

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.18 «НЕОНАТОЛОГИЯ»

1	Организация помощи новорожденным в физиологическом родильном доме
1	Показатель (коэффициент) перинатальной смертности рассчитывают, как отношение числа случаев смерти плода при сроке беременности более _____ и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение первой недели после родов к общему числу родившихся живыми и мёртвыми за год
	22 недель
	32 недель
	28 недель
	36 недель
2	Под ранней неонатальной смертностью подразумевают число детей, умерших в течение первых полных _____ из 1000 живорождённых
	7 суток жизни (6 дней 23 час. 59 мин.)
	1 суток жизни (0 дней 23 час. 59 мин.)
	10 суток жизни (9 дней 23 час. 59 мин.)
	28 суток жизни (27 дней 23 час. 59 мин.)
3	Под неонатальной смертностью подразумевают число детей, умерших в течение первых полных _____ из 1000 живорождённых
	1 суток жизни (0 дней 23 час. 59 мин.)
	28 суток жизни (27 дней 23 час. 59 мин.)
	10 суток жизни (9 дней 23 час. 59 мин.)
	7 суток жизни (6 дней 23 час. 59 мин.)
4	Под младенческой смертностью понимают число детей, умерших в возрасте до _____ из 1000 живорожденных
	7 суток жизни
	1 года жизни
	28 суток жизни
	5 лет жизни

5	Показатель (коэффициент) перинатальной смертности выражается в
	долях
	процентах
	промилле
	дробях
6	Показатель (коэффициент) перинатальной смертности рассчитывают, как отношение числа случаев смерти плода при сроке беременности более 22 недель и в период родов, а также случаев смерти новорожденного ребенка в течение
	первой недели жизни к общему числу родившихся живыми и мёртвыми за год
	первого месяца жизни к общему числу родившихся за год
	первой недели после родов к общему числу родившихся живыми за год
	первых суток жизни к общему числу родившихся живыми и мёртвыми за год
7	Частота открытого артериального протока при рождении у недоношенных новорожденных с массой тела менее 1000 г составляет
	20-50%
	90-100%
	50-80%
	10-20%
8	Низкой массой тела при рождении считают показатель менее
	2500 г
	3000 г
	4000 г
	1000 г
9	Доношенной считается беременность, которая длится в интервале
	от 36 до 38 полных недель
	от 37 до 42 полных недель
	от 39 до 43 полных недель
	от 35 до 40 полных недель

10	Показатель младенческой смертности рассчитывают на
	среднегодовую численность населения
	число детей, родившихся живыми и мертвыми за истекший год
	число детей, родившихся живыми за истекший год
	среднегодовую численность детского населения
11	По статистическим данным потребность в первичных реанимационных мероприятиях максимальна у детей, родившихся с массой тела
	менее 1000 грамм
	1500-2000 грамм
	2500-3000 грамм
	3100-3600 грамм
12	В Российской Федерации с 2012 года за критерий жизнеспособности плода (новорожденного ребенка) принимается срок беременности равный
	20 неделям
	22 неделям
	24 неделям
	28 неделям
13	Перинатальным периодом считается промежуток времени, начинающийся с
	28 недель гестации и заканчивающийся 28 сутками после рождения
	периода зачатия и заканчивающийся рождением плода
	22 полных недель гестации и заканчивающийся 7-ю сутками жизни
	момента рождения плода и заканчивающийся через 28 суток после родов
14	Аntenатальным периодом считается промежуток времени, начинающийся с момента
	образования плаценты до начала родов
	рождения плода до конца седьмых суток жизни
	образования зиготы до начала родов
	начала родовой деятельности до рождения ребенка (полного извлечения продукта зачатия из организма матери)

15	Интранатальным периодом считается промежуток времени от начала родовой деятельности до
	начала потужного периода
	рождения ребенка
	отслойки плаценты
	конца первых суток жизни
16	Неонатальным периодом считается промежуток времени, начинающийся с
	момента рождения плода и заканчивающийся через 28 суток после родов
	момента образования зиготы и заканчивающийся 7-ю сутками (168 часов) постнатальной жизни
	периода наступления жизнеспособности плода (с 22 полных недель гестации) и заканчивающийся в 7 полных суток жизни
	момента полного извлечения продукта зачатия из организма матери и заканчивающийся через 7 суток после родов
17	Ранним неонатальным периодом считается промежуток времени, начинающийся с
	периода наступления жизнеспособности плода (с 22 полных недель гестации) и заканчивающийся в 7 полных суток жизни
	момента полного извлечения продукта зачатия из организма матери и заканчивающийся через 28 суток после родов
	момента рождения плода и заканчивающийся через 7 суток после родов
	периода зачатия и заканчивающийся 7-ю сутками (168 часов) постнатальной жизни
18	Нормальная масса тела доношенного ребенка при рождении составляет
	2500-4000 граммов
	3000-4800 граммов
	2000-4100 граммов
	1500-4500 граммов
19	Очень низкой массой тела при рождении принято считать массу тела новорожденного ребенка менее
	3000 граммов
	2500 граммов
	2000 граммов
	1500 граммов

20	Экстремально низкой (крайне низкой) массой тела при рождении принято считать массу тела новорожденного ребенка менее
	1000 граммов
	2500 граммов
	2000 граммов
	1500 граммов
21	Масса тела ребенка при рождении, составляющая 1000-1500 граммов, считается
	низкой
	очень низкой
	нормальной
	экстремально низкой
22	Масса тела ребенка при рождении, составляющая менее 1000 граммов, считается
	нормальной
	низкой
	экстремально низкой
	очень низкой
23	Доношенным считают новорождённого ребенка, родившегося на сроке гестации
	37-41 неделя
	28-37 недель
	36-40 недель
	38-42 недели
24	Недоношенным считают ребенка, родившегося до окончания
	36-ой недели
	37-ой недели
	38-ой недели
	40-ой недели
25	Под гестационным возрастом понимают количество полных недель, прошедших между _____ и датой родов, независимо от того, чем закончилась беременность: рождением живого ребенка или мертворождением

	первым днем последней менструации
	предполагаемым днем зачатия
	днем начала формирования плаценты
	датой первого ультразвукового скрининга
26	Переношенным считают ребенка, родившегося при сроке беременности более
	37 недель
	40 недель
	41 недели
	42 недель
27	Мертворождением называют смерть продукта зачатия до _____ вне зависимости от продолжительности беременности
	его полного извлечения из организма матери
	начала родовой деятельности
	полной отслойки плаценты
	конца первых суток жизни
28	Оптимальный процент коек для новорожденных детей в родильном доме при известном число коек в послеродовом отделении составляет
	110%
	90%
	100%
	120%
29	Период, начинающийся с момента образования зиготы до начала родов, называется
	перинатальным
	постнатальным
	антенатальным
	интранатальным
30	Период, начинающийся с момента начала родовой деятельности до полного извлечения продукта зачатия из организма матери, называется

	интранатальным
	перинатальным
	постнатальным
	антенатальным
31	Период, начинающийся с момента рождения плода и заканчивающийся через 28 суток после родов, называется
	перинатальным
	неонатальным
	интранатальным
	антенатальным
32	Период, начинающийся с момента рождения плода и заканчивающийся через 7 суток после родов, называется
	ранним неонатальным
	перинатальным
	интранатальным
	антенатальным
33	Патологические изменения в половых клетках, произошедшие до оплодотворения и приводящие к спонтанному прерыванию беременности, врожденным порокам развития, наследственным заболеваниям называют
	эмбриопатиями
	бластопатиями
	гаметопатиями
	фетопатиями
34	Повреждения зиготы в первую неделю после оплодотворения, вызывающие гибель зародыша, спонтанное прерывание беременности, врожденные пороки развития называют
	бластопатиями
	эмбриопатиями
	фетопатиями
	гаметопатиями

35	Поражения зародыша в период от момента прикрепления его к стенке матки (15-й день после оплодотворения) до формирования плаценты (75-й день внутриутробной жизни), вызывающие спонтанное прерывание беременности, врожденные пороки развития, образование тератом называют
	фетопатиями
	эмбриопатиями
	гаметопатиями
	бластопатиями
36	Под гаметопатиями понимают
	повреждения зиготы в первую неделю после оплодотворения, вызывающие гибель зародыша, спонтанное прерывание беременности, врожденные пороки развития систем и органов
	патологические изменения в половых клетках, произошедшие до оплодотворения и приводящие к спонтанному прерыванию беременности, врожденным порокам развития, наследственным заболеваниям
	поражения зародыша в период от момента прикрепления его к стенке матки (15-й день после оплодотворения) до формирования плаценты (75-й день внутриутробной жизни), вызывающие спонтанное прерывание беременности, врожденные пороки развития, образование тератом
	болезни плода, возникающие с 76-ого дня внутриутробной жизни до начала родов, вызывающие спонтанное прерывание беременности, врожденные пороки развития, гипоплазии и дисплазии органов и тканей, задержку внутриутробного развития, врожденные заболевания
37	Под бластопатиями понимают
	повреждения зиготы в первую неделю после оплодотворения, вызывающие гибель зародыша, спонтанное прерывание беременности, врожденные пороки развития
	патологические изменения в половых клетках, произошедшие до оплодотворения и приводящие к спонтанному прерыванию беременности, врожденным порокам развития, наследственным заболеваниям
	поражения зародыша в период от момента прикрепления его к стенке матки (15-й день после оплодотворения) до формирования плаценты (75-й день внутриутробной жизни), вызывающие спонтанное прерывание беременности, врожденные пороки развития, образование тератом
	болезни плода, возникающие с 76-ого дня внутриутробной жизни до начала родов, вызывающие спонтанное прерывание беременности, врожденные пороки развития, гипоплазии и дисплазии органов и тканей, задержку внутриутробного развития, врожденные заболевания
38	Под эмбриопатиями понимают
	патологические изменения в половых клетках, произошедшие до оплодотворения и приводящие к спонтанному прерыванию беременности, врожденным порокам развития, наследственным заболеваниям
	повреждения зиготы в первую неделю после оплодотворения, вызывающие гибель зародыша, спонтанное прерывание беременности, врожденные пороки развития систем и органов
	поражения зародыша в период от момента прикрепления его к стенке матки (15-й день после оплодотворения) до формирования плаценты (75-й день внутриутробной жизни), вызывающие спонтанное прерывание беременности, врожденные пороки развития, образование тератом

	болезни плода, возникающие с 76-ого дня внутриутробной жизни до начала родов, вызывающие спонтанное прерывание беременности, врожденные пороки развития, гипоплазии и дисплазии органов и тканей, задержку внутриутробного развития, врожденные заболевания
39	Под фетопатиями понимают
	патологические изменения в половых клетках, произошедшие до оплодотворения и приводящие к спонтанному прерыванию беременности, врожденным порокам развития, наследственным заболеваниям
	повреждения зиготы в первую неделю после оплодотворения, вызывающие гибель зародыша, спонтанное прерывание беременности, врожденные пороки развития систем и органов
	поражения зародыша в период от момента прикрепления его к стенке матки (15-й день после оплодотворения) до формирования плаценты (75-й день внутриутробной жизни), вызывающие спонтанное прерывание беременности, врожденные пороки развития, образование тератом
	болезни плода, возникающие с 76-ого дня внутриутробной жизни до начала родов, вызывающие спонтанное прерывание беременности, врожденные пороки развития, гипоплазии и дисплазии органов и тканей, задержку внутриутробного развития, врожденные заболевания
40	Периконцепционная профилактика и предгравидарная подготовка женщины не включает в себя
	занятия профессиональным спортом
	медико-генетическое консультирование
	диагностика и лечение вирусных и бактериальных инфекций
	исключение воздействия профессиональных вредностей
41	Формирование церебральных дисгенезий (эмбрио- и фетопатий) относят к _____ этапу онтогенеза
	перинатальному
	постнатальному
	пренатальному
	неонатальному
42	В нормальном течении эмбриогенеза наибольшее значение имеет
	тироксин
	трийодтиронин
	тиреотропный гормон
	тиреоглобулин

43	Болезни плода, возникающие с 76-ого дня внутриутробной жизни до начала родов, вызывающие спонтанное прерывание беременности, врожденные пороки развития, гипоплазии и дисплазии органов и тканей, задержку внутриутробного развития, врожденные заболевания называют
	эмбриопатиями
	гамеопатиями
	бластопатиями
	фетопатиями
44	Минерализация костей плода внутриутробно происходит
	преимущественно в III триместре беременности
	преимущественно в I и II триместре беременности
	преимущественно во II триместре беременности
	на протяжении всей беременности
45	Оценку морфологической зрелости и срока гестации новорожденного ребенка проводят по шкале
	Апгар
	Баллард
	Сильверман
	Инфаниб
46	Оценка нейромышечной зрелости по шкале Баллард включает в себя определение каких признаков, как
	квадратное окно
	зрительная реакция опоры
	ответная реакция руки
	притягивание пятки к уху
	симптом «бледного пятна»
47	В шкале Баллард отсутствует такой морфологический критерий как
	состояние малого родничка ребенка
	наличие складок на стопе ребенка
	состояние грудных желез ребенка
	состояние ушных раковин ребенка

48	Наиболее корректно уровень организации здравоохранения в стране отражает
	младенческая смертность
	уровень рождаемости
	уровень смертности
	количество врачей на душу населения
49	К рекомендованным методам оценки внутриутробного состояния плода относят
	кардиотокографию
	электроэнцефалографию
	оценку биофизического профиля плода
	ультразвуковое сканирование
50	К основным методам пренатальной диагностики относят
	предимплантационную диагностику эмбриона
	определение концентрации биохимических и гормональных маркеров в сыворотке крови женщины
	определение антител к пищевым аллергенам
	исследование клеток крови плода
51	К инвазивным диагностическим процедурам для пренатальной диагностики относят
	амниоцентез
	биопсию ворсин хориона
	магнитоэнцефалографию
	кордоцентез
52	Основными гормонами, регулирующими рост и массу тела плода, являются
	инсулин и инсулиноподобный фактор роста
	гормоны щитовидной железы
	гормоны надпочечников
	гормоны, вырабатываемые плацентой
53	Интенсивность использования аминокислот для синтеза белка, роста и физического развития является более высокой у

	недоношенного новорожденного ребенка 28-30 недель гестации
	недоношенного новорожденного ребенка 23-26 недель гестации
	доношенного новорожденного ребенка
	недоношенного новорожденного ребенка 32-35 недель гестации
54	Фетальная легочная жидкость
	по своему составу идентична амниотическим водам
	по своему составу является аналогом ультрафильтрата почек плода
	содержит высокие концентрации белка и липидов
	не содержит белка, содержит ионы хлора
55	Освобождение легких от фетальной легочной жидкости в интранатальном и раннем постнатальном периодах происходит, в основном, за счет
	излития жидкости из дыхательных путей через рот и нос
	всасывания легочной жидкости в паренхиму легких
	испарения жидкости при дыхании путем перспирации
	активной аспирации жидкости при оказании первичной реанимационной помощи
56	Для предотвращения слипания альвеол во время глубокого выдоха у новорожденного ребенка важным фактором является создание
	положительного давления на вдохе
	жизненной емкости легких
	функциональной остаточной емкости легких
	дыхательного объема легких
57	Для предотвращения слипания альвеол во время глубокого выдоха у новорожденного ребенка основным фактором является запуск синтеза
	сурфактанта
	катехоламинов
	оксида азота
	кортикостероидов
58	Первичный осмотр здорового новорожденного ребенка в родильном блоке обычно проводят

	в кювезе с регулируемой влажностью и температурой воздуха
	в кроватке для новорожденных
	на пеленальном столике под источником лучистого тепла на животе у матери
	на пеленальном столике под ламинарным потоком воздуха
59	Боталлов проток соединяет
	Лёгочную артерию с аортой
	Пупочную вену с нижней полой веной
	Пупочную артерию с аортой
	Лёгочную артерию с пупочной веной
60	Все процедуры (взвешивание новорожденного, измерение окружностей головы, плеч, груди, обработку культи пуповины) у здоровых детей рекомендуется проводить
	до первого прикладывания к груди
	после первого прикладывания к груди после того, как ребенок получит первые капли молозива
	после перевода в палату совместного пребывания матери и ребенка
	до выкладывания на живот или грудь матери
61	Профилактику гонобленнореи в родильном зале проводят, закапывая на конъюнктиву нижнего века ребенка
	10% раствор серебра нитрата
	40% раствор серебра нитрата
	20% раствор натрия сульфацила
	30% раствор натрия сульфацила
62	В первые сутки после рождения здорового доношенного новорожденного ребенка производится вакцинация против
	коклюша, дифтерии и столбняка
	гепатита В
	туберкулеза
	полиомиелита
63	На 3-7-й день жизни здорового доношенного новорожденного ребенка производится вакцинация против
	коклюша, дифтерии и столбняка

	гепатита В
	туберкулеза
	полиомиелита
64	Вакцина против гепатита В, применяемая для вакцинации новорожденных детей, является
	рекомбинантной
	инактивированной
	живой ослабленной
	анатоксином
65	Вакцина против туберкулеза, применяемая для вакцинации новорожденных детей, является
	инактивированной
	рекомбинантной
	анатоксином
	живой ослабленной
66	Процесс получения информированного согласия матери на проведение вакцинации новорожденного ребенка, а также других лечебно-профилактических и диагностических мероприятий, включает
	подробное информирование врачом-неонатологом матери о показаниях, противопоказаниях, особенностях проведения процедуры / вакцинации
	подробное информирование врачом-неонатологом медицинской сестры, которая будет проводить процедуру/вакцинацию о показаниях, противопоказаниях, особенностях проведения процедуры / вакцинации
	понимание матерью представленной информации о предстоящей процедуре, ее цели, преимуществах, методах проведения и о рисках для ребенка
	сознательное принятие матерью окончательного решения о согласии на проведение предлагаемой процедуры/ вакцинации и подписание ею документа о согласии
67	Взятие крови у доношенного новорожденного ребенка для проведения неонатального скрининга на врожденную и наследственную патологию обмена веществ осуществляют
	на 4-7-е сутки жизни
	в первые сутки жизни
	на 28 сутки жизни
	в 24-48 часов жизни
68	В Российской Федерации в панели неонатального скрининга отсутствует обследование на

	фенилкетонурию
	адреногенитальный синдром
	мукополисахаридоз
	муковисцидоз
69	Для скрининг теста на фенилкетонурию используют определение уровня фенилаланина
	в моче
	в слюне
	в крови / в сухом пятне крови
	в кале
70	В Российской Федерации в настоящее время тотальный обязательный неонатальный скрининг проводится на
	недостаточность биотинидазы
	фруктоземию
	агликогеноз
	мукополисахаридоз
71	Скрининг новорожденных детей на наличие наследственных заболеваний обмена веществ проводят
	для доношенных и недоношенных на 8-ые сутки жизни
	на 1-е сутки жизни для доношенных и недоношенных детей
	на 2-ые сутки жизни для доношенных детей и на 5-ые для недоношенных детей
	для доношенных детей на 2-ые, для недоношенных на 7-ые сутки жизни
72	Для скрининг теста на фенилкетонурию в крови определяют концентрацию
	иммунореактивного трипсина
	тиреоидных гормонов
	фенилаланина
	17-гидроксипрогестерона
73	Для скрининг теста на галактоземию в крови определяют концентрацию
	фенилаланина
	иммунореактивного трипсина

	галактозы
	тиреоидных гормонов
74	Для скрининг теста на муковисцидоз в крови определяют концентрацию
	17-гидроксиprogестерона
	фенилаланина
	тиреодных гормонов
	иммунореактивного трипсина
75	Для скрининг теста на врожденный гипотиреоз в крови определяют уровень
	тиреотропного гормона
	тироксина
	трийодтиронина
	тиреопероксидазы
76	Для скрининг теста на адреногенитальный синдром в крови определяют уровень
	фенилаланина
	галактозы
	17-гидроксиprogестерона
	тиреодных гормонов
77	Грудное вскармливание разрешено при
	ВИЧ-инфицировании матери новорожденного
	цитомегаловирусе у матери новорожденного
	открытой форме туберкулеза
	герпетических высыпаниях на сосках матери
78	В родильном зале к груди матери можно приложить недоношенного ребенка _____ находящегося в удовлетворительном состоянии
	с массой тела более 1800 г
	с массой тела более 1250 г
	с массой тела более 2500 г

	с любой массой
79	Масса тела при рождении – это результат первого взвешивания новорожденного ребенка, зарегистрированный в течение
	первой минуты жизни
	первых суток жизни
	первого часа жизни
	первых 12 часов жизни
80	Отсроченное пережатие и пересечение пуповины должно проводиться в интервале
	от 30 до 120 секунд
	от 3-х до 5-и минут, в случае нахождения ребенка на животе матери
	от 5 до 10 мин
	от 15 до 30 минут, пока полностью не отделится плацента
81	Размер головы доношенного новорожденного в норме составляет
	36 до 39 см
	34 до 36 см
	32 до 35 см
	35 до 38 см
82	В Российской Федерации в настоящее время тотальный обязательный неонатальный скрининг проводится на
	фруктоземию
	агликогеноз
	тирозинемию
	дефицит альфа-1 антитрипсина
83	В Российской Федерации в настоящее время тотальный обязательный неонатальный скрининг проводится на
	агликогеноз
	Дефицит альфа-1 антитрипсина
	фруктоземию
	изовалериановую ацидемию

84	В Российской Федерации в настоящее время тотальный обязательный неонатальный скрининг проводится на
	болезнь Байлера
	глутаровую ацидемию, тип I
	фруктоземию
	агликогеноз
85	В Российской Федерации в настоящее время тотальный обязательный неонатальный скрининг проводится на
	фруктоземию
	врожденный гипотиреоз
	агликогеноз
	синдром Алажиля
86	Строение гортани у новорождённого имеет форму
	цилиндра
	воронки сужением книзу
	воронки сужением сверху
	«бочонка»
87	В левом легком имеется
	8 сегментов
	9 сегментов
	10 сегментов
	7 сегментов
88	Подключичные вены расположены
	кпереди и книзу от артерии
	над артерией
	кзади и над артерией
	кзади от артерии
89	Длина пищевода у новорожденного ребенка составляет

	10 см
	8 см
	12 см
	14 см
90	Ударный объем сердца у новорожденного ребенка составляет
	2,5 мл/кг
	1,0 мл/кг
	2,0 мл/кг
	1,5 мл/кг
91	Растяжимость системы «легкие-грудная клетка» у новорожденного ребенка ниже, чем у взрослого
	в 10 раз
	в 50 раз
	в 100 раз
	в 5 раз
92	Средняя физиологическая концентрация гемоглобина в пуповинной крови доношенного новорожденного ребенка составляет
	170±16 г/л
	150±8 г/л
	190±16 г/л
	200±8 г/л
93	Средняя физиологическая концентрация гемоглобина в пуповинной крови недоношенного новорожденного ребенка составляет
	170±16 г/л
	190±8 г/л
	200±16 г/л
	160±16 г/л
94	Транзиторная потеря массы тела новорожденного ребенка в физиологических условиях имеет место в течение первых

	суток жизни
	семи суток жизни
	пяти суток жизни
	двух недель жизни
95	К транзиторным изменениям кожных покровов у новорожденных детей относят
	акне новорожденных
	везикулопустулез
	токсическая эритема
	транзиторный неонатальный пустулярный меланоз
96	Физиологическая желтуха новорожденных детей проявляется
	после 24 часов жизни
	на 5-6 день жизни
	на 7-14 день жизни
	на 21-28 день жизни
97	Верхняя граница показателя максимальной убыли массы тела (МУМТ) в % от массы тела при рождении для здорового доношенного новорожденного ребенка составляет
	8%
	15%
	10%
	6%
98	Пограничными состояниями у новорожденных детей называют реакции, отражающие
	процесс адаптации к родам и внеутробной жизни
	перенесенную гипоксию и ишемию во время родов
	развитие заболеваний перинатального периода
	наличие особенностей внутриутробного развития ребенка
99	Физиологическая желтуха новорожденных характеризуется
	концентрацией билирубина в пуповинной крови (в момент рождения) более 51 мкмоль/л

	почасовым приростом билирубина более 8,5 мкмоль/л
	появлением после 24 часов после рождения
	повышением общего билирубина крови за счет прямой фракции
100	Для физиологической желтухи новорожденных характерен почасовой прирост билирубина
	менее 3,4 мкмоль/л/час
	от 5,1 до 8,5 мкмоль/л/час
	8,5-9,0 мкмоль/л/час
	более 9,0 мкмоль/л/час
101	При физиологической желтухе новорожденных в биохимическом анализе крови отмечается повышение
	общего билирубина крови за счет прямой фракции
	щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтранспептидазы
	общего билирубина крови за счет непрямой фракции
	АСТ, АЛТ, ЛДГ
102	Длительность сна доношенного новорожденного в норме составляет
	16 часов
	20 часов
	8 часов
	10 часов
103	У доношенного новорожденного средняя частота сердечных сокращений составляет
	170 в минуту
	90 в минуту
	120 в минуту
	110 в минуту
104	Всем новорожденным, родившимся с массой более 4 КГ, показано определение уровня глюкозы в течение
	10 минут после рождения
	2х часов после рождения
	первых суток жизни

	6 часов после рождения
105	У доношенных новорожденных частота дыхания при спокойном бодрствовании составляет
	25-30 в минуту
	30-40 в минуту
	60-70 в минуту
	40-60 в минуту
106	Тактика врача-неонатолога в отношении новорожденных детей при возникновении в роддоме группового инфекционного заболевания предполагает
	перевод новорожденных в соответствующий стационар второго этапа
	перевод детей в обсервационное отделение и назначить лечение
	оставление детей в отделении, назначив лечение
	вызов врача-инфекциониста для консультации и назначения лечения
107	Показания к переводу новорожденного ребенка из родильного дома в стационар определяет
	главный врач родильного дома
	заведующий отделением новорожденных роддома
	заведующий отделением новорожденных стационара
	главный врач стационара
108	Для профилактики геморрагической болезни новорожденных в родильном доме применяют
	витамин К в дозе 1 мг/кг в сутки внутримышечно
	витамин А в дозе 5000 МЕ внутримышечно
	витамин Е в дозе 6-12 МЕ/кг/сутки внутрь
	железо в дозе 2 мг/кг/сутки внутрь
109	У детей, родившихся без признаков живорождения реанимационные мероприятия прекращаются через
	5 минут
	10 минут
	20 минут
	30 минут

110	В соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность, влажная уборка палат в отделении новорожденных родильного дома должна производиться
	2 раза в день
	1 раз в день
	3 раза в день
	6 раз в день
111	Относительная влажность воздуха в палатах для новорожденных родильного дома должна быть
	20-30%
	40-50%
	55-65%
	70-80%
112	В соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность, для проведения плановой дезинфекции акушерский стационар должен закрываться
	1 раз в квартал
	1 раз в 2 года
	1 раз в год
	2 раза в год
113	Температура воздуха в палатах для новорожденных физиологического отделения родильного дома должна поддерживаться в пределах
	18-20°C
	20-22°C
	24-26°C
	26-28°C
114	Температуру воздуха в родильном блоке при преждевременных родах надо поддерживать на уровне
	20°C
	26°C
	24°C

	28°C
115	Под задержкой внутриутробного роста плода принято считать
	показатель массы тела ниже 3 перцентиля от должествующей при данном сроке гестации
	показатель длины тела ниже 25 перцентиля от должествующей на момент рождения
	показатель массы тела ниже 10 перцентиля от должествующей при данном сроке гестации
	задержку прибавки массы тела на первом месяце жизни
116	В классификации по клиническим вариантам задержки внутриутробного развития плода отсутствует вариант
	дистрофический
	гипотрофический
	гипопластический
	диспластический
117	В основе патогенеза диабетической фетопатии лежит
	гиперинсулинизм беременной женщины
	гипоинсулинизм плода
	гиперинсулинизм плода
	гипоинсулинизм беременной женщины
118	Критерием анемии у новорожденных детей принято считать показатель гематокрита менее
	50%
	35%
	45%
	40%
119	В соответствии с критериями комитета экспертов ВОЗ (1997) гипогликемическим состоянием у новорожденного ребенка считают концентрацию глюкозы в крови ниже
	2,6 ммоль/л
	1,7 ммоль/л
	2,0 ммоль/л
	3,0 ммоль/л

120	При проведении оперативного родоразрешения первоначальное решение о возможности отсроченного пережатия пуповины принимает
	заведующий родильным блоком
	врач-неонатолог
	врач-акушер-гинеколог
	врач-анестезиолог-реаниматолог
121	Гипергликемическое состояние у новорожденных детей диагностируется, если концентрация глюкозы в крови натощак превышает
	6,5 ммоль/л
	7,5 ммоль/л
	8,2 ммоль/л
	8,0 ммоль/л
122	Гипокальциемией у доношенных новорожденных детей считают концентрацию общего кальция в сыворотке крови менее
	2,5 ммоль/л
	1,8 ммоль/л
	1,0 ммоль/л
	2,0 ммоль/л
123	Гипокальциемией у новорожденных детей считают состояние, когда концентрация йонизированного кальция в сыворотке крови менее
	1,0 ммоль/л
	1,75 ммоль/л
	0,87 ммоль/л
	2,0 ммоль/л
124	Физиологические показатели концентрации глюкозы в крови у доношенных новорожденных детей натощак должны находиться в пределах
	3,2-8,2 ммоль/л
	1,6-10,2 ммоль/л
	2,2-8,9 ммоль/л

	2,6-6,5 ммоль/л
125	Физиологические показатели концентрации глюкозы в сыворотке крови у новорожденных детей независимо от времени суток и кормления должны находиться в пределах
	2,2-8,4 ммоль/л
	2,0-6,2 ммоль/л
	1,8-6,4 ммоль/л
	2,6-8,9 ммоль/л
126	Физиологические показатели концентрации общего кальция в сыворотке крови у доношенных новорожденных детей необходимо поддерживать в пределах
	1,5-2,5 ммоль/л
	1,0-2,0 ммоль/л
	2,0-2,75 ммоль/л
	1,9-2,9 ммоль/л
127	Физиологические показатели концентрации общего кальция в сыворотке крови у недоношенных новорожденных детей необходимо поддерживать в пределах
	1,75-2,75 ммоль/л
	1,9-2,9 ммоль/л
	1,5-2,5 ммоль/л
	1,0-2,0 ммоль/л
128	Физиологические показатели концентрации ионизированного кальция в сыворотке крови у новорожденных детей необходимо поддерживать в пределах
	1,9-2,9 ммоль/л
	1,5-2,5 ммоль/л
	0,87-1,25 ммоль/л
	2,0-2,74 ммоль/л
129	Физиологические показатели концентрации магния в сыворотке крови у новорожденных детей необходимо поддерживать в пределах
	0,74-1,15 ммоль/л
	0,66-1,5 ммоль/л

	0,87-1,25 ммоль/л
	1,0-2,0 ммоль/л
130	Физиологические показатели концентрации натрия в сыворотке крови у новорожденных детей необходимо поддерживать в пределах
	125-130 ммоль/л
	140-150 ммоль/л
	120-140 ммоль/л
	135-145 ммоль/л
131	Физиологические показатели концентрации калия в сыворотке крови у новорожденных детей необходимо поддерживать в пределах
	2,5-4,5 ммоль/л
	1,5-4,0 ммоль/л
	3,5-5,5 ммоль/л
	4,5-6,5 ммоль/л
132	У здоровых доношенных детей при рождении показатель Рн капиллярной крови в норме составляет
	7,30 - 7,45
	7,24 - 7,44
	7,15 - 7,25
	7,10 - 7,20
133	У здоровых доношенных детей к концу первой недели жизни показатель рН капиллярной крови в норме составляет
	7,30 – 7,44
	7,35 – 7,45
	7,15 – 7,25
	7,10 – 7,20
134	При грудном вскармливании преобладающей флорой кишечника являются
	бифидобактерии
	кишечные палочки

	энтерококки
	стафилококки
135	Низкая концентрация мочевины в сыворотке крови (менее 1,8 ммоль/л) свидетельствует о (об)
	избыточном поступлении белка
	недостаточном поступлении жиров
	недостаточном обеспечении энергетическими субстратами
	недостаточном поступлении белка
136	Созревание акта сосания и его синхронизация с глотанием происходит у новорожденных после
	26 недель гестации
	36 недель гестации
	32 недель гестации
	28 недель гестации
137	Спонтанный непостоянный нистагм у новорожденных
	указывает на внутричерепную гипертензию
	связан с синдромом гипервозбудимости
	патологией не является
	указывает на субарахноидальное кровоизлияние
138	Рефлексы орального автоматизма характеризуют функции
	V, VII, XII черепных нервов
	IV черепного нерва
	VI черепного нерва
	XI черепного нерва
139	Рефлексы орального автоматизма (кроме сосательного) у доношенного ребенка в норме угасают
	1 месяцу жизни
	3 месяцу жизни
	2 месяцу жизни
	4 месяцу жизни

140	Рефлексы спинального автоматизма у доношенного ребенка угасают к
	2 месяцу жизни
	1 месяцу жизни
	3 месяцу жизни
	4 месяцу жизни
141	Сосательный, поисковый, рефлекс Бабкина, хватательный рефлекс, рефлекс Моро, опоры, автоматической ходьбы, ползания, защитный, Галанта, Переса относятся к группе
	миелоэнцефальных
	мезенцефальных
	орального и спинального автоматизма
	сухожильных
142	Лабиринтный тонический, асимметричный шейный тонический рефлекс, симметричный шейный тонический рефлекс относятся к группе
	орального и спинального автоматизма
	мезенцефальных
	сухожильных
	миелоэнцефальных
143	Установочный лабиринтный рефлекс с головы на шею, верхний и нижний рефлексы Ландау, туловищная выпрямляющая реакция и туловищные рефлексы относятся к группе
	орального и спинального автоматизма
	мезенцефальных
	миелоэнцефальных
	сухожильных
144	В первую неделю жизни на ЭКГ ребенка нормой является
	гипертрофия правого желудочка
	гипертрофия левого желудочка
	перегрузка левого предсердия
	снижение вольтажа в правых грудных отведениях

145	Наиболее надежным критерием эффективности дыхания является
	частота дыхания
	минутный объем дыхания
	PaO ₂ , PaCO ₂
	дыхательный объем
146	На ЭКГ здорового новорожденного преобладают потенциалы
	правого желудочка
	левого желудочка
	правого предсердия
	левого предсердия
147	Наиболее частой причиной истинного врожденного стридора является
	наличие тяжей и спаек в области голосовой щели
	парез голосовых связок
	стеноз гортани
	врожденная слабость хрящевого каркаса гортани
148	Наиболее частой причиной анемии при рождении является
	наследственный микросфероцитоз
	кровопотеря
	дефицит эритроцитарных ферментов
	наследственная гипопластическая анемия
149	Физиологические показатели концентрации общего белка в сыворотке крови у новорожденных детей находятся в пределах
	40 - 60 г/л
	15 - 45 г/л
	30 - 50 г/л
	60 - 80 г/л

150	Физиологические показатели концентрации альбумина в сыворотке крови у новорожденных детей находятся в пределах
	25 - 55 г/л
	15 - 25 г/л
	30 - 40 г/л
	40 - 60 г/л
151	Верхняя граница показателя максимальной убыли массы тела (МУМТ) в % от массы тела при рождении для недоношенного новорожденного ребенка 29-33 недель гестации в среднем составляет
	10% - 15%
	5% - 7%
	8% - 10%
	15% - 20%
152	Верхняя граница показателя максимальной убыли массы тела (МУМТ) в % от массы тела при рождении для недоношенного новорожденного ребенка 24-28 недель гестации в среднем составляет
	10% - 15%
	15% - 20%
	8% - 10%
	5% - 7%
153	Церебеллярный герминативный матрикс максимально выражен до
	32 недель гестации
	35 недель гестации
	25 недель гестации
	20 недель гестации
154	Оценку физического и нервно-психического развития недоношенного ребенка следует проводить на
	паспортный возраст
	гестационный возраст при рождении
	постменструальный возраст
	скорректированный возраст

155	Критерием доношенности является
	масса тела
	длина тела
	гестационный возраст
	степень зрелости
156	Потребность в белках доношенного новорожденного, находящегося на грудном вскармливании, составляет
	2 - 2,5 г/кг/сут
	4 - 6 г/кг/сут
	7 - 8 г/кг/сут
	12 -14 г/кг/сут
157	Ответственность за выполнение и организацию комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий по борьбе с внутрибольничными инфекциями в отделениях новорожденных и недоношенных детей возлагается на
	старшую сестру отделения
	заместителя главного врача
	врача-эпидемиолога
	заведующего отделением
158	К групповым заболеваниям (вспышкам) внутрибольничных инфекций среди новорожденных детей и родильниц относят _____ случаев, возникающих в пределах колебаний одного инкубационного периода (максимум 7 дней), связанных между собой одним источником инфекции и общими факторами передачи
	3 и более
	7 и более
	5 и более
	10 и более
159	Гемодинамические изменения у новорожденных в периоде ранней постнатальной адаптации характеризуются
	снижением легочного сосудистого сопротивления и увеличением легочного кровотока
	снижением почечного кровотока
	увеличением системного сосудистого сопротивления
	прекращением шунтирования крови справа налево через овальное окно

	прекращением шунтирования крови слева направо с направлением из аорты в легочную артерию по артериальному потоку
160	К особенностям кровообращения плода относится наличие
	плацентарного круга кровообращения
	виллизиевого круга кровообращения
	функционирующих анатомических гемодинамических шунтов
	сниженного тока крови через легкие
161	Противопоказаниями к раннему прикладыванию ребенка к груди матери в родильном зале являются
	тяжелая асфиксия новорожденного в родах
	родоразрешение путем операции кесарева сечения
	экстремально низкая масса тела при рождении
	тяжелые пороки челюстно-лицевого аппарата
162	Отличия состава молозива по сравнению со зрелым женским молоком
	содержание белка ниже
	содержание белка выше
	содержание углеводов больше
	содержание углеводов меньше
	энергетическая ценность ниже
	концентрация секреторного IgA выше
163	Основные симптомы гипогалактии включают
	беспокойство ребенка между кормлениями
	задержка стула
	снижение суточного объема молока
	недостаточная прибавка массы тела ребенком за месяц
	симптом сухих пеленок
	снижение гемоглобина
164	Противопоказанием к энтеральному вскармливанию является

	недоношенность
	обструктивная кишечная непроходимость
	некротизирующий энтероколит
	желудочно-кишечное кровотечение
	лактазная недостаточность
	галактоземия
1	Оказание помощи новорожденным детям различного гестационного возраста с перинатальной патологией в родильном доме. Оказание экстренной и неотложной помощи
165	В Российской Федерации алгоритм оказания первичной реанимационной помощи новорожденным детям в родильном зале регламентирован
	методическим письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале»
	приказом Минздрава РФ от 15.11.2012 №921н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «Неонатология»
	Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
	методическим письмом Министерства здравоохранения и социального развития от 21.04.2010 №15-4/10/2-3204 «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям»
166	Правильно организованная медицинская помощь новорожденным детям в родильном зале позволяет существенно снизить
	риск реализации внутриутробной инфекции
	уровень неблагоприятных последствий перинатальной гипоксии
	частоту развития двусторонней пневмонии
	только риск развития детского церебрального паралича
167	Целью внедрения в практическое здравоохранение по всей Российской Федерации единых алгоритмов первичной реанимационной помощи новорожденным детям является
	повышение уровня доступности высокотехнологичной медицинской помощи
	снижение материнской смертности и заболеваемости в раннем послеродовом периоде
	снижение неонатальной и младенческой смертности
	сокращение уровня потребности в паллиативной медицинской помощи
168	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» для оказания

	эффективной реанимационной помощи новорожденному ребенку в родильном зале необходимо присутствие в реанимационной бригаде как минимум
	3 сотрудников
	4 сотрудников
	1 сотрудника
	5 сотрудников
169	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» навыками оказания реанимационной помощи новорожденному ребенку должны владеть
	водители скорой и неотложной медицинской помощи, производящие транспортировку рожениц
	врачи и фельдшеры скорой и неотложной медицинской помощи, производящие транспортировку рожениц и прошедшие специальную подготовку
	младший медицинский персонал отделений реанимации и интенсивной терапии
	врач ультразвуковой диагностики, если он является сотрудником акушерского стационара
170	Во время родов температура воздуха в родильном зале должна составлять как минимум
	+24°C
	+18°C
	+20°C
	+30°C
171	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» оценку состояния ребенка по шкале Апгар необходимо производить
	всем недоношенным новорожденным детям
	всем новорожденным детям
	только новорожденным детям, которым оказывалась респираторная поддержка в родильном зале
	только новорожденным детям, которым оказывался полный объем реанимационной помощи в родильном зале
172	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» оценка состояния ребенка по шкале Апгар проводится всем новорожденным
	которые родились на сроке гестации менее 32 недель
	которым оказывалась респираторная поддержка в родильном зале

	которым оказывался полный объем реанимационной помощи в родильном зале
	независимо от исходного состояния, характера и объема проводимых реанимационных мероприятий
173	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» независимо от исходного состояния, характера и объема проводимых реанимационных мероприятий состояние всех новорожденных детей оценивается по шкале Апгар через
	1 и 5 минут после рождения
	2 и 4 минуты после рождения
	1 и 10 минут после рождения
	3 и 5 минут после рождения
174	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» в случае продолжения реанимационных мероприятий более 5 минут жизни, необходимо провести оценку по шкале Апгар через
	10 минут после начала реанимационных мероприятий
	10 минут после рождения
	30 минут после рождения
	30 минут после начала реанимационных мероприятий
175	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» оценка состояния ребенка по шкале Апгар свидетельствует об отсутствии асфиксии новорожденного, если она составляет
	4 – 7 баллов через 5 минут после рождения
	1 – 3 балла через 1 минуту после рождения
	9 – 10 баллов через 10 минут после рождения
	8 баллов и более через 1 минуту после рождения
176	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» оценка состояния ребенка по шкале Апгар свидетельствует о наличии легкой или умеренной асфиксии новорожденного, если она составляет
	8 баллов и более через 5 минут после рождения
	1 – 3 балла через 10 минут после рождения
	4 – 7 баллов через 1 минуту после рождения

	9 – 10 баллов через 1 минуту после рождения
177	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» оценка состояния ребенка по шкале Апгар свидетельствует о наличии тяжелой асфиксии новорожденного, если она составляет
	1 – 3 балла через 1 минуту после рождения
	4 – 7 баллов через 10 минут после рождения
	8 баллов и более через 5 минут после рождения
	9 – 10 баллов через 1 минуту после рождения
178	Оценка состояния ребенка по шкале Апгар отражает эффективность (или неэффективность) проводимых реанимационных мероприятий, если она ставится через
	10 минут после начала проведения полного объема реанимационных мероприятий
	1 минуту после рождения
	5 минут после рождения
	30 минут после начала реанимационных мероприятий
179	Основанием для прекращения первичной реанимации является оценка по шкале Апгар, составляющая
	0 баллов через 10 минут после рождения
	8 баллов через 1 минуту после рождения
	10 баллов через 5 минут после рождения
	0 баллов через 30 минут после рождения
180	Сразу после завершения оказания помощи новорожденному ребенку в родильном зале оценка состояния ребенка по шкале Апгар должна быть занесена врачом-неонатологом в
	обменную карту (форма 113/у)
	историю развития ребенка (форма 112/у)
	карту профилактических прививок (форма 063/у)
	историю развития новорожденного (форма 097/у)
181	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» после прекращения / завершения проведения реанимационных мероприятий в историю развития новорожденного дополнительно вклеивается

	обменная карта
	вкладыш-карта первичной реанимации новорожденных
	листок учета лекарственных препаратов
	анамнез матери
182	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» врач-неонатолог должен перенести ребенка на реанимационный столик для более глубокой оценки состояния, если
	хотя бы на один вопрос из трех («Ребенок доношенный?», «Новорожденный дышит и кричит?», «У ребенка хороший мышечный тонус?») ответ «НЕТ»
	на два вопроса из трех («Ребенок доношенный?», «Новорожденный дышит и кричит?», «У ребенка хороший мышечный тонус?») ответ «НЕТ»
	на все вопросы из трех («Ребенок доношенный?», «Новорожденный дышит и кричит?», «У ребенка хороший мышечный тонус?») ответ «НЕТ»
	во время родов были изменения параметров кардиотокограммы
183	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» ребенок считается мертворожденным только в случае, если у него
	отсутствуют все признаки живорождения (самостоятельное дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины, произвольное движение мышц)
	отсутствует хотя бы один признак живорождения (самостоятельное дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины, произвольное движение мышц)
	имеются трупные пятна на коже
	отсутствует сыровидная смазка, покрывающая кожу
184	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» одним из этапов проведения реанимационных мероприятий ребенку в родильном зале является
	выкладывание ребенка на грудь матери
	проведение начальных мероприятий (поддержание нормальной температуры тела и профилактика гипотермии, восстановление проходимости дыхательных путей, тактильная стимуляция, наложение датчиков мониторинга сатурации крови и температуры, электродов ЭКГ)
	стимуляция сосательного рефлекса
	проведение туалета новорожденного

185	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» в условиях отсутствия непрерывного мониторинга динамики ЧСС с помощью пульсоксиметрии и/или ЭКГ при оказании реанимационной помощи в родильном зале оценку состояния ребенка и его реакцию на проводимые действия следует производить каждые
	30 секунд
	60 секунд
	90 секунд
	120 секунд
186	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» одним из критериев эффективности проводимых реанимационных мероприятий ребенку в родильном зале является
	розовый цвет кожных покровов
	устойчивый сосательный рефлекс
	хорошая двигательная активность
	наличие и характер самостоятельного дыхания
187	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» одним из критериев эффективности проводимых реанимационных мероприятий ребенку в родильном зале является
	устойчивый сосательный рефлекс
	розовый цвет кожных покровов
	частота сердечных сокращений более 100 ударов в минуту
	хорошая двигательная активность
188	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» с целью профилактики гипотермии ребенок, родившийся на сроке гестации более 32 недель, должен быть
	уложен на реанимационный столик под источник лучистого тепла, обсушен сухой согретой пеленкой
	уложен на реанимационный столик под источник лучистого тепла, помещен в пластиковый мешок без обсушивания пеленкой
	обсушен сухой согретой пеленкой и помещен в пластиковый пакет
	немедленно помещен в пластиковый пакет и выложен на грудь матери
189	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» с целью профилактики гипотермии ребенок, родившийся на сроке гестации 32 недели и менее, должен быть

	уложен на реанимационный столик под источник лучистого тепла, обсушен сухой согретой пеленкой
	уложен на реанимационный столик под источник лучистого тепла, помещен в пластиковый мешок без обсушивания пеленкой
	обсушен сухой согретой пеленкой и помещен в пластиковый пакет
	немедленно помещен в пластиковый пакет и выложен на грудь матери
190	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» при обсушивании ребенка сухой согретой пеленкой рекомендуется
	промокать его, а не вытирать
	вытирать его, а не промокать
	тщательно вытирать его, снимая всю сыровидную смазку в естественных складках
	вытирать только глаза, нос и рот
191	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» при санации ротоглотки разряжение, создаваемое аспиратором, должно составлять максимум
	100 мм. рт. ст. (0,13 атм.)
	200 мм. рт. ст. (0,26 атм.)
	300 мм. рт. ст. (0,39 атм.)
	760 мм. рт. ст. (1 атм.)
192	При обеспечении проходимости дыхательных путей следует придерживаться строгой последовательности, а именно сначала
	санируются носовые ходы, потом ротовая полость
	санируется ротовая полость, потом носовые ходы
	санируется ротовая полость, потом желудок, затем носовые ходы
	санируются носовые ходы, потом желудок, затем ротовая полость
193	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» продолжительность санации ротоглотки должна составлять максимум
	5 секунд
	10 секунд
	20 секунд

	30 секунд
194	Возможным осложнением глубокой санации ротоглотки при обеспечении медицинской помощи ребенку в родильном зале может быть развитие
	синдрома аспирации околоплодных вод
	пневмоторакса
	брадикардии
	легочного кровотечения
195	Возможным осложнением глубокой санации ротоглотки при обеспечении медицинской помощи ребенку в родильном зале может быть развитие
	ларингоспазма
	синдрома аспирации околоплодных вод
	пневмоторакса
	легочного кровотечения
196	Возможным осложнением глубокой санации ротоглотки при обеспечении медицинской помощи ребенку в родильном зале может быть развитие
	пневмоторакса
	синдрома аспирации околоплодных вод
	бронхоспазма
	легочного кровотечения
197	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» обеспечение проходимости дыхательных путей (санация) у новорожденного ребенка производится
	после рождения на реанимационном столике
	после рождения на груди или животе у мамы
	до рождения плечиков
	после рождения, но до пережатия пуповины
198	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» в случае, если у ребенка хороший мышечный тонус, активное самостоятельное дыхание или громкий крик после рождения и околоплодные воды содержат меконий, то

	в обязательном порядке показана санация ротоглотки и носовых ходов
	санация трахеи не показана
	показана немедленная санация трахеи под контролем прямой ларингоскопии
	в обязательном порядке показана санация ротоглотки, носовых ходов и трахеи
199	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» в случае, если у ребенка сниженный мышечный тонус, неэффективное или ослабленное самостоятельное дыхание после рождения и околоплодные воды содержат меконий, то
	в обязательном порядке показана только санация ротоглотки и носовых ходов
	санация трахеи выполняется немедленно
	рутинная немедленная интубация и санация трахеи не показана
	показана глубокая санация ротоглотки
200	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» в случае, если у ребенка сниженный мышечный тонус, неэффективное или ослабленное самостоятельное дыхание после рождения, околоплодные воды содержат меконий, а ИВЛ через лицевую маску неэффективна, то санация трахеи проводится с использованием
	эндотрахеальной трубки
	аспирационного катетера
	назофарингеальной трубки
	желудочного зонда
201	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» в случае, если у ребенка сниженный мышечный тонус, неэффективное или ослабленное самостоятельное дыхание после рождения, околоплодные воды содержат меконий, а ИВЛ через лицевую маску неэффективна, то санация трахеи проводится с использованием
	аспирационного катетера
	назофарингеальной трубки
	желудочного зонда
	мекониального аспиратора
202	В родильном зале новорожденному ребенку оказывается реанимационная помощь. На фоне санации трахеи при синдроме аспирации мекония развилась брадикардия менее 80 ударов в минуту. В этом случае
	санацию следует прекратить, начать искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) до повышения частоты сердечных сокращений (ЧСС) более 100 ударов в минуту

	санацию следует продолжить до полной аспирации содержимого трахеи, после этого начать ИВЛ
	санацию разрешено продолжить под контролем ЧСС, следить, чтобы ЧСС была более 60 ударов в минуту
	санацию следует прекратить, начать непрямой массаж сердца до повышения ЧСС более 100 ударов в минуту
203	В родильном зале новорожденному ребенку оказывается реанимационная помощь. При санации трахеи при синдроме аспирации мекония эндотрахеальная трубка заблокирована меконием. В этом случае необходимо
	начать искусственную вентиляцию легких через лицевую маску
	промыть интубационную трубку физиологическим раствором и продолжить санацию этой же интубационной трубкой
	продолжить санировать трахею этой трубкой, увеличив разрежение на аспираторе до 1 атм
	взять чистую интубационную трубку, повторно интубировать и продолжить санацию трахеи
204	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» тактильную стимуляцию следует проводить максимум
	10 – 15 секунд
	20 – 30 секунд
	40 – 50 секунд
	60 – 120 секунд
205	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» одним из показаний к проведению немедленной интубации трахеи является
	подозрение на наличие у ребенка диафрагмальной грыжи
	отсутствие самостоятельного дыхания у ребенка в течение 10 секунд после рождения
	частота сердечных сокращений менее 100 ударов в минуту
	стойкий генерализованный цианоз в течение 60 секунд после рождения
206	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» одним из показаний к проведению интубации трахеи является
	отсутствие самостоятельного дыхания у ребенка в течение 10 секунд после рождения
	частота сердечных сокращений менее 100 ударов в минуту
	стойкий генерализованный цианоз в течение 60 секунд после рождения

	наличие у ребенка сниженного мышечного тонуса, неэффективного или ослабленного самостоятельного дыхания после рождения в сочетании с околоплодными водами, содержащими меконий, а также неэффективностью ИВЛ через лицевую маску
207	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» одним из показаний к проведению искусственной вентиляции легких ребенку в родильном зале является
	частота сердечных сокращений менее 120 ударов в минуту
	частота сердечных сокращений менее 100 ударов в минуту
	отсутствие какого-либо из признаков живорождения
	стойкий генерализованный цианоз в течение 60 секунд после рождения
208	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» в случае, если отсутствуют показания к немедленной интубации трахеи, то искусственную вентиляцию легких следует начать
	через лицевую маску
	через воздуховод
	через высокопоточные носовые канюли
	через назофарингеальную трубку
209	Мешок Амбу, который может использоваться для проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ) ребенку в родильном зале, также называется
	поточнорасправляющимся мешком
	ручным аппаратом ИВЛ с Т-образным коннектором
	саморасправляющимся мешком
	высокочастотным аппаратом ИВЛ
210	Новорожденному ребенку в родильном зале проводится искусственная вентиляция легких (ИВЛ) воздушно-кислородной смесью с помощью саморасправляющегося мешка. Для создания концентрации кислорода более 40% к мешку Амбу необходимо подключить
	кислородный резервуар
	манометр
	Т-образный коннектор
	клапан, создающий положительное давление в конце выдоха

211	С целью соблюдения принципа безопасности в саморасправляющемся мешке имеется
	кислородный резервуар
	клапан, создающий положительное давление в конце выдоха
	T-образный коннектор
	клапан сброса избыточного давления
212	С целью соблюдения принципа безопасности в саморасправляющемся мешке имеется клапан сброса избыточного давления, который обычно настроен на
	40 см ртутного столба
	40 см водного столба
	5 см водного столба
	25 мм ртутного столба
213	Для проведения искусственной вентиляции легких новорожденному ребенку в родильном зале с помощью аппарата с T-образным коннектором рекомендуемая скорость потока воздушно-газовой смеси составляет
	8 литров в минуту
	15 литров в минуту
	2 литра в минуту
	25 литров в минуту
214	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» начальный этап искусственной вентиляции легких через лицевую маску проводится в течение
	10 секунд
	90 секунд
	120 секунд
	15 - 30 секунд
215	В процессе первых вдохов после рождения у детей формируется
	функциональная остаточная ёмкость легких
	жизненная ёмкость легких
	дыхательный объём
	ударный объём

216	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» при проведении искусственной вентиляции легких в родильном зале пиковое давление на вдохе при осуществлении первых принудительных вдохов доношенному ребенку с апноэ должно составлять около
	20 – 25 см водного столба
	5 – 8 см водного столба
	30 – 40 см водного столба
	50 – 60 см водного столба
217	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» при проведении искусственной вентиляции легких в родильном зале пиковое давление на вдохе при осуществлении первых принудительных вдохов доношенному ребенку с дыханием типа «гаспинг» должно составлять около
	20 – 25 см водного столба
	30 – 40 см водного столба
	5 – 8 см водного столба
	50 – 60 см водного столба
218	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» при проведении искусственной вентиляции легких в родильном зале пиковое давление на вдохе при осуществлении последующих принудительных вдохов доношенному ребенку должно составлять около
	5 – 8 см водного столба
	50 – 60 см водного столба
	15 – 25 см водного столба
	30 – 40 см водного столба
219	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» при проведении искусственной вентиляции легких доношенному ребенку в родильном зале частота принудительных вдохов должна составлять около
	40 – 60 в минуту
	12 – 18 в минуту
	70 – 80 в минуту
	120 – 240 в минуту

220	При проведении искусственной вентиляции легких в родильном зале доношенному ребенку соотношение времени принудительного вдоха к времени выдоха (за исключением первых принудительных вдохов) должно составлять примерно
	1:2
	2:1
	1:3
	1:4
221	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» при проведении искусственной вентиляции легких ребенку в родильном зале через лицевую маску более 3 – 5 минут следует
	установить желудочный зонд
	немедленно перейти к интубации трахеи
	начать непрямой массаж сердца
	установить пупочный венозный катетер
222	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» при проведении искусственной вентиляции легких ребенку в родильном зале через лицевую маску более 3 – 5 минут следует установить желудочный зонд. Глубина постановки зонда составляет при этом
	около 10 – 15 см вне зависимости от срока гестации
	расстояние от угла рта до козелка уха и далее до нижнего края мечевидного отростка грудины
	около 30 – 35 см у доношенного ребенка и около 15 – 20 см у недоношенного ребенка
	расстояние равное половине длины тела ребенка
223	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» основным критерием эффективности искусственной вентиляции легких через лицевую маску в течение 1 минуты является частота сердечных сокращений более
	100 ударов в минуту
	60 ударов в минуту
	120 ударов в минуту
	80 ударов в минуту
224	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» при оценке эффективности проводимой искусственной вентиляции легких (ИВЛ) через лицевую маску ребенку в родильном зале подсчет частоты сердечных сокращений осуществляется через

	90, 120, 180 секунд ИВЛ
	10, 20, 30 секунд ИВЛ
	15, 30, 60 секунд ИВЛ
	60, 120, 180 секунд ИВЛ
225	При оценке эффективности проводимой искусственной вентиляции легких (ИВЛ) через лицевую маску ребенку в родильном зале в случае отсутствия непрерывного мониторинга сердцебиения подсчет частоты сердечных сокращений рекомендуется проводить за
	6 секунд
	10 секунд
	60 секунд
	30 секунд
226	Ребенку проводится масочная искусственная вентиляция легких (ИВЛ) в родильном зале. Спустя 30 секунд ИВЛ врач-неонатолог оценивает частоту сердечных сокращений (ЧСС) – ЧСС 50 ударов в минуту и не повышается. Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» врач должен
	проверить плотность прилегания маски, чуть больше разогнуть голову ребенка, увеличить пиковое давление на вдохе, провести аспирацию из верхних дыхательных путей, продолжить ИВЛ через лицевую маску еще 30 секунд
	выполнить интубацию трахеи и начать ИВЛ через интубационную трубку
	продолжить ИВЛ через лицевую маску до восстановления регулярного дыхания
	приступить к непрямому массажу сердца на фоне ИВЛ через интубационную трубку со 100% концентрацией кислорода в кислородно-воздушной смеси
227	Ребенку проводится масочная искусственная вентиляция легких (ИВЛ) в родильном зале. Спустя 30 секунд ИВЛ врач-неонатолог оценивает частоту сердечных сокращений (ЧСС) – ЧСС 80 ударов в минуту. Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» врач должен
	выполнить интубацию трахеи и начать ИВЛ через интубационную трубку
	продолжить ИВЛ через лицевую маску до восстановления регулярного дыхания
	приступить к непрямому массажу сердца на фоне ИВЛ через интубационную трубку со 100% концентрацией кислорода в кислородно-воздушной смеси
	проверить плотность прилегания маски, чуть больше разогнуть голову ребенка, увеличить пиковое давление на вдохе, провести аспирацию из верхних дыхательных путей, продолжить ИВЛ через лицевую маску еще 30 секунд

228	Ребенку проводится масочная искусственная вентиляция легких (ИВЛ) в родильном зале. Спустя 30 секунд ИВЛ врач-неонатолог оценивает частоту сердечных сокращений (ЧСС) – ЧСС 110 ударов в минуту. Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» врач должен
	продолжить ИВЛ через лицевую маску до восстановления регулярного дыхания
	проверить плотность прилегания маски, чуть больше разогнуть голову ребенка, увеличить пиковое давление на вдохе, провести аспирацию из верхних дыхательных путей, продолжить ИВЛ через лицевую маску еще 30 секунд
	выполнить интубацию трахеи и начать ИВЛ через интубационную трубку
	приступить к непрямому массажу сердца на фоне ИВЛ через интубационную трубку со 100% концентрацией кислорода в кислородно-воздушной смеси
229	Ребенку проводится масочная искусственная вентиляция легких (ИВЛ) в родильном зале. Спустя 30 секунд ИВЛ врач-неонатолог оценивает частоту сердечных сокращений (ЧСС) – ЧСС 40 ударов в минуту и не повышается. Врач выполняет интубацию трахеи и продолжает ИВЛ через интубационную трубку в течение 30 секунд. При повторной оценке ЧСС – результат 50 ударов в минуту и не повышается. Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» врач должен
	проверить правильность постановки интубационной трубки, чуть больше разогнуть голову ребенка, увеличить пиковое давление на вдохе, провести аспирацию из верхних дыхательных путей, продолжить ИВЛ через интубационную трубку еще 30 секунд
	экстубировать ребенка, продолжить ИВЛ через лицевую маску до восстановления регулярного дыхания
	приступить к непрямому массажу сердца на фоне ИВЛ через интубационную трубку со 100% концентрацией кислорода в кислородно-воздушной смеси
	продолжить ИВЛ через интубационную трубку, увеличить концентрацию кислорода в кислородно-воздушной смеси до 100%
230	Во время выполнения непрямого массажа сердца, скоординированного с искусственной вентиляцией легких через интубационную трубку, ребенку в родильном зале концентрация кислорода в кислородно-воздушной смеси согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» должна составлять
	100%
	21%
	40%
	70%
231	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» размер эндотрахеальной трубки для проведения интубации трахеи рекомендуется подбирать в соответствии с
	длиной тела ребенка

	предполагаемой массой тела ребенка
	сроком гестации при рождении
	окружностью головы ребенка
232	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» в родильном зале для интубации трахеи ребенку с массой тела менее 1000 г при рождении необходимо взять трубку диаметром
	2,5 – 3,0 мм
	3,0 – 3,5 мм
	3,5 мм
	4,0 мм
233	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» в родильном зале для интубации трахеи ребенку с массой тела 1000 - 2000 г при рождении необходимо взять трубку диаметром
	2,5 – 3,0 мм
	3,5 мм
	3,0 – 3,5 мм
	4,0 мм
234	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» в родильном зале для интубации трахеи ребенку с массой тела 2000 - 3100 г при рождении необходимо взять трубку диаметром
	3,5 мм
	2,5 – 3,0 мм
	3,0 – 3,5 мм
	4,0 мм
235	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» в родильном зале для интубации трахеи ребенку с массой тела более 3200 г при рождении необходимо взять трубку диаметром
	2,5 – 3,0 мм
	3,0 – 3,5 мм

	2,0 - 2,5 мм
	3,5 - 4,0 мм
236	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» в родильном зале рекомендуется использовать
	технику интубации трахеи через рот
	технику интубации трахеи через нос
	технику интубации трахеи по пальцу
	ретроградную технику интубации трахеи
237	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» глубину стояния интубационной трубки рассчитывают по формуле - метка у угла рта (см) =
	10 - масса тела пациента в кг
	8 - масса тела пациента в кг
	6 + масса тела пациента в кг
	9 + масса тела пациента в кг
238	Для оценки правильности положения интубационной трубки может использоваться капнограф, который показывает
	наличие CO ₂ в выдыхаемом воздухе
	наличие CO ₂ во вдыхаемом воздухе
	отсутствие O ₂ в выдыхаемом воздухе
	отсутствие CO ₂ во вдыхаемом воздухе
239	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» при проведении искусственной вентиляции легких (ИВЛ) в родильном зале ребенку, родившемуся на сроке гестации менее 28 недель, рекомендуется начинать респираторную терапию с
	21% концентрации кислорода в воздушно-кислородной смеси
	30% концентрации кислорода в воздушно-кислородной смеси
	70% концентрации кислорода в воздушно-кислородной смеси
	100% концентрации кислорода в воздушно-кислородной смеси

240	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» при проведении искусственной вентиляции легких (ИВЛ) в родильном зале ребенку, родившемуся на сроке гестации 32 недели и более, рекомендуется начинать респираторную терапию с
	21% концентрации кислорода в воздушно-кислородной смеси
	70% концентрации кислорода в воздушно-кислородной смеси
	100% концентрации кислорода в воздушно-кислородной смеси
	40% концентрации кислорода в воздушно-кислородной смеси
241	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» пошаговым считается увеличение концентрации кислорода в воздушно-кислородной смеси на
	1 – 2% каждые 30 секунд
	30 – 35% каждые 5 минут
	5 – 10% каждые 2 минуты
	10 – 20% до достижения целевых показателей сатурации
242	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» при проведении ребенку непрямого массажа сердца (НМС), скоординированного с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ), в родильном зале соотношение НМС к ИВЛ должно составлять
	3:1
	2:1
	1:4
	1:1
243	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» при проведении ребенку непрямого массажа сердца (НМС), скоординированного с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ), необходимо совершать
	40 компрессий и 40 вдохов
	60 компрессий и 30 вдохов
	20 компрессий и 80 вдохов
	90 компрессий и 30 вдохов
244	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» при проведении

	ребенку непрямого массажа сердца (НМС), скоординированного с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ), пальцы необходимо располагать на
	нижней трети грудины
	мечевидном отростке
	средней трети грудины
	верхней трети грудины
245	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» при проведении ребенку непрямого массажа сердца (НМС), скоординированного с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ), сжатие грудной клетки необходимо производить на глубину
	1/4 от переднезаднего размера грудной клетки
	1/3 от переднезаднего размера грудной клетки
	1/2 от переднезаднего размера грудной клетки
	1/5 от переднезаднего размера грудной клетки
246	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» показанием к введению адреналина ребенку в родильном зале является
	частота сердечных сокращений менее 60 ударов в минуту после проведения непрямого массажа сердца, скоординированного с искусственной вентиляцией легких через интубационную трубку, в течение 30 секунд и отсутствие тенденции к возрастанию ЧСС
	частота сердечных сокращений менее 100 ударов в минуту после проведения искусственной вентиляцией легких через интубационную трубку в течение 30 секунд
	частота сердечных сокращений менее 60 ударов в минуту после проведения искусственной вентиляцией легких через лицевую маску в течение 30 секунд
	апноэ или дыхание типа «гаспинг» спустя 30 секунд проведения тактильной стимуляции
247	Концентрация раствора адреналина, непосредственно используемого для оказания реанимационной помощи ребенку в родильном зале, составляет
	1:10 000
	1:5 000
	1:100 000
	1:10
248	Концентрация раствора адреналина, непосредственно используемого для оказания реанимационной помощи ребенку в родильном зале, составляет

	0,01 мг в 1 мл
	0,1 мг в 1 мл
	0,1 мг в 0,1 мл
	0,01 мг в 0,1 мл
249	При подготовке раствора адреналина необходимой концентрации для введения ребенку в родильном зале необходимо 1 мл из ампулы с адреналином развести до
	10 мл 0,9% хлоридом натрия
	10 мл 10% глюкозой
	5 мл 4% гидрокарбонатом натрия
	5 мл физиологического раствора
250	Рекомендуемая доза раствора адреналина, вводимого внутривенно в разведении 1:10 000 с целью оказания реанимационной помощи ребенку в родильном зале, составляет
	0,01 – 0,03 мг/кг
	0,03 – 0,09 мг/кг
	0,1 – 0,3 мг/кг
	1,0 – 3,0 мг/кг
251	Рекомендуемая доза раствора адреналина, вводимого внутривенно в разведении 1:10 000 с целью оказания реанимационной помощи ребенку в родильном зале, составляет
	0,03 – 0,09 мл/кг
	0,01 – 0,03 мл/кг
	0,1 – 0,3 мл/кг
	1,0 – 3,0 мл/кг
252	Рекомендуемая доза раствора адреналина, вводимого эндотрахеально в разведении 1:10 000 с целью оказания реанимационной помощи ребенку в родильном зале, составляет
	0,05 – 0,10 мг/кг
	0,1 – 0,3 мг/кг
	0,01 – 0,03 мг/кг
	1,0 – 3,0 мг/кг

253	Рекомендуемая доза раствора адреналина, вводимого эндотрахеально в разведении 1:10 000 с целью оказания реанимационной помощи ребенку в родильном зале, составляет
	0,1 – 0,3 мл/кг
	0,01 – 0,03 мл/кг
	1,0 – 3,0 мл/кг
	0,5 – 1,0 мл/кг
254	Механизм действия адреналина как лекарственного препарата заключается в
	возбуждении симпатической нервной системы
	возбуждении парасимпатической нервной системы
	угнетении как симпатической, так и парасимпатической нервной системы
	угнетении симпатической нервной системы
255	Адреналин как лекарственный препарат действует
	только на α_1 , α_2 адренорецепторы
	на α_1 , α_2 , β_1 , β_2 адренорецепторы
	на M2, Nm адренорецепторы
	на M1, 5-HT адренорецепторы
256	Фармакологическим эффектом адреналина как лекарственного препарата является
	повышение силы сокращений сердца (положительный инотропный эффект)
	снижение автоматизма сердца (отрицательный батмотропный эффект)
	снижение частоты сердечных сокращений (отрицательный хронотропный эффект)
	повышение перфузии периферических тканей
257	Фармакологическим эффектом адреналина как лекарственного препарата является
	снижение силы сокращений сердца (отрицательный инотропный эффект)
	снижение частоты сердечных сокращений (отрицательный хронотропный эффект)
	повышение перфузии периферических тканей
	повышение автоматизма сердца (положительный батмотропный эффект)
258	Фармакологическим эффектом адреналина как лекарственного препарата является

	повышение перфузии периферических тканей
	снижение автоматизма сердца (отрицательный батмотропный эффект)
	повышение частоты сердечных сокращений (положительный хронотропный эффект)
	снижение силы сокращений сердца (отрицательный инотропный эффект)
259	Фармакологическим эффектом адреналина как лекарственного препарата является
	повышение проводимости сердца (положительный дромотропный эффект)
	повышение перфузии периферических тканей
	снижение силы сокращений сердца (отрицательный инотропный эффект)
	снижение автоматизма сердца (отрицательный батмотропный эффект)
260	Фармакологическим эффектом адреналина как лекарственного препарата является
	повышение систолического артериального давления
	повышение перфузии периферических тканей
	снижение частоты сердечных сокращений (отрицательный хронотропный эффект)
	снижение среднего артериального давления
261	Фармакологическим эффектом адреналина как лекарственного препарата является
	повышение перфузии периферических тканей
	сокращение радиальной мышцы радужки (мидриаз)
	снижение силы сокращений сердца (отрицательный инотропный эффект)
	снижение секреции ренина
262	Фармакологическим эффектом адреналина как лекарственного препарата является
	повышение глюкозы крови за счет повышения гликогенолиза
	повышение перфузии периферических тканей
	снижение силы сокращений сердца (отрицательный инотропный эффект)
	снижение секреции ренина
263	Фармакологическим эффектом адреналина как лекарственного препарата является
	повышение перфузии периферических тканей
	снижение силы сокращений сердца (отрицательный инотропный эффект)

	повышение реабсорбции Na и H ₂ O в почках
	снижение секреции ренина
264	Фармакологическим эффектом адреналина как лекарственного препарата является
	снижение тонуса гладкой мускулатуры бронхов (расширение бронхов)
	повышение перфузии периферических тканей
	снижение силы сокращений сердца (отрицательный инотропный эффект)
	снижение секреции ренина
265	Фармакологическим эффектом адреналина как лекарственного препарата является
	снижение силы сокращений сердца (отрицательный инотропный эффект)
	снижение секреции ренина
	повышение тонуса гладкой мускулатуры бронхов (бронхоспазм)
	периферическая вазоконстрикция
266	Ожидаемый эффект от введенного раствора адреналина ребенку в родильном зале при оказании реанимационной помощи следует оценить спустя
	60 секунд
	90 секунд
	10 секунд
	120 секунд
267	Ожидаемый эффект от введенного раствора адреналина ребенку в родильном зале при оказании реанимационной помощи следует оценить спустя 60 секунд, и он должен выражаться в
	появлении регулярного самостоятельного дыхания
	увеличении частоты сердечных сокращений до 60 ударов в минуту
	увеличении частоты сердечных сокращений до 120 ударов в минуту
	улучшении перфузии периферических тканей и появлении сигнала пульсоксиметра
268	При оказании реанимационной помощи ребенку в родильном зале повторное введение раствора адреналина согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» разрешено производить
	каждые 3 - 5 минут

	каждую минуту
	каждые 2 минуты
	каждые 3 минуты
269	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» профилактика гипотермии предусматривает обязательное использование пластиковой пленки (пакета) у недоношенных детей, родившихся до завершения
	26-й недели гестации
	28-й недели гестации
	32-й недели гестации
	37-й недели гестации
270	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» одним из показаний к проведению интубации трахеи в родильном зале является
	двусторонняя атрезия хоан
	неэффективная масочная искусственная вентиляция легких (ИВЛ) - частота сердечных сокращений менее 60 ударов в минуту спустя 30 секунд ИВЛ и отсутствие тенденции к повышению ЧСС
	синдром Дауна
	срок гестации менее 37 полных недель при рождении
271	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» показанием к введению 0,9% раствора хлорида натрия ребенку в родильном зале является
	частота сердечных сокращений менее 60 ударов в минуту после проведения непрямого массажа сердца, скоординированного с искусственной вентиляцией легких через интубационную трубку, в течение 30 секунд
	апноэ или дыхание типа «гаспинг» спустя 30 секунд проведения тактильной стимуляции
	необходимость восполнения объема циркулирующей крови
	частота сердечных сокращений менее 60 ударов в минуту после проведения искусственной вентиляцией легких через лицевую маску в течение 30 секунд
272	Применение СРАР в родильном зале противопоказано детям с
	кровотечением (легочным, желудочным)
	признаками внутриутробного инфицирования
	признаками гемолитической болезни

	признаками диабетической фетопатии
273	«Золотым стандартом» мониторинга в родильном зале является мониторинг показателей
	КОС
	капнометрии
	ЧСС и SpO2 методом пульсоксиметрии
	биохимического анализа крови
274	Стартовую респираторную терапию у детей, родившихся на сроке гестации менее 28 недель, следует осуществлять с концентрацией кислорода
	21%
	40%
	30%
	100%
275	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» критерием неэффективности СРАР как стартового метода респираторной поддержки является
	потребность в дополнительной дотации кислорода более 60%
	потребность в дополнительной дотации кислорода ($FiO_2 > 0.4$)
	ЧСС менее 120 ударов в минуту
	сатурация крови менее 95%
276	У новорожденных и детей первых месяцев жизни непрямой массаж сердца проводится
	указательным и средним пальцами одной руки
	большим пальцем одной руки
	ладонью одной руки
	двумя ладонями
277	К факторам риска рождения ребенка в асфиксии, о которых врач-неонатолог должен быть заранее поставлен в известность акушером-гинекологом, можно отнести
	сахарный диабет у матери
	прием женщиной препаратов прогестерона во время беременности
	преэклампсию

	гипертензивные синдромы
	резус-сенсibilизацию
	кровотечение во II или III триместрах беременности
278	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» признаками живорождения являются
	наличие самостоятельного дыхания
	наличие сосательного рефлекса
	наличие сердцебиения (частоты сердечных сокращений)
	отсутствие трупных пятен на коже
	наличие пульсации пуповины
	наличие произвольного движения мышц
279	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» санация ротоглотки показана
	новорожденным, у которых содержимое верхних дыхательных путей препятствует дыханию
	всем новорожденным вне зависимости от их состояния
	только недоношенным новорожденным
	новорожденным, у которых цвет кожных покровов спустя 60 секунд после рождения не стал розовым
280	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» тактильную стимуляцию следует проводить путем
	легкого похлопывания по стопам
	сжимания грудной клетки
	поглаживания по спине
	сильного хлопка по ягодицам
	растирания мочек ушей
281	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» показаниями к проведению искусственной вентиляции легких ребенку в родильном зале являются
	отсутствие дыхания (апноэ)

	частота сердечных сокращений менее 120 ударов в минуту
	нерегулярное дыхание (судорожное дыхание типа “gaspings”)
	отсутствие признаков живорождения
	стойкий генерализованный цианоз в течение 60 секунд после рождения
	частота сердечных сокращений менее 100 ударов в минуту
282	Показаниями к использованию ротового воздуховода во время проведения искусственной вентиляции легких новорожденному ребенку в родильном зале являются
	двусторонняя атрезия хоан
	пневмоторакс
	диафрагмальная грыжа
	синдром Беквита-Видемана
	синдром аспирации мекония
	синдром Пьера-Робена
283	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» показаниями к проведению интубации трахеи в родильном зале являются
	неэффективная масочная искусственная вентиляция легких (ИВЛ) - частота сердечных сокращений менее 60 ударов в минуту спустя 30 секунд ИВЛ
	двусторонняя атрезия хоан
	недостаточно эффективная масочная искусственная вентиляция легких (ИВЛ) - частота сердечных сокращений 60 - 100 ударов в минуту спустя 60 секунд ИВЛ
	необходимость проведения непрямого массажа сердца
	срок гестации менее 37 полных недель при рождении
284	Согласно методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.03.2020 №15-4/И/2-2570 «Реанимация и стабилизация состояния новорожденных детей в родильном зале» ребенку в родильном зале адреналин может быть введен
	внутривенно
	перорально
	эндотрахеально
	подкожно
	внутрикостно

1	Оказание помощи новорожденным и недоношенным детям с перинатальной патологией в условиях специализированного стационара (отделения реанимации и интенсивной терапии) и на 2-м этапе выхаживания
285	В соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность, прием родов у ВИЧ-инфицированных беременных, а также у беременных с гепатитом в, с, сифилисом может осуществляться в специализированных родильных домах или
	родильных домах общего типа в специально выделенной палате
	инфекционных больницах в специально выделенной палате
	отдельном боксе в женской консультации специализированного перинатального центра
	в отделении наблюдения родильных домов общего типа
286	Переводу в наблюдательное отделение акушерского стационара не подлежат
	новорожденные от матерей с гипертермией в послеродовом периоде
	дети, заболевшие гнойно-септическими заболеваниями в физиологическом отделении роддома
	дети, родившиеся вне родильного дома, от здоровых матерей
	«отказные» дети, подлежащие усыновлению, не имеющие отклонений в здоровье
287	Для тромбоза пупочной вены характерно
	пальпация эластичного тяжа над пупком
	гиперемия пупочного кольца
	вздутие живота
	гиперемия передней брюшной стенки
288	Светлая кожа, голубые глаза, рыжие волосы, «мышинный» запах характерны для
	болезни Дауна
	фенилкетонурии
	гемофилии
	рахита
289	Конечными продуктами обмена лактозы являются
	сахароза и лактаза
	глюкоза и фруктоза
	галактоза и глюкоза
	мальтоза и мальтодекстрин

290	Фруктоза и глюкоза являются конечными продуктами обмена
	сахарозы
	лактозы
	фруктозы
	мальтозы
291	Галактоза и глюкоза являются конечными продуктами обмена
	сахарозы
	лактозы
	фруктозы
	мальтозы
292	Тип наследования галактоземии
	сцепленный с полом доминантный
	сцепленный с полом рецессивный
	аутосомно-рецессивный
	аутосомно-доминантный
293	В основе патогенеза галактоземии лежит
	увеличение содержания галактозы в молоке матери
	нарушение ферментативного превращения галактозы в глюкозу
	дефицит галактозы в питании ребенка
	врожденная лактазная недостаточность
294	Метаболиты галактозы откладываются в
	головном мозге
	миокарде
	хрусталике глаза
	почках
	печени

295	К основным симптомам галактоземии относятся
	диарейный синдром
	гепатолиенальный синдром
	затяжная желтуха
	тромбоцитопения
296	Одним из лабораторных признаков фенилкетонурии является
	повышение уровня фенилаланина в крови
	нормальный уровень фенилаланина в крови
	повышенный уровень тирозина в крови
	нормальная экскреция метаболитов фенилаланина с мочой
297	Одним из лабораторных признаков фенилкетонурии является
	нормальный уровень фенилаланина в крови
	повышенный уровень тирозина в крови
	нормальная экскреция метаболитов фенилаланина с мочой
	повышение экскреции метаболитов фенилаланина с мочой
298	Одним из лабораторных признаков фенилкетонурии является
	нормальный уровень фенилаланина в крови
	повышенный уровень тирозина в крови
	сниженный уровень тирозина в крови
	нормальная экскреция метаболитов фенилаланина с мочой
299	Мутации, приводящие к наследственным болезням обмена веществ, чаще выявляются в генах, кодирующих
	ферменты
	транспортные белки
	тРНК
	рецепторы
300	Особенности строения лица позволяют поставить диагноз при синдроме
	Тя-Сакса

	Вильсона-Коновалова
	Корнелии де Ланге
	Лоуренса-Муна-Барде-Бидля
301	Поражение сердечно-сосудистой системы является облигатным признаком при
	синдроме Марфана
	ахондроплазии
	синдроме Клайнфельтера
	фенилкетонурии
302	Врожденная негемолитическая гипербилирубинемия наблюдается при
	врожденном гепатите
	мукополисахаридозе
	болезни Гоше
	болезни Жильбера
303	Врожденные нефробластомы наблюдаются при
	синдроме Элерса-Данло
	синдроме Беквита-Видемана
	туберозном склерозе
	синдроме Луи-Бар
304	Нарушения органических кислот наиболее часто дебютируют в
	раннем детстве
	подростковом возрасте
	неонатальном периоде
	зрелом возрасте
305	Выявленное при нейросонографии локальное расширение задних рогов боковых желудочков (колпоцефалия) наиболее характерно для
	синдрома Арнольда-Киари 2 типа
	синдрома Денди-Уокера

	лобарной голопроэнцефалии
	агенезии мозолистого тела
306	Основным клиническим проявлением фенилкетонурии является поражение
	центральной нервной системы
	системы кроветворения
	печени
	иммунной системы
307	«Мышиный» запах от мочи ребенка характерен для
	фруктоземии
	тирозинемии
	фенилкетонурии
	галактоземии
308	В большинстве случаев наследственные болезни обмена веществ наследуются по
	аутосомно-доминантному типу
	х-сцепленному доминантному типу
	х-сцепленному рецессивному типу
	аутосомно-рецессивному типу
309	У новорожденных со свищевой формой атрезии пищевода проведение ИВЛ до перевязки трахеопищеводного свища может осложниться
	сердечными аритмиями
	разрывом желудка
	легочным кровотечением
	повреждением трахеи
310	Одним из признаков фетального алкогольного синдрома является
	микроцефалия
	факоматозные пятна на коже
	большая масса тела при рождении

	врожденные пороки сердца с кардиомегалией
311	Одним из признаков фетального алкогольного синдрома является
	макроцефалия
	гипотрофия
	большая масса тела при рождении
	факоматозные пятна на коже
312	Одним из признаков фетального алкогольного синдрома является
	макроцефалия
	большая масса тела при рождении
	эктопия ушных раковин, микрогения, «рыбий рот»
	факоматозные пятна на коже
313	Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) используется как скрининговый тест
	внутреннего каскада свертывания
	первичного (тромбоцитарного) гемостаза
	внешнего каскада свертывания
	полимеризации фибриногена/фибрина
314	Протромбиновое время (ПВ) является скрининговым тестом
	первичного (тромбоцитарного) гемостаза
	внутреннего каскада свертывания
	полимеризации фибриногена/фибрина
	внешнего каскада свертывания
315	Диагноз легочной гипертензии у новорожденных детей подтверждается, если среднее давление в легочной артерии выше
	20 мм рт. ст.
	30 мм рт. ст.
	25 мм рт. ст.
	15 мм рт. ст.

316	Разница пульса на правой лучевой и бедренной артериях характерна для
	коарктации аорты
	аномального легочного дренажа легочных вен
	дефекта межжелудочковой перегородки
	тетрады Фалло
317	Для профилактики синдрома дыхательных расстройств новорожденного женщинам с угрозой преждевременных родов предпочтительнее вводить
	гидрокортизон
	преднизолон
	дексаметазон
	тиреоидин
318	Причиной возникновения синдрома рвоты молоком при пилоростенозе является
	пептический стеноз привратника
	мембранный стеноз привратника
	врожденный порок зоны привратника
	биохимический дефект стероидогенеза
319	Причиной возникновения синдрома рвоты молоком при пилороспазме является
	симпатотония
	ваготония
	генетический порок зоны привратника
	ахалазия кардии
320	Причиной возникновения синдрома рвоты молоком при псевдопилоростенозе является
	генетический порок зоны привратника
	симпатотония
	ваготония
	биохимический дефект стероидогенеза

321	При галактоземии из питания следует исключить
	каши
	сахар
	фрукты
	молоко
322	Основным методом лечения фенилкетонурии является
	заместительная энзимотерапия
	введение витамина В6
	добавление фенилаланина в питание ребенка
	ограничение фенилаланина в питании ребенка
323	Из рациона питания детей, больных фенилкетонурией, исключается
	молоко
	овощное пюре
	растительное масло
	фруктовое пюре
324	Основным целесообразным видом вскармливания новорожденных является
	смешанное вскармливание
	вскармливание донорским грудным молоком
	грудное вскармливание
	искусственное вскармливание
325	При искусственном вскармливании допускается использование
	коровьего молока и его производных
	неадаптированных молочных смесей
	адаптированных молочных смесей
	донорского грудного молока
326	Основным углеводом грудного молока является
	глюкоза

	мальтоза
	лактоза
	сахароза
327	Нарушением обмена веществ, при котором противопоказано грудное вскармливание, является
	галактоземия
	муковисцидоз
	гипотиреоз
	первичная лактазная недостаточность
328	Какие иммуноглобулины, содержащиеся в грудном молоке, обеспечивают местный иммунитет кишечника у новорожденных детей?
	IgA
	IgM
	IgG
	IgE
329	Потребность в белках доношенного новорожденного ребенка, находящегося на естественном вскармливании, составляет
	1,5 - 2 г/кг/сут
	4 - 6 г/кг/сут
	3 - 4,5 г/кг/сут
	2 - 2,5 г/кг/сут
330	Вскармливание новорожденных детей при гемолитической болезни новорожденных по резус фактору осуществляется
	нативным грудным молоком
	искусственной смесью на основе белка козьего молока
	донорским молоком
	искусственной смесью на основе полного гидролиза белка
331	Минимальное количество аминокислот, необходимое новорожденному ребенку, которое предотвращает начальный катаболизм белка, составляет
	1,0 - 1,5 г/кг/сут

	0,5 - 1,0 г/кг/сут
	2,0 - 2,5 г/кг/сут
	3,0 - 3,5 г/кг/сут
332	Минимальное трофическое энтеральное питание – это поступление в желудочно-кишечный тракт новорожденного ребенка минимального количества грудного молока или молочной смеси в количестве
	5 - 20 мл/кг/сутки
	20 - 50 мл/кг/сутки
	12 - 24 мл/кг/сутки
	15 - 40 мл/кг/сут
333	Предпочтительным субстратом для кормления недоношенного ребенка является
	свежесцеженное грудное молоко с фортификатором
	пастеризованное грудное молоко
	специализированная смесь для недоношенных
	неадаптированная молочная смесь
334	При невозможности кормления глубоко недоношенного ребенка грудным молоком правильным выбором для кормления является
	адаптированная смесь для доношенных детей
	смесь на основе частично гидролизованного белка
	смесь на основе белка козьего молока
	специализированная смесь для недоношенных детей
335	Специализированная смесь для недоношенного по сравнению со стандартной адаптированной смесью для доношенных детей содержит _____ в единице объема
	большее количество белка
	меньшее количество белка
	примерно одинаковое количество белка
	меньшее количество килокалорий
336	Введение прикорма доношенным новорожденным на первом году жизни возможно после
	4 месяцев жизни

	3 месяцев жизни
	6 месяцев жизни
	8 месяцев жизни
337	Продуктом выбора при вскармливании доношенного ребенка с транзиторной лактазной недостаточностью является
	грудное молоко в сочетании с ферментом лактазой
	безлактозная смесь
	смесь на основе гидролизата белка
	смесь на основе белка козьего молока
338	Расчет объема кормления у ребенка с внутриутробной гипотрофией в первые дни жизни проводится на
	фактический вес
	долженствующий вес
	среднедолженствующий вес
	вес при рождении
339	При искусственном вскармливании ребенка первого месяца жизни с атопическим дерматитом целесообразно использовать
	адаптированные смеси на основе белка коровьего молока
	адаптированные смеси на основе белка козьего молока
	искусственные смеси на основе полного гидролиза белка
	искусственные смеси на основе частичного гидролиза белка
340	Потребность недоношенных детей в витамине д на первом году жизни по сравнению с доношенными детьми
	выше
	одинаковая
	ниже
	выше в зимнее время года
341	Что показано назначить доношенному ребенку от матери страдающей сахарным диабетом, родившемуся в удовлетворительном состоянии, у которого в возрасте 2-х часов жизни отмечаются неонатальные судороги?
	раствор 10% раствор глюкозы

	фенобарбитал
	раствор кальция глюконата
	раствор 25% mgso4
342	Отличием молозива по составу от зрелого женского молока является
	большее содержание белка
	меньшее содержание белка
	большее содержание углеводов
	меньшая энергетическая ценность
343	Одной из особенностей смесей для недоношенных детей по сравнению со смесями для доношенных новорожденных является более
	низкое содержание белка
	высокая осмолярность
	низкое содержание железа и других микроэлементов
	высокое содержание белка
344	Одним из противопоказаний к проведению энтерального питания является
	лактазная недостаточность
	врожденная дисплазия коры надпочечников
	некротизирующий энтероколит
	экстремально низкая масса тела при рождении
345	Одним из показаний к кормлению недоношенного ребенка через зонд является
	отсутствие сосательного и глотательного рефлексов
	наличие внутриутробного инфицирования
	масса тела при рождении менее 2000 г
	bronхолегочная дисплазия без зависимости от кислородотерапии
346	«Профилактическое» введение сурфактанта в первые 20 мин жизни показано всем
	детям с гестационным возрастом 32 недели и менее
	недоношенным детям, потребовавшим проведения респираторной терапии с постоянным положительным давлением

	детям с гестационным возрастом 26 недель и менее при отсутствии проведения их матерям полного курса антенатальной профилактики стероидами
	детям с признаками дыхательной недостаточности при рождении вне зависимости от срока гестации
347	Критерием полицитемии у новорожденных детей принято считать показатель гематокрита более
	65%
	45%
	55%
	60%
348	В неонатальном периоде ацидозом считают состояния, когда РН капиллярной крови у новорожденных детей менее
	7,30
	7,35
	7,40
	7,45
349	В неонатальном периоде алкалозом считают состояния, когда Рн капиллярной крови у новорожденных детей более
	7,50
	7,35
	7,45
	7,40
350	Состояние метаболического алкалоза у новорожденных детей диагностируют, если
	рН 7,25 и выше, ВЕ - 2 мэкв/л, рСО ₂ менее 25 мм рт.ст
	рН 7,5 и выше, ВЕ - 5 мэкв/л, рСО ₂ менее 35 мм рт.ст
	рН 7,45 и выше, ВЕ +5 мэкв/л, рСО ₂ менее 50 мм рт.ст
	рН 7,35 и выше, ВЕ +2 мэкв/л, рСО ₂ более 45 мм рт.ст
351	Состояние респираторного алкалоза у новорожденных диагностируют, если
	рН 7,45 и выше, ВЕ + 2 мэкв/л, рСО ₂ менее 30 мм рт.ст
	рН 7,5 и выше, ВЕ+ 5 мэкв/л, рСО ₂ более 50 мм рт.ст

	рН 7,25 и выше, ВЕ - 2 мэкв/л, рСО2 менее 35 мм рт.ст
	рН 7,15 и выше, ВЕ+3 мэкв/л, рСО2 более 50 мм рт.ст
352	Для новорожденных детей с весом 600 граммов и менее нижняя граница допустимого среднего артериального давления составляет
	25 мм рт ст
	30 мм рт ст
	28 мм рт ст
	40 мм рт ст
353	Для новорожденных детей нижняя граница допустимого среднего артериального давления составляет
	30 мм рт ст
	25 мм рт ст
	28 мм рт ст
	40 мм рт ст
354	эффективность терапии шока оценивается через _____ от начала терапии
	30 минут
	6 часов
	1 час
	1 сутки
355	При хорошей переносимости новорожденным инфузионной терапии ежедневный прирост её суточного объема может составлять
	10 мл/кг
	5 мл/кг
	20 мл/кг
	25 мл/кг
356	При решении вопроса о необходимости проведения искусственной вентиляции легких наиболее важным показателем является
	ВЕ
	РаСО2

	Pa02
	pH
357	В случае хорошей переносимости ребенком углеводной нагрузки её максимальный уровень составляет
	12 мг/кг/мин
	10 мг/кг/мин
	15 мг/кг/мин
	18 мг/кг/мин
358	Патологическая гипербилирубинемия новорожденных характеризуется повышением уровня общего билирубина у недоношенных новорожденных детей более
	256 мкмоль/л
	300 мкмоль/л
	171 мкмоль/л
	135 мкмоль/л
359	Патологическая гипербилирубинемия новорожденных характеризуется повышением уровня общего билирубина у доношенных новорожденных детей
	256 мкмоль/л
	135 мкмоль/л
	171 мкмоль/л
	300 мкмоль/л
360	Основной причиной желтухи при ABO конфликте является
	сочетанное нарушение конъюгации и экскреции
	гиперпродукция билирубина за счет гемолиза
	нарушение конъюгации билирубина в гепатоцитах
	нарушение экскреции билирубина в кишечник
361	Основной причиной желтухи у новорожденных детей при диабетической фетопатии является
	сочетанное нарушение конъюгации и экскреции
	нарушение конъюгации билирубина в гепатоцитах
	гиперпродукция билирубина за счет гемолиза

	нарушение экскреции билирубина в кишечник
362	Основной причиной желтухи при атрезии внепеченочных желчных протоков у новорожденных является
	сочетанное нарушение конъюгации и экскреции
	нарушение экскреции билирубина в кишечник
	гиперпродукция билирубина за счет гемолиза
	нарушение конъюгации билирубина в гепатоцитах
363	Основной причиной желтухи при токсическом гепатите является
	нарушение конъюгации билирубина в гепатоцитах
	нарушение экскреции билирубина в кишечник
	сочетанное нарушение конъюгации и экскреции
	гиперпродукции билирубина за счет гемолиза
364	Периодом формирования клинической картины неврологических осложнений при билирубиновой энцефалопатии является
	8 - 9-й месяц жизни
	10 - 12 месяц жизни
	3 - 5-й месяц жизни
	2 - 3-й месяц жизни
365	Концентрацию билирубина в сыворотке крови у новорожденных детей возможно определить
	путем измерения транскутанного билирубинового индекса
	пульсоксиметрическим методом
	биохимическим методом
	методом инфракрасной спектроскопии
	прямым фотометрическим методом
366	В основе патогенеза геморрагической болезни новорожденных лежит
	дефицит факторов свертывания крови
	нарушение проницаемости капилляров
	избыток факторов свертывания

	нарушение функции печени, связанной с выработкой факторов свертывания
367	Причиной дефицита факторов свертывания при геморрагической болезни новорожденных является дефицит
	витамина к
	витаминов группы В
	фолиевой кислоты
	витамина Д
368	Классическая форма геморрагической болезни новорожденных проявляется
	на 2-7 сутки
	при рождении
	на 1-2 сутки
	на 8-10 сутки
369	Основным лабораторным признаком классической геморрагической болезни новорожденных является
	снижение количества тромбоцитов и фибриногена
	снижение гемоглобина и гематокрита
	удлинение времени кровотечения
	удлинение протромбинового времени и снижение протромбинового индекса
370	Для профилактики геморрагической болезни новорожденных используют
	раствор 1% менадиона натрия бисульфита в/м в первые часы жизни
	раствор 12.5% этамзилата натрия per os перед выпиской из родильного дома
	обогащение грудного молока
	витамин К через рот в каплях
371	Рентгенологический признак «воздушная бронхограмма» чаще всего наблюдается при
	респираторном дистресс-синдроме
	пневмонии
	ателектазе
	синдроме аспирации мекония

372	Основными критериями врожденной пневмонии являются
	гепатолиенальный синдром
	гнойное отделяемое при первичной интубации
	палочкоядерный сдвиг влево по данным гемограммы
	очагово-инфильтративные тени на рентгенограмме в первые трое суток
373	Основной причиной врожденной долевой эмфиземы является
	аплазия, гипоплазия хряща долевого бронха
	аспирация мекония во время родов
	аномальное отхождение легочных сосудов
	первичный дефицит сурфактанта
374	При обследовании новорожденных детей на рентгенограмме органов грудной клетки нормальной «жесткости» должны быть видны
	только шейные позвонки
	первые три грудных позвонка
	первые 5 грудных позвонков
	все позвонки позвоночного столба
375	Порок развития, который может локализоваться только в нижней доле легкого это
	врожденная долевая эмфизема
	легочная секвестрация
	кистозно-аденоматозная мальформация
	лобарная аплазия
376	К синдромам утечки воздуха относятся
	интерстициальная эмфизема
	респираторный дистресс-синдром
	тотальный ателектаз легких
	синдром аспирации мекония
377	При наличии спинномозговой грыжи рекомендуется проведение

	магнитно-резонансной томографии
	компьютерной томографии
	сцинтиграфии
	рентгенографии
378	«Золотым стандартом» в диагностике пороков развития головного мозга является
	компьютерная томография
	позитронно-эмиссионная томография
	ультразвуковое исследование
	магнитно-резонансная томография
379	При подозрении на пневмоторакс в порядке оказания медицинской помощи первым методом диагностики является
	рентгенография
	ультразвуковое исследование
	компьютерная томография
	магнитно-резонансная томография
380	Основным видом укладки и проекции при рентгенографии органов грудной клетки и брюшной полости в неонатологии является
	прямая передняя проекция в супинационной укладке
	прямая латерограмма
	боковая латерограмма
	прямая задняя проекция в супинационной укладке
381	Так называемые «телескопические» переломы характерны для
	идиопатической ломкости костей
	несовершенного остеогенеза
	идиопатической гиперкальциемии
	мраморной болезни
382	Одним из рентгенологических признаков тотального ателектаза легкого является
	смещение средостения в сторону поражения

	смещение средостения в сторону, противоположную патологии
	медиастинальная грыжа
	низкое стояние купола диафрагмы на стороне поражения
383	Одним из рентгенологических признаков массивного одностороннего гидроторакса является
	смещение средостения в сторону, противоположную патологии
	смещение средостения в сторону поражения
	медиастинальная грыжа
	сужение межреберных промежутков на стороне поражения
384	Рентгенологическим признаком необратимой стадии некротического энтероколита является
	перерастяжение петель кишечника
	уровни жидкости в просвете кишечника
	газ в системе воротной вены
	пневматоз кишечной стенки
385	Типичным электрокардиографическим признаком гиперкалемии является
	высокий равнобедренный зубец Т
	увеличенный зубец Р
	расширенный комплекс QRS
	удлинённый интервал P-Q
386	Наиболее частым признаком гликозидной интоксикации у детей является
	желудочковая тахикардия
	синусовая брадикардия
	атриовентрикулярная блокада
	желудочковая экстрасистолия
387	Наиболее частым кардиальным проявлением диабетической эмбриопатии у новорожденного является
	врожденный порок сердца
	дилатация левых отделов сердца
	гипертрофия миокарда

	нарушения сердечного ритма
388	При врожденном гипотиреозе наиболее типичным кардиальным симптомом является
	тахикардия
	синдром Вольфа – Паркинсона – Уайта
	выпот в полости перикарда
	брадикардия
389	Увеличение содержания HbF в кровотоке матери наблюдается при
	фетоматеринской трансфузии
	отслойке плаценты
	фетоплацентарной недостаточности
	острой гипоксии
390	В условиях внутриутробной гипоксии при снижении сердечного выброса у плода максимальный уровень кровотока сохраняется в сосудах
	легких
	почек
	головного мозга
	брыжейки
391	Причиной развития острой плацентарной недостаточности является
	отслойка плаценты
	преждевременное созревание плаценты
	патология пуповины
	перенашивание беременности
392	Респираторно-синцитиальная инфекция чаще всего вызывает
	острый ринит
	вирусную диарею
	бронхиолит
	пневмонию

393	Энтеровирусная инфекция может осложниться у новорожденных
	миокардитом
	пневмонией
	ото-анtritом
	пиелонефритом
394	Желтуха при галактоземии и муковисцидозе носит _____ характер
	паренхиматозный
	гемолитический
	механический
	конъюгационный
395	Первым симптомом билирубиновой интоксикации у новорожденных детей является
	резкое возбуждение
	повышение мышечного тонуса
	появление симптомов угнетения
	ригидность затылочных мышц
396	Прямая проба Кумбса положительна при
	гемолитической болезни новорожденных по системе ABO
	геморрагической болезни новорожденных
	талассемии
	гемолитической болезни новорожденных по Rh-фактору
397	Наиболее распространенным видом гнойного поражения кожи у новорожденных детей является
	везикулопустулез
	болезнь Риттера
	псевдофурункулез
	пемфигус

398	За критерий переносимости углеводной нагрузки на фоне парентерального питания (ПЭП) принимают концентрацию глюкозы в крови менее
	10 ммоль/л
	8 ммоль/л
	6 ммоль/л
	5,6 ммоль/л
399	Контроль безопасности дотации углеводов осуществляется путем мониторинга
	концентрации глюкозы в моче новорожденного
	концентрации глюкозы в крови новорожденного
	скорости почасового диуреза
	уровня инсулина крови
400	Верхняя граница допустимого уровня триглицеридов крови на фоне дотации жировых эмульсий составляет
	2,8 ммоль/л
	1,8 ммоль/л
	2,26 ммоль/л
	3,5 ммоль/л
401	Мониторинг уровня триглицеридов на фоне введения жировых эмульсий должен осуществляться
	один раз в сутки
	каждые 3 - 4 дня
	один раз в неделю
	один раз в сутки и после изменения скорости введения
402	Контроль безопасности и эффективности дотации жиров оценивается путем контроля уровня
	холестерина сыворотки крови
	триглицеридов крови
	показателей АЛТ, АСТ
	щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтранспептидазы
403	Контроль безопасности и эффективности дотации жиров при невозможности контроля уровня триглицеридов осуществляется путем

	контроля уровня АЛТ, АСТ и ЩФ
	контроля уровня холестерина
	проведения теста на прозрачность сыворотки
	контроля уровня общего и прямого билирубина
404	Полное парентеральное питание с первых суток жизни показано всем недоношенным новорожденным детям
	с признаками непереносимости энтеральной нагрузки
	в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) после стабилизации состояния
	находящимся в ОРИТ в нестабильном состоянии вне зависимости от срока гестации
	со сроком гестации менее 36 недель и массой менее 2500 граммов
405	Проведение парентерального питания противопоказано при
	хирургических операциях и потребности в инотропной поддержке
	проведении реанимационных мероприятий
	тяжелой асфиксии при рождении и потребности в проведении терапевтической гипотермии
	желудочно-кишечном или легочном кровотечении
406	Потребность новорожденного ребенка в углеводах рассчитывается на основании
	соотношения количества белковых и небелковых ккал в программе парентерального питания на сутки
	скорости утилизации глюкозы
	показателей сахара крови
	суточной потребности в калориях
407	В случае хорошей переносимости ребенком углеводной нагрузки углеводную нагрузку следует увеличивать ежедневно на
	0,5 - 1,0 мг/кг/мин
	1,0 - 1,5 мг/кг/мин
	2,0 - 3,0 мг/кг/мин
	2,0 - 2,5 мг/кг/мин
408	Если гипогликемия сохраняется, то скорость инфузии может быть увеличена
	20 мг/кг/мин

	15 мг/кг/мин
	25 мг/кг/мин
	30 мг/кг/мин
409	В случае развития гипергликемии на фоне парентерального питания и увеличения концентрации глюкозы в сыворотке крови до 8 - 9 ммоль/л, необходимо
	продолжить динамическое наблюдение
	снизить скорость поступления глюкозы на 1 - 2 мг/кг/мин
	начать терапию инсулином короткого действия (актрапидом) в дозе 0,05 ЕД/кг/час
	ввести внутривенно струйно инсулин в дозе 0,01 ЕД/кг
410	После начала инфузии глюкозы контроль уровня глюкозы должен быть проведен в течение
	10 минут
	1 часа
	2 часов
	30 минут
411	Если концентрация глюкозы в крови составляет <2,6 ммоль/л, следует
	дать per os 40% р-р глюкозы из расчета 2 мл/кг
	ввести 0,4-0,8 г/кг глюкозы внутривенно болюсно
	увеличить углеводную нагрузку на 2 мг/кг/мин
	увеличить углеводную нагрузку на 2 г/кг/сутки
412	Ограничением для внутривенного введения раствора аминокислот при парентеральном питании является
	клиника острого повреждения почек
	метаболический ацидоз и скорость диуреза менее 1 мл/кг/час
	клиника острой почечной недостаточности (ОПН) и повышение концентрации креатинина в сыворотке крови выше 110 мкмоль/л
	повышение уровня мочевины более 8,6 ммоль/л в биохимическом анализе крови
413	При развитии клиники почечной недостаточности дотацию белка необходимо
	отменить полностью до нормализации показателей азотистого обмена
	снизить на 1 г/кг/сут

	снизить на 0,5 г/кг/сут
	снизить до 0,5 г/кг/сут
414	В периферическую вену можно вводить растворы с концентрацией глюкозы менее
	12,5%
	11,5 %
	22,5%
	10%
415	В периферическую вену можно вводить растворы с осмолярностью менее
	850 - 1000 мосм/л
	1150 - 1250 мосм/л
	1250 - 1500 мосм/л
	550 - 650 мосм/л
416	Парентеральное питание может быть прекращено при достижении объема энтерального питания более
	50 мл/кг
	100 мл/кг
	200 мл/кг
	140 мл/кг
417	Одной из функций «трофического питания» является
	обеспечение минимальной энергетической потребности новорожденного
	обеспечение необходимого новорожденному количества белков, жиров, углеводов
	стимуляция созревания кишечника
	запуск местного иммунитета в кишечнике
418	«Трофическое питание» - это энтеральное введение пищевого субстрата в объеме до
	25 мл/кг/сут
	40 мл/кг/сут
	50 мл/кг/сут
	100 мл/кг/сут

419	После периода «трофического питания» безопасно можно увеличивать объем питания максимально на
	10 - 15 мл/кг/сут
	5 - 10 мл/кг/сут
	10 - 25 мл/кг/сут
	20 - 30 мл/кг/сут
420	При диагностированной клинической картине шока энтеральное питание должно быть
	отменено
	продолжено в прежнем объеме под контролем остаточного содержимого в желудке
	продолжено в объеме «трофического»
	продолжено с увеличением объема
421	При диагностированной клинической картине шока парентеральное питание должно быть
	отменено
	продолжено без изменений до получения результатов биохимического анализа крови
	продолжено в минимальном объеме, покрывающем основные потребности
	продолжено с учетом клинической картины
422	На ранней стадии септического шока для лечения новорожденного ребенка, в первую очередь, используют
	волюм - эспандерный раствор
	инотропные препараты
	иммуноглобулины для в/в введения
	препараты крови
423	Под волюм-эспандерной терапией понимают
	введение осмотически активных препаратов
	восполнение объема циркулирующей крови
	заместительную терапию свежзамороженной плазмой
	введение медикаментов, расширяющих сосуды
424	Волюм-эспандерная терапия при септическом шоке может достигать

	10 - 30 мл/кг
	40 и более мл/кг
	15 - 20 мл/кг
	10 - 15 мл/кг
425	Инотропным препаратом первой линии при септическом шоке является
	допамин
	добутамин
	адреналин
	норадреналин
426	В соответствии с протоколом ассоциации неонатологов стартовая доза допамина при септическом шоке составляет
	5 мкг/кг/мин
	3 мкг/кг/мин
	7 мкг/кг/мин
	10 мкг/кг/мин
427	В соответствии с протоколом ассоциации неонатологов инотропным препаратом первой линии при персистирующей легочной гипертензии является
	оксид азота
	добутамин
	допамин
	норадреналин
428	Увеличение дозы допамина при септическом шоке возможно на
	2 - 2,5 мкг/кг/мин каждые 10 - 15 мин
	1 - 2 мкг/кг/мин каждые 5 - 10 мин
	3 - 5 мкг/кг/мин каждые 20 - 30 мин
	0,5 - 1 мкг/кг/мин каждые 15 - 20 мин
429	При оценке данных эхокардиографии у новорожденного ребенка с шоком, получающего допамин, при нормальной сократительной способности миокарда и низком артериальном давлении показано

	ввести NaCl 0,9% в дозе 20 мл/кг в течение 15 мин
	дополнительно начать введение добутамина
	произвести смену кардиотонической терапии сменить допамин на норадреналин
	продолжить увеличение дозы допамина до 15-20 мкг/кг/мин
430	При оценке данных эхокардиографии у новорожденного ребенка с шоком, получающего допамин, добутамин, при сниженной сократительной способности миокарда и/или высокой легочной гипертензии показано
	продолжить увеличение дозы добутамина до 20 мкг/кг/мин
	продолжить увеличение дозы допамина до 15-20 мкг/кг/мин
	введение кортикостероидов
	введение NaCl 0,9% в дозе 20 мл/кг в течение 15 мин
431	При неэффективности терапии шока, при суммарной дозе инотропных препаратов (допамин+добутамин) 25 мкг/кг/мин детям с крайне низкой массой тела при рождении показано
	назначение адреналина
	назначение норадреналина
	назначение гидрокортизона
	увеличение суммарной дозы кардиотоников до 30 мкг/кг/мин
432	При неэффективности терапии шока, при суммарной дозе инотропных препаратов (допамин+добутамин) 25 мкг/кг/мин детям с весом более 1000 граммов показано
	назначение адреналина
	назначение гидрокортизона
	назначение норадреналина
	увеличение суммарной дозы кардиотоников до 30 мкг/кг/мин
433	Для детей с крайне низкой массой тела доза гидрокортизона при терапии шока составляет
	1 - 2 мг/кг каждые 6 часов
	0,5 - 1 мг/кг каждые 4 часа
	4 - 5 мг/кг каждые 12 часов
	3 - 3,5 мг/кг 1 раз в сутки
434	Для детей с весом более 1000 граммов максимальная доза гидрокортизона при терапии шока составляет

	3 - 3,5 мг/кг 1 раз в сутки
	2 - 2,5 мг/кг каждые 4 часа
	1 - 2 мг/кг каждые 6 часов
	7 - 7,5 мг/кг каждые 12 часов
435	Для детей с экстремально низкой массой тела стартовая доза адреналина при терапии шока составляет
	0,05 - 0,3 мкг/кг/мин
	0,01 - 0,03 мкг/кг/мин
	0,5 - 0,7 мкг/кг/мин
	0,8 - 1,0 мкг/кг/мин
436	Для детей с весом более 1000 граммов стартовая доза адреналина при терапии шока составляет
	0,03 - 0,05 мкг/кг/мин
	0,8 - 1,0 мкг/кг/мин
	0,01 - 0,03 мкг/кг/мин
	0,1 - 0,5 мкг/кг/мин
437	При стабилизации артериального давления при шоке сначала отменяют
	кортикостероиды
	адреналин
	допамин
	добутрекс
438	При проведении операции заменного переливания крови (ОЗПК) при АВО конфликте правильной комбинацией препаратов крови является сочетание
	однорупной резус-отрицательной эритроимассы и однорупной свежемороженной плазмы
	эритроимассы 0 (I) группы резус-отрицательной и свежемороженной плазмы АВ (IV) группы
	эритроцитарной массы 0 (I) группы резус-принадлежности ребенка и свежемороженной плазмы АВ (IV) группы
	препаратов крови от индивидуально подобранного донора
439	При проведении операции заменного переливания крови (ОЗПК) при RH-конфликте правильной комбинацией препаратов крови является сочетание

	однорупной резус-отрицательной эритро­массы и однорупной све­жезаморо­женной плазмы
	эритро­цитарной массы 0 (I) груп­пы резус-при­надле­жности ре­бенка и све­жезаморо­женной плазмы АВ (IV) груп­пы
	эритро­массы 0 (I) груп­пы резус-отри­цательной и све­жезаморо­женной плазмы АВ (IV) груп­пы
	пре­па­ра­тов кро­ви от ин­ди­ви­ду­аль­но по­доб­ран­но­го до­но­ра
440	При про­ве­де­нии опе­ра­ции за­мен­но­го пе­ре­ли­ва­ния кро­ви (ОЗПК) при не­со­вмес­ти­мо­сти и по ре­зус-фак­то­ру и по груп­пе кро­ви пра­виль­ной ком­би­на­цией пре­па­ра­тов кро­ви яв­ля­ет­ся со­че­та­ние
	эритро­цитарной массы 0 (I) груп­пы резус-при­надле­жности ре­бенка и све­жезаморо­женной плазмы АВ (IV) груп­пы
	эритро­массы 0 (I) груп­пы резус-отри­цательной и све­жезаморо­женной плазмы АВ (IV) груп­пы
	однорупной резус-отри­цательной эритро­массы и однорупной све­жезаморо­женной плазмы
	пре­па­ра­тов кро­ви от ин­ди­ви­ду­аль­но по­доб­ран­но­го до­но­ра
441	При про­ве­де­нии опе­ра­ции за­мен­но­го пе­ре­ли­ва­ния кро­ви (ОЗПК) при не­со­вмес­ти­мо­сти кро­ви ма­те­ри и кро­ви пло­да по ред­ким фак­то­рам пра­виль­ной ком­би­на­цией пре­па­ра­тов кро­ви яв­ля­ет­ся со­че­та­ние
	пре­па­ра­тов кро­ви от ин­ди­ви­ду­аль­но по­доб­ран­но­го до­но­ра
	эритро­цитарной массы 0 (I) груп­пы резус-при­надле­жности ре­бенка и све­жезаморо­женной плазмы АВ (IV) груп­пы
	однорупной резус-отри­цательной эритро­массы и однорупной све­жезаморо­женной плазмы
	эритро­массы 0 (I) груп­пы резус-отри­цательной и све­жезаморо­женной плазмы АВ (IV) груп­пы
442	По­ка­за­ни­ем к опе­ра­ции за­мен­но­го пе­ре­ли­ва­ния кро­ви (ОЗПК) в пер­вые су­тки жи­зни яв­ля­ет­ся почасо­вой при­рост кон­цен­тра­ции об­ще­го би­ли­ру­бина в сы­во­рот­ке кро­ви
	менее 5 мкмоль/л/час
	5,4 - 6,8 мкмоль/л/час
	более 8,6 мкмоль/л/час
	более 6,8 мкмоль/л/час
443	При про­ве­де­нии опе­ра­ции за­мен­но­го пе­ре­ли­ва­ния кро­ви (озпк) пра­виль­ное со­от­но­ше­ние эритро­цит­ной массы и све­жезаморо­женной плазмы со­став­ля­ет
	2:1
	3:1
	1:1
	4:1

444	Показанием к трансфузии свежемороженой плазмы является необходимость
	парентерального питания
	восполнения факторов свертывания крови
	восполнения объема циркулирующей крови
	повышения сывороточного уровня альбумина
445	Основным препаратом для лечения острого ДВС-синдрома является
	свежемороженая плазма
	фракционированный гепарин
	нефракционированный гепарин
	контрикал
446	К большой клинической цитомегаловирусной триаде относится
	гепатомегалия, желтуха, петехиальная сыпь
	микроцефалия, катаракта, врожденный порок сердца
	отечный синдром, бледность, синдром угнетения
	гидроцефалия, полидактилия, незаращение твердого и мягкого неба
447	Одним из симптомов синдрома Грегга при врожденной краснухе является
	фокомелия
	катаракта
	гидроцефалия
	микрогнатия
448	Одним из симптомов синдрома Грегга при врожденной краснухе является
	гидроцефалия
	глухота
	расщелина твердого неба
	фокомелия
449	Одним из симптомов синдрома Грегга при врожденной краснухе является

	фокомелия
	пороки сердца
	микрогения
	гидроцефалия
450	Морфологическая картина повреждения слюнных желез, внутренних органов, мозга с включениями в виде «птичьего глаза» возникают у плодов при
	врожденной краснухе
	токсоплазмозе
	цитомегаловирусной инфекции
	листериозе
451	Хориоретинит наиболее характерен для
	токсоплазмоза
	герпеса 2 типа
	врожденной краснухи
	листериоза
452	Кальцификаты в хореоидальных сплетениях, вокруг водопровода мозга и в мозжечке наблюдаются при
	листериозе
	токсоплазмозе
	цитомегаловирусной инфекции
	врожденной краснухе
453	Решающее значение при диагностике менингита имеет
	острое начало заболевания с повышением температуры
	острое начало заболевания с наличием менингеальных симптомов
	изменение ликвора
	развитие симптомов инфекционно-токсического шока
454	Одним из характерных изменений ликвора при вирусных энцефалитах является
	увеличение содержания глюкозы

	нейтрофильный цитоз
	снижение содержания глюкозы
	лимфоцитарно-моноцитарный цитоз
455	Одним из характерных изменений ликвора при вирусных энцефалитах является
	лимфоцитарный плеоцитоз
	увеличение содержания глюкозы и хлоридов
	лейкоцитарный плеоцитоз
	увеличение содержания глюкозы
456	Эпидуральное пространство находится между
	паутинной и мягкой мозговыми оболочками
	твердой и паутинной оболочками
	твердой и мягкой оболочками
	надкостницей и твердой мозговой оболочкой
457	Субдуральное пространство находится между
	твердой и мягкой оболочками
	твердой и паутинной оболочками
	надкостницей и твердой мозговой оболочкой
	надкостницей и паутинной оболочкой
458	Субарахноидальное пространство находится между
	надкостницей и паутинной оболочкой
	твердой и мягкой оболочками
	паутинной и мягкой мозговыми оболочками
	надкостницей и твердой мозговой оболочкой
459	Субарахноидальное пространство заполнено
	ликвором
	лимфой
	кровью

	лимфой и жировой клетчаткой
460	Циркуляция ликвора осуществляется в направлении
	IV желудочек - III желудочек - водопровод мозга субарахноидальное пространство
	субарахноидальное пространство - IV желудочек - водопровод мозга - III желудочек
	субарахноидальное пространство - IV желудочек - водопровод мозга - боковые желудочки
	боковые желудочки - III желудочек - водопровод мозга - IV желудочек - субарахноидальное пространство
461	Гемато-энцефалический барьер включает
	клетки нейроглии-астроциты, и капилляры сосудистых сплетений
	только мягкую мозговую оболочку
	только сосудистые сплетения
	твердую мозговую оболочку и сосудистые сплетения
462	Одним из абсолютных показаний к неотложному проведению люмбальной пункции в роддоме является
	микроцефалия
	судорожный синдром
	гипотермия
	развитие ядерной желтухи
463	Одним из абсолютных показаний к неотложному проведению люмбальной пункции в роддоме является
	подозрение на внутричерепное кровоизлияние
	повторные судорожные приступы
	подозрение на внутриутробное инфицирование
	коматозные состояния
464	При внутриутробной инфекции заражение плода инфекционным агентом может происходить
	только интранатально
	только антенатально
	антенатально и интранатально
	интранатально и в раннем неонатальном периоде

465	При врожденных инфекциях нервной системы заражение инфекционным агентом происходит
	интранатально и в раннем неонатальном периоде
	интранатально
	антенатально
	антенатально и интранатально
466	Одним из общемозговых симптомов у новорожденных является
	мышечная гипотония
	мышечный гипертонус
	бледность кожных покровов
	судороги
467	Одним из общемозговых симптомов у новорожденных является
	мышечная гипотония
	мышечный гипертонус
	ригидность затылочных мышц
	рвота, срыгивания
468	Одним из критериев оценки уровня активного бодрствования у новорожденных является
	характеристики мышечного тонуса
	защитные реакции
	наличие спонтанной двигательной активности
	реакция зрачков на свет
469	Одним из критериев оценки уровня активного бодрствования у новорожденных является
	старт-рефлекс
	характеристики мышечного тонуса
	наличие спонтанной двигательной активности
	реакция зрачков на свет
470	Одним из критериев оценки уровня активного бодрствования у новорожденных является
	реакция зрачков на свет

	характеристики мышечного тонуса
	ориентировочные реакции
	наличие спонтанной двигательной активности
471	Одним из симптомов внутричерепной гипертензии у новорожденных и детей первых месяцев жизни является
	мышечная гипотония
	мышечный гипертонус
	выбухание и отсутствие пульсации большого родничка
	пульсация большого родничка
472	Одним из симптомов внутричерепной гипертензии у новорожденных и детей первых месяцев жизни является
	симптом Грефе
	парез взора вверх (симптом «заходящего солнца»)
	мышечная гипотония
	мышечный гипертонус
473	Одним из симптомов внутричерепной гипертензии у новорожденных и детей первых месяцев жизни является
	мышечная гипотония
	мышечный гипертонус
	быстрое увеличение окружности головы
	симптом Грефе
474	В спинномозговой жидкости при грибковом менингите определяется
	нейтрофильный цитоз
	нормальный уровень белка
	цитоз более 1000 в мл
	снижение уровня глюкозы
475	Одним из симптомов внутричерепной гипертензии у новорожденных и детей первых месяцев жизни является
	расхождение черепных швов
	мышечная гипотония
	мышечный гипертонус

	симптом Грефе
476	Одним из общемозговых симптомов у новорожденных является
	мышечная гипотония
	ригидность затылочных мышц
	болезненность при перкуссии черепа
	мышечный гипертонус
477	Одним из общемозговых симптомов у новорожденных является
	мышечная гипотония
	мышечный гипертонус
	ригидность затылочных мышц
	общая гиперестезия
478	Одним из оболочечных симптомов у новорожденных и детей первых месяцев является
	мышечная гипотония
	мышечный гипертонус
	ригидность затылочных мышц
	судороги
479	Одним из оболочечных симптомов у новорожденных и детей первых месяцев является
	симптом подвешивания Лессажа
	мышечный гипертонус
	мышечная гипотония
	судороги
480	Одним из оболочечных симптомов у детей первых месяцев является
	симптом Мейтуса
	мышечный гипертонус
	мышечная гипотония
	судороги

481	Решающая роль в диагностике нейроинфекций принадлежит
	исследованию ликвора
	общему клиническому анализу крови
	методам нейровизуализации (НСГ, КТ коловного мозга)
	посеву крови с определением чувствительности к антибиотикам
482	Одним из противопоказаний к ургентному проведению люмбальной пункции является
	судороги неясной этиологии
	кома неясной этиологии
	гипертермия неясной этиологии
	анатомический дефект в области предполагаемого проведения пункции
483	Одним из противопоказаний к ургентному проведению люмбальной пункции является
	судороги неясной этиологии
	кома неясной этиологии
	местный воспалительный процесс в области проведения пункции
	прогрессирующее угнетение или возбуждение неясной этиологии
484	Одним из противопоказаний к ургентному проведению люмбальной пункции является
	наличие у недоношенного ребенка признаков системной воспалительной реакции при отсутствии других подтвержденных очагов инфекции
	прогрессирующее угнетение или возбуждение неясной этиологии
	угроза вклинения структур мозга
	кома неясной этиологии
485	Одним из противопоказаний к ургентному проведению люмбальной пункции является
	судороги неясной этиологии
	ДВС-синдром
	наличие у недоношенного ребенка признаков системной воспалительной реакции при отсутствии других подтвержденных очагов инфекции
	прогрессирующее угнетение или возбуждение неясной этиологии
486	Одним из противопоказаний к ургентному проведению люмбальной пункции является

	судороги неясной этиологии
	кома неясной этиологии
	гипертермия неясной этиологии
	шок
487	Одним из показаний к ургентному проведению люмбальной пункции является
	наличие у недоношенного ребенка признаков системной воспалительной реакции при отсутствии других подтвержденных очагов инфекции
	ДВС-синдром
	симптом Грефе
	множественные врожденные пороки развития
488	Одним из показаний к ургентному проведению люмбальной пункции является
	множественные врожденные пороки развития
	прогрессирующее угнетение или возбуждение неясной этиологии
	ДВС-синдром
	симптом Грефе
489	Одним из показаний к ургентному проведению люмбальной пункции является
	кома неясной этиологии
	ДВС-синдром
	симптом Грефе
	множественные врожденные пороки развития
490	Нейроинфекция при неонатальной ветряной оспе протекает в форме
	энцефалита
	менингита
	вентрикулита
	миелита
491	Главным клинико-диагностическим признаком кефалогематомы является
	болезненность при пальпации

	сочетание с линейным переломом черепа
	отчётливое отграничение по линии черепных швов
	выраженная флюктуация при пальпации
492	При родовых травмах спинного мозга у новорожденных детей патологические изменения практически всегда обнаруживают в
	поясничном отделе спинного мозга
	крестцово-копчиковом отделе спинного мозга
	шейном отделе спинного мозга
	грудном отделе спинного мозга
493	Обнаружение вялого пареза нижних конечностей у новорожденного доношенного ребёнка требует исключения
	родовой травмы спинного мозга
	родовой травмы головного мозга
	порока развития спинного мозга
	порока развития головного мозга
494	При параличе Эрба - Дюшена (проксимальный тип) повреждаются спинномозговые корешки, исходящие из
	сегментов спинного мозга C5-C6
	сегментов спинного мозга C1-C4
	сегментов спинного мозга C7-Th1
	сегментов спинного мозга Th2-Th6
495	При параличе Дежерина – Клюмпке (дистальный тип) повреждаются спинномозговые корешки, исходящие из
	сегментов спинного мозга C3- C5
	сегментов спинного мозга Th1 - Th2
	сегментов спинного мозга C7-Th1
	сегментов спинного мозга C1-C2
496	При тотальном параличе верхней конечности (Паралич Керера) повреждаются спинномозговые корешки, исходящие из
	сегментов спинного мозга C5-Th1

	сегментов спинного мозга C1-C4
	сегментов спинного мозга C7-Th2
	сегментов спинного мозга C3-C5
497	Парез диафрагмального нерва является следствием повреждения корешков или смешанных нервов, исходящих из сегментов спинного мозга на уровне
	сегментов спинного мозга C3-C4
	сегментов спинного мозга C1-C2
	сегментов спинного мозга C5-C6
	сегментов спинного мозга C7-C8
498	В первые часы после рождения у детей с травмой спинного мозга отмечается
	короткая шея, «паретичная» установка кистей, «пяточные стопы», мышечная гипотония
	изолированный вялый парез нижних конечностей
	атония, арефлексия и адинамия в нижних конечностях
	периодический (Биота, Чейн-Стокса) или «парадоксальный» тип дыхания
499	В родильном доме иммобилизацию шейного отдела позвоночника у новорожденных детей с родовой травмой следует осуществить с помощью
	жесткого корсета
	многослойной повязки из эластичного бинта
	воротника Шанца
	гипсового воротника
500	Тактика врача-неонатолога в отношении ведения новорожденного с неосложнённой кефалогематомой включает
	проведение трансфузии эритроцитарной взвеси и свежзамороженной плазмы в экстренном порядке
	выполнение пункции кефалогематомы, аспирация содержимого и введение антибиотиков
	назначение гемостатических препаратов и наложение давящей повязки
	выполнение рентгенографического исследования костей черепа в 2-х проекциях
501	Одним из основных мероприятий при лечении новорожденных с акушерскими парезами и параличами верхних конечностей в родильном доме является
	иммобилизация поражённой конечности «мягким» способом

	скелетное вытяжение с последующей репозицией смещённых шейных позвонков
	активная анальгетическая, гемостатическая и стероидная терапия
	раннее использование сосудорасширяющих и нейротрофических средств
502	При наложении акушерских щипцов наиболее частым родовым повреждением является
	центральный парез лицевого нерва
	периферический парез лицевого нерва
	парез подъязычного нерва
	парез отводящего нерва
503	Наиболее распространённым вариантом экстракраниальной родовой травмы у новорожденных является
	линейный перелом черепа
	кефалогематома
	субапоневротическое кровоизлияние
	родовая опухоль с геморрагическим пропитыванием
504	Одними из наиболее распространённых вариантов переломов костей черепа у новорожденных являются
	переломы основания черепа
	линейные переломы теменной кости
	переломы решетчатой кости
	переломы скуловой кости
505	Одними из наиболее частых вариантов кровоизлияний при внутричерепной родовой травме у доношенного новорожденного ребенка являются
	субдуральные гематомы
	эпидуральные гематомы
	внутрижелудочковые кровоизлияния
	кровоизлияния в мозжечок
506	Одним из факторов риска развития родового травматизма является
	отягощённый акушерский и гинекологический анамнез матери
	использование методов родовозбуждения или родостимуляции

	стремительные или затяжные роды
	раннее излитие околоплодных вод
507	К мертворождению или смерти в первые минуты после рождения приводит повреждение при родовой травме
	верхнего шейного отдела спинного мозга
	верхнего грудного отдела спинного мозга
	средне-грудного отдела спинного мозга
	нижне-грудного отдела спинного мозга
508	Наиболее часто встречающимся патоморфологическим проявлением интранатальной спинальной травмы у доношенных детей является
	надрыв спинного мозга и его оболочек
	ишемическое поражение спинного мозга
	отрыв передних и/или задних корешков спинного мозга
	кровоизлияние в вещество спинного мозга
509	В случае диагностики у новорождённого ребёнка субгалеального (субапоневротического) кровоизлияния не рекомендуется укладка его в положение на
	левом боку
	правом боку
	спине
	животе
510	Отсутствие «светлого промежутка» в клинической картине перинатальной патологии ЦНС характерно для
	для гипоксически-ишемической энцефалопатии
	для врожденных нарушений метаболизма
	для врожденных пороков развития головного мозга
	для родовых внутричерепных травм
511	Синдром Горнера является следствием поражения
	верхнего шейного симпатического узла
	продолговатого мозга
	лобно-теменных отделов коры головного мозга

	шейного отдела спинного мозга
512	Проведение нейросонографического исследования (НСГ) у новорожденного ребенка с неонатальными судорогами позволяет
	обнаружить очаг судорожной активности
	выявить наличие воспалительных изменений на оболочках головного мозга
	выявить возможные причины судорожного синдрома
	обнаружить аномалии сосудов головного мозга
513	При обследовании недоношенных новорождённых детей клиническая информативность НСГ повышается, если исследование проводится
	2-хкратно на первой неделе жизни, а затем по показаниям
	1 раз в возрасте 28-30 дней, а затем по показаниям
	2-хкратно на первой неделе жизни, а затем ежемесячно до 3-х месяцев
	еженедельно в течение первого месяца, а затем ежемесячно до 6 месяцев
514	По традиционной методике нейросонография у новорожденных детей проводится
	транстемпорально в положении ребенка на боку
	трансокципитально в положении ребенка на животе
	трансперинеально в положении ребенка с приподнятым тазом
	через большой родничок в положении ребенка на спине
515	Обнаружение субэпендимальной псевдокисты в передних отделах бокового желудочка при НСГ у недоношенного ребёнка в возрасте 3 суток жизни указывает на наличие
	внутрижелудочкового кровоизлияния
	порока развития головного мозга
	перенесённого антенатально кровоизлияния в герминальный матрикс
	текущей внутриутробной вирусной инфекции
516	Обнаружение расположенных субэпендимально гиперэхогенных линейных образований в передних отделах бокового желудочка при нсг у недоношенного новорожденного ребенка первой недели жизни указывает на
	наличие кровоизлияния в сосудистое сплетение боковых желудочков
	наличие перивентрикулярного кровоизлияния 1 степени
	перенесённую тяжёлую внутриутробную гипоксию

	наличие перивентрикулярного кровоизлияния 2 степени
517	Какое положение электрической оси сердца (ЭОС) характерно для детей первых месяцев жизни?
	ЭОС отклонена вправо
	ЭОС расположена вертикально
	ЭОС отклонена влево
	ЭОС расположена горизонтально
518	Критерием синусовой брадикардии для новорожденного ребенка является частота сердечных сокращений (ЧСС) менее
	75 ударов в минуту
	120 ударов в минуту
	100 ударов в минуту
	80 ударов в минуту
519	При открытом артериальном протоке на ЭКГ имеют место преимущественно признаки перегрузки
	левого желудочка
	правого желудочка
	правого предсердия
	левого предсердия
520	В структуре перинатальных поражений нервной системы преобладают _____ поражения
	инфекционные
	гипоксические
	дисметаболические
	травматические
521	Одним из факторов, определяющих сроки редукции безусловных рефлексов у детей, перенесших перинатальное поражение центральной нервной системы, является
	скорректированный возраст ребенка
	длительность пребывания в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ)
	тяжесть перенесенного перинатального поражения ЦНС
	длительность пребывания в стационаре

522	Очаговые ишемические повреждения у новорождённых детей любого срока гестации редко возникают в
	в стволовых отделах головного мозга
	в субкортикальном белом веществе головного мозга
	в перивентрикулярных отделах белого вещества
	в подкорковых ганглиях
523	Какой вид внутричерепных кровоизлияний у доношенных новорожденных детей сопровождается наиболее высокой летальностью?
	субдуральные супратенториальные кровоизлияния
	субарахноидальные кровоизлияния
	субдуральные инфратенториальные кровоизлияния
	внутрижелудочковые кровоизлияния
524	Наиболее высокие показатели летальности среди новорождённых с переломами черепа отмечаются при
	затылочном остеодиастазе
	переломах височной кости
	переломе носовой кости
	переломах основания черепа
525	Наиболее типичным вариантом поражения ЦНС у доношенных новорожденных, перенёсших тяжёлую асфиксию в родах, является
	субкортикальная лейкомаляция
	субдуральное кровоизлияние
	перивентрикулярная лейкомаляция
	интравентрикулярное (внутрижелудочковое) кровоизлияние
526	Правильной последовательностью этапного применения нейрофизиологических методов обследования является
	многоканальная ЭЭГ - многоканальный видео-ЭЭГ мониторинг - аЭЭГ
	аЭЭГ - многоканальная ЭЭГ - многоканальный видео-ЭЭГ мониторинг
	многоканальная ЭЭГ - аЭЭГ - многоканальный видео-ЭЭГ мониторинг
	многоканальный видео-ЭЭГ мониторинг - аЭЭГ - многоканальная ЭЭГ

527	При субарахноидальном кровоизлиянии концентрация белка в спинномозговой жидкости
	равна уровню белка в сыворотке крови
	повышена по сравнению с нормой
	ниже нормы
	в пределах нормы
528	При формировании перинатальных поражений нервной системы неблагоприятный фактор воздействует на плод и новорожденного
	с 36 недели гестации до начала родов
	с 22 недели внутриутробного развития до 7 дней после рождения
	с первых суток жизни до 28 суток жизни
	с 37 полных недель внутриутробного развития до 30 дней после рождения
529	Абсолютным показанием к неотложному проведению люмбальной пункции в родильном доме является
	подозрение на гнойный менингит
	подозрение на внутричерепное кровоизлияние
	гипертензионно-гидроцефальный синдром
	подозрение на внутриутробное инфицирование
530	Неврологические нарушения у новорожденных с подозрением на травму спинного мозга на 1-й неделе жизни необходимо дифференцировать с
	нервно-мышечными заболеваниями
	пораками развития спинного мозга
	энцефалитами и менингитами
	миелорадикулоневритами
531	Наиболее информативным методом выявления нарушений аминокислотного обмена является
	исследование мочи и крови на свободные аминокислоты
	цитогенетическое исследование
	исследование белкового спектра плазмы крови
	клинико-генеалогические данные: наличие в семье двух sibсов со сходной симптоматикой

532	Для неонатального сепсиса наиболее характерно нарушение кос по типу
	респираторного ацидоза
	лактат-ацидоза
	кетоацидоза
	алкалоза
533	При полицитемии новорожденных со стороны центральной нервной системы может отмечаться
	субарахноидальные кровоизлияния
	множественные инфаркты мозга
	кисты ПВЛ
	порэнцефалия
534	При полицитемии новорожденных со стороны органов дыхания может отмечаться
	пневмония
	bronхо-обструктивный синдром
	респираторный дистресс-синдром
	пневмоторакс
535	При полицитемии новорожденных со стороны органов дыхания может отмечаться
	пневмоторакс
	тахипное
	пневмония
	bronхо-обструктивный синдром
536	При полицитемии новорожденных со стороны органов дыхания может отмечаться
	пневмоторакс
	персистирующая легочная гипертензия
	пневмония
	bronхо-обструктивный синдром
537	При полицитемии новорожденных со стороны сердечно-сосудистой системы может отмечаться
	вазопарез

	тахикардия
	брадикардия
	артериальная гипотензия
538	При полицитемии новорожденных со стороны сердечно-сосудистой системы может отмечаться
	вазопарез
	приглушенность тонов сердца
	брадикардия
	артериальная гипотензия
539	При полицитемии новорожденных со стороны сердечно-сосудистой системы может отмечаться
	вазопарез
	брадикардия
	артериальная гипотензия
	застойная сердечная недостаточность с низким сердечным выбросом
540	При полицитемии новорожденных со стороны сердечно-сосудистой системы может отмечаться
	артериальная гипотензия
	кардиомегалия
	персистирующие фетальные коммуникации
	вазопарез
541	При полицитемии новорожденных со стороны желудочно-кишечного тракта может отмечаться
	диарея
	спонтанная перфорация кишки
	гастро-эзофагеальный рефлюкс
	срыгивания с примесью крови
542	При полицитемии новорожденных со стороны мочеполовой системы может отмечаться
	глюкозурия
	острая почечная недостаточность
	лейкоцитурия

	полиурия
543	При полицитемии новорожденных могут отмечаться гематологические нарушения в виде
	появление патологических очагов кроветворения
	гепатоспленомегалия
	тимомегалия
	гепатомегалия
544	При полицитемии новорожденных могут отмечаться гематологические нарушения в виде
	тромбоэмболия
	гипокоагуляция
	спонтанные кровоизлияния
	гиперкоагуляция с развитием ДВС-синдрома
545	Гематокрит капиллярной крови выше венозного
	на 20-25%
	на 5-15%
	на 15-20%
	на 30%
546	Венозный гематокрит ниже гематокрита капиллярной крови
	на 30%
	На 5-15%
	на 15-20%
	на 20-25%
547	В соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность, смена инкубатора при лечении недоношенного ребенка в родильном доме должна производиться 1 раз в
	неделю
	3 дня
	10 дней
	2 недели

548	Верхняя граница показателя максимальной убыли массы тела (МУМТ) в % от массы тела при рождении для недоношенного новорожденного ребенка 34-37 недель гестации в среднем составляет
	10%-15%
	8%-10%
	16-20%
	1-3%
549	О недостаточном поступлении белка в организм недоношенного ребенка свидетельствует
	низкая концентрация мочевины в сыворотке крови
	высокая концентрация мочевины в сыворотке крови
	низкая концентрация глюкозы в крови
	высокая концентрация креатинина в крови
550	Потребность в белке недоношенного новорожденного ребенка с массой тела при рождении менее 1000 г составляет
	2,0 - 2,5 г/кг/сутки
	4,0 - 4,5 г/кг/сутки
	3,5 - 4,0 г/кг/сутки
	2,5 - 3,5 г/кг/сутки
551	Потребность в белке недоношенного новорожденного ребенка с массой тела при рождении более 1000 г составляет
	3,5 - 4,0 г/кг/сутки
	2,5 - 3,5 г/кг/сутки
	4,0 - 4,5 г/кг/сутки
	2,0 - 2,5 г/кг/сутки
552	Для естественного обогащения грудного молока при вскармливании недоношенных детей используют
	переходное грудное молоко
	молозиво
	зрелое грудное молоко
	переднее грудное молоко

553	Коррекция питания недоношенным детям проводится по дефициту
	углеводов
	жиров
	калорий
	белка
554	Наличие у недоношенного новорожденного открытого артериального протока с лево-правым сбросом приводит к
	гипоксемии
	гиперволемии в легких
	повышению нагрузки только на правые отделы сердца
	повышению нагрузки только на левые отделы сердца
555	Средний показатель физиологической потребности в жидкости в 1-е сутки жизни у недоношенных новорождённых с массой тела менее 1000 г составляет
	120 - 140 мл/кг
	80 - 100 мл/кг
	60 - 70 мл/кг
	100 - 120 мл/кг
556	Средний показатель физиологической потребности в жидкости в 1-е сутки жизни у недоношенных новорождённых с массой тела 1500 - 2000 г составляет
	120 – 140 мл/кг
	40 – 60 мл/кг
	60 – 80 мл/кг
	70 – 80 мл/кг
557	Средний показатель физиологической потребности в жидкости в 1-е сутки жизни у недоношенных новорождённых с массой тела от 2000 -2500 г составляет
	100 - 120 мл/кг
	120 – 140 мл/кг
	60 - 70 мл/кг
	40 – 60 мл/кг

558	Средний показатель физиологической потребности в жидкости на 3-е сутки жизни у недоношенных новорождённых с массой тела менее 1000 г составляет
	120 - 140 мл/кг
	70 - 90 мл/кг
	100 - 120 мл/кг
	150 - 180 мл/кг
559	Физиологическая потребность в жидкости на 5-е сутки жизни у недоношенных новорождённых с массой тела менее 1000 г, в среднем, составляет
	170 – 180 мл/кг
	180 – 190 мл/кг
	140 – 150 мл/кг
	120 – 140 мл/кг
560	Физиологическая потребность в жидкости на 3-е сутки жизни у недоношенных новорождённых детей с массой тела от 1000 до 1500 г, в среднем, составляет
	100 - 120 мл/кг
	120 – 130 мл/кг
	140 – 150 мл/кг
	160 – 180 мл/кг
561	Физиологическая потребность в жидкости на 5-е сутки жизни у недоношенных новорождённых детей с массой тела от 1000 до 1500 г, в среднем, составляет
	120 – 130 мл/кг
	140 – 200 мл/кг
	150 – 180 мл/кг
	100 – 160 мл/кг
562	Физиологическая потребность в жидкости на 5-е сутки жизни у доношенных новорождённых детей с массой тела свыше 3000 г, в среднем, составляет
	70 – 80 мл/кг
	130 – 140 мл/кг
	90 – 100 мл/кг

	160 – 190 мл/кг
563	Для коррекции метаболического ацидоза у новорожденных детей используют
	5% раствор натрия гидрокарбоната
	10% раствор глюкозы
	0,9% раствор натрия хлорида
	10% раствор кальция глюконата
564	Основанием для начала коррекции метаболического ацидоза у новорожденных являются результаты исследования
	общего клинического анализа крови
	кислотно-основного состояния
	биохимического исследования крови
	насыщения крови кислородом
565	Основным показателем для расчета необходимого объема 4% (5%) раствора гидрокарбоната натрия при коррекции метаболического ацидоза в анализе кислотно-щелочного состояния является
	BE
	SB
	AB
	Na+
566	Для недоношенных новорожденных с внутриутробной гипотрофией характерна
	гипокалиемия
	гипонатриемия
	гипермагниемия
	гипогликемия
567	Васкуляризация сетчатки плода начинается на сроке гестации
	20 недель
	8 недель
	16 недель
	32 недели

568	Под «пороговой» стадией ретинопатии понимают
	заднюю агрессивную ретинопатию недоношенных
	ретинопатию 3-й зоны
	распространение экстраретинального процесса на 5 последовательных или 8 суммарных часовых меридианов
	ретинопатию I – II стадии, плюс-болезнь
569	Под терминальной стадией ретинопатии подразумевают
	IV а и б и V стадии ретинопатии
	регресс ретинопатии
	ретинопатию 3-й зоны
	рубцовую фазу ретинопатии
570	Одним из осложнений в исходе ретинопатии недоношенных является
	гиперметропия
	катаракта
	атрофия зрительного нерва
	глаукома
571	Развитие ретинопатии недоношенных наиболее вероятно в скорректированном возрасте
	от 28 до 32 недель
	от 40 до 45 недель
	от 46 до 50 недель
	от 35 до 45 недель
572	Бессимптомное течение внутричерепного кровоизлияния у недоношенного ребенка характерно для
	эпидурального кровоизлияния
	субэпендимального кровоизлияния
	внутрижелудочкового кровоизлияния
	субдурального кровоизлияния

573	Наиболее значимой морфологической особенностью незрелого мозга в патогенезе развития внутрижелудочковых кровоизлияний недоношенных детей является
	наличие перивентрикулярных венозных сплетений
	избыточная рыхлость белого вещества в перивентрикулярных областях
	повышенная проницаемость сосудов хориоидальных сплетений
	наличие герминативного матрикса
574	При бронхолегочной дисплазии поражаются
	крупные бронхи
	бронхиолы
	мелкие бронхи
	альвеолы
575	Одним из критериев постановки диагноза бронхолегочная дисплазия является зависимость от кислорода более
	28 суток
	14 суток
	21 суток
	40 суток
576	Ведущей причиной развития и прогрессирования внутрижелудочковых (интравентрикулярных) кровоизлияний у недоношенных детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела считают
	неадекватную тактику проведения кардиореспираторной поддержки
	хроническую внутриутробную гипоксию
	дефицит плазменных факторов свёртывания в крови
	перегрузку объёмом при проведении парентерального питания и инфузионной терапии
577	Наиболее часто пери- и интравентрикулярные кровоизлияния (ПВК/ВЖК) возникают у
	доношенных новорождённых
	переношенных новорождённых
	новорождённых с очень низкой и экстремально низкой массой тела
	недоношенных новорожденных

578	Наиболее вероятно развитие кровоизлияния в структуры мозжечка при перинатальных поражениях ЦНС у детей, рожденных на сроке гестации
	менее 32 недель
	более 35 недель
	32 - 35 недель гестации
	37 - 40 недель
579	Наиболее часто развитие пери- и интравентрикулярных кровоизлияний (ПВК/ВЖК) у недоношенных новорожденных детей происходит
	во время родов
	в первые 3 - 5 дней после рождения
	в первые часы после рождения
	в первые 2 недели после рождения
580	Наиболее значимым фактором риска формирования перивентрикулярных лейкомаляций у новорожденных детей с малым сроком гестации в настоящее время принято считать
	низкую устойчивость белого вещества незрелого мозга к гипоксии и гиперкапнии
	склонность к гиперкоагуляции и тромбообразованию
	инфицирование трансплацентарными вирусными инфекциями
	незрелость системы ауторегуляции мозгового кровотока
581	Для глубоконедоношенных новорожденных и детей с бронхолегочной дисплазией, на первом году жизни наиболее значимой является инфекция, вызываемая
	аденовирусом
	цитомегаловирусом
	вирусом краснухи
	риносинцитиальным вирусом
582	Высокой частоте перинатальных поражений ЦНС у глубоко недоношенных новорожденных детей способствует
	несовершенство регуляции мозгового и системного кровотока
	недостаточная устойчивость тканей мозга к механическим нагрузкам в процессе родов
	высокая частота внутриутробного инфицирования
	недостаточная устойчивость тканей незрелого мозга к гипоксии-ишемии

583	Одним из факторов риска развития перивентрикулярных лейкомаляций у недоношенных детей является
	гипоксемия
	гипероксемия
	гиперкапния
	гипокапния
584	Показанием к фототерапии у новорожденных детей с весом < 1000 граммов в первые сутки жизни является концентрация общего билирубина в сыворотке крови выше
	85 мкмоль/л
	51 мкмоль/л
	140 мкмоль/л
	255 мкмоль/л
585	Показанием к фототерапии у новорожденных детей с весом 1500 граммов в первые сутки жизни является концентрация общего билирубина в сыворотке крови выше
	140 мкмоль/л
	51 мкмоль/л
	85 мкмоль/л
	255 мкмоль/л
586	Пренатальная профилактика респираторного дистресс-синдрома плода включает назначением беременной женщине
	глюкокортикоидов
	минералокортикоидов
	инсулина
	катехоламинов
587	Максимальный эффект терапии стероидами беременной женщины, направленной на профилактику респираторного дистресс-синдрома плода, развивается спустя _____ после начала терапии
	168 часов
	12 часов
	1 неделю
	24 часа

588	Второй курс профилактики респираторного-дистресс синдрома кортикостероидами показан спустя _____ после первого в случае повторного возникновения угрозы преждевременных родов на сроке гестации менее 33 недель
	2 - 3 недели
	7 - 10 дней
	3 - 4 недели
	1 месяц
589	Основной причиной развития респираторного дистресс-синдрома новорожденных является
	синдром мекониальной аспирации
	нарушение синтеза и экскреции сурфактанта альвеолоцитами 2-го типа
	воспалительный процесс в ткани легких
	незрелость соединительно-хрящевого каркаса легких недоношенных детей
590	Респираторный дистресс-синдром новорожденных является заболеванием, возникающим
	в первые дни жизни
	в первый месяц жизни
	в первую неделю жизни
	в первые 28 дней жизни
591	Факторы развития респираторного дистресс-синдрома
	диафрагмальная грыжа
	синдром аспирации мекония
	асфиксия новорожденного
	задержка внутриутробного развития
592	Клиническими признаками респираторного дистресс-синдрома являются
	потребность в дополнительной оксигенации, нарастающая после рождения
	крепитирующие хрипы в легких и положительные биохимические маркеры воспаления
	вздутая грудная клетка, «ладьевидный» живот
	тахипноэ, центральный цианоз, не уменьшающийся после проведения «гипероксидного» теста

593	Показанием к фототерапии у новорожденных детей с весом более 2500 граммов в первые сутки жизни является концентрация общего билирубина в сыворотке крови выше
	51 мкмоль/л
	85 мкмоль/л
	140 мкмоль/л
	255 мкмоль/л
594	Показанием к операции заменного переливания крови (озпк) у новорожденных детей с весом менее 1500 граммов в первые сутки жизни является концентрация общего билирубина в сыворотке крови выше
	170 мкмоль/л
	275 мкмоль/л
	220 мкмоль/л
	340 мкмоль/л
595	Показанием к операции заменного переливания крови (озпк) у новорожденных детей с весом 1500 граммов в первые сутки жизни является концентрация общего билирубина в сыворотке крови выше
	275 мкмоль/л
	170 мкмоль/л
	220 мкмоль/л
	340 мкмоль/л
596	Показанием к операции заменного переливания крови (ОЗПК) у новорожденных детей с весом более 2500 граммов в первые сутки жизни является концентрация общего билирубина в сыворотке крови выше
	170 мкмоль/л
	340 мкмоль/л
	220 мкмоль/л
	275 мкмоль/л
597	Введение сурфактанта для профилактики РДС показано новорожденным с гестационным возрастом менее
	29 недель
	32 недель
	36 недель
	27 недель

598	Закрытие функционирующего артериального протока у новорожденных может быть вызвано введением
	ингибитора простагландинов E
	антагонистов кальциевых каналов
	сердечных гликозидов
	диуретиков
599	Препаратом выбора при идиопатическом апноэ недоношенных является
	этимизол
	преднизолон
	кофеин
	кордиамин
600	Раннее энтеральное питание недоношенных детей имеет следующие эффекты
	предупреждает атрофию энтероцитов кишечной стенки
	стимулирует созревание желудочно-кишечного тракта недоношенного ребенка
	понижает переносимость энтерального питания
	повышает переносимость энтерального питания
601	Для кормления недоношенного новорожденного возможно использовать
	грудное молоко
	донорское молоко
	специализированную смесь для недоношенных детей
	адаптированную смесь для доношенных новорожденных детей
	смесь на основе белка козьего молока
602	Особенностями смесей для недоношенных детей по сравнению со смесями для доношенных новорожденных детей являются
	более высокое содержание белка
	более низкое содержание белка
	более высокая калорийность
	более высокая осмолярность

	повышенное содержание среднецепочечных триглицеридов и полиненасыщенных жирных кислот
	более низкое содержание железа и других микроэлементов
603	Для контроля за эффективностью вскармливания недоношенного ребенка, используют следующие биохимические показатели сыворотки крови
	мочевина
	общий белок
	глюкоза
	АЛТ, АСТ
	билирубин общий и прямой
604	Показанием к кормлению недоношенного ребенка через зонд является
	отсутствие сосательного и глотательного рефлексов
	внутриутробное инфицирование
	масса тела при рождении менее 1250 г
	пороки развития мягкого и твердого неба
	лактазная недостаточность
	галактоземия
1	Организация и принципы катамнестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией в амбулаторных условиях
605	Когда происходит первичная колонизация плода и новорожденного?
	внутриутробно
	в момент родов при прохождении через родовые пути матери
	с началом энтерального питания
	при первичной обработке новорожденного
606	Какие бактерии преобладают в ЖКТ новорожденного при кормлении грудным молоком?
	лакто- и бифидобактерии
	стафилакокки эпидермальный и золотистый
	стрептококки и энтерококки
	кишечная палочка

607	Какая форма грудного молока обладает большей энергетической ценностью?
	молозиво
	переходное молоко
	зрелое молоко 1-го полугодия жизни ребенка
	грудное молоко 2-го полугодия жизни ребенка
608	В какой форме грудного молока содержится большее количество белка?
	молозиво
	переходное молоко
	зрелое молоко 1-го полугодия жизни ребенка
	грудное молоко 2-го полугодия жизни ребенка
609	В каком молоке относительно большее количество жира?
	заднее молоко
	переднее молоко
	сцеженное молоко
	замороженное молоко
610	Рекомендованная продолжительность грудного вскармливания ВОЗ, ЮНИСЕФ, МЗ РФ
	до 2 лет
	до 6 месяцев
	до 12 месяцев
	до 3 лет
611	В коровьем молоке по сравнению с грудным молоком
	большее содержание белка и меньшее содержание лактозы
	одинаковое содержание лактозы и белка
	меньшее содержание белка и большее содержание лактозы
	меньшее содержание белка и меньшее содержание лактозы
612	Какой гормон отвечает за выработку грудного молока в молочной железе
	пролактин

	окситоцин
	прогестерон
	тиреотропный гормон
613	В какое время суток активность и содержание в крови кормящей матери пролактина выше
	ночью
	утром
	днем
	вечером
614	Насколько должен быть увеличен среднесуточный калораж питания кормящей женщиной?
	на 500 ккал в сутки
	на 1000 ккал в сутки
	на 1500 ккал в сутки
	вдвое по сравнению с обычной жизнью
615	В специализированной смеси для недоношенных большее количество по сравнению со смесью для доношенных
	белка
	жира
	углеводов
	микроэлементов
616	Исключительно грудным вскармливанием ребенка 1-го года жизни является
	вскармливание только грудным молоком собственной матери в течении 4-6 месяцев жизни
	вскармливание грудным молоком собственной матери в течении 4-6 месяцев жизни с допаиванием
	вскармливание только грудным молоком собственной матери в течении 6-12 месяцев жизни с допаиванием
	вскармливание грудным молоком собственной матери в течении 4-6 месяцев жизни с докормом детской молочной смесью
617	Тактика при первых симптомах лактационного мастита
	более частое кормление и сцеживание молочных желез
	назначение антибактериальной терапии

	методы физиотерапии
	отмена грудного вскармливания
618	Первичный лактостаз возникает
	на 3-5 сутки после родов
	на 7-10 сутки после родов
	на 10-14 сутки после родов
	после 14 суток жизни
619	Профилактика лактационного мастита и лактостаза является
	раннее прикладывание к груди новорожденного и кормление по требованию
	кормление по часам
	профилактическое назначение антибиотиков
	назначение пробиотиков
620	Отдаленными последствиями неадекватного вскармливания ребенка первого года жизни может стать
	развитие метаболического синдрома
	развитие синдрома раздраженного кишечника
	развитие дисфункции билиарного тракта
	развитие нарушений поведения
621	Для объективной оценки физического развития необходимо измерить
	длину тела, массу тела, окружность головы, окружность груди
	длину тела, массу тела
	длину тела, массу тела, окружность головы
	массу тела
622	Рефлексы орального автоматизма (кроме сосательного) у доношенного новорожденного в норме угасают к
	2-м месяцам жизни
	1-му месяцу жизни
	4-м месяцам жизни
	5-12 месяцам жизни

623	Рефлексы спинального автоматизма у доношенного новорожденного угасают к
	2-м месяцам жизни
	1-му месяцу жизни
	3-м месяцам жизни
	5-12 месяцам жизни
624	Сосательный, поисковый, рефлекс Бабкина относят к
	рефлексам орального автоматизма
	миелоэнцефальным
	мезенцефальным
	сегментарным автоматизмам
625	Рефлексы Моро, хватательный, опоры и автоматической походки, Галанта и Переса относят к
	рефлексам спинального автоматизма
	миелоэнцефальным
	мезенцефальным
	миелоэнцефальным и мезенцефальным
626	Лабиринтный тонический, асимметричный шейный тонический рефлексы относят к
	миелоэнцефальным
	мезенцефальным
	сегментарным автоматизмам
	миелоэнцефальным и мезенцефальным
627	Установочный лабиринтный рефлекс с головы на шею, верхний и нижний рефлексы Ландау, туловищная выпрямляющая реакция относятся к
	мезенцефальным
	миелоэнцефальным
	миелоэнцефальным и мезенцефальным
	рефлексам спинального автоматизма

628	Трансформация шейно-тонических и лабиринтно-тонических рефлексов вплоть до вертикализации у доношенных новорожденных происходит на
	2-8 месяцам
	2-3-м месяцам
	2-5 месяцам
	5-12 месяцев
629	Оценку физического и нервно-психического развития недоношенного ребенка следует проводить
	на паспортный возраст
	на скорректированный возраст
	с учетом длительности пребывания в стационаре
	с учетом длительности пребывания ребенка в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ)
630	Сроки редукции безусловных рефлексов у детей, перенесших перинатальное поражение центральной нервной системы, определяет
	длительность пребывания в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ)
	скорректированный возраст ребенка
	тяжесть перенесенного перинатального поражения ЦНС
	длительность пребывания в стационаре и тяжесть перенесенного перинатального поражения ЦНС
631	Период формирования клинической картины неврологических осложнений при билирубиновой энцефалопатии
	2-3-й месяц жизни
	3-5-й месяц жизни
	8-9-й месяц жизни
	1-й месяц жизни
632	Одной из особенностей неврологических синдромов у недоношенных новорожденных является
	преобладание клонических судорог
	раннее формирование ликвородинамических нарушений
	преобладание очаговых расстройств над общемозговыми
	отсроченное формирование особых форм спастичности

632	Отдаленными исходами при кровоизлияниях в мозжечок у недоношенных новорожденных является
	умственная отсталость
	расстройства социализации
	эпилепсия
	ДЦП
	атактический синдром
633	Одним из основных принципов динамического наблюдения за ребенком с перинатальной патологией является
	концепция «раннего вмешательства»
	отвод от профилактических прививок
	наблюдение в течение первого года жизни
	унификация
634	Одним из основных принципов динамического наблюдения за ребенком с перинатальной патологией является
	наблюдение педиатром без участия смежных специалистов
	отвод от профилактических прививок
	длительность
	унификация
635	Необходимыми условиями корректного применения количественных методик оценки нервно-психического развития в перинатальной неврологии является
	квалификация специалиста, применяющего методику
	обследование ребенка без присутствия родителя/опекуна
	присутствие родителя/опекуна ребенка
	возможность ретроспективного заполнения результатов тестирования
	квантификация результатов теста и оформление результатов тестов непосредственно при проведении тестирования
636	Одним из осложнений, возможных в исходе ретинопатии недоношенных, является
	гиперметропия
	миопия
	катаракта

	атрофия зрительного нерва
637	Одним из осложнений, возможных в исходе ретинопатии недоношенных, является
	гиперметропия
	отслойка сетчатки
	катаракта
	атрофия зрительного нерва
638	Одним из осложнений, возможных в исходе ретинопатии недоношенных, является
	гиперметропия
	косоглазие, амблиопия
	катаракта
	атрофия зрительного нерва
639	Одним из критериев завершения скрининговых осмотров детей группы риска и мониторинга активной ретинопатии недоношенных является
	достижение ребенком постменструального возраста 42 - 44 недели
	полный регресс активной ретинопатии недоношенных
	окончание кислородотерапии
	выписка из медицинской организации
640	Для среднетяжелой формы классической формы бронхо-легочной дисплазии характерно
	потребность в кислороде менее 30%
	количество передне-задних отрезков ребер на рентгенограмме более 17
	умеренно выраженные симптомы бронхообструкции в покое
	2-3 очага фиброза на рентгенограмме
641	Основными признаками новой формы бронхо-легочной дисплазии являются
	отсутствие фиброза легочной ткани
	наличие бронхообструкции
	интерстициальный отек легочной ткани
	множественные буллы легочной ткани

642	После применения препаратов сурфактанта
	возможно развитие как новой, так и классической формы заболевания
	возможно развитие только новой формы заболевания
	возможно развитие только классической формы заболевания
	бронхолегочная дисплазия не развивается
643	Белково-энергетической недостаточностью 1 степени считается дефицит массы
	до 3%
	от 10 до 20%
	от 30 до 40%
	от 40 до 50%
	более 40%
644	Степень тяжести бронхолегочной дисплазии для детей с ГВ менее 32 недель оценивают
	в 36 недель постконцептуального возраста или при выписке домой (что наступит раньше)
	при выписке домой из стационара
	в 36 недель постконцептуального возраста
	в 28 недель постконцептуального возраста
645	Одними из осложнений бронхолегочной дисплазии являются
	хроническая дыхательная недостаточность
	системная артериальная гипотензия
	синдромы утечки воздуха
	легочная гипертензия
	системная артериальная гипертензия
	ателектаз
646	Одним из факторов неблагоприятного прогноза при бронхолегочной дисплазии является
	продолжительная ИВЛ более 6 месяцев
	гестационный возраст ребенка
	масса тела

	форма заболевания
647	Согласно классификации больших моторных функций у детей в возрасте до 2-х лет с детским церебральным параличом по шкале GMFCS (Gross Motor Function Classification System – Система классификации больших моторных функций), I уровень нарушений характеризуется
	возможностью самостоятельно садиться и вставать из положения сидя, сидя на полу
	возможностью ходьбы с использованием вспомогательных устройств для передвижения к возрасту от 18 месяцев до 2 лет
	свободой рук для манипуляций с предметами
	возможностью ползания с использованием рук и колен, способностью подтянуться, чтобы встать, сделать несколько шагов, держась за мебель
	возможностью самостоятельной ходьбы без использования вспомогательных устройств для передвижения, к возрасту от 12 месяцев до 18 месяцев
	возможностью самостоятельной ходьбы без использования вспомогательных устройств для передвижения, к возрасту от 18 месяцев до 2 лет
648	Согласно классификации больших моторных функций у детей в возрасте до 2-х лет с детским церебральным параличом по шкале GMFCS (Gross Motor Function Classification System – Система классификации больших моторных функций), II уровень нарушений характеризуется
	возможностью самостоятельно садиться и вставать из положения сидя, сидя на полу
	возможностью удерживаться, сидя на полу, но могут нуждаться в использовании рук для балансировки
	ползанием на животе или с использованием рук и колен
	возможностью ползания с использованием рук и колен, способностью подтянуться, чтобы встать, сделать несколько шагов, держась за мебель
	возможностью подтянуться, чтобы встать и шагать, держась за мебель (ходьба с ограничениями)
	возможностью самостоятельной ходьбы без использования вспомогательных устройств для передвижения, к возрасту от 18 месяцев до 2 лет
649	Согласно классификации больших моторных функций у детей в возрасте до 2-х лет с детским церебральным параличом по шкале GMFCS (Gross Motor Function Classification System – Система классификации больших моторных функций), III уровень нарушений характеризуется
	способностью самостоятельно садиться и вставать на четвереньки
	способностью удерживать положение сидя на полу, когда их нижняя часть спины поддерживается
	способностью самостоятельно переворачиваться на живот и передвигаться путем ползания на животе
	способностью ползать на четвереньках
	возможностью ходьбы с использованием ручных приспособлений для передвижения
650	Согласно классификации больших моторных функций у детей в возрасте до 2-х лет с детским церебральным параличом по шкале GMFCS (Gross Motor Function Classification System – Система классификации больших моторных функций), IV уровень нарушений характеризуется

	отсутствием контроля головы в положении на животе и сидя
	сформированным контролем головы, но необходимостью поддержки туловища в положении сидя на полу
	возможностью самостоятельных переворотов на спину и на живот, невозможностью ползания
	способностью удерживать положение сидя на полу, когда их нижняя часть спины поддерживается
	ограничением самостоятельного передвижения, могут использоваться моторизированные средства передвижения
	невозможностью удерживать положение сидя на полу, когда их нижняя часть спины поддерживается
651	Согласно классификации больших моторных функций у детей у детей в возрасте до 2-х лет с детским церебральным параличом по шкале GMFCS (Gross Motor Function Classification System – Система классификации больших моторных функций), Уровень нарушений характеризуется
	формированием контроля головы на животе и при вертикализации, возможностью переворотов на живот, невозможностью ползания и ходьбы
	отсутствием контроля головы в положении на животе и сидя
	возможностью ползания, невозможностью ходьбы с использованием опоры и вспомогательных средств
	необходимостью помощи взрослого, чтобы перевернуться
	полным ограничением произвольного контроля движений и зависимостью ребёнка от окружающих
652	Противопоказанием к началу проведения физической реабилитации у недоношенных детей является
	белково-энергетический дефицит 1 степени
	белково-энергетический дефицит 2 степени
	продолжение терапии противосудорожными препаратами при достижении медикаментозной ремиссии симптоматических неонатальных судорог
	активная фаза ретинопатии недоношенных
653	У детей с детским церебральным параличом при оценке больших моторных функций по шкале GMFCS учитываются
	наличие статических моторных навыков: удерживание головы, сидение, опора на ноги, стояние
	потребность во вспомогательных технических средствах для коррекции позы или двигательных функций (инвалидное кресло, опора для сидения, ходунки, трости)
	мелкая моторика при манипуляциях с соской, игрушками, предметами
	наличие динамических моторных навыков: переворачивание со спины на живот и обратно, ползание, ходьба, бег, прыжки.
	потребность в физической помощи для удерживания позы или перемещения
	освоение навыков самообслуживания, опрятности

654	Согласно Постановлению Правительства РФ от 05.04.2022 № 588 показаниями и условиями для установления категории "ребенок-инвалид" до достижения гражданином возраста 18 лет при первичном освидетельствовании является
	детский церебральный паралич сIV-м или V-м уровнем нарушений при оценке больших моторных функций по шкале GMFCS
	наследственные нарушения обмена веществ, не компенсируемые патогенетическим лечением, имеющие прогрессирующее тяжелое течение, приводящие к выраженным и значительно выраженным нарушениям функций организма (муковисцидоз, тяжелые формы ацидемии или ацидурии, глютарикацидурии, галактоземии, лейциноз, болезнь Фабри, болезнь Гоше, болезнь Ниманна-Пика, мукополисахаридоз, кофакторная форма фенилкетонурии у детей (фенилкетонурия II и III типов) и прочие
	детский церебральный паралич с II-м или III-м уровнем нарушений при оценке больших моторных функций по шкале GMFCS
	двухсторонняя нейросенсорная тугоухость III степени, IV степени, глухота
	полная слепота на оба глаза при неэффективности проводимого лечения; снижение остроты зрения на оба глаза и в лучшем видящем глазу до 0,04 с коррекцией или концентрическое сужение поля зрения обоих глаз до 10 градусов в результате стойких и необратимых изменений
	двухсторонняя нейросенсорная тугоухость II-III степени