

ОПЕРАТИВНЕ АКУШЕРСТВО. ОПЕРАЦІЇ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ В РАННІ ТА ПІЗНІ ТЕРМІНИ. ОПЕРАЦІЇ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ ПОЛОГОВИХ ШЛЯХІВ. АКУШЕРСЬКІ ЩИПЦІ, ВАКУУМ-ЕКСТРАКЦІЯ ПЛОДА. КЕСАРІВ РОЗТИН. ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ У ПОСЛІДОВОМУ ТА ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДАХ.

Роділля 28-ми років при надходженні до пологового будинку скаржиться на головний біль, порушення зору, загальмованість. Об-но: АТ- 200/110 мм рт.ст., виражені набряки ніг, передньої черевної стінки. Голова плоду у порожнині малого тазу. Серцебиття плоду ясне, ритмічне 190/хв. При внутрішньому дослідженні: відкриття шийки матки повне, головка плоду у порожнині малого тазу.

Яка подальша тактика ведення пологів?

операція накладання акушерських щипців

кесарів розтин

плодоруйнівна операція

консервативне проведення пологів з епізіотомією

стимуляція родової діяльності

Повторні пологи у жінки 33 років тривають 18 годин. 2 години тому почались потуги.

Серцебиття плоду ритмічне, приглушене 100 уд/хв. Вагінальне дослідження:

відкриття шийки матки повне, голова плоду в площині виходу з малого тазу.

Сагітальний шов і прямому розмірі, мале тим'ячко біля лона. Виставлений діагноз: слабкість пологової діяльності, гіпоксія плода.

Визначте подальшу тактику проведення пологів

використання акушерських щипців

шкірно-головні щипці по Іванову

стимуляція родової діяльності окситоцином

кесарів розтин

використання прийому Кристеллера.

Роділля з активною пологовою діяльністю. Вагітність 1-а. ОЖ – 110 см, ВДМ – 40 см.

Розміри тазу 26-29-32-20 см. Положення плоду поздовжнє, 1-а позиція, передній вид, в області дна матки визначається велика щільна частина плоду. При внутрішньому дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття 4 см, плодовий міхур цілий, передлежить ніжка плоду.

Тактика ведення пологів?

кесарів розтин

збудження пологів

консервативне ведення пологів по Цов'янову

амніотомія

класична ручна допомога

Вагітність 40 тижн., пологи 1, II період. Народився один живий хлопчик масою 2400 г, зріст 48 см. При пальпації матки в ній виявлено же один плід. Положення його поперечне, голівка справа. При вагінальному дослідженні встановлено, що відкриття шийки матки повне, плідний міхур цілий.

Яка тактика подальшого ведення пологів ?

амніотомія, класичний поворот плода на ніжку

амніотомія, стимуляція пологової діяльності

кесарів розтин

амніотомія, консервативне ведення пологів

амніотомія, плідоруйнуюча операція

Першородяча, 30 років. Голівка у порожнині малого тазу. Серцебиття плоду почало уповільнюватися, з'явилася аритмія.

Що робити?

порожнинні акушерські щипці

кесарів розтин

вихідні акушерські щипці

перінеотомія

шкірно-головні щипці

Вагітна, 27 років, в терміні 17 тижнів поступила в стаціонар для лікування. В анамнезі - 2 самовільні викидні. При бімануальному дослідженні: матка збільшена до 17 тижнів вагітності, шийка матки вкорочена, вічко пропускає кінчик пальця.

Встановлено діагноз: істміко-цервікальна недостатність.

Тактика лікаря:

накласти шов на шийку матки

зробити амніоцентез

токолітична терапія

переривання вагітності

провести гормональне лікування

Роділля 28-ми років знаходиться у пологовому відділенні. Пологова діяльність активна.

Розміри тазу 26-29-31-20 см. Положення плоду поздовжнє, змішане сідничне Передлежання. Відійшли навколоплідні води з меконієм, серцебиття плоду глухе, 100/хв.

Піхове дослідження: відкриття шийки матки повне, сідниці у порожнині малого тазу.

Яка тактика ведення пологів?

екстракція плоду за тазовий кінець

кесарів розтин

консервативно-лікувальна

родостимуляція окситоцином

введення партусистену та спазмолітиків

Першородяча в терміні пологів. Пологи тривають 8 годин. Відійшли світлі навколоплідні води. Перейми по 30-40 с через 5-6 хвилин, регулярні, болісні. Передлежить голівка, прижата до входу у малий таз. Серцебиття плоду чітке 136 уд\хв. При піхвовому дослідженні відкриття маточного вічка 8 см, пальпується лоб, надбрівні дуги плоду, лобний шов у правому косому розмірі. Плодового міхуру немає. Яка тактика ведення пологів?

кесарів розтин

порожнинні акушерські щипці

плодоруйнівна операція

посилення пологової діяльності окситоцином

сон-відпочинок, спазмолітики

У роділлі 30 років, що народжує вперше, почалися інтенсивні потуги з інтервалом 1-2 хвилини, тривалістю 50 секунд. Наступає прорізування голівки плоду.

Промежина, висота якої 4 см, зблідла.

Що треба здійснити у даній ситуації?

перінеотомія

вакуум-екстракція плода

захист промежини

епізiotомія

притриматися вичікувальної тактики

У пологовий будинок доставлена роділля 31 року. Вагітність 4, доношена. Роді ІІ, другий період. Навколоплідні води відійшли через дві години після початку пологової діяльності. Під час огляду встановлено запущене поперечне положення і випадіння ручки плоду. Серцебиття плоду не вислуховується.

Яка подальша тактика?

декапітація

класичний акушерський поворот з наступною екстракцією плоду за ніжку

краніотомія

кесарів розтин

подальше консервативне ведення пологів

У роділлі, яка знаходиться в ІІ періоді пологів після народження сідниць плоду розвинулась слабкість родової діяльності, з'явилися ознаки гострої гіпоксії плоду.

Яка подальша тактика лікаря?

провести екстракцію плоду за тазовий кінець

продовжити консервативне ведення пологів

провести лікування гіпоксії

почати стимуляцію пологів

провести класичну ручну допомогу

У першороділлі з розмірами тазу 25-28-31-20 см почалася активна пологова діяльність.

Води відійшли, чисті. Маса плоду - 4500 г. Голівка притиснута до входу в малий таз.

Ознака Вастена позитивна. Розкриття шийки матки повне. Плідний міхур відсутній.

Серцебиття плоду ясне, ритмічне, 136/хв.

Яка тактика ведення пологів?

кесарів розтин

вакуум-екстракція плоду

акушерські щипці

консервативне ведення пологів

стимуляція пологової діяльності

Роділля 30 років на початку ІІ періоду пологів скаржиться на розпираючі болі внизу живота, різко болючі перейми. Об'єктивно:пологова діяльність бурна: перейми 60-65 сек, через кожну 1-1,5 хв, між переймами матка не розслаблюється. Нижній сегмент болючий при пальпації, ознаки Генкель-Вастена та Цангемейстера позитивні. маса плода 4000 г. Серцебиття плоду до 100/хв, приглушене. При внутрішньому акушерському дослідженні відкриття шийки матки повне, голівка над входом в малий таз.

Яка подальша тактика ведення пологів?

невідкладний кесарів розтин

вакуумекстракція плоду

спостереження протягом 1-2 год

надати медикаментозний відпочинок

накласти акушерські щипці

Першовагітна 28 років поступила з інтенсивною родовою діяльністю. Скарги на головний біль, порушення зору, заторможеність. АТ - 180/110 мм.рт.ст. Виражені набряки ніг, передньої черевної стінки. Серцебиття плоду ясне, ритмічне - 160/хв. При внутрішньому дослідженні: відкриття шийки матки повне, плодовий міхур відсутній. Голівка плоду у порожнині малого тазу.

Яка тактика проведення пологів?

операція накладення акушерських щипців

стимуляція родової діяльності

кесарів розтин
плодоруйнівна операція
зробити епізіотомію

У жінки 30 років - повторні пологи, що тривають 14 годин. Серцебиття плоду приглушене, аритмічне, 100/хв. Вагінальне дослідження: відкриття шийки матки повне голівка плоду в площині виходу з малого тазу. Сагітальний шов у прямому розмірі, мале тім'ячко біля лона.

Яка подальша тактика проведення пологів?
використання вихідних акушерських щипців
стимуляція родової діяльності окситоцином
кесарів розтин
шкірно-головні щипці по Іванову
використання порожнинних акушерських щипців

Першовагітна 38 років, в 41-42 тиж., скаржиться на послаблення рухів плода. Клінічні та лабораторні дані вказують на переношену вагітність. Передбачувана маса плода 4200 г. Серцебиття плода приглушене 160 ударів за хвилину. За даними амніоскопії – навколоплідні води зеленого кольору.

Яка тактика щодо розродження?
кесарів розтин
вичікувати початку самостійної пологової діяльності
провести окситоциновий тест
збудження пологів окситоцином
збудження пологів простогландами

Роділля В., 24 р. поступила зі скаргами на болючі перейми по 50 сек через 1-2 хв. Пологи тривають 10 годин. Роділля кричить, на обличчі вираз жаху. Ps. 105 уд./хв. АТ 120/80 мм рт. ст. t° - 37,3°C. Передбачена вага плоду 4200 г. Контракційне кільце знаходиться на рівні пупка, розміщене косо. При піхвовому дослідженні виявлено набряк піхви та шийки матки. Відкриття шийки матки повне. Плідний міхур відсутній. Голівка малим сегментом в площині входу в малий таз.

Ваша тактика?
провести кесарів розтин
накласти акушерські щипці
провести родопідсилення
провести епідуральну анестезію
провести пудендальну анестезію

Роділля 28-ми років при надходженні до пологового будинку скаржиться на головний біль, порушення зору, загальмованість. Об-но: АТ- 200/110 мм рт.ст., виражені набряки ніг, передньої черевної стінки. Голова плоду у порожнині малого тазу. Серцебиття плоду ясне, ритмічне 190/хв. При внутрішньому дослідженні: відкриття шийки матки повне, голівка плоду у порожнині малого тазу.

Яка подальша тактика ведення пологів?
операція накладення акушерських щипців
кесарів розтин
плодоруйнівна операція
консервативне проведення пологів з епізіотомією
стимуляція родової діяльності

Першородяча, 30 років. Голівка у порожнині малого тазу. Серцебиття плоду почало

уповільнюватися, з'явилася аритмія.

Що робити?

порожнинні акушерські щипці

вихідні акушерські щипці

кесарів розтин

перінеотомія

шкірно-головні щипці

Вагітну 28 років доставлено в пологовий будинок в коматозному стані. Вагітність перша, 34 тижні. Зі слів чоловіка у вагітної сталися 2 напади судом з наступною втратою свідомості. При огляді: свідомість відсутня, обличчя набрякле, ціанотичне.

Відмічаються значні набряки ніг і передньої черевної стінки. Матка в нормотонусі.

Положення плода поздовжнє, голівка плода притиснена до входу в малий таз.

Серцебиття плода глухе, до 140/хв. АТ - 180/100 мм рт.ст. Поставлений діагноз:

перша вагітність, 34 тижні, еклампсія.

Яка подальша тактика ведення вагітної?

терміновий кесарів розтин

проводити лікування пізнього гестозу і пролонгувати вагітність

провести родозбудження шляхом амніотомії та внутрішньовенного введення окситоцину

вивести вагітну з коматозного стану та розродити через природні родові шляхи

пролонгувати вагітність і розродити шляхом операції кесарського розтину при доношеній вагітності

У пологовий будинок доставлена роділля 31 року. Вагітність 4, доношена. Роди II, другий період. Навколоплідні води відійшли через дві години після початку пологової діяльності. Під час огляду встановлено запущене поперечне положення і випадіння ручки плоду. Серцебиття плоду не вислуховується.

Яка подальша тактика?

декапітація

краніотомія

класичний акушерський поворот з наступною екстракцією плоду за ніжку

кесарів розтин

подальше консервативне ведення пологів

Роділля 29 років доставлена в акушерський стаціонар зі скаргами на кров'яністі виділення із статевих шляхів, які виникли з початком регулярної пологової діяльності.

Термін гестації 38 тижнів, перейми по 30-35 сек, через 4-5 хв. Серцебиття плоду

150/хв. Внутрішнє акушерське обстеження: шийка матки пом'якшена, вкорочена до 2 см,

цервікальний канал відкритий на 2см. Плідний міхур цілий. Визначається край

плацентарної тканини. Після амніотомії кровотеча не зменшилась. Загальна крововтрата

складає 300 мл. Який план ведення пологів?

закінчити пологи шляхом кесаревого розтину

накласти шкірно-головні щипці по Губареву-Іванову

провести стимуляцію пологової діяльності

вичікувальна тактика

застосувати операцію метрейрізу

Роділля 30 років на початку II періоду пологів скаржиться на розпираючі болі внизу живота, різко болючі перейми. Об'єктивно:пологова діяльність бурна: перейми

60-65 сек, через кожну 1-1,5 хв, між переймами матка не розслаблюється. Нижній сегмент

болючий при пальпації, ознаки Генкель-Вастена та Цангемейстера позитивні. маса плода 4000 г. Серцебиття плода до 100/хв, приглушене. При внутрішньому акушерському дослідженні відкриття шийки матки повне, голівка над входом в малий таз.

Яка подальша тактика ведення пологів?

невідкладний кесарів розтин
спостереження протягом 1-2 год
надати медикаментозний відпочинок
накласти акушерські щипці
вакуумекстракція плода

Першовагітна 28 років поступила з інтенсивною родовою діяльністю. Скарги на головний біль, порушення зору, заторможеність. АТ - 180/110 мм.рт.ст. Виражені набряки ніг, передньої черевної стінки. Серцебиття плода ясне, ритмічне - 160/хв. При внутрішньому дослідженні: відкриття шийки матки повне, плодовий міхур відсутній. Голівка плода в порожнині малого тазу.

Яка тактика проведення пологів?

операція накладення акушерських щипців
кесарів розтин
плодоруйнівна операція
зробити епізіотомію
стимуляція родової діяльності

У жінки 30 років - повторні пологи, що тривають 14 годин. Серцебиття плода приглушене, аритмічне, 100/хв. Вагінальне дослідження: відкриття шийки матки повне голівка плода в площині виходу з малого тазу. Сагітальний шов у прямому розмірі, мале тім'ячко біля лона.

Яка подальша тактика проведення пологів?

використання вихідних акушерських щипців
стимуляція родової діяльності окситоцином
кесарів розтин
шкірно-головні щипці по Іванову
використання порожнинних акушерських щипців

Вагітна в терміні 30 тижнів перенесла вдома приступ еклампсії. При поступленні в пологове відділення АТ 150/100 мм рт.ст. Передбачувана маса плода 1500 г. Пастозність обличчя і гомілок. Білок в сечі – 0,66 %. Пологові шляхи до родів не готові. Розпочато інтенсивну комплексну терапію.

Яка правильна тактика ведення даного випадку?

розродження шляхом операції Кесаревого розтину

на фоні лікування пролонгувати вагітність на 1-2 тижні.

на фоні лікування пролонгувати вагітність на 3-4 тижні

почати родозбудження шляхом внутрішньовенного введення окситоцину або простагландинів

лікувати гестоз і роди вести консервативно

У роділлі з прееклампсією середнього ступеня тяжкості при відкритті шийки матки на 3-4 см з'явилися ознаки передчасного відшарування нормально розміщеної плаценти. АТ – 120/80, 110/70 мм рт.ст. Пульс – 110 ударів за хв., ритмічний. Серцебиття плода – 90 уд. за хв.

Що необхідно зробити?

кесарів розтин
стимуляція родової діяльності простагландинами

накладення кожно-головних щипців за Уїлт-Іванову
застосувати токолітики
ввести спазмолітики

Першовагітна 23 років, 37-38 тижнів, стан важкий. Вдома відбувся напад еклампсії.
АТ 180/100 мм рт. ст., пульс 98 уд. за хвилину. Генералізовані набряки.
Свідомість запаморочена.
Визначити тактику ведення вагітної.
термінове розродження шляхом кесаревого розтину на тлі інтенсивної терапії
пролонгація вагітності на тлі інтенсивної терапії
інтенсивна терапія протягом 2-3 днів з наступним розродженням
накладання акушерських щипців
рання амніотомія

У роділлі М., в I періоді пологів спостерігається активна, регулярна пологова діяльність. Положення плоду поздовжнє, головне передлежання. Під час переймів серцебиття плоду 80 уд./хв., а після їх закінчення не повертається до норми. При піхвовому дослідженні: шийка матки згладжена, розкриття до 5 см, передлежить голівка плоду в площині входу в малий таз, плідний міхур цілий.
Яка подальша тактика проведення пологів?
кесарів розтин
очікувальна тактика
ввести спазмолітичні засоби
ввести утеротонічні препарати
провести вакуум –екстракцію плода

Хвора звернулась у жіночу консультацію із скаргами на болі внизу живота, мажучі кров'яністі виділення із статевих шляхів. Діагностована вагітність 7-8 тижнів. Вагітність четверта, перша закінчилась абортom у терміні 9 тижнів без ускладнень. Під час аборту були утруднення при розкритті шийки матки. Дві наступні вагітності завершилися самовільним абортom у терміні 20-21 тиждень.
Яка найбільш імовірна причина не виношування у даному випадку?
істміко-цервікальна недостатність
гормональна недостатність
генетична патологія
підвищений вміст андрогенних гормонів
метроендометрит

У 33 тижні вагітності у жінки із середнім ступенем важкості цукрового діабету, багато-водням, з'явився раптовий біль у матці з чітко визначеною локалізацією під час пальпації. Об-но: АТ- 100/60 мм рт.ст., Ps- 110/хв., ритмічний. Серцебиття плода - 90/хв.
Яка подальша тактика?
кесарів розтин
використання спазмолітиків
використання токолітиків
стимуляція пологової діяльності
амніотомія

Вагітна 38 років, у терміні гестації 34 тижні, поступила у реанімаційне відділення з відсутністю свідомості. Годину тому у жінки відбувся напад еклампсії. Об'єктивно: АТ 200/110 мм.рт.ст., набряки III ступеня. Пологова діяльність відсутня. Серцебиття плоду приглушене 120 уд. за 1 хв. Піхвинно – шийка матки збережена.

Яка подальша тактика?
провести кесарів розтин
комплексна терапія екламптичної коми
проведення плодоруйнівної операції
збудження пологів
підготовка шийки матки простагландинами.

У пологовий зал поступила роділля з активною пологовою діяльністю. Пологи VII, 38 тижнів. Навколоплідні води вилились 7 годин тому. Живіт розтягнутий в поперечному напрямку. Серцебиття плода не прослуховується. Після проведення піхвового дослідження діагностовано занедбане поперечне положення плода. Акушерська тактика?
плодоруйнівна операція
кесарів розтин
акушерські щипці
пологопідсилення
епізіотомія

Повторнонавітна 28 років. Поступила в пологовий будинок через 6 годин після початку родової діяльності. Розміри таза: 26,28,31,21. Положення плода поздовжнє, сідничне передлежання. Передбачувана вага плода 3000 г. С/б плода ясне, 140 уд. Піхва ємна, відкриття повне, плодового міхура немає. Сідниці заповнюють $\frac{1}{3}$ крижової западини. Спереду сідниць визначається петля пульсуючої пуповини. Тактика ведення пологів?
витягування плода за паховий згин
кесарів розтин
допомога по Цовянову 1
допомога по Цовянову 2
спонтанне ведення пологів

Роділля А., 26 років, поступила в пологовий будинок із приводу I термінових пологів. Розміри таза 26, 28, 30, 20 см. Над входом у таз визначається великих розмірів голівка, прямий розмір 14,5 см. Відкриття шийки на 8 см. Кістки черепа потоншені, рухливі. При УЗД діагностується гідроцефалія і внутрішньоутробна загибель плода. Який план розродження?
краніотомія
кесарів розтин
декапітація
пологи через природні родові шляхи
євісцерація

Першородяча 36 років. Загальний стан матері і плода задовільний. Родова діяльність активна. Безводний період 2 год. Передлежача частина не визначається. Вагінально: шийка матки згладжена, відкриття 4 см, визначаються дрібні частини плода – ручка. Який метод розродження?
кесарів розтин
внутрішній поворот плода за ніжку
поворот за Брекстон-Гіксом
плодоруйнівна операція
роди вести консервативно

Повторнородяча 30 років. Таз нормальних розмірів. Роди 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 пологова діяльність розпочалась 5 годин тому. При достатньо енергійному лікуванні було 4 напади еклампсії наростаючої сили. Хвора без свідомості, найменше подразнення викликає напад. При внутрішньому дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття маточного зіву 2 сантиметри, плідний міхур цілий, голівка визначається високо над входом у малий таз, рухома. Яка найбільш правильна тактика лікаря?

зробити кесарів розтин
підсилити пологову діяльність
дати наркоз і продовжити консервативне лікування
накласти на голівку плоду щипці за Уілт-Івановим
зробити амніотомію

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?

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

Вагітна в терміні 36 тижнів, доставлена із скаргами на болі внизу живота, кров'яністі 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 замкнуте.

Тактика лікаря?

зробити терміново кесарів розтин
провести гемотрансфузію
ввести токолітики
лікувати гестоз
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?

кесарів розтин
родостимуляція
плодоруйнівна операція

консервативне ведення пологів
вихідні акушерські щипці

У пологовому відділенні першовагітна 28 років у терміні 36-37 тижнів. У жінки цукровий діабет, багатоводдя. АТ – 120/80 мм рт. ст., пульс – 80 на хвилину, t – 36,6°C. У вагітної з'явилися болі внизу живота, вагінальна кровотеча темною кров'ю. При огляді – положення плоду поздовжнє, головка прижата до входу в таз. Шийка матки укорочена до 1,5 см, помірно м'яка, відкриття до 2 см. ЧСС плоду – 178 в 1 хв.

Тактика ведення пологів?

кесарів розтин в екстреному порядку
переливання крові
плодоруйнівна операція
родостимуляція
гемостатична терапія

В акушерський стаціонар госпіталізована першовагітна. У жіночій консультації не спостерігалася. Скарги на ниючі болі внизу живота. Відмічає погіршенні зору.

Обстеження: вагітність 38 тижнів, початок I періоду родів, цукровий діабет, важкий перебіг, некомпенсований, нейроангіретинопатія. На очному дні множинні крововиливи.

Яка тактика ведення хворої?

екстрене розродження шляхом операції кесаревого розтину
корекція цукрового діабету, терапія, що зберігає вагітність
виключення потуг шляхом накладання акушерських щипців
вакуум-екстракція плода
розродження без виключення потуг

Поступила повторнородяща у терміні родів. Схватки по 35 сек. через 3-5 хв. У роділлі міопія високого ступеня, яка прогресує під час вагітності. Стан плода задовільний.

Крупний плід. Вагінально: шийка матки згладжена, відкриття зіву 7-8 см, голівка прижата до входу в малий таз, вставлення правильне. Яка тактика проведення родів?

розродження шляхом операції кесарева розтину
консервативне завершення родів
вакуум-екстракція плода при повному відкритті зіву
родостимуляція, з метою швидкого закінчення родів
виключення потуг операцією накладання акушерських щипців

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 5 см, 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 непультуюча пуповина, відкриття шийки матки повне. Голівка плоду в порожнині малого тазу. Серцебиття плоду не прослуховується.

Яка подальша тактика ведення родів?

краніотомія

кесарів розтин

накладання акушерських щипців

підсилення пологів

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?

кесарів розтин в ургентному порядку

інтенсивна терапія еклампсії з подальшим розродженням

інтубація жінки і ІВЛ

переливання плазми і сольових розчинів

нагляд за жінкою і пролонгація вагітності

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 мм рт.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 плода не прослуховується. Яка тактика ведення пологів?

плодоруйнівна операція

кесарів розтин

накладання акушерських щипців

підсилення пологів

накладання вакуум-екстрактора

У роділлі із вродженою вадою серця у періоді потуг і надходження голівки в порожнину малого таза з'явилися ознаки набряку легень.

Тактика лікаря
накласти акушерські щипці
зробити Кесарів розтин
зробити епізіотомію
провести інтубацію трахеї
ввести діуретики внутрішньовенно

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

У роділлі відразу після народження плоду почалася кровотеча, крововтрата перевищила фізіологічну і продовжується. Ознак відділення посліду немає.

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

У породіллі 26 років, на 4 добу після пологів почалась маткова кровотеча, яка склала 400 мл. Загальний стан погіршується – температура тіла 36,7° С, пульс 94 уд/хв. АТ 90/70 мм рт ст. Матка щільна, дно її на рівні пупка. При піхвовому дослідженні: шийка матки розкрита до 4см, за внутрішнім вічком визначається м'яка тканина, сгортки крові. При огляді кровотеча посилсилась.

Яка подальша тактика?
інструментальна ревізія порожнини матки.
ручне обстеження порожнини матки та видалення затримавшихся часток плаценти
ввести скорочуючі матку препарати
надпівхова ампутація матки
наружний масаж матки після спустошення сечового міхура

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 К. І пологи. В анамнезі перенесений метроендометрит після штучного аборту. Після народження дитини ознак відділення плаценти не було протягом хвилин. Зроблено спробу ручного відділення плаценти: відшарувати її не вдалося.

Після маніпуляції розпочалася кровотеча із статевих шляхів (400 мл). Стан жінки задовільний, Рс. 96 уд./хв., задовільного наповнення, АТ 100/60 мм рт ст.

найбільш правильна тактика лікаря?

лапаротомія, видалення матки.

повторна спроба відділити плаценту.

інструментальна ревізія порожнини матки.

зовнішній масаж матки.

вичікувальна тактика

30

Яка

Роділля С., 25 років, III 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?

ручна ревізія порожнини матки з видаленням дольки посліду

наложения клем за Квантіліані.

введення утеротонічних засобів в шийку матки

притиснення черевної аорти

наложения 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?

часткове справжнє прирощення плаценти

розрив матки

гіпотонія матки

порушення коагуляції крові

часткове відшарування плаценти