

!!! Перша відповідь вірна

Передчасні пологи – це переривання вагітності в терміні:

22-37 тижнів вагітності

5-10 тижнів вагітності

12-14 тижнів вагітності

14-18 тижнів вагітності

18-22 тижнів вагітності

В акушерський стаціонар поступила вагітна в термін 34-35 тижнів зі скаргами на переймоподібні болі на протязі 10 годин, відходження навколоплідних вод 12 годин тому. Для вибору тактики ведення вагітної проведено вагінальне дослідження, кардіотокографія. Які данні не свідчать про початок I періоду передчасних пологів?

Відходження навколоплідних вод

Згладжування і відкриття шийки матки

Опускання голівки в малий таз

Наявність однієї перейми за 10 хвилин тривалістю 15-20 сек

Розкриття шийки матки на 3 см

В акушерському стаціонарі перебуває вагітна в термін 26-27 тижнів з загрозою передчасних пологів. Отримує токолітичну терапію, профілактику респіраторного дистрес- синдрому новонародженого. У разі розвитку і завершення пологів до якого типу їх треба віднести?

Занадторанні передчасні пологи

Ранні передчасні пологи

Передчасні пологи

Своєчасні пологи

Маса недоношеного плода (в грамах)

до 2500

3600

2300

4000

4100

Пологи I, передчасні, у 34 тижні вагітності, I період, відбуваються на тлі преєклампсії, АТ 160/95 мм рт. ст. Розкриття шийки матки 4-5 см, роділля скаржиться на сильний біль. Який метод знеболення найдоцільніше обрати?

Епідуральну анестезію.

Місцеве знеболення новокаїном.

Інгаляційний наркоз.

Внутрішньовенний наркоз.

Введення спазмолітиків.

Протягом 2-х годин після народження плода стан роділлі стабільний, матка щільна, куляста, дно її на рівні пупка, кровотечі немає. Затискач, накладений на пуповину, знаходиться на попередньому рівні, при глибокому вдиху та 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

Першовагітна з'явилась в жіночу консультацію в 37 тижнів вагітності. Скарг немає. Протягом останніх 2 тижнів набрала 2 кг ваги. Визначаються набряки ніг. АТ - 120/70 мм рт. ст. Білок у сечі - 0,8 г/л. Поставлено діагноз: преєклампсія легкого ступеня. Яка лікувальна тактика?

Стаціонарне лікування

Амбулаторне лікування

Термінове розродження

Кесарський розтин

Пролонгування вагітності

У першовагітної 37 років пологова діяльність триває протягом 10 годин. Перейми по 20-25 сек. кожні 6-7 хв. Положення плода повздовжнє, передлежить голівка, притиснута до входу в малий таз. При піхвовому дослідженні: шийка матки довжиною до 1 см, пропускає 2 поперечні пальці. Плідний міхур відсутній. Поставте діагноз.

Первинна слабкість пологової діяльності

Вторинна слабкість пологової діяльності

Нормальна пологова діяльність

Дискоординація пологової діяльності

Патологічний прелімінальний період

Пацієнтку віком 27 років із терміном вагітності 17 тижнів шпиталізовано до стаціонару для лікування. З анамнезу відомо: 2 самовільні викидні. Під час бімануального дослідження виявлено: матка збільшена до 17 тижнів вагітності, шийка матки вкорочена, вічко пропускає кінчик пальця. Встановлено діагноз: істміко-цервікальна недостатність. Вкажіть подальшу тактику ведення вагітної.

Накласти шов на шийку матки

Токолітична терапія

Переривання вагітності

Провести гормональне лікування

Зробити амніоцентез

У гінекологічне відділення шпиталізовано жінку віком 24 роки з терміном вагітності 18-19 тижнів у зв'язку з діагностованою під час ультразвукового

дослідження істміко-цервікальною недостатністю. Під час огляду виявлено: шийка матки укорочена до 1,5 см, епітелій без патологічних змін, цервікальний канал пропускає палець. Амніотичний міхур цілий, матка збільшена до 18-19 тижнів вагітності, в нормотонусі. Яку допомогу необхідно надати вагітній?

Накладання шва на шийку матки

Токолітичну терапію

Переривання вагітності

Гормональну терапію

Седативну терапію

Пацієнтка віком 22 роки скаржиться на затримку менструації протягом 2-х місяців. Змінилися смакові вподобання. В анамнезі: пологів - 0, абортів - 0. Під час піхвового дослідження виявлено: слизова оболонка піхви та шийки матки - ціанотична, матка кулеподібної форми, збільшена до 7-8 тижнів вагітності, м'якуватої консистенції. Придатки без особливостей. Перешийок матки розм'якшений. Склепіння піхви вільні. Який найімовірніший діагноз?

Вагітність

Міома матки

Рак шийки матки

Пухирний занос

Хоріонепітеліома

У породіллі віком 24 роки під час огляду пологових шляхів у ранньому післяпологовому періоді виявлено: шийка матки ціла, є пошкодження задньої стінки піхви, шкіри та м'язів промежини. М'яз, що стискає задньопрохідний отвір, і слизова оболонка прямої кишки не пошкоджені. Яка пологова травма спостерігається у пацієнтки?

Розрив промежини II ступеня

Розрив промежини I ступеня

Розрив промежини III ступеня

Тріщина задньої спайки

Розрив піхви

Вагітність I, 38 тижнів. Положення плоду поздовжнє, передлежить голівка, притиснута до входу в малий таз. Очікувана маса плода - 3500,0 г. Перейми через 5 хв., по 25-30 сек. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 130/хв. Під час вагінального дослідження виявлено: шийка матки вкорочена до 1 см, цервікальний канал пропускає 1 п/п (2 см). Плідний міхур цілий. Яка тактика ведення пологів?

Пологи вести через природні пологові шляхи

Токолітична терапія

Амніотомія

Кесарів розтин

Стимуляція пологової діяльності

Пацієнтці віком 24 роки з терміном вагітності 40 тижнів проводиться плановий кесарів розтин. Після вкладання на операційний стіл пацієнтка поскаржилась на слабкість, нудоту, АТ знизився до 90/60 мм. рт. ст. Після

повороту на лівий бік усі показники нормалізувалися. Який патологічний стан виник у пацієнтки?

Синдром нижньої порожнистої вени

Кровотеча

Розрив матки

Синдром верхньої порожнистої вени

Еклампсія

Під час строкових пологів двійнею, після народження першої дитини масою 2800 г відійшли навколоплідні води. У процесі вагінального дослідження в піхві знайдено пульсуючу пуповину другого плоду. Голівка плода притиснута до термінальної лінії, легко

відштовхується. Спроби заправити пуповину безуспішні. Серцебиття плода - 160/хв. Яка має бути тактика лікаря?

Комбінований зовнішньовнутрішній поворот плода на ніжку з подальшим його вилученням Операція кесарського розтину

Вакуумекстракція плода

Накласти акушерські щипці

Лікувати гіпоксію плода і роди вести консервативно

Повторнонароджуюча 25 років надійшла в першому періоді пологів з переймами середньої сили. Вагітність третя. В анамнезі - кесарів розтин з приводу клінічно вузького таза та 1 штучний аборт. Раптом у роділлі з'явилися сильний біль у животі, слабкість; артеріальний тиск знизився до 90/50 мм рт. ст. З піхви з'явилися помірні кров'яністі виділення. Серцебиття плода не прослуховується. Пологова діяльність припинилася. Поставте діагноз.

Розрив матки

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти

Емболія навколоплідними водами

Синдром нижньої порожнистої вени

Передлежання плаценти

У роділлі 38 років 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/хв, АТ- 100/60 мм рт. ст. Ознаки відділення плаценти відсутні. Проведено ручне її відділення: плацента відшарувалася з деякими труднощами в окремих ділянках. Поставте діагноз.

Часткове щільне прикріплення плаценти

Защемлення плаценти, що відділилася

Прирощення плаценти

Тотальне щільне прикріплення плаценти

Гіпотонічна кровотеча

У повторнонароджуючої з початком термінових пологів з'явилися кров'яністі виділення з піхви. Під час внутрішнього акушерського дослідження виявлено: шийка матки згладжена, відкриття вічка на 6 см, внутрішнє вічко на 1/3 перекрито губчастою тканиною. На решті ділянки пальпується плідний міхур. Пологова діяльність активна. Вкажіть подальшу тактику ведення

пологів.

Амніотомія

Кесарський розтин

Стимуляція пологової діяльності

Зняття активної пологової діяльності

Гемостатична терапія

Вагітна в терміні 34 тижні доставлена до пологового будинку через кровотечу зі статевих шляхів, що з'явилася під час сну. Біль не турбує. Кровотеча близько 300 мл. Який імовірний діагноз?

Передлежання плаценти

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти

Рак шийки матки

Кровоточива ерозія

Розрив судин пуповини

У вагітної 12 тижнів, без видимої причини, з'явився біль внизу живота та незначні кров'янисті виділення. Під час піхвового дослідження: шийка матки сформована, зовнішнє вічко закрите. Тіло матки збільшено відповідно вказаного терміну вагітності. Поставте діагноз.

Загрозливий аборт

Аборт, що почався

Аборт у ходу

Неповний аборт

Вагітність, що не розвивається

У пацієнтки віком 32 роки, що народжує вперше, почалися інтенсивні потуги з інтервалом 1-2 хв, тривалістю 55-60 с. Об'єктивно спостерігається: настає прорізування голівки плода. Промежина, висота якої 4 см, надмірно випинається. Шкіра промежини бліда, напружена, після припинення потуги із статевої щілини з'явився тоненький струмок крові. Вкажіть подальшу тактику ведення пологів.

Епізіотомія

Накладання акушерських щипців

Кесарський розтин

Вакуум-екстракція плода

Очікувальна тактика

У повторнороділлі 30-ти років пологи тривають 8 годин. Перейми через кожну хвилину по 50 секунд, активні. Серцебиття плоду - 156/хв., ритмічне. Під час зовнішнього дослідження голівка розташована в порожнині малого тазу. Вагінально: розкриття шийки матки повне, голівка плоду в площині виходу з малого тазу. Стрілоподібний шов в прямому розмірі, мале тім'ячко біля лона. Який це період пологів?

Другий період нормальних пологів

Латентна фаза першого періоду нормальних пологів

Активна фаза першого періоду нормальних пологів

Стрімкі пологи

Прелімінарний період

Третя доба після 1-х термінових, нормальних пологів. Дитина на сумісному перебуванні, природному вигодовуванні. Об'єктивно: загальний стан задовільний. Температура - 36,4°C, пульс - 80/хв., артеріальний тиск - 120/80 мм рт. ст. Молочні залози м'які, безболісні. Лактація помірна, відтік молока не утруднений. Матка щільна, дно матки на 3 п/п нижче пупка. Лохії кров'янисто-серозні, у помірній кількості. Оцініть динаміку зворотного розвитку матки.

Фізіологічна інволюція

Субінволюція

Лохіометра

Патологічна інволюція

Гематометра

У породіллі через 3 тижні після пологів підвищилася температура тіла до 38°C, з'явилися остуда, слабкість та біль в лівій молочній залозі. Молочна залоза збільшена, нагрубла, болюча при пальпації; розм'якшення та флюктуації в ділянці інфільтрату немає. В крові - помірний лейкоцитоз. Який найбільш імовірний діагноз?

Серозний мастит

Лактостаз

Абсцедивний мастит

Мастопатія

Гангренозний 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 інфільтративно-гнійний мастит

Післяпологовий період, 12 доба. Правобічний серозний мастит

Післяпологовий період, 12 доба. Правобічний гангренозний мастит

Післяпологовий період, 12 доба. Правобічний флегмонозний мастит

Післяпологовий період, 12 доба. Правобічний лактостаз

У вагітної жінки 35 років із гіпертонічною хворобою I ступеня на 33-му тижні вагітності з'явилися скарги на набряки та головний біль. Об'єктивно спостерігається: загальний стан задовільний, артеріальний тиск - 160/100 мм рт. ст. Матка в нормальному тонусі. Серцебиття плода - 140/хв., ритмічне. Діагностовано добову протеїнурію - 4 г/л, добови діурез - 1100 мл. Креатинін - 80 мкмоль/л, сечовина - 7 ммоль/л, тромбоцитів - $100 \cdot 10^9$ /л. Яке ускладнення вагітності виникло?

Прееклампсія середнього ступеня

Прееклампсія важкого ступеня

Прееклампсія легкого ступеня

Гіпертензивний криз

Ниркова недостатність

У породіллі на 12-ту добу післяпологового періоду раптово підвищилася

температура тіла до 38,2°C. Спостерігається загальна слабкість, біль в ділянці правої молочної залози протягом 1 доби. Під час огляду встановлено: молочна залоза напружена, гаряча, у правому верхньому квадранті пальпується інфільтрат, болючий, щільної консистенції. Який діагноз найбільш імовірний?

Лактаційний мастит

Лактостаз

Аномалії розвитку молочних залоз

Пухлина молочної залози

Мастопатія

Пацієнтка віком 25 років скаржиться на підвищення температури тіла до 38°C, загальну слабкість. Із анамнезу відомо, що 5 днів тому відбулися термінові пологи. У пологах через щільне прикріплення плаценти проводилося ручне відділення та виділення плаценти. Під час пальпації молочні залози м'які, матка тістуватої консистенції, болюча, дно на 2 см нижче пупка. Спостерігаються гнійні виділення з піхви. Який найімовірніший діагноз? Післяпологовий метро ендометрит

Синдром Шихана

Тромбофлебіт вен малого таза

Ендометріоз матки

Післяпологовий мастит

У роділлі з регулярною пологовою діяльністю відійшли навколоплідні води зеленого кольору. Серцебиття плода 150/хв. Голівка плода притиснута до входу в малий таз. Піхвове дослідження: шийка матки відкрита до 5 см, передлежить голівка, мале тім'ячко розташоване ліворуч під симфізом. Що має бути використане для моніторингу стану плода?

Кардіотокографія

Біофізичний профіль плода

Доплерометрія пуповинного кровотоку

Амніоскопія

Визначення рН навколоплідних вод

Жінці з терміном вагітності 34 тижні проведена доплерометрія пуповинного кровообігу - встановлений реверсний діастолічний компонент. Об'єктивно: висота дна матки над лоном - 27 см, голівка плода рухома над входом в малий таз. Серцебиття плода - 136/хв. Піхвове дослідження: шийка матки закрита, довжиною 3 см. Якою має бути тактика акушера?

Негайний кесарів розтин

Повторна доплерометрія наступної доби

Біофізичний профіль плода

Ультразвукова фотометрія плода

Родозбудження окситоцином

Пологи II, термінові, у вагітної 23 років. Три години тому відійшли світлі навколоплідні води. Пологова діяльність регулярна. Перейми з інтервалом 4-5 хвилин, тривають 25 - 30 секунд, положення плода поздовжнє, передлежить голівка плода, притиснута до входу у малий таз. Серцебиття плода - 136/хв.

Внутрішнє дослідження показало: шийка матки згладжена, відкриття маткового зіву - 3 см, плодовий міхур відсутній, нижній полюс голівки на рівні *I. terminalis*. Який це період пологів?

I період пологів

Прелімінарний період

II період пологів

Передвісники пологів

III період пологів

Пацієнтці у терміні вагітності 32 тижні з загрозою передчасних пологів проводиться профілактика респіраторного дистрес-синдрому плода. Який препарат призначено? Дексаметазон

Гініпрал

Прогестерон

Окситоцин

Мізопростол

Вагітній 20-ти років в терміні 5 тижнів лікар жіночої консультації призначив повноцінне харчування та вживання фолієвої кислоти 0,4 мг. Профілактика якого ускладнення проводиться?

Вад розвитку нервової системи

Прееклампсії

Дистресу плода

Затримки розвитку плода

Переношування вагітності

Під час зовнішнього акушерського дослідження вагітної сімейним лікарем висоту стояння дна матки визначено на рівні пупка. Який передбачуваний термін вагітності?

24 тижні

8 тижнів

16 тижнів

32 тижні

40 тижнів

Породілля 27-ми років на 10 добу після пологів звернулася в жіночу консультацію зі скаргами на періодичний переймоподібний біль внизу живота. Пологи перші, термінові, нормальні. При обстеженні температура тіла - 36,8°C, пульс - 68/хв, АТ- 115/75 мм рт. ст. Грудні залози помірно нагрудні, соски чисті. Живіт м'який, безболісний. Дно матки на рівні лона. Лохії помірні серозно-кров'яністі. Який можна поставити діагноз?

Нормальний перебіг післяпологового періоду

Субінволюція матки

Лактостаз

Післяпологовий ендометрит

Післяпологовий метро ендометрит

Породілля на 11-ту добу після пологів поскаржилась на різкий біль у лівій молочній залозі, підвищення температури тіла до 39,0°C. Патології з боку внутрішніх та статевих органів не виявлено. Ліва молочна залоза гаряча на

дотик, болюча. У верхньо-зовнішньому квадранті шкіра гіперемована, дещо ціанотична, набрякла. При пальпації визначається інфільтрат 6х8 см з флюктуацією посередині. Ваша тактика ведення:

Хірургічне лікування маститу

Антибактеріальна терапія

Припинити лактацію агоністами дофаміну

Рекомендувати продовжити грудне годування

Рекомендувати зціджування молока

Пацієнтка віком 32 роки з I вагітністю та терміном 38 тижнів скаржиться на нерегулярний переймоподібний біль внизу живота та в попереку протягом 2 діб, вночі спала погано. Під час зовнішнього акушерського дослідження виявлено: тонус матки підвищений, поздовжнє положення плода I позиція, передній вид, голівка плода рухома над входом в малий таз. Під час піхвового дослідження виявлено: шийка матки до 2,5 см, відхилена дозад, розм'якшена нерівномірно, зовнішнє вічко відкрите до 0,5 см, внутрішнє вічко закрите. Який найімовірніший діагноз?

Патологічний прелімінальний період

Дискоординована пологова діяльність

Вторинна слабкість пологової діяльності

Первинна слабкість пологової діяльності

Предвісники пологів

У породіллі йде 11-й день після пологів, хворіє вже протягом 5 днів. Скаржиться на озноб. Температура тіла коливається від 35,8°C до 39,9°C. Не може зцідити ліву молочну залозу. Об'єктивно спостерігається: шкіра та слизові оболонки бліді, ліва молочна залоза значно більша, як порівняти з правою, шкіра гіперемована, верхні та нижні квадранти щільні, пальпаторно визначаються флюктуація та різкий біль; сосок із набряком, має тріщину з гнійним нальотом. Права молочна залоза без особливостей. Який попередній діагноз?

Післяпологовий період. Абсцес правої молочної залози

Післяпологовий період. Серозний мастит правої молочної залози

Післяпологовий період. Сепсис

Післяпологовий період. Рак правої молочної залози

Післяпологовий період. Фізіологічний перебіг

На 5-й день після пологів породіллі скаржиться на біль в лівій молочній залозі, підвищення температури тіла до 38,1°C. При огляді: молочна залоза збільшена, болюча при пальпації, є тріщини та набряк соска, гіперемія верхньо-зовнішнього квадранту залози. Яка профілактика ускладнення, що виникло?

Годування дитини на вимогу, зціджування залишкового молока, попередження тріщин сосків

Годування немовляти по годинах

Постійне зціджування молочних залоз

Годування не довше 10 хвилин через накладку

Припинення годування дитини при появі тріщин

Породілля 25 років госпіталізована з переймами впродовж 12 годин. Перейми тривають 25 секунд з інтервалом 3-4-7 хвилин, нерегулярні, різко болючі, біль поширюється від нижнього сегмента матки вгору. Передлежить голівка плода, притиснута до входу в малий таз, матка в гіпертонусі. Внутрішнє акушерське дослідження виявило: шийка матки згладжена, розкриття маткового вічка 3 см. Плодовий міхур цілий. Поставте попередній діагноз:

Дискоординована пологова діяльність

Первинна слабкість пологової діяльності

Вторинна слабкість пологової діяльності

Дистоція шийки матки

Фізіологічний перебіг пологів

Під час зовнішнього акушерського обстеження спостерігається: живіт овоїдної форми, у лівій бічній частині матки пальпується спинка плода, у правій - дрібні частини плода, біля дна - щільна частина, що балотує. Серцебиття плода прослуховується ліворуч та вище пупка. Якими є положення, позиція і передлежання плода?

Поздовжнє положення, І позиція, тазове передлежання

Поздовжнє положення, І позиція, головне передлежання

Поздовжнє положення, II позиція, головне передлежання

Поздовжнє положення, II позиція, тазове передлежання

Поперечне положення, І позиція, частина, що передлежить, відсутня

Повторнороділля 34-х років надійшла до пологового відділення з регулярною пологовою діяльністю. Розміри тазу: 26-29-32-22 см. При піхвовому дослідженні: відкриття шийки матки 6 см, плодовий міхур цілий. Передлежать сідниці плода, притиснуті до входу у малий таз. Мис недосяжний, екзостозів немає. ЧСС плода - 140/хв., передбачувана мас - 2800 г. Якою має бути тактика пологів?

Розродження через природні пологові шляхи

Зовнішній акушерський поворот плода

Класичний комбінований зовнішньо-внутрішній поворот плода

Кесарів розтин в ургентному порядку

Екстракція плоду за тазову частину

До лікарні шпиталізовано вагітну у терміні гестації 38 тижнів, вагітність друга. Перша вагітність завершилася природніми пологами, народився хлопчик вагою 3600 гр. У жінки було виявлено ВІЛ-позитивний статус під час другої вагітності на 12 тижні гестації. Жінка отримує ААРТ із 22 тижня вагітності. Положення плода поздовжнє, головне передлежання. Передбачувана вага 3200pm200 гр. Серцебиття плода звучне, ритмічне, 122-138/хв. Вірусне навантаження становить 40 вірусних копій/мл. Яка тактика ведення пологів у цьому разі?

Вести пологи консервативно

Кесарів розтин на 38 тижнів вагітності

Виключити II період пологів

Провести індукцію пологів на 38 тижні вагітності

Кесарів розтин на 40 тижнів вагітності

Роділлю віком 27 років у терміні вагітності 38-39 тижнів шпиталізовано до пологового відділення з приводу кров'янистих виділень зі статевих шляхів, що з'явилися з початком

пологової діяльності. Крововтрата склала - 90 мл. Загальний стан пацієнтки задовільний, АТ - 110/70 мм рт. ст. Під час піхвового дослідження спостерігається: шийка матки вкорочена до 0,5 см, розкриття шийки матки 3 см, спереду і праворуч від передлежачої голівки визначається губчаста тканина з нерівною поверхнею, яка доходить до внутрішнього вічка шийки матки. Плідний міхур цілий. Після обстеження кровотеча стала інтенсивнішою. Який найбільш імовірний діагноз?

Крайове передлежання плаценти

Центральне передлежання плаценти

Бокове передлежання плаценти

Розрив варикозно розширених вен піхви

Відшарування нормально розташованої плаценти

Вагітна віком 23 роки перебуває в пологів залі протягом 6 годин з регулярною пологовою діяльністю, прибавка у масі тіла - 17 кг, передбачувана маса плода - 4300 ± 200 грам, розміри тазу - 25-27-30 см. Перейми кожні 2-3 хвилини по 45-50 секунд протягом останньої години.

Скаржиться на болючість останніх перейм, симптом Вастена позитивний. Під час вагінального дослідження виявлено: шийка матки згладжена, відкриття 10 см, краї шийки з набряком. Положення плода повздовжнє, передлежання потиличне, І позиція, передній вид, головка плода над входом у малий таз, виділення з піхви слизові. Який найімовірніший діагноз?

Клінічно вузький таз

Загроза розриву матки

Фізіологічний перебіг II періоду пологів

Передчасне відшарування плаценти

Дискоординація пологової діяльності

Роділля віком 29 років, пологи треті, у терміні 40 тижнів народила хлопчика масою 1900 г,

зростом 48 см, із оцінкою за шкалою Апгар - 7-8 балів. У III періоді пологів народилася плацента розмірами 17x16x1,5 см, масою 340 г, із множинними петрифікатами, оболонки зеленуватого кольору. Яка патологія найімовірніше спричинила затримку внутрішньоутробного росту плода?

Плацентарна недостатність

Внутрішньоутробне інфікування плода

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти

Гіпотрофія плода I ступеня

Передчасні пологи

Вагітна віком 25 років шпиталізована у зв'язку з матковою кровотечею. Загальна крововтрата - 250 мл. Після проведеного обстеження встановлено: вагітність 10-11 тижнів, самовільний викидень в ході. Укажіть лікувальну тактику у цьому разі.

Провести видалення плодового яйця

Призначити спазмолітики

Провести гемотрансфузію

Призначити утеротонічні препарати

Суворий ліжковий режим

Вагітна віком 25 років направлена до стаціонарного відділення для лікування. В анамнезі 2 самовільних викидня. Під час обстеження виявлено вагітність 14-15 тижнів. Вагінально спостерігається: шийка матки вкорочена, зовнішнє вічко пропускає кінчик пальця. Встановлено діагноз: істміко-цервікальна недостатність. Яка тактика лікаря у цьому разі?

Накласти циркулярний шов на шийку матки

Ліжковий режим із призначенням седативних препаратів

Не чекати виникнення самовільного аборт, увести утеротонічні препарати

Провести гормональне лікування

Провести амніоцентез та перервати вагітність

Першовагітна у терміні 28 тижнів скаржиться на болі по низу живота, мажучі кров'янисті виділення зі статевих шляхів. Матка в підвищеному тонусі, рухомість плода відчуває. При бімануальному дослідженні: матка збільшена відповідно терміну вагітності, шийка матки скорочена до 0,5 см, зовнішнє вічко відкрите на 2 см. Виділення кров'янисті, мажучі. Який найбільш вірогідний діагноз?

Загроза переривання вагітності.

Аборт, що почався

Неповний аборт

Завмерла вагітність

Аборт в ходу

До відділення патології вагітних надійшла вагітна жінка з терміном гестації 32 тижні із загрозою передчасних пологів. Який з перерахованих препаратів необхідно призначити вагітній з метою профілактики синдрому дихальних розладів у новонародженого?

Глюкокортикоїди

Сурфактант

ДОКСА

Антибіотики

Вітаміни

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** прямого розміру, 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, плодоруйнуюча 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. Піхвове 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

епізіотомія

притриматися вичікувальної тактики

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

класичний акушерський поворот з наступною екстракцією плоду за ніжку

краніотомія

кесарів розтин

подальше консервативне ведення пологів

У роділлі, яка знаходиться в II 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

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 простагландинами

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

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'янисті 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

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 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

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

епізiotомія

Повторновагітна 28 років. Поступила в пологовий будинок через 6 годин після початку родової діяльності. Розміри таза: 26,28,31,21. Положення плоду поздовжнє, сідничне передлежання. Передбачувана вага плоду 3000 г. С/б плоду ясне, 140 уд. Піхва ємна, відкриття повне, плодового міхура немає. Сідниці заповнюють 1/3 крижової западини. Спереду сідниць визначається петля пульсуючої пуповини. Тактика ведення пологів?

витягування плоду за паховий згин

кесарів розтин

допомога по Цовьянову 1

допомога по Цовьянову 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 плоду. Який план розродження?

краніотомія

кесарів розтин

декапітація

пологи через природні пологові 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 плода приглушене, ритмічне 134 уд/хв. Який метод розродження?

кесарів розтин

порожнинні акушерські щипці

вихідні акушерські щипці

вакуум-екстракція плода

консервативне ведення пологів

У роділлі Л., 25 років після відходження навколоплідних вод серцебиття плода сповільнилось до 100 уд/хв. та після переймів не вирівнюється. При вагінальному дослідженні 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 плода 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 роділья 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 плода 100 в одну хвилину. Перейми слабкі. Відкриття шийки матки – 4 см. головка плода притиснута до входу в малий таз. З матки помірна кровотеча. Яка подальша тактика ведення пологів?

кесарів розтин

родостимуляція
плодорушувальна 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 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 неппульсуюча пуповина, відкриття шийки матки повне. Голівка плода в порожнині малого тазу. Серцебиття плода 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 якій встановлене давнє 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 непульсуюча пуповина, відкриття шийки матки повне. Голівка плоду притиснута до входу в таз. Кістки черепа потоншені, рухливі. Серцебиття плоду не прослуховується. Яка тактика ведення пологів?
плодоруйнівна операція

кесарів розтин

накладання акушерських щипців

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?

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 нема. 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 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, ІІІ періоді родів. Після народження плода пройшло 15 хвилин. З родових шляхів незначні кров'яністі виділення. Через 5 хв. народилась плацента. Оглянута, виявлено дефект посліду. Кровотеча продовжується. Тактика лікаря?

ручна ревізія порожнини матки з видаленням дольки посліду

наложення клем за Квантіліані.

введення утеротонічних засобів в шийку матки

притиснення черевної аорти

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?

часткове справжнє прирощення плаценти

розрив матки

гіпотонія матки

порушення коагуляції крові

часткове відшарування плаценти

Породілля 27-ми років, пологи ІІ, термінові, нормальні. 3 доба післяпологового періоду. Температура тіла - 36,8^oС, пульс - 72/хв., артеріальний тиск - 120/80 мм рт.ст. Молочні залози помірно нагрудні, 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^oС 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 інфільтративно-гнійний мастит

післяпологовий період, 12 доба. Правобічний гангренозний мастит

післяпологовий період, 12 доба. Правобічний флегмонозний мастит

післяпологовий період, 12 доба. Правобічний лактостаз

післяпологовий період, 12 доба. Правобічний серозний мастит

Під час строкових пологів двійнею, після народження першої дитини масою 2800 г відійшли навколоплідні води. У процесі вагінального дослідження в піхві знайдено пульсуючу пуповину другого плоду. Голівка плода притиснута до термінальної лінії, легко відштовхується. Спроби заправити пуповину безуспішні. Серцебиття плода - 160/хв. Яка має бути тактика лікаря?

комбінований зовнішньовнутрішній поворот плода на ніжку з подальшим його вилученням

вакуумекстракція плода

лікувати гіпоксію плода і роди вести консервативно

накласти акушерські щипці

операція кесарського розтину

Повторнороділля 34-х років надійшла до пологового відділення з регулярною пологовою діяльністю. Розміри тазу: 26-29-32-22 см. При піхвовому дослідженні: відкриття шийки матки 6 см, плодовий міхур цілий. Передлежать сідниці плода, притиснуті до входу у малий таз. Мис недосяжний, екзостозів немає. ЧСС плода - 140/хв., передбачувана маса - 2800 г. Якою має бути тактика пологів?

розродження через природні пологові шляхи

кесарів розтин в ургентному порядку

класичний комбінований зовнішньо-внутрішній поворот плода

екстракція плода за тазову частину

зовнішній акушерський поворот плода

Породілля на 11-ту добу після пологів поскаржилась на різкий біль у лівій молочній залозі, підвищення температури тіла до 39,0°C. Патології з боку внутрішніх та статевих органів не виявлено. Ліва молочна залоза гаряча на дотик, болюча. У верхньо-зовнішньому квадранті шкіра гіперемована, дещо ціанотична, набрякла. При пальпації визначається інфільтрат 6х8 см з флуктуацією посередині. Ваша тактика ведення:

хірургічне лікування маститу

антибактеріальна терапія

рекомендувати зціджування молока

рекомендувати продовжити грудне годування

припинити лактацію агоністами дофаміну

Роділля В., 22 р., в I періоді, I строкових пологів поскаржилась на злиття навколоплідних вод. Розміри тазу: 26-28-31-20. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 142 удари за хвилину. При піхвовому дослідженні: шийка матки згладжена, розкриття повне, плідний міхур відсутній. Передлежить голівка плода, біля лобкового зчленування визначається підборіддя, лицьова лінія в прямому розмірі площини виходу з порожнини малого тазу. Мис не досягається. Яке передлежання у плода?

Лицеве передлежання плода

Задній вид потиличного передлежання плода

Лобне передлежання плода

Передньо-головне передлежання плода

Передній вид потиличного передлежання плода

Роділля В., 30 років. Вагітність II, 41 – 42 тижні. Один живий плід в головному передлежанні. I період, I пологів, латентна фаза. Пологи тривають 10 годин. Вилилися навколоплідні води, забарвлені меконієм. Серцебиття плода аритмічне, глухе, 90-100 ударів на хвилину. При піхвовому дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття 4 см, стрілоподібний шов у поперечному розмірі площини входу в малий таз. Яка подальша тактика ведення пологів?

Кесарів розтин

Консервативне ведення пологів

Введення утеротонічних препаратів

Вакуум-екстракція плода

Операція накладання акушерських щипців

У вперше вагітної Н., 23 р., в терміні 38-39 тижнів з чисто сідничним передлежанням плода дві години тому розпочалась активна пологова діяльність. Серцебиття плода 146 ударів на хвилину, ритмічне. При піхвовому дослідженні: шийка матки вкорочена до 1,5 см, розкриття зовнішнього вічка 2см, плідний міхур цілий, передлежать сідниці плода. Передбачувана маса плода 3900,0 г. Яка подальша акушерська тактика?

Кесарів розтин

Допомога за Цов'яновим I

Екстракція плода за ніжки

Допомога за Морісо-Левре-Лашапелъ

Допомога за Цов'яновим II

У роділлі В., 25 р., в першому періоді I пологів з'явилися скарги на різкий головний біль, «мерехтіння мушок» перед очима, відчуття занепокоєння. Об'єктивно: АТ 180/100 мм рт. ст., набряки верхніх і нижніх кінцівок, білок в сечі 3,0 г/л, серцебиття плода до 100 ударів на хвилину, аритмічне. При піхвовому дослідженні: відкриття шийки матки 4 см, голівка плода притиснута до площини входу в малий таз. Яка подальша акушерська тактика?

Кесарів розтин

Вакуум-екстракція плода

Ведення пологів через природні пологові шляхи

Вихідні акушерські щипці

Порожнинні акушерські щипці

Роділля К., 21 рік. Пологова діяльність триває 14 годин, навколоплідні води вилилися через 3 години від початку пологової діяльності. Роділля відмічає втому. Перейми по 30 с, слабкі. Проміжки між переймами збільшились до 4-5 хв. Серцебиття плода ясне, ритмічне 146 за хв. Внутрішнє акушерське дослідження: шийка матки згладжена, розкриття маткового вічка 6 см, плідний міхур відсутній, голівка плода притиснута до входу в малий таз. Яка тактика?

Родостимуляція окситоцином 5 ОД в/в крапельно
Кесарів розтин.

Призначити окситоцин 10 ОД в/м

Родостимуляція простагландином Е2 0,75 мл в/в крапельно

Родостимуляція окситоцином 10 ОД в/в крапельно

Вагітна, 28 років, термін вагітності 38 тижнів. Відмічає набряки на руках та нижніх кінцівках, підвищення АТ до 130/100 мм. рт. ст. на обох руках, протеїнурія 2,0 г/л в середній порції сечі, неврологічної симптоматики не відмічається. Підвищення АТ та наявність протеїнурії з'явилися вперше.
Діагноз?

Прееклампсія середнього ступеня тяжкості

Прееклампсія легкого ступеня тяжкості

Прееклампсія важкого ступеня тяжкості

Еклампсія

Поєднана прееклампсія

Вагітна, 30 років, на 29 тижні вагітності звернулась до лікаря зі скаргами на незначні кров'янисті виділення з піхви, які виникли в третій раз за останній тиждень. Жодних проявів больового синдрому в цей час не було. Перша вагітність завершилась кесарським розтином 2 року тому. На момент огляду стан вагітної не порушений. АТ - 120/85 мм рт.ст., пульс - 86/хв. Живіт при пальпації м'який, безболісний. Тонус матки нормальний. ЧСС плода 130/хв. При огляді шийки матки і стінок піхви в дзеркалах встановлено наявність скудних кров'янистих виділень з цервікального каналу, візуально шийка матки закрита. Який діагноз є найбільш ймовірним у даному випадку?

Передлежання плаценти

Патологія прикріплення плаценти

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти

Розрив матки

Передлежання судин пуповини

Вагітна С., 21 рік, доставлена до пологового будинку каретою швидкої медичної допомоги зі скаргами на появу кров'янистих виділень з піхви приблизно 200мл та болісні перейми протягом останніх 20 хвилин. Вагітність перша, 40 тижнів, пологова діяльність розпочалася 4 години тому. АТ 120/80 мм рт.ст., пульс 90, шкірні покриви бліді. Положення плода повздовжнє, передлежить голівка плода, притиснута до входу у малий таз. Серцебиття плоду приглушене 90 уд. за хв. Живіт при пальпації м'який, відмічається локальна болючість по передній стінці, матка у підвищеному тонусі. Перейми через 5 хвилин по 30сек, болісні. При піхвовому дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття маткового вічка 4 см, плідний міхур цілий, передлежить голівка плода. Виділення кров'янисті зі згортками у кількості 150 мл. Найбільш ймовірний діагноз?

Передчасне відшарування плаценти

Рак шийки матки

Загроза розриву матки

Розрив матки, що відбувся

Розрив шийки матки

Вагітна К., в 38 тиж. вагітності доставлена у пологовий будинок зі скаргами на різкий біль по всьому животі, який виник годину тому, незначні кров'яністі виділення із статевих шляхів. Бліда, пульс – 110 уд/хв., АТ 100/60 мм.рт.ст. При пальпації матка напружена, болюча. Серцебиття плода відсутнє. Ймовірний діагноз?

Передчасне відшарування плаценти

Розрив матки, що стався

Передлежання плаценти

Дискоординована пологова діяльність

Загроза розриву матки

Роділля 24 роки, дана вагітність перша, доношена. Таз нормальних розмірів. Передбачувана маса плода 4200 г. Тривалість I періоду пологів 10 год., II - 1 година. Перейми активні. Передлежить голівка притиснута до входу в малий таз, ознака Генкель-Вастена позитивна. Серцебиття плоду ясне, ритмічне 118-126 уд/хв. Вагінально: повне відкриття шийки матки, голівка на I пл. малого тазу, велика родова пухлина, набряк вульви. Яке виникло ускладнення в пологах?

Клінічно вузький таз

II період пологів

Слабкість потуг

Дискоординована пологова діяльність

Швидкі пологи

Пацієнтка, 34 роки. Вагітність I - 34 тижні. Впродовж тижня виникли набряки на верхніх та нижніх кінцівках, передній стінці живота, обличчі, турбував періодичний головний біль і затруднене носове дихання. Об'єктивно: АТ 160/120 мм.рт.ст., висота дна матки і окружність живота відповідають терміну вагітності. Серцебиття плоду ясне, ритмічне 138-146 уд/хв. Яке виникло ускладнення вагітності?

Прееклампсія вагітних тяжкого ст.

Прееклампсія вагітних середнього ст.

Хронічна гіпертензія

Прееклампсія вагітних легкого ст.

Еклампсія.

У стаціонар звернулася вагітна 28 років із скаргами на посилення рухів плода впродовж 3-х днів. Вагітність II, 37 тижнів. На попередньому УЗД (у 36 тиж): розміри плода відповідають 34 т., ознаки старіння плаценти (петрифікати, лакуни), навколоплідні води – опалесціують. Які обстеження необхідно провести першочергово?

Біопрофіль плода, доплерометрія судин фетоплацентарного кровообігу.

Повторне УЗД через 2 тижні

Амніоцентез

Амніоскопія

Кордоцентез

Другі вчасні пологи, тривають 8 годин. Щойно відійшли забарвлені меконієм води. Вагінально: повне розкриття шийки матки, голівна на III площині тазу, стріловидний шов у правому косому розмірі, мале тім'ячко зліва біля лона. С/б плода приглушене, 76-84 уд/хв. Які подальші дії найбільш оптимальні?

Порожнинні акушерські щипці

Вакуум-екстракція плоду

Кесарів розтин

Киснева терапія

Вихідні акушерські щипці

Роділля 36 років, народився хлопчик 3500. В анамнезі 2 пологів і 4 штучні аборти. Активне ведення III періоду родів. Через 30 хвилин відсутні ознаки відділення плаценти. Вирішено провести ручне відділення і видалення посліду. Під час операції почалась кровотеча, але плаценту відділити не вдалося. Крововтрата - 500 мл. Що робити?

Екстирпація матки без додатків

Інструментальна ревізія порожнини матки

Вакуум-аспірація порожнини матки

Повторити спробу відділити плаценту.

Провести тугу тампонаду матки

Вагітність 40 тижнів, перші пологи двійнею, II період. Першим народився живий доношений хлопчик вагою 2900 г, ростом 48 см. Положення другого плода поперечне, голівка справа, спинка повернута до дна матки. Вагінально: повне відкриття шийки матки, плодовий міхур цілий. Оптимальна тактика подальшого ведення пологів, якщо плід не займе повздовжнє положення після відновлення перейм?

Амніотомія, класичний поворот плода на ніжку.

Амніотомія, консервативне ведення пологів.

Амніотомія, плодоруйнівна операція.

Кесарів розтин.

Амніотомія, стимуляція пологової діяльності.

Вагітна у терміні 30 тижнів зазнала тупої травми в живіт під час автомобільної аварії. Скарги на локальний біль в місці травми та незначні кров'яністі виділення з піхви, рухи плода відчуває. АТ – 110/70 мм рт.ст., пульс 82 уд/хв, серцебиття плода 120 за 1 хв. Яку тактику ведення обрати?

Госпіталізація та пролонгування вагітності при постійному моніторингу матки та серцебиття плода

Негайний кесарів розтин

Негайні пологи природними родовими шляхами

Холод на живіт, постійне спостереження сімейного лікаря

Профілактика дистресу плода

Вагітна 32 років народила доношеного хлопчика масою 2150 г. У дитини – мікроцефалія, низьке перенісся, пласке обличчя, косоокість. Через 6 годин після народження почалося тремтіння тіла, неспокій. Погано смокче, постійно плаче. Мати не спостерігалася у лікаря під час вагітності, запевняє, що раніше вживала алкоголь і курила, але після того, як завагітніла,

спиртним не зловживала, але продовжувала курити. За її словами, резус-фактор крові негативний, іноді буває підвищення цукру в крові. Що зумовило такий стан немовляти?

Алкогольний синдром плода

Куріння матері

Вроджений сифіліс

Резус-конфлікт

Діабетична фетопатія

Жінка 25 років після вчасних пологів народила дівчинку масою 3300 г із серцебиттям 105 уд/хв, акроціанозом, активними рухами кінцівок, дитина голосно кричить, у відповідь на подразнення стопи – гримаса. Оцініть новонароджену за шкалою Апгар.

8 балів

9 балів

10 балів

7 балів

5 балів

Пацієнтка Л. прийшла до сімейного лікаря на прийом. Термін вагітності 32 тижні. ВСДМ – 36 см, ОЖ – 100 см. При пальпації матки діагностовано її напруження, флюктуацію та підвищену рухливість плода. Серцебиття плода 146 уд/хв, приглушене. Лікар запідозрив багатоводдя. Який метод діагностики слід застосувати для підтвердження діагнозу?

УЗД з встановленням індексу амніотичної рідини

УЗД з встановленням об'єму амніотичної рідини

Доплерометрія в артерії пуповини

Компютерна томографія

Біофізичний профіль

Роділля М. поступила у пологове відділення у першому періоді термінових пологів. Стан пацієнтки і плода задовільний. При зовнішньому та внутрішньому акушерському обстеженні діагностовано багатоводдя. Яке ускладнення найчастіше виникає в пологах при багатоводді?

Передчасне вилиття навколоплідних вод

Дистрес плода

Дискоординована пологова діяльність

Стрімкі пологи

Затяжні пологи

Пацієнтка Л. прийшла до сімейного лікаря на прийом. Термін вагітності 36 тижні. ВСДМ – 32 см, ОЖ – 92 см. При зовнішньому акушерському обстеженні лікар запідозрив маловоддя. Серцебиття плода 146 уд/хв, ясне, ритмічне. Рухова активність плода знижена. Який метод діагностики слід застосувати для підтвердження діагнозу?

УЗД з встановленням індексу амніотичної рідини

УЗД з встановленням об'єму амніотичної рідини

Доплерометрія в артерії пуповини

Компютерна томографія

Біофізичний профіль

Вагітна Я. поступила у відділення патології вагітності з діагнозом: І вагітність, 34-35 тижнів. Монохоріальна діамніотична двійня. Який термін родорозродження є найбільш оптимальним для даної пацієнтки?

36-37 тижнів

37-38 тижнів

35-36 тижнів

34-35 тижнів

38-39 тижнів

Вагітна Л. поступила у відділення патології вагітності з діагнозом: І вагітність, 30-31 тиждень. Монохоріальна моноамніотична двійня. Який метод і термін родорозродження є найбільш оптимальним для даної пацієнтки?

Кесарський розтин в повних 32 тижні

Пологи через природні пологові шляхи в повних 32 тижні

Кесарський розтин в повних 34 тижні

Пологи через природні пологові шляхи в повних 34 тижні

Пологи через природні пологові шляхи в повних 35 тижні

Вагітна Р. поступила у відділення патології вагітності з діагнозом: І вагітність, 34-35 тижнів. Триамніотична трійня. Який метод і термін родорозродження є найбільш оптимальним для даної пацієнтки?

Кесарський розтин в 35-36 тижнів

Пологи через природні пологові шляхи в повних 34 тижні

Кесарський розтин в повних 34 тижні

Пологи через природні пологові шляхи в 35-36 тижнів

Пологи через природні пологові шляхи в повних 37 тижнів

Вагітна, 30 років, госпіталізована у стаціонар зі скаргами на кров'яністі виділення зі статевих шляхів, що виникли 30 хвилин тому, та не супроводжуються больовими відчуттями. Термін вагітності 36 тижнів. Регулярна пологова діяльність відсутня. Матка в нормотонусі, безболісна при пальпації. Положення плода повздовжнє, передлежить голівка, рухома над входом в малий таз. Серцебиття плода приглушене, ритмічне, 100 ударів за хвилину. При внутрішньому акушерському дослідженні: шийка матки довжиною 3см, зовнішнє вічко закрите. Через переднє склепіння вагіни пальпується м'яка тканина. У піхві 450 мл крові зі згортками. Який діагноз в даному випадку найбільш ймовірний?

Передлежання плаценти

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти

Розрив матки

Рак шийки матки

Поліп шийки матки

Роділля, 28 років, поступила до пологового залу з регулярною пологовою діяльністю протягом 10 годин, навколоплідні води відійшли 6 годин тому. Протягом 2-х останніх годин спостереження – відсутність поступального руху голівки плода при повному розкритті шийки матки. Голівка плода

притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода 140 уд. /хв. Ознака Генкель - Вастена позитивна. Розмір Цангемейстера – більший зовнішньої кон'югати. Яка подальша акушерська тактика?

Завершення пологів шляхом кесаревого розтину

Очікувальна тактика пологів.

Плородурійнівна операція в пологах.

Вкоротити потужний період застосуванням вакуум – екстракції плода.

Вкоротити потужний період застосуванням акушерських щипців.

Повторнороділля 25-ти років знаходиться в пологах 7 годин. Перейми через 1 хвилину по 45 секунд, активні. Серцебиття плода – 150уд./хв., ритмічне. Під час зовнішнього акушерського дослідження голівка плода розташована в порожнині малого тазу. При внутрішньому акушерському дослідженні: розкриття шийки матки повне, голівка плода в площині виходу з малого тазу. Стрілоподібний шов в прямому розмірі, мале тім'ячко біля лона. Який це період пологів?

Другий період нормальних пологів

Латентна фаза першого періоду нормальних пологів

Активна фаза першого періоду нормальних пологів

Стрімкі пологи

Прелімінальний період

Першороділля знаходиться у пологовому залі у I періоді термінових пологів, що ведуться згідно партограми. Розміри тазу: 25-28-31-17 см. При внутрішньому акушерському дослідженні встановлено: шийка матки згладжена, розкриття – 8 см, стріловидний шов визначається в правому косому розмірі ближче до поперечного, зміщений до симфізу, мале тям'ячко справа, задня тім'яна кістка вставляється до входу у малий таз, плодовий міхур відсутній, підтікають світлі навколоплідні води. Серцебиття плода ясне, ритмічне 138 уд/хв. Яка подальша тактика ведення пологів?

Ургентний кесарів розтин.

Консервативне ведення пологів.

Вакуум-екстракція плода.

Пологопосилення.

Плородурійнівна операція.

Роділля 30 років. Пологи II, на 41 тижні. II період пологів. Потуги через кожні 2-3 хв. по 45 сек. Аускультативно серцебиття плода - 80 ударів за хв., приглушене, аритмічне, не вирівнюється між потугами. При записі фетального кардіомонітору отримано 5 балів. При внутрішньому акушерському дослідженні: розкриття шийки матки повне, голівка плода притиснута до входу в малий таз, підтікають світлі навколоплідні води. Подальша тактика ведення пологів?

Кесарів розтин.

Консервативне ведення пологів.

Вакуум-екстракція плода.

Пологопідсилення.

Плородурійнівна операція.

У повторнонароджуючої в терміні вагітності 40 тижнів, при огляді живота зліва від пупка визначається округлої форми, щільної консистенції утворення. Зліва, ближче до пупка, вислуховується серцебиття плода до 140 уд/хв. Яке положення плода та позиція?

Поперечне положення плода, I позиція

Поперечне положення плода, II позиція

Повздовжнє положення плода, I позиція

Косе положення плода, II позиція

Тазове передлежання плода

Повторнонароджуюча 27 років народила хлопчика вагою 3950 г. В анамнезі попередні пологи ускладнилися гіпотонічною матковою кровотечею. Роділля знаходиться у третьому періоді пологів. Загальний стан задовільний. Пульс 90 за 1 хв., ритмічний, АТ 110/60 мм рт. ст. Що з нижче переліченого є профілактикою кровотечі у ранньому післяпологовому періоді?

Активне ведення III – го періоду пологів

В/венне крапельне введення кристалоїдів.

В/венне введення 20 ОД окситоцину протягом 2-х годин.

Ручне обстеження порожнини післяпологової матки та масаж матки.

Ввести ректально 800 мкг мізопростолу.

Вагітна доставлена у пологовий будинок у 35 тижнів вагітності зі скаргами на підвищення АТ до 170/110 мм рт.ст. Вагітність доношена. З 32 тижнів вагітності відмічаються набряки на ногах, гіпертензія та протеїнурія. АТ 170/110, 160/100 мм рт.ст. Визначена затримка розвитку плода на 3 тижні за даними УЗД, фетоплацентарна дисфункція за даними доплерометрії, ЧСС плода 100 уд/хв. Якою повинна бути тактика ведення даної вагітної?

Кесарів розтин

Лікування гестозу та пролонгування вагітності

Спостереження в ЖК

Лікування гіпертонічної хвороби.

Розродження в 37 тижнів.

У другому періоді пологів у роділлі активні потуги, через 2 хв. по 50-55 сек. Серцебиття плода глухе до 90 ударів за 1 хв., не вирівнюються після потуги, при КТГ виявлені пізні децелерації. При піхвовому дослідженні; повне відкриття шийки матки, голівка плода в площині виходу з малого тазу, стрілоподібний шов в прямому розмірі, мале тім'ячко під лоном. Яка подальша тактика ведення пологів?

Вакуум-екстракція плода

Акушерські порожнинні щипці

Ургентний кесарів розтин

Стимуляція пологової діяльності

Епізіотомія

Вагітна скаржиться на нерегулярні переймоподібні болі внизу живота и попереку, які виникли після фізичного навантаження. ОЖ 80 см, ВДМ 30 см. Тонус матки підвищений, положення плода повздовжнє, головне передлежання. При внутрішньому дослідженні: шийка матки скорочена до 2

см, зовнішнє вічко відкрито до 0,5 см. Був встановлений діагноз: Вагітність 32 тижні, головне передлежання. Загроза передчасних пологів. Яка тактика ведення вагітної?

Пролонгування вагітності та профілактика респіраторного дистрес-синдрому.
Достроковий кесарів розтин.

Дострокове розродження через природні пологові шляхи.

Амбулаторне лікування в жіночій консультації.

Не потребує лікування, спостереження

До жіночої консультації на черговий прийом прийшла першовагітна в 27 тижнів. Перебіг вагітності без ускладнень, здорова. Працює лікарем в місцевій лікарні. З якого терміну вагітності треба оформити відпустку в зв'язку з вагітністю та пологами?

З 30 тижнів

В 28 тижнів

В 32 тижні

В 27 тижнів

Не потребує лікарняного листа

Після народження доношеної дитини виявлено, що голівка новонародженого має доліхоцефалічну форму, витягнута спереду назад. При огляді голівки на потиличній частині визначається пологова пухлина, яка розташована на середині між великим та малим тім'ячком. При якому передлежанні голівки плода відбулися пологи?

При задньому виді потиличного передлежання

При передньому виді потиличного передлежання

При передньо-тім'яному передлежанні

При лобному передлежанні

При лицевому передлежанні

Першороділля 20-ти років поступила до пологового відділення з пологовою діяльністю протягом 6 годин. Перейми регулярні, через кожні 3 хвилини, тривалістю 40 сек. Шийка матки згладжена, відкриття 5 см. Укажіть правильний діагноз.

Нормальна пологова діяльність, активна фаза пологів

Дискоординована пологова діяльність

Хибні перейми

Латентна фаза пологів

Слабкість пологової діяльності

При внутрішньому акушерському дослідженні визначається голівка плода, що виповнює внутрішню поверхню лонного зчленування та дві третини крижової западини. Сідничні ості важко досягаються. Голівка плода знаходиться близько до дна таза, внутрішній поворот її ще не закінчений. В якій площині малого таза розташована голівка плода?

У площині вузької частини порожнини малого таза

У площині виходу з малого таза

У площині широкої частини порожнини малого таза

Над входом у малий таз

У площині входу до малого тазу

Породілля 26-ти років, 3-я доба післяпологового періоду. Відбулись пологи другі, термінові, фізіологічні. Температура тіла – 36,8°C, пульс – 72 уд./хв., АТ – 120/80 мм рт.ст. Молочні залози помірно загубілі, соски чисті. Живіт м'який, безболісний, дно матки на 3 поперечні пальці нижче від пупка. Лохії кров'янисті помірні. Який імовірний діагноз?

Фізіологічний перебіг післяпологового періоду

Лактостаз

Залишки плацентарної тканини після пологів.

Субінволюція матки

Післяпологовий ендометрит

Вагітна в терміні 35-х тижнів доставлена до пологового будинку в зв'язку з кровотечею з піхви, що з'явилась під час сну. АТ 100/60 мм.рт.ст., ЧСС 76 уд/хв. Болі не турбують. Матка в нормотонусі. Серцебиття плода 150 уд/хв. Кровотеча з пологових шляхів склала біля 500 мл, яскраво-червоного кольору. Який діагноз?

Передлежання плаценти

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти

Розрив матки

Розрив судин пуповини

Геморрой

Вагітна 25-ти років у 38 тижнів вагітності доставлена до пологового будинку зі скаргами на різкий біль у животі, який виник годину тому, незначні кров'янисті виділення зі статевих шляхів. Пологова діяльність відсутня. Біла, пульс – 100 уд./хв., АТ – 160/100 мм рт.ст. Матка при пальпації асиметрична, у гіпертонусі, напружена, болісна. Серцебиття плода відсутнє. Який діагноз?

Передчасне відшарування плаценти

Розрив матки

Передлежання плаценти

Емболія навколоплідними водами

Гостра ниркова недостатність

Повторнонароджуюча 25 років поступила в першому періоді пологів з переймами середньої сили. Дана вагітність третя. В анамнезі – кесарів розтин з приводу клінічно вузького тазу 2 роки тому, 1 мимовільний викидень. Раптово у роділлі з'явилася сильна біль в животі, слабкість; АТ знизився до 90/50 мм рт.ст. З піхви появились помірні кров'янисті виділення. Серцебиття плода не вислуховується. Пологова діяльність зупинилась. Який найбільш вірогідний діагноз?

Розрив матки, що відбувся

Передчасне відшарування плаценти

Слабкість пологової діяльності

Передлежання плаценти

Емболія навколоплідними водами

Вагітна 19 років знаходиться у відділенні патології вагітності. Вагітність 36 тижнів, тазове передлежання. Скаржиться на погіршення рухомості плоду. Пологової діяльності немає, матка у нормотонусі. Серцебиття плоду ритмічне, приглушене до 100 уд за 1хв. Яким додатковим методом дослідження можна підтвердити діагноз гіпоксії плоду?

Доплерометрія швидкості кровоплину в артерії пуповини

Плацентографія

Фетометрія плоду.

Кольпоцитологія.

Амніоскопія

У відділення патології вагітних поступила повторновагітна з групою крові А(II) Rh (-) в 36 тижнів вагітності. Загальний стан задовільний. Серцебиття плоду ритмічне, 120 уд/хв. При обстеженні діагностовано титр антитіл Rh-Ат 1:64. Ступінь зрілості шийки матки за шкалою Бішопа – 4 бала. Яку тактику ведення вагітної слід обрати?

Кесарів розтин негайно

Пологи у 40 тижнів вагітності

Індукція пологів

Розродження через природні пологові шляхи у 38 тижнів

Кесарів розтин в плановому порядку в 38 тижнів вагітності

Першовагітна відвідала жіночу консультацію в 15-16 тижнів вагітності. Скарг немає. Із анамнезу в'ячено, що 2 роки тому хворіла на пієлонефрит. АТ 130/90 мм рт. ст. У аналізі сечі патології не виявлено. Видимих набряків немає. Які міри профілактики пізнього гестозу слід застосувати протягом вагітності?

Аспірин 100 мг/доб. + препарати кальцію 2г/доб з 12 тиж.

Призначення фізіотерапії.

Призначення спазмолітичної терапії.

Призначення антибактеріальної терапії.

Психопрофілактична підготовка.

Першовагітна 24 років, з Rh (-) типом крові, поступила у пологовий будинок у терміні вагітності 28 тижнів з загрозою передчасних пологів. Положення плоду повздовжнє, головне передлежання, серцебиття чітке 140 за хвилину. Титр антитіл у крові не визначений. У чоловіка Rh(+) тип крові. Яку профілактику треба провести?

Введення 1 дози (300мкг) анти-Rh0 (Д) імуноглобуліну

Ввести 2 дози (600мкг) анти-Rh0 (Д) імуноглобуліну

Введення 1 дози (75мкг) анти-Rh0 (Д) імуноглобуліну

Використання кортикостероїдів

Інфузія реосорбілакта

Вагітна, 35 років, поступила з діагнозом: вагітність IV, 19 тижнів, загроза переривання вагітності, істміко-цервікальна недостатність (ІЦН). В анамнезі стрімкі пологи з травмою шийки матки, 2 мимовільних аборти в 15 та 18 тижнів вагітності. При піхвовому дослідженні: шийка матки вкорочена до 2 см, зовнішнє вічко пропускає 1 п/палець. Яка допомога потрібна вагітній?

Накладання шва на шийку матки
Симптоматична терапія
Провести переривання вагітності
Спазмолітична терапія
Лікування не потребує