня
- 4) четвертого уровня

6. К УЧРЕЖДЕНИЯМ ТРЕТЬЕГО УРОВНЯ МОГУТ ОТНОСИТЬСЯ:

- 1) неонатальные центры при крупных (многопрофильных) детских больницах
- 2) любые акушерские физиологические отделения
- 3) стационары для новорожденных при детских больницах, имеющие в своем составе палаты (блоки) реанимации и интенсивной терапии
- 4) палаты новорожденных при небольших педиатрических стационарах

7. РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ, В ЗАДАЧУ КОТОРЫХ ВХОДИТ ПРОВЕДЕНИЕ ЭТИОТРОПНОЙ, ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННЫМ (НЕ ТРЕБУЮЩИМ ДЛИТЕЛЬНОЙ ИВЛ) ПРИ ЛЮБОЙ ПАТОЛОГИИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ЗАБЛЕВАНИЙ, ТРЕБУЮЩИХ ЭКСТРЕННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ЯВЛЯЮТСЯ УЧРЕЖДЕНИЯМИ:

- 1) первого уровня
- 2) второго уровня
- 3) третьего уровня
- 4) четвертого уровня

8. К УЧРЕЖДЕНИЯМ ВТОРОГО УРОВНЯ МОГУТ ОТНОСИТЬСЯ:

- 1) специализированные родильные дома, располагающие отделением реанимации новорожденных
- 2) любые акушерские физиологические отделения
- 3) палаты новорожденных при небольших педиатрических стационарах
- 4) перинатальные центры, располагающие помимо службы пренатальной диагностики отделениями реанимации новорожденных и выхаживания недоношенных детей

9. РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ, В ЗАДАЧУ КОТОРЫХ ВХОДИТ ОКАЗАНИЕ КОМПЛЕКСА ПЕРВИЧНОЙ И РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ В МОМЕНТ РОЖДЕНИЯ ИЛИ ПРИ ОСТРОМ ВОЗНИКНОВЕНИИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ ДО ИХ ПЛАНОВОГО ПЕРЕВОДА НА ВТОРОЙ ЭТАП ВЫХАЖИВАНИЯ, ЯВЛЯЮТСЯ УЧРЕЖДЕНИЯМИ:

- 1) первого уровня
- 2) второго уровня
- 3) третьего уровня
- 4) четвертого уровня

10. К УЧРЕЖДЕНИЯМ ПЕРВОГО УРОВНЯ МОГУТ ОТНОСИТЬСЯ:

- 1) специализированные родильные дома, располагающие отделением реанимации новорожденных
- 2) любые акушерские физиологические отделения
- 3) стационары для новорожденных при детских больницах, имеющие в своем составе палаты (блоки) реанимации и интенсивной терапии
- 4) перинатальные центры, располагающие помимо службы пренатальной диагностики отделениями реанимации новорожденных и выхаживания недоношенных детей

1.6 Дыхательные расстройства у новорожденных детей: основные причины и патогенез, клиническая оценка тяжести, принципы респираторной поддержки и терапия.

1. ШКАЛА СИЛЬВЕРМАНА НЕОБХОДИМА ДЛЯ:

- 1) определения степени тяжести дыхательной недостаточности у недоношенного ребенка
- 2) определения тяжести асфиксии у новорожденного
- 3) определения зрелости новорожденного
- 4) определения степени тяжести дыхательной недостаточности у доношенного ребенка

2. ШКАЛА ДАУНСА НЕОБХОДИМА ДЛЯ:

- 1) определения степени тяжести дыхательной недостаточности у недоношенного, доношенного и/или переносенного ребенка
- 2) определения тяжести асфиксии у новорожденного
- 3) определения степени тяжести дыхательной недостаточности у недоношенного ребенка
- 4) определения зрелости новорожденного

3. ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) метод спонтанного дыхания с постоянным положительным давлением в дыхательных путях
- 2) продленный вдох
- 3) ИВЛ мешком Амбу
- 4) подача кислорода через головной колпак

1.7 Пневмонии новорожденных. Этиология, патогенез, клинические проявления, клинко-инструментальная и клинко-лабораторная диагностика, принципы лечения.

1. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) грамположительная и грамотрицательная флора
- 2) недоношенность
- 3) дефицит сурфактанта
- 4) перенесенная гипоксия

2. НА СТЕПЕНЬ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ВЛИЯЮТ:

- 1) несовершенство центральной регуляции дыхания
- 2) асфиксия при рождении
- 3) переохлаждение
- 4) гипербилирубинемия

3. ДЛЯ ПНЕВМОНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ХАРАКТЕРНО:

- 1) гипоксия
- 2) повышение мышечного тонуса
- 3) гипертермия
- 4) судороги

4. ДИАГНОЗ ПНЕВМОНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ:

- 1) рентгенографии органов грудной клетки
- 3) микробиологического посева крови
- 4) определения уровня глюкозы крови

5. ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ПНЕВМОНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ВКЛЮЧАЮТ:

- 1) антибактериальную терапию
- 2) иммунокорригирующую терапию
- 3) мембраностабилизирующую терапию
- 4) использование вазоактивных препаратов

6. СИМПТОМЫ ВРОЖДЕННЫХ ПНЕВМОНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРОЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) на 1-3 сутки
- 2) на 4-5 сутки
- 3) на 5-6 сутки
- 4) на 8 сутки

7. ИВЛ-АССОЦИИРОВАННЫЕ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ РАЗВИВАЮТСЯ НА:

- 1) на 5-8 сутки
- 2) на 2-3 сутки
- 3) на 4 сутки

4) на 9-10 сутки

8. ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМИ ФАКТОРАМИ ВРОЖДЕННЫХ ПНЕВМОНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) хроническая внутриутробная гипоксия плода
- 2) геморрагическая болезнь новорожденного
- 3) недоношенность
- 4) многоплодная беременность

9. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ПОЗДНЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ – ЭТО:

- 1) осложнение ИВЛ
- 2) внутриутробное инфицирование
- 3) аспирация в родах

10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО АСПИРАЦИОННАЯ ИНТРАНАТАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:

- 1) справа в средних отделах
- 2) с двух сторон
- 3) слева по всему легкому
- 4) справа в нижних отделах

1.8 Сепсис новорожденных. Этиология, патогенез, клинические проявления, клинико-инструментальная и клинико-лабораторная диагностика, принципы лечения.

1. В ОСНОВЕ СИНДРОМА СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА (SIRS) ЛЕЖИТ:

- 1) поражение эндотелия капилляров провоспалительными цитокинами
- 2) наличие отита
- 3) гнойного конъюнктивита
- 4) омфалита

2. РАННИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ СЕПСИСА ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) нарастание инфекционного токсикоза
- 2) повышение уровня билирубина в крови
- 3) отпадение пуповинного остатка
- 4) акушерский паралич верхней конечности

3. В ПАТОГЕНЕЗЕ СЕПСИСА ВЫДЕЛЯЮТ:

- А) ФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ
- Б) ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ БИЛИРУБИНА В КРОВИ
- В) ФОРМИРОВАНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ШОКА
- Г) НАРУШЕНИЕ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА

4. КРИТЕРИЯМИ ДИАГНОСТИКИ СЕПСИСА ЯВЛЯЮТСЯ:

- А) РАЗВЕРНУТЫЙ ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ
- Б) ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ТРИГЛИЦЕРИДОВ

- В) ИССЛЕДОВАНИЕ КОАГУЛОГРАММЫ
- Г) ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ХОЛЕСТЕРИНА, МОЧЕВИНЫ

5. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ СЕПСИСА ПРОВОДИТСЯ С:

- А) ВНУТРИУТРОБНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ
- Б) ГИПОКСИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС
- В) ГАЛАКТОЗЕМИЕЙ
- Г) ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НОВОРОЖДЕННЫХ

6. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ РАННЕГО СЕПСИСА У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ:

- А) ИНТОКСИКАЦИЯ
- Б) ТРЕМОР
- В) ТЕЧЕНИЕ ЖЕЛТУХИ
- Г) АСПИРАЦИОННЫЙ СИНДРОМ

7. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ СЕПСИСА У НОВОРОЖДЕННЫХ:

- А) АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ
- Б) ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ
- В) ИЗОЛЯЦИЯ
- Г) ФОТОТЕРАПИЯ

8. РАННИЙ СЕПСИС У НОВОРОЖДЕННЫХ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАН:

- А) ГР (-) ФЛОРОЙ
- Б) ПРОСТЕЙШИМИ
- В) ГР (+) ФЛОРОЙ
- Г) ВИРУСАМИ

9. ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ПРИ СЕПСИСЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ:

- А) СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ИММУНОГЛОБУЛИНЫ
- Б) ЦИМЕВЕН
- В) ЦИКЛОФЕРОН
- Г) ВИФЕРОН

10. ТЕРАПИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ШОКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ВКЛЮЧАЕТ:

- А) АДЕКВАТНУЮ ИНФУЗИОННУЮ ТЕРАПИЮ ДЛЯ ВОСПОЛНЕНИЯ ОЦК
- Б) ЭУБИОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ
- В) ДИУРЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ
- Г) НООТРОПЫ

1.9 Врожденные инфекции. Этиология, патогенез, клинические проявления, клинико-инструментальная и клинико-лабораторная диагностика, принципы лечения.

1. ИНФИЦИРОВАНИЕ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У РЕБЕНКА ПРОИСХОДИТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО:

- 1) трансплацентарно

- 2) интранатально
- 3) ятрогенным путем
- 4) постнатально в первые сутки жизни

2. ИНФИЦИРОВАНИЕ ПРИ НЕОНАТАЛЬНОЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У РЕБЕНКА ПРОИСХОДИТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО:

- 1) интранатально
- 2) трансплацентарно
- 3) ятрогенным путем
- 4) постнатально в первые сутки жизни

3. ИНФИЦИРОВАНИЕ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КРАСНУХЕ У РЕБЕНКА ПРОИСХОДИТ ТОЛЬКО:

- 1) трансплацентарно
- 2) интранатально
- 3) ятрогенным путем
- 4) постнатально в первые сутки жизни

1.10 Гемолитическая болезнь плода и новорожденного. Этиология, патогенез, клинические проявления, клинико-инструментальная и клинико-лабораторная диагностика, принципы лечения. Предупреждение билирубиновой энцефалопатии (ядерные желтухи).

1. При гемолитической болезни новорожденных в анализах периферической крови выявляется:

- а) анемия, ретикулоцитоз
- б) анемия, лейкоцитоз
- в) анемия, тромбоцитопения
- г) все вышеперечисленное

2. Для проведения заменного переливания крови при ГБН по резус-фактору необходимо взять кровь:

- а) с группой крови ребенка резус-фактор отрицательный
- б) с группой крови матери резус-фактор отрицательный
- в) с группой крови ребенка резусфактор положительный

3. Для проведения операции заменного переливания крови при ГБН по системе АВО используется эритроцитарная масса с группой крови:

- а) ребенка
- б) O(I)
- в) группой крови матери
- г) АВ (IV)

1.11 Негемолитические желтухи новорожденных. Особенности билирубинового обмена у новорожденных детей и основные причины его нарушения. Дифференциальная диагностика прямых и непрямых гипербилирубинемий. Показания к фототерапии и операции обменного переливания крови.

1. Неонатальная гипербилирубинемия – состояние, при котором у доношенных и поздних недоношенных детей (гестационный возраст 35-36 недель), отмечается повышение концентрации общего билирубина в сыворотке крови более:
 - a. 256 мкмоль/л
 - b. 171 мкмоль/л
 - c. 120 мкмоль/л
 - d. 67 мкмоль/л
2. Неонатальная гипербилирубинемия – состояние, при котором у детей, родившихся ранее 35-й недели гестации, отмечается повышение концентрации общего билирубина в сыворотке крови более:
 - a. 256 мкмоль/л
 - b. 171 мкмоль/л
 - c. 120 мкмоль/л
 - d. 67 мкмоль/л
3. Непрямая гипербилирубинемия - повышение непрямой фракции билирубина более, чем на:
 - a. 20%
 - b. 40%
 - c. 60%
 - d. 80%
4. Конъюгационные желтухи обусловлены:
 - a. повышенной продукцией билирубина за счет гемолиза эритроцитов
 - b. пониженной конъюгацией билирубина в гепатоцитах
 - c. нарушением экскреции билирубина в кишечник
 - d. нарушением конъюгации и экскреции билирубина
5. Гемолитические желтухи обусловлены:
 - a. повышенной продукцией билирубина за счет гемолиза эритроцитов
 - b. пониженной конъюгацией билирубина в гепатоцитах
 - c. нарушением экскреции билирубина в кишечник
 - d. нарушением конъюгации и экскреции билирубина
6. Механические желтухи обусловлены:
 - a. повышенной продукцией билирубина за счет гемолиза эритроцитов
 - b. пониженной конъюгацией билирубина в гепатоцитах
 - c. нарушением экскреции билирубина в кишечник
 - d. нарушением конъюгации и экскреции билирубина
7. Печеночные желтухи обусловлены:
 - a. повышенной продукцией билирубина за счет гемолиза эритроцитов

- b. пониженной конъюгацией билирубина в гепатоцитах
 - c. нарушением экскреции билирубина в кишечник
 - d. нарушением конъюгации и экскреции билирубина
8. Физиологическая желтуха новорожденных относится к:
- a. конъюгационным желтухам
 - b. гемолитическим желтухам
 - c. печеночным желтухам
 - d. механическим желтухам
9. Желтуха недоношенных детей относится к:
- a. конъюгационным желтухам
 - b. гемолитическим желтухам
 - c. печеночным желтухам
 - d. механическим желтухам
10. Желтуха, связанная с грудным вскармливанием, относится к:
- a. конъюгационным желтухам
 - b. гемолитическим желтухам
 - c. печеночным желтухам
 - d. механическим желтухам

1.12 Анемии новорожденных и недоношенных детей: основные причины и патогенез, клинико-лабораторная диагностика, профилактика и принципы лечения.

1. К ОСОБЕННОСТЯМ СИСТЕМЫ КРОВИ У ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО ОТНОСЯТСЯ:
- 1) продолжительность жизни эритроцитов у доношенного новорожденного –60-90 дн.
 - 2) изменение типа кроветворения от мегалобластического к нормобластическому
 - 3) продолжительность жизни эритроцитов у доношенного новорожденного –120-180дн.
 - 4) продолжительность жизни эритроцитов у недоношенного новорожденного –60-90 дн.
2. ПРИЧИНАМИ ПОСТГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИИ МОГУТ ЯВЛЯТЬСЯ:
- 1) преждевременная отслойка плаценты
 - 2) фето-материнские потери
 - 3) фето-плацентарные кровотечения
 - 4) фето-фетальные потери
 - 5) изоиммунная несовместимость крови матери и плода
3. ДЛЯ ПЛОДА-ДОНОРА ПРИ ФЕТО-ФЕТАЛЬНОМ ТРАНСФУЗИОННОМ СИНДРОМЕ ХАРАКТЕРНО:
- 1) гиповолеми
 - 2) анемия
 - 3) гипокликемия
 - 4) задержка роста
 - 5) полицитемия

4. ДЛЯ ПЛОДА-РЕЦИПИЕНТА ПРИ ФЕТО-ФЕТАЛЬНОМ ТРАНСФУЗИОННОМ СИНДРОМЕ ХАРАКТЕРНО:

- 1) гиповолемия
- 2) анемия
- 3) гипокликемия
- 4) задержка роста
- 5) полицитемия

5. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОСТГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНО:

- 1) снижение гемоглобина
- 2) гипохромия
- 3) микроцитоз
- 4) гиперхромия

6. ТЕСТ КЛЕЙХАУЭРА-БЕТКЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ:

- 1) наличия фето-материнских потерь
- 2) наличия фето-фетальных потерь
- 3) изоиммунной гемолитической анемии
- 4) трансиммунной тромбоцитопении

7. КЛИНИЧЕСКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) анемия
- 2) желтуха
- 3) тромбоцитопения
- 4) лейкоцитоз

8. КЛИНИЧЕСКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) анемия
- 2) ретикулоцитоз
- 3) увеличение непрямого билирубина
- 4) увеличение прямого билирубина

9. КЛИНИЧЕСКО-ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПОСТГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) анемия
- 2) ретикулоцитоз
- 3) увеличение непрямого билирубина
- 4) увеличение прямого билирубина

10. К ГЕМОЛИТИЧЕСКИМ АНЕМИЯМ ОТНОСЯТСЯ:

- 1) мембранопатии – дефекты строения скелета мембраны эритроцитов
- 2) дефицит глюкозо-6-фосфат дегидрогеназы
- 3) талассемии
- 4) анемия Фанкони

1.13 Особенности клинической оценки неврологического статуса новорожденных и недоношенных детей. Диагностическая информативность инструментальных методов дополнительного обследования детей при подозрении на перинатальное поражение ЦНС (НСГ, МРТ, ЭЭГ).

1. Неврологический осмотр должен осуществляться при выполнении следующих условий, кроме:

- а) температура помещения +24—26°C
- б) оптимальное время осмотра — за 1 час до кормления
- в) нерезкое освещение, симметричное по отношению к ребенку
- г) оптимальное время осмотра — сразу после кормления

2. РЕФЛЕКС МОРО:

- а) при надавливании на область тенара кисти ребенок открывает рот, наклоняет голову, сгибает плечи и предплечья
- б) новорожденный захватывает вложенный ему в кисть палец так, что иногда его можно приподнять
- в) при поглаживании кожи ребенка в области угла рта происходит поворот головы в сторону раздражителя
- г) I фаза — в ответ на раздражение возникает отведение рук в стороны и разжимание кистей, II фаза — возвращение в исходное положение (сведение рук)

3. ВЕРХНИЙ ХВАТАТЕЛЬНЫЙ РЕФЛЕКС РОБИНСОНА:

- а) при надавливании на область тенара кисти ребенок открывает рот, наклоняет голову, сгибает плечи и предплечья
- б) новорожденный захватывает вложенный ему в кисть палец так, что иногда его можно приподнять
- в) при поглаживании кожи ребенка в области угла рта происходит поворот головы в сторону раздражителя
- г) в ответ на легкое прикосновение пальцем к губам ребенка отмечается вытягивание губ

4. ЛАДОННО-РОТОВОЙ РЕФЛЕКС БАБКИНА:

- а) при надавливании на область тенара кисти ребенок открывает рот, наклоняет голову, сгибает плечи и предплечья
- б) новорожденный захватывает вложенный ему в кисть палец так, что иногда его можно приподнять
- в) при поглаживании кожи ребенка в области угла рта происходит поворот головы в сторону раздражителя
- г) в ответ на легкое прикосновение пальцем к губам ребенка отмечается вытягивание губ

5. ШКАЛА БАЛЛАРД ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ:

- а) оценки степени угнетения сознания ребенка
- б) оценки зрелости аЭЭГ паттерна недоношенного ребенка
- в) оценки морфо-функциональной зрелости недоношенного ребенка
- г) оценки степени внутрижелудочкового кровоизлияния по данным НСГ

6. ДЛЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ПАРЕЗА ЛИЦЕВОГО НЕРВА ХАРАКТЕРНО:

- а) лагофthalm

- б) повышенное слезотечение
- в) анизокория
- г) опущение угла рта при крике

7. НЕДОСТАТКОМ НСГ КАК МЕТОДА НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) необходимость медикаментозной седации новорожденного
- б) ограниченная функциональность
- в) быстрота исследования
- г) инвазивность процедуры

8. РЕФЛЕКС ГАЛАНТА:

- а) при надавливании на область тенара кисти ребенок открывает рот, наклоняет голову, сгибает плечи и предплечья
- б) новорожденный захватывает вложенный ему в кисть палец так, что иногда его можно приподнять
- в) в ответ на проведение пальцем с легким усилием по остистым отросткам снизу вверх ребенок, лежащий на животе, изгибает спину дугой, сгибает конечности, плачет
- г) при раздражении пальцами кожи спины вдоль позвоночника снизу вверх у лежащего на боку ребенка он изгибает туловище дугой, открытой в сторону раздражителя

9. РЕФЛЕКС ПЕРЕСА:

- а) при раздражении пальцами кожи спины вдоль позвоночника снизу вверх у лежащего на боку ребенка он изгибает туловище дугой, открытой в сторону раздражителя
- б) новорожденный захватывает вложенный ему в кисть палец так, что иногда его можно приподнять
- в) в ответ на проведение пальцем с легким усилием по остистым отросткам снизу вверх ребенок, лежащий на животе, изгибает спину дугой, сгибает конечности, плачет
- г) в ответ на легкое прикосновение пальцем к губам ребенка отмечается вытягивание губ

10. ХОБОТКОВЫЙ РЕФЛЕКС:

- а) при надавливании на область тенара кисти ребенок открывает рот, наклоняет голову, сгибает плечи и предплечья
- б) новорожденный захватывает вложенный ему в кисть палец так, что иногда его можно приподнять
- в) при поглаживании кожи ребенка в области угла рта происходит поворот головы в сторону раздражителя
- г) в ответ на легкое прикосновение пальцем к губам ребенка отмечается вытягивание губ

1.14 Гипоксически-ишемические и гипоксически-геморрагические поражения центральной нервной системы у новорожденных детей: этиология, патогенез, клинические проявления, принципы ранней реабилитации.

1. ВЫБЕРИТЕ ПРИЧИНЫ ГИПОКСИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЦНС У НОВОРОЖДЕННОГО:

- 1) тяжелый гестоз во время беременности
- 2) отслойка плаценты в родах
- 3) тугое обвитие пуповины вокруг шеи плода

4) асфиксия при рождении

2. СУБДУРАЛЬНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ ЧАЩЕ ДРУГИХ ПРОИСХОДЯТ У:

- 1) доношенных с большой массой тела
- 2) переносных с внутриутробной гипотрофией
- 3) доношенных с внутриутробной гипотрофией
- 4) доношенных со средними массо-ростовыми показателями

3. У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВНУТРИЧЕРЕПНЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ В СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ ОТМЕЧАЕТСЯ:

- 1) снижение уровня белка
- 2) присутствие макрофагов
- 3) появление эритроцитов
- 4) повышение уровня белка

1.15 Родовые травмы центральной и периферической нервной системы: этиология, патогенез, клинические проявления, принципы ранней реабилитации.

1. ВНУТРИЧЕРЕПНУЮ РОДОВУЮ ТРАВМУ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ:

- а) слабость родовой деятельности и стимуляция окситоцином
- б) клинически узкий таз
- в) ягодичное предлежание
- г) все ответы правильные

2. ЗАПОДОЗРИТЬ РОДОВУЮ ТРАВМУ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА МОЖНО ПРИ НАЛИЧИИ СЛЕДУЮЩИХ СИМПТОМОВ:

- 1) судороги
- 2) резкий плач при перемене положения ребенка
- 3) симптом «короткой шеи»
- 4) напряжение шейно-затылочных мышц

3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОВРЕЖДЕНИЕ ПРИ НАЛОЖЕНИИ АКУШЕРСКИХ ШИПЦОВ:

- 1) центральный парез лицевого нерва
- 2) периферический парез лицевого нерва
- 3) перелом плеча
- 4) травма шейного отдела позвоночника