

Повторнородяча 30 років. Таз нормальних розмірів. Пологи тривають 8 год. Визначається крупний плід. Безводний період – 4 год. Період потуг триває одну годину. При пальпації нижній сегмент різко болючий, контракційне кільце матки на рівні пупка. Серцебиття плоду приглушене, ритмічне 134 уд/хв. Який метод розродження?

Повторнородяча 30 років. Таз нормальних розмірів. Пологи тривають 8 год. Визначається крупний плід. **Безводний період – 4 год.** Період потуг триває одну годину. При пальпації нижній сегмент різко болючий, **контракційне кільце матки на рівні пупка.** **Серцебиття плоду приглушене, ритмічне 134 уд/хв.** Який метод розродження?

- кесарів розтин
- порожнинні акушерські щипці
- вихідні акушерські щипці
- вакуум-екстракція плоду
- консервативне ведення пологів

Повторнородяча 30 років. Таз нормальних розмірів. Пологи тривають 8 год. Визначається крупний плід. **Безводний період – 4 год.** Період потуг триває одну годину. При пальпації нижній сегмент різко болючий, **контракційне кільце матки на рівні пупка.** **Серцебиття плоду приглушене, ритмічне 134 уд/хв.** Який метод розродження?

- **кесарів розтин**
- порожнинні акушерські щипці
- вихідні акушерські щипці
- вакуум-екстракція плоду
- консервативне ведення пологів

У роділлі Л., 25 років після відходження навколоплідних вод серцебиття плоду сповільнилось до 100 уд/хв. та після переймів не вирівнюється. При вагінальному дослідження виявлено, що шийка матки згладжена, розкриття маткового вічка повне, плідного міхура немає. Передлежить голівка у порожнині малого тазу. Стрілоподібний шов у правому косому розмірі, мале тім'ячко зліва. Яка тактика лікаря у даній ситуації?

У роділлі Л., 25 років після відходження навколоплідних вод серцебиття плоду сповільнилось до 100 уд/хв. та після переймів не вирівнюється. При вагінальному дослідження виявлено, що шийка матки згладжена, розкриття маткового вічка повне, плідного міхура немає. Передлежить голівка у порожнині малого тазу. **Стрілоподібний шов у правому косому розмірі**, мале тім'ячко зліва. Яка тактика лікаря у даній ситуації?

- лікування гіпоксії плода
- накладання бинта Вербова
- накладання порожнинних акушерських щипців
- підсилення пологової діяльності
- кесарів розтин

У роділлі Л., 25 років після відходження навколоплідних вод серцебиття плоду сповільнилось до 100 уд/хв. та після переймів не вирівнюється. При вагінальному дослідження виявлено, що шийка матки згладжена, розкриття маткового вічка повне, плідного міхура немає. Передлежить голівка у порожнині малого тазу. **Стрілоподібний шов у правому косому розмірі**, мале тім'ячко зліва. Яка тактика лікаря у даній ситуації?

- лікування гіпоксії плода
- накладання бинта Вербова
- **накладання порожнинних акушерських щипців**
- підсилення пологової діяльності
- кесарів розтин

Вагітна в терміні 36 тижнів, доставлена із скаргами на болі внизу живота, кров'янисті виділення із статевих шляхів. АТ 150/100 мм.рт.ст., набряки нижніх кінцівок Серцебиття плоду 160 уд. хв., приглушене. При проведенні вагінального дослідження: шийка матки сформована, вічко закрите. Тактика лікаря?

Вагітна в терміні 36 тижнів, доставлена із скаргами на **болі внизу живота, кров'янисті виділення із статевих шляхів. АТ 150/100 мм.рт.ст., набряки** нижніх кінцівок. **Серцебиття плоду 160 уд. хв., приглушене.** При проведенні вагінального дослідження: шийка матки сформована, вічко закрите. Тактика лікаря?

- провести гемотрансфузію
- ввести токолітики
- лікувати гестоз
- зробити терміново кесарів розтин
- почати родозбудження

Вагітна в терміні 36 тижнів, доставлена із скаргами на **болі внизу живота, кров'янисті виділення із статевих шляхів. АТ 150/100 мм.рт.ст., набряки** нижніх кінцівок. **Серцебиття плоду 160 уд. хв., приглушене.** При проведенні вагінального дослідження: шийка матки сформована, вічко закрите. Тактика лікаря?

- провести гемотрансфузію
- ввести токолітики
- лікувати гестоз
- **зробити терміново кесарів розтин**
- почати родозбудження

У пологове відділення доставлена роділля 28 років. Термін гестації 38 тижнів. Вагітність третя. Друга вагітність 1 рік тому закінчилась “Кесаревим розтином” у терміні 39-40 тижнів. Скарги на біль у надлобковій ділянці, по ходу рубця, біль при пальпації матки. ЧСС плоду 100 в одну хвилину. Перейми слабкі. Відкриття шийки матки – 4 см. головка плоду притиснута до входу в малий таз. З матки помірна кровотеча. Яка подальша тактика ведення пологів?

У пологове відділення доставлена роділля 28 років. Термін гестації 38 тижнів. Вагітність третя. Друга вагітність 1 рік тому закінчилась “Кесаревим розтином” у терміні 39-40 тижнів. **Скарги на біль у надлобковій ділянці, по ходу рубця**, біль при пальпації матки. ЧСС плоду 100 в одну хвилину. **Перейми слабкі**. Відкриття шийки матки – 4 см. головка плоду притиснута до входу в малий таз. **З матки помірна кровотеча**. Яка подальша тактика ведення пологів?

- кесарів розтин
- родостимуляція
- плодоруйнівна операція
- консервативне ведення пологів
- вихідні акушерські щипці

У пологове відділення доставлена роділля 28 років. Термін гестації 38 тижнів. Вагітність третя. Друга вагітність 1 рік тому закінчилась “Кесаревим розтином” у терміні 39-40 тижнів. **Скарги на біль у надлобковій ділянці, по ходу рубця**, біль при пальпації матки. ЧСС плоду 100 в одну хвилину. **Перейми слабкі**. Відкриття шийки матки – 4 см. головка плоду притиснута до входу в малий таз. **З матки помірна кровотеча**. Яка подальша тактика ведення пологів?

- **кесарів розтин**
- родостимуляція
- плодоруйнівна операція
- консервативне ведення пологів
- вихідні акушерські щипці

Роділля 27 років, Скарги на болючі часті перейми . При огляді: матка при пальпації напружена, болюча. Води відійшли годину тому. Контракційне кільце на рівні пупка, Справа над входом в таз визначається голівка плода, серцебиття плода приглушене, ритмічне 140 уд.за хв. Вагінальне обстеження: відкриття шийки матки 5см, плідний міхур і прилягаюча частина відсутні. Яка тактика ведення даного випадку?

Роділля 27 років, Скарги на болючі часті перейми . При огляді: матка при пальпації напружена, болюча. Води відійшли годину тому. **Контракційне кільце на рівні пупка**, Справа над входом в таз визначається голівка плода, серцебиття плода приглушене, ритмічне 140 уд.за хв. Вагінальне обстеження: відкриття шийки матки 5см, **плідний міхур і прилягаюча частина відсутні**. Яка тактика ведення даного випадку?

- кесарів розтин
- ембріотомія плода
- поворот плода на ніжку
- накладання акушерських щипців
- проведення епізіотомії

Роділля 27 років, Скарги на болючі часті перейми . При огляді: матка при пальпації напружена, болюча. Води відійшли годину тому. **Контракційне кільце на рівні пупка**, Справа над входом в таз визначається голівка плода, серцебиття плода приглушене, ритмічне 140 уд.за хв. Вагінальне обстеження: відкриття шийки матки 5см, **плідний міхур і прилягаюча частина відсутні**. Яка тактика ведення даного випадку?

- **кесарів розтин**
- ембріотомія плода
- поворот плода на ніжку
- накладання акушерських щипців
- проведення епізіотомії

У роділлі М., 29 років, передбачувана маса плоду – 3900 г. Пологи продовжуються 18 годин, води відійшли 13 годин тому. При акушерському дослідженні: в піхві пальпується неппульсуюча пуповина, відкриття шийки матки повне. Голівка плоду в порожнині малого тазу. Серцебиття плоду не прослуховується. Яка подальша тактика ведення родів?

У роділлі М., 29 років, передбачувана маса плоду – 3900 г. **Пологи продовжуються 18 годин, води відійшли 13 годин тому.** При акушерському дослідженні: в піхві пальпується **непульсуюча пуповина**, відкриття шийки матки повне. Голівка плоду в порожнині малого тазу. **Серцебиття плоду не прослуховується.** Яка подальша тактика ведення родів?

- кесарів розтин
- накладання акушерських щипців
- підсилення пологів
- краніотомія
- накладання шкірно-головних щипців

У роділлі М., 29 років, передбачувана маса плоду – 3900 г. **Пологи продовжуються 18 годин, води відійшли 13 годин тому.** При акушерському дослідженні: в піхві пальпується **непульсуюча пуповина**, відкриття шийки матки повне. Голівка плоду в порожнині малого тазу. **Серцебиття плоду не прослуховується.** Яка подальша тактика ведення родів?

- кесарів розтин
- накладання акушерських щипців
- підсилення пологів
- **краніотомія**
- накладання шкірно-головних щипців

У вагітної вдома був напад еклампсії. Його тривалість невідома, оскільки жінку знайшли родичі і доставили машиною в пологовий будинок. Жінка без свідомості, вагітність 35 тижнів, плід живий. У чому полягає тактика лікаря?

У вагітної вдома був **напад еклампсії**. Його тривалість невідома, оскільки жінку знайшли родичі і доставили машиною в пологовий будинок. **Жінка без свідомості**, вагітність 35 тижнів, плід живий. У чому полягає тактика лікаря?

- інтенсивна терапія еклампсії з подальшим розродженням
- інтубація жінки і ІВЛ
- переливання плазми і сольових розчинів
- нагляд за жінкою і пролонгація вагітності
- кесарів розтин в ургентному порядку

У вагітної вдома був **напад еклампсії**. Його тривалість невідома, оскільки жінку знайшли родичі і доставили машиною в пологовий будинок. **Жінка без свідомості**, вагітність 35 тижнів, плід живий. У чому полягає тактика лікаря?

- інтенсивна терапія еклампсії з подальшим розродженням
- інтубація жінки і ІВЛ
- переливання плазми і сольових розчинів
- нагляд за жінкою і пролонгація вагітності
- **кесарів розтин в ургентному порядку**

У пологовий будинок із району області доставлена роділля, у якої встановлене задавнене поперечне положення плода. Пологи тривають 28 годин. Серцебиття плода не прослуховується. Температура тіла 38,6°C. Який спосіб розродження можливий у даній ситуації?

У пологовий будинок із району області доставлена роділля, у якої встановлене **задавнене поперечне положення плода**. **Пологи тривають 28 годин**. **Серцебиття плода не прослуховується**. Температура тіла 38,6°C. Який спосіб розродження можливий у даній ситуації?

- декапітація плода
- поворот плода на ніжку
- кесарів розтин
- краніотомія
- консервативне ведення пологів

У пологовий будинок із району області доставлена роділля, у якої встановлене **задавнене поперечне положення плода**. **Пологи тривають 28 годин**. **Серцебиття плода не прослуховується**. Температура тіла 38,6°C. Який спосіб розродження можливий у даній ситуації?

- **декапітація плода**
- поворот плода на ніжку
- кесарів розтин
- краніотомія
- консервативне ведення пологів

Вагітна в терміні 32 тижнів доставлена у лікарню. Перенесла вдома приступ еклампсії. АТ 190/110 ммрт.ст. Пастозність обличчя і гомілок. Білок в сечі – 3,3‰. Пологові шляхи до родів не готові. Розпочато інтенсивну комплексну терапію. Яка подальша тактика ведення вагітної?

Вагітна в терміні 32 тижнів доставлена у лікарню. Перенесла **вдома приступ еклампсії. АТ 190/110 ммрт.ст. Пастозність обличчя і гомілок. Білок в сечі – 3,3‰.** Пологові шляхи до родів не готові. Розпочато інтенсивну комплексну терапію. Яка подальша тактика ведення вагітної?

- терміновий кесарів розтин
- інтенсивна терапія протягом 2 тижнів
- інтенсивна терапія протягом 4 тижнів
- викликання родів окситоцином
- викликання родів простагландинами

Вагітна в терміні 32 тижнів доставлена у лікарню. Перенесла **вдома приступ еклампсії. АТ 190/110 ммрт.ст. Пастозність обличчя і гомілок. Білок в сечі – 3,3‰.** Пологові шляхи до родів не готові. Розпочато інтенсивну комплексну терапію. Яка подальша тактика ведення вагітної?

- **терміновий кесарів розтин**
- інтенсивна терапія протягом 2 тижнів
- інтенсивна терапія протягом 4 тижнів
- викликання родів окситоцином
- викликання родів простагландинами

У роділлі 26-ти років пологи тривають 12 годин. Розміри таза 26, 28, 30, 20 см. Над входом у таз визначається великих розмірів голівка, прямий розмір 14,5 см. Передбачувана маса плоду - 5000 г. При УЗД діагностується гідроцефалія і внутрішньоутробна загибель плоду. Акушерське дослідження: в піхві пальпується неппульсуюча пуповина, відкриття шийки матки повне. Голівка плоду притиснута до входу в таз. Кістки черепа потоншені, рухливі. Серцебиття плоду не прослуховується. Яка тактика ведення пологів?

У роділлі 26-ти років **пологи тривають 12 годин**. Розміри таза 26, 28, 30, 20 см. Над входом у таз визначається великих розмірів голівка, прямий розмір 14,5 см. Передбачувана маса плоду - 5000 г. **При УЗД діагностується гідроцефалія і внутрішньоутробна загибель плоду.** Акушерське дослідження: в піхві пальпується неппульсуюча пуповина, відкриття шийки матки повне. Голівка плоду притиснута до входу в таз. Кістки черепа потоншені, рухливі **Серцебиття плоду не прослуховується.** Яка тактика ведення пологів?

- кесарів розтин
- накладання акушерських щипців
- плодоруйнівна операція
- підсилення пологів
- накладання вакуум-екстрактора

У роділлі 26-ти років **пологи тривають 12 годин**. Розміри таза 26, 28, 30, 20 см. Над входом у таз визначається великих розмірів голівка, прямий розмір 14,5 см. Передбачувана маса плоду - 5000 г. **При УЗД діагностується гідроцефалія і внутрішньоутробна загибель плоду.** Акушерське дослідження: в піхві пальпується неппульсуюча пуповина, відкриття шийки матки повне. Голівка плоду притиснута до входу в таз. Кістки черепа потоншені, рухливі **Серцебиття плоду не прослуховується.** Яка тактика ведення пологів?

- кесарів розтин
- накладання акушерських щипців
- **плодоруйнівна операція**
- підсилення пологів
- накладання вакуум-екстрактора

Протягом 2-х годин після народження плода стан роділлі добрий: матка щільна, куляста, дно її на рівні пупка, кровотечі немає. Затискач, накладений на відтинок пуповини, знаходиться на попередньому рівні, при глибокому вдиху і при натискуванні ребром долоні над симфізом пуповина втягується в піхву. Кров'янистих виділень зі статевих шляхів немає. Якою буде подальша тактика лікаря?

Протягом 2-х годин після народження плода стан роділлі добрий: матка щільна, куляста, дно її на рівні пупка, кровотечі немає. **Затискач, накладений на відтинок пуповини, знаходиться на попередньому рівні, при глибокому вдиху і при натискуванні ребром долоні над симфізом пуповина втягується в піхву.** Кров'янистих виділень зі статевих шляхів немає. Якою буде подальша тактика лікаря?

- провести ручне відокремлення плаценти
- застосувати спосіб Абуладзе
- застосувати спосіб Креде-Лазаревича
- провести кюретаж порожнини матки
- внутрішньовенно ввести окситоцин

Протягом 2-х годин після народження плода стан роділлі добрий: матка щільна, куляста, дно її на рівні пупка, кровотечі немає. **Затискач, накладений на відтинок пуповини, знаходиться на попередньому рівні, при глибокому вдиху і при натискуванні ребром долоні над симфізом пуповина втягується в піхву.** Кров'янистих виділень зі статевих шляхів немає. Якою буде подальша тактика лікаря?

- **провести ручне відокремлення плаценти**
- застосувати спосіб Абуладзе
- застосувати спосіб Креде-Лазаревича
- провести кюретаж порожнини матки
- внутрішньовенно ввести окситоцин

При огляді плаценти, яка щойно народилася, встановлено наявність дефекту розміром 2х3см. Кровотечі немає. Яка тактика найбільш виправдана?

При огляді плаценти, яка щойно народилася, встановлено наявність дефекту розміром 2х3см. Кровотечі немає. Яка тактика найбільш виправдана?

- призначення утеротонічних препаратів.
- зовнішній масаж матки.
- нагляд за породіллю.
- ручна ревізія порожнини матки.
- інструментальна ревізія порожнини матки.

При огляді плаценти, яка щойно народилася, встановлено наявність дефекту розміром 2х3см. Кровотечі немає. Яка тактика найбільш виправдана?

- призначення утеротонічних препаратів.
- зовнішній масаж матки.
- нагляд за породіллю.
- **ручна ревізія порожнини матки.**
- інструментальна ревізія порожнини матки.

У роділлі відразу після народження плоду почалася кровотеча, крововтрата перевищила фізіологічну і продовжується. Ознак відділення посліду нема. Яка тактика лікаря?

У роділлі відразу після народження плоду почалася кровотеча, крововтрата перевищила фізіологічну і продовжується. Ознак відділення посліду нема. Яка тактика лікаря?

- провести тампонаду матки
- зробити інструментальну ревізію стінок порожнини матки
- видалення посліду методом Креде-Лазаревича
- ввести в/в метилергометрин з глюкозою
- зробити ручне відділення плаценти та видалення посліду.

У роділлі відразу після народження плоду почалася кровотеча, крововтрата перевищила фізіологічну і продовжується. Ознак відділення посліду нема. Яка тактика лікаря?

- провести тампонаду матки
- зробити інструментальну ревізію стінок порожнини матки
- видалення посліду методом Креде-Лазаревича
- ввести в/в метилергометрин з глюкозою
- **зробити ручне відділення плаценти та видалення посліду.**

У роділлі Н. 38 р. III пологи, 5 штучних абортів в анамнезі. Через 5 хвилин після народження дитини розпочалася кровотеча із статевих шляхів (350 мл). Стан жінки задовільний, Рс. 92 уд./хв., АТ 100/60 мм рт.ст. Ознаки відділення плаценти відсутні. Проведено ручне її відділення: плацента відшарувалася з деякими труднощами в окремих ділянках. Який найбільш імовірний діагноз?

У роділлі Н. 38 р. III пологи, 5 штучних абортів в анамнезі. Через 5 хвилин після народження дитини розпочалася **кровотеча** із статевих шляхів (350 мл). Стан жінки задовільний, Ps. 92 уд./хв., АТ 100/60 мм рт.ст. Ознаки відділення плаценти відсутні. **Проведено ручне її відділення: плацента відшарувалася з деякими труднощами в окремих ділянках.** Який найбільш імовірний діагноз?

- часткове щільне прикріплення плаценти.
- защемлення плаценти, що відділилася.
- прирощення плаценти.
- тотальне щільне прикріплення плаценти.
- гіпотонічна кровотеча

У роділлі Н. 38 р. III пологи, 5 штучних абортів в анамнезі. Через 5 хвилин після народження дитини розпочалася **кровотеча** із статевих шляхів (350 мл). Стан жінки задовільний, Рс. 92 уд./хв., АТ 100/60 мм рт.ст. Ознаки відділення плаценти відсутні. **Проведено ручне її відділення: плацента відшарувалася з деякими труднощами в окремих ділянках.** Який найбільш імовірний діагноз?

- **часткове щільне прикріплення плаценти.**
- защемлення плаценти, що відділилася.
- прирощення плаценти.
- тотальне щільне прикріплення плаценти.
- гіпотонічна кровотеча

Роділля С., 25 років, Ш періоді родів. Після народження плода пройшло 15 хвилин. З родових шляхів незначні кров'янисті виділення. Через 5 хв. народилась плацента. Оглянута, виявлено дефект посліду. Кровотеча продовжується. Тактика лікаря?

Роділля С., 25 років, Ш періоді родів. Після народження плода пройшло 15 хвилин. З родових шляхів незначні кров'янисті виділення. Через 5 хв. народилась плацента. Оглянута, виявлено дефект посліду. Кровотеча продовжується. Тактика лікаря?

- наложения клем за Квантіліані.
- введення утеротонічних засобів в шийку матки
- притиснення черевної аорти
- ручна ревізія порожнини матки з видаленням дольки посліду
- наложення шва на губу шийки матки

Роділля С., 25 років, Ш періоді родів. Після народження плода пройшло 15 хвилин. З родових шляхів незначні кров'янисті виділення. Через 5 хв. народилась плацента. Оглянута, виявлено дефект посліду. Кровотеча продовжується. Тактика лікаря?

- наложения клем за Квантіліані.
- введення утеротонічних засобів в шийку матки
- притиснення черевної аорти
- **ручна ревізія порожнини матки з видаленням дольки посліду**
- наложення шва на губу шийки матки

У роділлі 29 років в зв'язку з повним передлежанням плаценти проведено операцію кесаревого розтину. Після видалення плаценти виникла кровотеча і відмічено залишки плаценти розміром 5х6, що не видаляються. Матка м'яка, погано скорочується. Яка можлива причина кровотечі?

У роділлі 29 років в зв'язку з повним передлежанням плаценти проведено операцію кесаревого розтину. Після видалення плаценти виникла кровотеча і відмічено залишки плаценти розміром 5х6, що не видаляються. Матка м'яка, погано скорочується. Яка можлива причина кровотечі?

- розрив матки
- гіпотонія матки
- порушення коагуляції крові
- часткове справжнє прирощення плаценти
- часткове відшарування плаценти

У роділлі 29 років в зв'язку з повним передлежанням плаценти проведено операцію кесаревого розтину. Після видалення плаценти виникла кровотеча і відмічено залишки плаценти розміром 5х6, що не видаляються. Матка м'яка, погано скорочується. Яка можлива причина кровотечі?

- розрив матки
- гіпотонія матки
- порушення коагуляції крові
- **часткове справжнє прирощення плаценти**
- часткове відшарування плаценти

Породілля 27-ми років, пологи II, термінові, нормальні. 3 доба післяпологового періоду. Температура тіла - $36,8^{\circ}\text{C}$, пульс - 72/хв., артеріальний тиск - 120/80 мм рт.ст. Молочні залози помірно нагрублі, соски чисті. Живіт м'який, безболісний. Дно матки на 3 п/п нижче пупка. Лохії кров'янисті, помірні. Який можна встановити діагноз?

Породілля 27-ми років, пологи II, термінові, нормальні. 3 доба післяпологового періоду. Температура тіла - 36,8^oC, пульс - 72/хв., артеріальний тиск - 120/80 мм рт.ст. Молочні залози помірно нагрудлі, соски чисті. Живіт м'який, безболісний. Дно матки на 3 п/п нижче пупка. Лохії кров'яністі, помірні. Який можна встановити діагноз?

- фізіологічний перебіг післяпологового періоду
- субінволюція матки
- залишки плацентарної тканини після пологів
- лактостаз
- післяпологовий метроендометрит

Породілля 27-ми років, пологи II, термінові, нормальні. 3 доба післяпологового періоду. Температура тіла - $36,8^{\circ}\text{C}$, пульс - 72/хв., артеріальний тиск - 120/80 мм рт.ст. Молочні залози помірно нагрублі, соски чисті. Живіт м'який, безболісний. Дно матки на 3 п/п нижче пупка. Лохії кров'яністі, помірні. Який можна встановити діагноз?

- фізіологічний перебіг післяпологового періоду
- субінволюція матки
- залишки плацентарної тканини після пологів
- лактостаз
- післяпологовий метроендометрит

Породілля 22-х років на 12 добу після нормальних пологів відзначає підвищення температури тіла до 39^oC протягом 3-х днів, біль в правій молочній залозі. Права молочна залоза збільшена, гаряча, напружена, гіперемована, болюча. При пальпації визначається щільний інфільтрат 8x8 см, в центрі якого - флюктуація. Який найбільш імовірний діагноз?

Породілля 22-х років на 12 добу після нормальних пологів відзначає підвищення температури тіла до 39°C протягом 3-х днів, біль в правій молочній залозі. Права молочна залоза збільшена, гаряча, напружена, гіперемована, болюча. При пальпації визначається щільний інфільтрат 8x8 см, в центрі якого - флюктуація. Який найбільш імовірний діагноз?

- післяпологовий період, 12 доба. Правобічний гангренозний мастит
- післяпологовий період, 12 доба. Правобічний флегмонозний мастит
- післяпологовий період, 12 доба. Правобічний інфільтративно-гнійний мастит
- післяпологовий період, 12 доба. Правобічний лактостаз
- післяпологовий період, 12 доба. Правобічний серозний мастит

Породілля 22-х років на 12 добу після нормальних пологів відзначає підвищення температури тіла до 39°C протягом 3-х днів, біль в правій молочній залозі. Права молочна залоза збільшена, гаряча, напружена, гіперемована, болюча. При пальпації визначається щільний інфільтрат 8х8 см, в центрі якого - флюктуація. Який найбільш імовірний діагноз?

- післяпологовий період, 12 доба. Правобічний гангренозний мастит
- післяпологовий період, 12 доба. Правобічний флегмонозний мастит
- **післяпологовий період, 12 доба. Правобічний інфільтративно-гнійний мастит**
- післяпологовий період, 12 доба. Правобічний лактостаз
- післяпологовий період, 12 доба. Правобічний серозний мастит