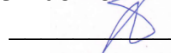


Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

СОГЛАСОВАНО

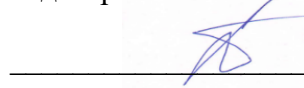
Руководитель направления
подготовки

31.08.18 Неонатология

 /Л.Я. Климов/
«22» мая 2024 г.

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой факультетской
педиатрии

 /Л.Я. Климов/
«22» мая 2024 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Клинической практики

Наименование практики

Клиническая практика №2

Наименование дисциплины

Неонатология

Специальность

31.08.18 Неонатология

Форма обучения

Очная

Год начала подготовки

2024

Ставрополь, 2024 г.

Перечень компетенций, формируемых дисциплиной

ОПК-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
--------------	---

Виды оценочных материалов и соответствие с формируемыми компетенциями

ОПК-5	Задание закрытого типа на установление соответствия	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	5 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/задача	5 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов

Банк заданий по оценке уровня формирования компетенций

1.	ОПК-5	Недоношенный ребенок весом 1500 г, гестационный возраст 28 недель, госпитализирован в отделение интенсивной терапии новорожденных. На 10-й день жизни состояние пациента ухудшилось: стало тяжело дышать, потребовалось увеличение подачи кислорода. При осмотре выявляется выраженная одышка, втяжение межреберных пространств, цианоз. На рентгеновском снимке видно диффузное вздутие легких, буллы, участки уплотнения легочной ткани. Заподозрена бронхолегочная дисплазия (БЛД). Какие принципы лечения и реабилитации рекомендуются для данного ребенка?	Принципы лечения и реабилитации при бронхолегочной дисплазии (БЛД): Оптимизация респираторной поддержки: Поддержание необходимого уровня кислорода (FiO_2) для предупреждения гипоксемии. Искусственная вентиляция легких (ИВЛ) или постоянное положительное давление в дыхательных путях (CPAP) при необходимости. Превентивное использование современных способов вентиляции (HFV, VNI, CPAP). Медикаментозная терапия: Бронходилататоры (β_2-агонисты, холиноблокаторы) для уменьшения бронхообструкции. Кортикостероиды (в форме ингаляций или внутрь при необходимости) для снижения воспаления. Диуретики (фуросемид, спиронолактон) при признаках задержки жидкости и отека легких. Уход и питание: Калорийное и обогащенное белком питание, предпочтительнее грудное молоко. Организация полноценного ухода с обеспечением комфортной температуры и влажности. Реабилитация: Физическая реабилитация:
----	--------------	---	---

			физиотерапевтические процедуры, направленные на улучшение вентиляции легких. Мониторинг физического и психологического развития ребенка. Вторичная профилактика: План вакцинации и иммунизация согласно календарю прививок. Контроль состояния ребенка в амбулаторных условиях после выписки из стационара.
2.	ОПК-5	Ситуация: Недоношенный ребенок, родившийся на 26-й неделе гестации, массой тела 800 г, переведён на энтеральное питание. Однако у ребенка наблюдаются стойкие признаки плохой переносимости пищи: вздутие живота, срыгивания, диарея, метеоризм, вздутие петель кишечника. Вопрос: Какие мероприятия необходимо предпринять для улучшения толерантности к энтеральному питанию?	Основные мероприятия для улучшения переносимости энтерального питания: Снизить скорость и объем ввода питания: временно перейти на минимальные объемы (12-24 мл/кг/сутки), увеличить частоту кормления. Применять пробиотики: добавить в рацион пробиотики (лакто-, бифидобактерии) для нормализации микрофлоры кишечника. Перевести на специальное питание: использовать специализированные смеси для недоношенных с низким содержанием лактозы или гидролизированные белки. Проверить состояние ЖКТ: провести УЗИ брюшной полости для исключения кишечной непроходимости или других патологий. Временно вернуться к парентеральному питанию: если признаки непереносимости сохраняются, сократить энтеральное питание и компенсировать нехватку нутриентов внутривенно. Следить за общим состоянием: проводить регулярный мониторинг функции дыхания, сердечно-сосудистой системы, и суточного диуреза.
3.	ОПК-5	Недоношенный ребенок, рожденный на 26-й неделе гестации, массой тела 800 г, демонстрирует признаки дискомфорта и раздражительности, связанные с процедурами медицинского ухода (забор анализов, смена подгузников, установка катетеров). Вопрос: Какие действия следует предпринять	Создание комфорта: обеспечить оптимальные условия окружения (тихая палата, умеренное освещение, тепло). Минимизировать вмешательства: ограничить инвазивные процедуры, комбинируя их, чтобы свести количество манипуляций к минимуму.

		для облегчения неприятных ощущений и успокоения ребенка?	Обезболивание: при болезненных процедурах использовать местные анестетики, анестезию сахарозой или глюкозой (дают малышу выпить сладкую воду за пару минут до процедуры). Техника ухода: бережно обращаться с ребенком, использовать одноразовую фиксацию датчиков и устройств, удобные устройства для перевязок и инъекций. Метод кенгуру: практиковать контакт «кожа к коже» с матерью или отцом, чтобы облегчить неприятные ощущения и создать чувство защищённости и комфорта.
4.	ОПК-5	Ситуация: Недоношенный ребенок, рожденный на 29-й неделе гестации, массой тела 1100 г, попал в отделение интенсивной терапии новорожденных. У ребенка диагностировано интравентрикулярное кровоизлияние II степени (ВЖК-II), сопровождающееся клиникой умеренной дыхательной недостаточности, периодическими приступами апноэ, легкими нарушениями сознания. Вопрос: Какие немедленные лечебные мероприятия следует провести для данного ребенка?	Обеспечить оптимальный уход и условия: Поместить ребенка в инкубатор с оптимальным температурным режимом (~36-37°C), чтобы предотвратить переохлаждение. Использовать минимизацию звуков и зрительных раздражителей, оберегать от ненужных беспокойств. Адекватная респираторная поддержка: Применить неинвазивную вентиляцию легких (например, NIPPV или CPAP) для стабилизации дыхательной функции. Выполнить постоянный мониторинг уровня кислорода (SpO2) и CO2. Поддержание стабильной гемодинамики: Регулярно проверять артериальное давление и сердечный ритм. При необходимости скорректировать гиповолемию, обеспечить адекватный доступ к венозному кровотоку. Профилактика судорог: Если есть риск судорожных эпизодов, использовать антиконвульсанты (например, фенobarбитал или карбамазепин). Параллельно продолжать терапию основного заболевания (респираторный дистресс-синдром, инфекция): Введение сурфактанта при необходимости.

			Обеспечить антибактериальную терапию при присоединении инфекции. Регулярный мониторинг: Нейросонография (НСГ) каждые 2-3 дня для оценки динамики и возможного расширения желудочков мозга. Контроль лабораторных показателей (анализ крови, уровень электролитов и глюкозы).
5.	ОПК-5	Ситуация: Ребенку, рожденному на 32-й неделе гестации, была проведена нейросонография (НСГ), подтвердившая интравентрикулярное кровоизлияние III степени (ВЖК-III). У ребенка появились признаки стремительно прогрессирующего угнетения сознания, глубоких апноэ, сильного цианоза, падения артериального давления и снижения мышечного тонуса. Вопрос: Какие неотложные меры следует предпринять в первую очередь?	Устранить дыхательную недостаточность: Немедленное начало искусственной вентиляции легких (ИВЛ) с поддержкой FiO₂, чтобы нормализовать уровень кислорода в крови. Использование аппаратов ИВЛ с положительным давлением (РЕЕР), чтобы сохранить расправленными альвеолы. Резко усилить мониторинг гемодинамических показателей: Установить центральный венозный катетер для мониторинга центрального венозного давления и оперативного введения медикаментов. Поддерживать адекватный уровень системного артериального давления, учитывая необходимость нормализации перфузии мозга. Контроль за уровнем глюкозы и электролитов: Предоставлять необходимую инфузионную терапию для коррекции гипогликемии, электролитных нарушений.
6.	ОПК-5	Недоношенный ребенок, рожденный на 29-й неделе гестации, госпитализирован с подозрением на сепсис. У ребенка отмечаются: вялость, плохое сосание, гипотермия, учащенное дыхание, бледность кожи, положительные симптомы «белого пятна» и «тимпанического звука». Вопрос: Назовите приоритетные направления лечения при сепсисе у недоношенных.	Антибиотикотерапия широкого спектра действия. Парентеральное питание. Поддержание оптимального уровня оксигенации. Гемодинамическая поддержка (инфузионная терапия). Мониторинг жизненных показателей.
7.	ОПК-5	У недоношенного ребенка, находящегося на ИВЛ, развился тяжелый сепсис, сопровождающийся снижением артериального давления, бледностью и мраморностью кожи, нарушениями дыхания и признаками обезвоживания.	Немедленно начать введение антибиотиков широкого спектра действия. Инфузионная терапия для коррекции гиповолемии. При необходимости начать

		Вопрос:Какие немедленные терапевтические меры следует предпринять?	вазопрессорную поддержку (норэпинефрин, допамин). Улучшить оксигенацию (увеличить FiO2, оптимизировать режим вентиляции). Обеспечить полный мониторинг жизненно важных функций.
8.	ОПК-5	Недоношенный ребенок, находившийся в тяжелом состоянии с симптомами шока, прошел курс интенсивной терапии. После проведенного лечения улучшилось качество периферического кровотока, восстановилась температура конечностей, увеличилось артериальное давление до нормативных значений, исчез симптом «белого пятна». Вопрос:Какие изменения свидетельствуют о положительном эффекте лечения шока у новорожденного?	Повышение артериального давления до нормы. Улучшение периферического кровотока (цвет кожи, устранение мраморности, отсутствие симптома «белого пятна»). Нормализация температуры конечностей.
9.	ОПК-5	После курса лечения шока у новорожденного были проведены лабораторные исследования, которые показали снижение уровня лактата в крови, улучшение показателей кислотно-основного состояния (КОС), нормализацию уровня глюкозы и электролитов. Вопрос:Какие лабораторные показатели подтверждают эффективность терапии шока у новорожденного?	Снижение уровня лактата. Улучшение кислотно-основного состояния (КОС). Нормализация уровня глюкозы и электролитов.
10.	ОПК-5	Недоношенный ребенок, родившийся на 32-й неделе гестации, недавно перенес операцию лазерной коагуляции сетчатки по поводу пролиферативной ретинопатии. Вопрос:Какие дальнейшие мероприятия необходимы для оценки эффективности проведенного лечения?	Регулярные осмотры офтальмолога каждые 1-2 недели. Оценка динамики состояния сетчатки (признаки ремиссии или прогрессирования). Контроль уровня кислорода в крови (поддержание целевой сатурации 90-95%). Оценка зрительных функций и рефракции по мере взросления ребенка.
11.	ОПК-5	Установите соответствие между видами лечения ретинопатии недоношенных и ожидаемой клинической эффективностью: А. Ограничение экспозиции к ярким источникам света В. Регулярное проведение офтальмологических осмотров С. Применение лазерной коагуляции сетчатки D. Прием антиоксидантов (эмоксипин) Е. Применение криотерапии F. Контроль уровня кислорода в крови (SpO2: 90-95%)	A-1, B-2, C-3, D-4, E-5, F-6

		Предотвращение развития ретинопатии на ранних этапах Предотвращение прогрессирования ретинопатии Регрессия пролиферативных изменений сетчатки Защита сетчатки от повреждений и замедление патологических изменений Уменьшение пролиферации сосудов и предупреждение тяжелых осложнений Прогрессивное улучшение зрения и сохранение сетчатки	
12.	ОПК-5	Установите соответствие между терапией ретинопатии недоношенных и механизмом ее действия: А. Лазерная коагуляция сетчатки В. Ограничение уровня кислорода в крови (SpO₂: 90-95%) С. Криотерапия Д. Темные очки и защита от света Е. Медикаментозная терапия (антиоксиданты) Коагуляция и разрушение новообразованных сосудов сетчатки Профилактика чрезмерной оксигенации и повреждений сетчатки Заморозка и уничтожение патологически растущих сосудов Блокировка негативного воздействия света на сетчатку Противодействие образованию свободных радикалов и защита клеток сетчатки	A-1, B-2, C-3, D-4, E-5
13.	ОПК-5	Установите соответствие между видом шока и основными мероприятиями первой помощи: Кардиогенный А. Экстренное назначение простагландинов для поддержания кровотока через ОАП. Дистрибутивный (септический) Б. Назначение инотропных препаратов (допамин, добутамин) и инфузия жидкости. Гиповолемический В. Устранение причин кровопотери, инфузия растворов и препаратов крови. Шок при дуктус-зависимом ВПС Г. Коррекция сердечной недостаточности, контроль уровня кислорода и поддержка миокардиальной функции.	Кардиогенный — Г Дистрибутивный (септический) — Б Гиповолемический — В Шок при дуктус-зависимом ВПС — А
14.	ОПК-5	Установите соответствие между показателями эффективности лечения шока и методами их оценки:	Улучшение тканевой перфузии — А Нормализация артериального давления — Б Восстановление сознания и активности — В

		Показатели эффективности Методы оценки Улучшение тканевой перфузии А. Увеличение диуреза, восстановление цвета кожи. Нормализация артериального давления Б. Контроль АД, пульсоксиметрия, регистрация ЧСС. Восстановление сознания и активности В. Оценка неврологического статуса, проверка сосательного рефлекса. Устранение олигурии Г. Подсчет количества выделяемой мочи за определенный промежуток времени. Рост уровня сатурации Д. Регистрация показателей сатурации кислорода.	Устранение олигурии — Г Рост уровня сатурации — Д
15.	ОПК-5	Установите соответствие между клиническими формами сепсиса и характеристиками их течения: Септицемия Септикопиемия Характеристики течения: А. Быстрое генерализованное течение с яркой клинической картиной, резкое ухудшение состояния, множественные гнойные очаги формируются рано (на 5-10 день жизни). В. Стертое течение, отсутствие четких клинических признаков, ухудшение состояния развивается постепенно, характерно для более позднего возраста.	Септицемия — В Септикопиемия — А
16.	ОПК-5	Установите правильную последовательность действий при лечении новорожденного с признаками раннего неонатального сепсиса (врожденного происхождения): Назначение антибиотиков широкого спектра действия (например, ампициллин + гентамицин). Оценка состояния новорожденного и постановка диагноза «ранний неонатальный сепсис». Проведение повторного анализа крови на стерильность через 48-72 часа после начала терапии. Дополнительная коррекция терапии при обнаружении конкретного возбудителя. Обеспечение ухода и создание условий покоя, изоляция от посторонних лиц.	2 → 1 → 5 → 3 → 4
17.	ОПК-5	Расположите последовательно этапы оценки эффективности лечения новорожденного с сепсисом: Улучшение общего состояния ребенка (уменьшение симптомов интоксикации,	1 → 4 → 2 → 3 → 5

		возвращение активности). Постепенное снижение уровня лейкоцитов и уменьшение сдвига формулы крови влево. Отсутствие бактериального роста в повторных культурах крови. Исчезновение местных симптомов (например, заживление пупочной ранки, уменьшение отеков). Повторный осмотр и лабораторные исследования после завершения курса антибиотиков.	
18.	ОПК-5	Ситуация: У недоношенного ребенка массой тела 1200 г возникла дыхательная недостаточность, связанная с синдромом дыхательных расстройств (СДР), требуется госпитализация в отделение интенсивной терапии. Задание: Установите правильную последовательность действий при подготовке и транспортировке ребенка в отделение интенсивной терапии: Укрыть ребенка одеялом и поместить в теплый кувез или специальный конверт. Осуществить осторожную доставку ребенка в отделение интенсивной терапии, контролируя жизненно важные показатели. Наложить атравматичный лейкопластырь для крепления датчика пульсоксиметрии. Обеспечить дополнительное кислородное снабжение через маску или назальные канюли. Заворачивание ребенка в пищевую пленку или пленочный пакет с отверстиями для головы и рук.	5 → 1 → 3 → 4 → 2
19.	ОПК-5	Недоношенный ребенок, родившийся на 28-й неделе гестации, находится в удовлетворительном состоянии, необходимо обеспечить правильный уход и кормление. Задание: Расположите шаги по правильному уходу и организации питания в правильной последовательности: Начинать энтеральное питание, соблюдая осторожность и постепенность. Завернуть ребенка в теплую пеленку и положить в кувез с регулируемой температурой. Перед каждой процедурой обработки кожи или катетеров использовать атравматичные средства (хлоргексидин, без спирта и марганцовки). Регулярно менять положение ребенка, помогая избежать пролежней и контрактур суставов.	2 → 5 → 3 → 4 → 1

		Создавать спокойную обстановку, ограничивать яркий свет и громкие звуки.	
20.	ОПК-5	Недоношенный ребенок, родившийся на 28-й неделе гестации, имеет клинические признаки интравентрикулярного кровоизлияния (ВЖК) II степени, характеризуется периодическими приступами апноэ, мышечной гипотонией, беспокойством. Последовательность действий врача при лечении ВЖК II степени: Обеспечить оптимальные условия выхаживания: покой, минимальный свет, тишина. Настроить режим неинвазивной вентиляции легких (NIPPV или CPAP). Контролировать показатели гемодинамики и поддерживать стабильное артериальное давление. Назначить препараты для коррекции метаболических нарушений (кальций, глюкоза, калий). Ввести внутривенно инфузионные растворы (при необходимости коррекции гиповолемии).	1 → 2 → 3 → 5 → 4
21.	ОПК-5	Что из перечисленного улучшает прогноз и снижает риск хронических заболеваний легких у недоношенных с БЛД? A. Максимальное увеличение объема вентиляции легких. B. Долгосрочное применение антибиотиков. C. Раннее прекращение ИВЛ и снижение давления в дыхательных путях. D. Назначение антигистаминов.	C
22.	ОПК-5	Какой метод доказал свою эффективность в предотвращении развития тяжелых форм БЛД у недоношенных? A. Применение мощных антигипертензивных препаратов. B. Длительное назначение мочегонных средств. C. Ранее назначение экзогенного сурфактанта. D. Широкая практика назначения НПВС (нестероидных противовоспалительных средств).	C
23.	ОПК-5	Какая стратегия лечения признана эффективной для снижения проявлений хронического воспаления при БЛД? A. Курс антибактериальной терапии широкого спектра. B. Использование небулайзерной терапии с ингаляционными глюкокортикоидами. C. Длительное применение седативных препаратов. D. Агрессивная инфузионная терапия.	B
24.	ОПК-5	Эффективность какого подхода продемонстрировала снижение риска развития тяжелых форм БЛД среди недоношенных?	C

		A. Редкое использование увлажнителей воздуха. B. Применение высокой концентрации кислорода. C. Ограничение сроков ИВЛ и постепенное снижение давления в дыхательных путях. D. Постоянное использование жаропонижающих средств.	
25.	ОПК-5	Какой показатель является индикатором успешного лечения бронхолегочной дисплазии? A. Сохранение потребности в дополнительном кислороде. B. Снижение количества приступов апноэ. C. Отсутствие или существенное снижение потребности в дополнительной кислородной поддержке. D. Стабильная тахикардия.	C
26.	ОПК-5	В каком случае признано эффективным использование препаратов группы глюкокортикоидов при лечении БЛД? A. При первых признаках кашля. B. При развитии острых приступов бронхоспазма. C. При осложнении БЛД хроническим воспалением дыхательных путей. D. При длительной температуре тела.	C
27.	ОПК-5	Какие методы лечения признаны неэффективными в профилактике развития бронхолегочной дисплазии? A. Ограничение длительности искусственной вентиляции легких. B. Ежедневное использование увлажняющего аэрозоля. C. Долгосрочное применение высоких доз антибиотиков. D. Раннее введение экзогенного сурфактанта.	C
28.	ОПК-5	Чем обусловлена эффективность современной концепции минимизации объема ИВЛ при лечении БЛД? A. Повышением уровня кислорода в крови. B. Уменьшением числа рецидивирующих пневмоний. C. Снижением риска развития хронических заболеваний легких. D. Увеличением аппетита у ребенка.	C
29.	ОПК-5	Согласно современным рекомендациям, какой подход признан наиболее эффективным для профилактики БЛД? A. Использование высоких концентраций кислорода. B. Максимальное продление искусственной вентиляции легких. C. Раннее начало минимального энтерального питания. D. Применение комбинированной антибактериальной терапии.	C
30.	ОПК-5	Какой метод доказал свою эффективность в улучшении качества жизни пациентов с последствиями БЛД? A. Психотерапия. B. Курсовая терапия высокими дозами витаминов. C. Небулайзерная терапия с ингаляционными	C

		глюкокортикоидами. D. Использование транквилизаторов.	
31.	ОПК-5	Какая стратегия антибиотикотерапии рекомендована при лечении сепсиса у недоношенных? A. Монотерапия одним антибиотиком. B. Эмпирическое назначение широкого спектра антибиотиков с последующим переходом на целенаправленную терапию. C. Длительное назначение антибиотиков в профилактических целях. D. Не применять антибиотики вовсе.	B
32.	ОПК-5	Что является важнейшим показателем эффективности антибиотикотерапии при сепсисе у недоношенных детей? A. Повышение температуры тела. B. Быстрое разрешение местной симптоматики и улучшение общих показателей. C. Продолжающаяся нормальная работа кишечника. D. Резкое увеличение массы тела.	B
33.	ОПК-5	Какой из перечисленных методов является ключевым элементом интенсивной терапии при сепсисе у недоношенных детей? A. Фототерапия. B. Растворение тромбов в сосудах. C. Поддерживающая терапия кислородом и коррекция нарушений гомеостаза. D. Общая анестезия.	C
34.	ОПК-5	Какое условие необходимо учитывать при выборе антибактериальной терапии при сепсисе у недоношенных детей? A. Необходимо подбирать препараты исходя из культурных предпочтений региона. B. Важно выбрать самые дорогие и современные антибиотики. C. Целесообразно сначала определить чувствительность возбудителя к антибиотикам. D. Лучше воздержаться от назначения антибиотиков, чтобы избежать устойчивости бактерий.	C
35.	ОПК-5	Почему необходим контроль уровня глюкозы при лечении сепсиса у недоношенных детей? A. Для диагностики диабета. B. Так как высокий уровень глюкозы негативно отражается на общем состоянии и может ухудшить прогноз. C. Потому что снижение уровня глюкозы ускоряет выздоровление. D. Уровень глюкозы вообще не важен при лечении сепсиса.	B
36.	ОПК-5	Какие показатели определяют эффективность терапии сепсиса у недоношенных детей? A. Увеличение массы тела на 1 кг за сутки. B. Улучшение общего самочувствия, стабилизация температуры и устранение очаговой симптоматики. C. Значительное снижение показателя СОЭ. D. Углубление депрессии костного мозга.	B

37.	ОПК-5	Основное направление интенсивной терапии сепсиса у недоношенных детей — это... А. Выведение жидкости из организма. В. Лечение сопутствующих дерматозов. С. Элиминация возбудителя и коррекция полиорганной недостаточности. D. Направленное усиление иммунитета без использования антибиотиков.	С
38.	ОПК-5	При назначении антибиотиков при сепсисе у недоношенных главное условие успешной терапии — это... А. Длительное профилактическое применение антибиотиков. В. Индивидуальный подбор препаратов с учётом чувствительности возбудителя. С. Случайный выбор антибиотиков. D. Безоговорочное использование самых сильных антибиотиков.	В
39.	ОПК-5	Что из перечисленного не относится к принципам рациональной антибиотикотерапии при сепсисе у недоношенных? А. Начало эмпирической терапии с широким спектром антибиотиков. В. Обязательно дожидаться точного результата посева крови перед началом терапии. С. Последующая коррекция терапии после идентификации возбудителя. D. Регулярный контроль эффективности терапии и состояния ребенка.	В
40.	ОПК-5	Ключевая задача терапии сепсиса у недоношенных детей заключается в следующем: А. Повышении массы тела. В. Минимизации объема применяемой терапии. С. Максимально быстром устранении возбудителя и профилактике полиорганной недостаточности. D. Применении лекарственных средств без учета чувствительности бактерии.	С
41.	ОПК-5	Какое лечебное мероприятие показано при ранней форме анемии недоношенных? А. Назначение препаратов железа; Б. Рекомбинантный человеческий эритропоэтин; В. Гемотрансфузия эритроцитарной массы.	В
42.	ОПК-5	Какой препарат железа используется преимущественно при лечении поздней анемии недоношенных? А. Двухвалентные соли железа; Б. Поливитаминные комплексы; В. Гидроксид полимальтозный комплекс трехвалентного железа.	В
43.	ОПК-5	Через какое время наблюдается положительный эффект терапии препаратами железа в виде роста уровня ретикулоцитов? А. 2-3 дня; Б. 8-12 дней; В. 3-4 недели.	Б
44.	ОПК-5	Как долго необходимо продолжить прием препаратов железа после нормализации уровня гемоглобина при поздней анемии недоношенных? А. Одну неделю; Б. Еще 2 месяца;	Б

		В. Шесть месяцев.	
45.	ОПК-5	Какие дозы препаратов железа используются для профилактики поздней анемии недоношенных? А. 1-2 мг/кг в сутки; Б. 2-4 мг/кг в сутки; В. 5-6 мг/кг в сутки.	Б
46.	ОПК-5	Какой характер изменений отмечается при положительном эффекте терапии препаратами железа при поздней анемии недоношенных? А. Быстрое повышение уровня гемоглобина; Б. Замедленная реакция эритропоэза; В. Постепенное восстановление уровня гемоглобина и эритроцитов.	В
47.	ОПК-5	Когда проводят контрольные анализы крови при выявлении анемии у недоношенных детей? А. Ежедневно; Б. Каждые 14 дней до стабилизации показателей; В. Один раз в месяц.	Б
48.	ОПК-5	В какой период начинается проявление поздних форм анемии недоношенных? А. Первый месяц жизни; Б. Второй месяц жизни; В. Третий-четвертый месяц жизни.	В
49.	ОПК-5	Почему необходим длительный приём препаратов железа даже после нормализации уровня гемоглобина? А. Для устранения дефицита железа в питании; Б. Необходимость полного насыщения тканевых депо железом; В. Устранение воспалительных реакций.	Б
50.	ОПК-5	Что служит показанием к назначению рекомбинантного человеческого эритропоэтина при ранней анемии недоношенных? А. Умеренный недостаток железа; Б. Легкая степень анемии; В. Необходимость ускорения процессов эритропоэза при тяжёлой степени анемии.	В