

?

Вагітна В., 24 років з обтяженим акушерським анамнезом поступила у відділення патології вагітних. На 12 тижні вагітності знаходилася на стаціонарному лікуванні з приводу загрози викидня. Після проведеного лікування виписана зі збереженою вагітністю. Вагітність четверта, перші три закінчилися мимовільними абортами на 14, 16 та 20 тижні вагітності. Матка знаходиться на середині між пупком і лобком. Піхвове дослідження: шийка матки вкорочена до 2,0 см, цервікальний канал вільно пропускає палець. Матка відповідає 16 тижню вагітності. Виділення слизові.

Діагноз?

- + Істміко-цервікальна недостатність
- Загроза передчасних пологів
- Загроза мимовільного аборт
- Мимовільний аборт, що розпочався
- Неповний самовільний аборт

?

Вагітна Н., 25 років доставлена в пологове відділення зрегулярною пологовою діяльністю протягом 7 годин та кров'яними виділеннями з піхви, які з'явилися пів години тому. Навколоплідні води не виливались. Вагітність 4, пологи перші, попередні 3 вагітності закінчилися штучними абортами. ЧСС плода 136 за 1 хв. При дослідженні виявлено згладжену шийку матки, розкриття маткового вічка 6-7 см, передлежить голівка, плідний міхур цілий, збоку пальпується м'яка губчата тканина.. Встановлений діагноз - бокове передлежання плаценти. Тактика лікаря?

- + Амніотомія
- Кесарський розтин
- Стимулювання пологів -
- Акушерські щипці
- Плродоруйнівна операція

?

Жінка 32 років звернулася до лікаря зі скаргами на рясні та тривалі менструації, які тривають уже протягом 6 місяців, загальну слабкість, запаморочення. Шкіра та видимі слизові оболонки бліді. При піхвовому дослідженні виявлено: матка збільшена в розмірах як до 9-10 тижнів вагітності, правильної форми, безболісна, рухлива, додатки з обох боків не пальпуються, інфільтратів в малому тазу немає, склепіння вільні. Встановлений діагноз: фіброміома матки, постгеморагічна анемія. Виберіть тактику ведення хворої.

- + Діагностичне вишкрібання порожнини матки
- Міомектомія
- Гістеректомія
- Призначення гормональних препаратів
- Призначення препаратів заліза

?

Жінка 45 років пред(являє скарги на періодичний біль і відчуття важкості внизу живота, субфебрильну температуру. Менструації нормальні. В анамнезі 2 пологів. Пульс-76/хв. АТ 120/70 мм.рт.ст. Вагінально: пропальповуються двохсторонні пухлини придатків матки, більші, ніж кулак; пухлини не рухомі, заповнюють увесь мал.таз.Задне склепіння випнуте. Аналіз крові ШОЕ-60 мм/год, помірна лімфопенія, незначна еозинофілія.

Діагноз?

- + Рак яєчників 2 ст., кл. гр. 2
- Двобічні тубооваріальні пухлини запального генезу
- Двобічні кістоми яєчників
- Фіброміома матки
- Позаматкова вагітність

?

Жінка, 26 років, скаржиться на затримку менструації на 3 тижні, відчуття нудоти, здебільшого зранку. Тест на вагітність позитивний. Менструальний цикл регулярний. Вагітностей не було. При обстеженні

встановлено: слизова шийки матки і піхви ціанотичні, тіло матки м'якуватої консистенції, дещо збільшене в розмірах. Ліворуч пальпується пухлинне утворення, болюче при пальпації. Проведено УЗД -ембріона в порожнині матки не виявлено. Найбільш ймовірний діагноз?

+ Підозра на прогресуючу позаматкову вагітність

- Порушення менструального циклу
- Маткова вагітність в малому строці
- Порушена позаматкова вагітність
- Гіпофізарно-яєчниково-недостатність

?

Вагітна в терміні 8 - 9 тижнів скаржиться на ниючий біль, що непокоїть останні 2 доби, локалізується над лонним зчленінням. Кілька годин тому з'явилися незначні кров'янисті виділення зі статевих шляхів. При огляді: шийка матки центрована, скорочена, зовнішнє вічко пропускає кінчик пальця. Тіло матки щільної консистенції, відповідає 8 - 9 тижням вагітності, рухливе, безболісне. Придатки - без особливостей.

Виділення з цервікального каналу кров'янисті, помірні. Діагноз:

+ Почавшийся мимовільний аборт

- Загроза мимовільного аборт
- Мимовільний аборт в ході
- Метрорагія
- Неповний мимовільний аборт

?

Роділля 18 років поступила в пологове відділення на початку II періоду пологів зі скаргами на сильний головний біль, погіршення зору, болі у епігастрії. Через 3 хвилини стався напад судом з втратою свідомості. Дані обстеження: Загальний стан тяжкий. Шкіра блідо-сірувата, набряки верхніх та нижніх кінцівок, передньої черевної стінки, обличчя. А\т - 180\130 мм рт ст., 150\110 мм рт ст., серцеві тони при аускультатії послаблені, ритмічні. Положення плода поздовжнє, передлежить голівка, у порожнині малого таза. Серцебиття плода вислуховується 176 уд. за хв., глухе. Повне відкриття шийки матки. Плідний міхур відсутній. Голівка у вузькій частині малого таза. Мис не досягається. Екзостозів не має. Тактика?

+ Закінчити пологи шляхом накладання порожнинних акушерських щипців

- Зробити кесарський розтин
- Призначити стимуляцію пологової діяльності
- Плороруйнівна операція
- Зробити перінеотомію, вакуум-екстракцію плоду

?

Роділля доставлена в клініку КШД зі скаргами на біль в животі, короткочасну втрату свідомості. Строк вагітності 40 тижнів. АТ - 80/60 мм рт.ст., пульс 126 уд/хв, слабкого наповнення. Шкіра і слизові бліді. Матка напружена, відмічається випинання в правій її половині, ближче до дна матки. При пальпації болюча. Частини плоду пальпуються погано. Серцебиття плоду 160 уд/хв, глухе. Із зовнішніх статевих органів виділяється кров в незначній кількості. Родова діяльність помірна, води не виливались. При піхвовому дослідженні розкриття шийки матки 5-6 см. Тканина плаценти не пальпується. Діагноз?

+ Передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти

- Передлежання плаценти
- Прееклампсія
- Розрив матки
- Кровотеча з варікозно розширених вен піхви

?

Хвора Б., 38 років, 5 років спостерігається з приводу міоми матки (розмір пухлини-до 10 тиж. вагітності), скаржиться на рясні тривалі менструації, при яких кількість гемоглобіну знижується до 80 г\л. 5-та доба менструації, виділення рясні, хвора бліда. План невідкладної допомоги.

+ Лікувально-діагностичне вишкрібання матки

- Гемостатична терапія

- Гемостимулююча терапія
- Антибактеріальна терапія
- Гормональне лікування

?

Хвора 34 років. Фіброміома матки виявлена 2 роки тому. Швидкого росту немає. Скаржитися на біль внизу живота. Лейкоцитоз 17×10^9 /л. Симптоми подразнення очеревини позитивні. При вагінальному дослідженні матка збільшена до 10 тижнів вагітності, бугриста, один з вузлів рухливий, болючий. Діагноз?

- + Перекрут фіброматозного вузла
- Кіста яєчника
- Загострення двохстороннього аднекситу
- Розрив піосальпінксу
- Гострий апендецит

?

Вагітна 22 років звернулася до жіночої консультації зі скаргами на кровотечу, біль внизу живота. Строк вагітності 9-10 тижнів. Вагінальне дослідження: шийка матки розкрита на 3 см, матка збільшена до 8 тижнів, у цервікальному каналі виявляється залишки плідного яйця, надмірна кровотеча. Яка тактика?

- + Провести вишкрібання порожнини матки
- Холод на низ живота
- Накласти шов на шийку матки
- Призначити утеротонічну терапію
- Призначити токолітичну терапію

?

Впершенароджуюча, пологи тривають 16 годин. Води вилилися 2 години тому. Головне передлежання, серцебиття плоду 90 уд\хв., ритмічне. Розкриття шийки матки повне, голівка перебуває у виході з малого тазу. Стрілоподібний шов у прямому розмірі, мале тім'ячко у лона. Яка тактика лікаря?

- + Накласти вихідні акушерські щипці
- Кесарський розтин
- Накласти порожнинні акушерські щипці
- Медикаментозний сон
- Призначити родопідсилення

?

У відділення патології вагітних поступила першовагітна 20 років зі скаргами на тягнучі болі внизу живота. Об'єктивно: живіт овоїдної форми за рахунок вагітної матки, що відповідає 30 тижням вагітності. Матка при пальпації приходиться у підвищений тонус, положення плоду поздовжнє, голівка над входом у малий таз, серцебиття ясне, ритмічне 140 уд. у хв. Шийка матки замкнута. Встановлений діагноз - загроза передчасних пологів. Ваша тактика?

- + Розпочати токолітичну терапію, профілактику дистрес-синдрому плода
- Почати стимуляцію пологів
- Перевести в пологовий блок для родорозрішення
- Допомоги не потребує
- Кесарський розтин

?

Породілля 28 років, вагітність шоста, пологи другі, маса новонародженого 4500,0. Послід відокремився і виділився самостійно через 7 хв. після народження плоду, цілий. Крововтрата 350 мл. Через 5 хв. кров'яні виділення підсилюються, при зовнішньому масажі матка м'яка, скорочується і знову розслаблюється, кровотеча продовжується. Ваш діагноз?

- + Гіпотонічна кровотеча
- Затримка частки плаценти
- Атонічна кровотеча
- Розрив матки
- Розрив шийки матки III ступеню

?

Хвора 46 років доставлена у гінекологічне відділення зі скаргами на надмірну менструацію протягом останніх 2-х діб, слабкість, головокружіння. При проведенні піхвового дослідження виявилось, що матка щільна, безболісна, збільшена до 9 тиж. вагітності. Тактика лікаря:

- + Діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки
- Кольпоскопія
- Гістероскопія
- Лапароскопія
- Тазова рентгенографія

?

Хвора 43 років скаржиться на кров'яні виділення з статевих органів після статевого контакту, піднімання важкості. Кров'яні виділення не пов'язані з менструальним циклом. При огляді в дзеркалах: шийка циліндрична, вічко замкнуте, на передній губі визначається велика кількість сосочкових розростань, які кровоточать при доторканні. Тіло матки й придатки з обох боків без патології. Параметрії вільні. Який найбільш вірогідний діагноз?

- + Рак шийки матки
- Справжня ерозія.
- Проста псевдо ерозія
- Залозиста псевдо ерозія
- Папілярна псевдо ерозія

?

Хвора 29 років, скаржиться на різкі болі внизу живота. Болі виникли раптово. Остання менструація була 10 днів тому, прийшла в строк. Пологів – 2, абортів – 2. Пів роки тому була винайдена пухлина яєчника. Пульс – 100 ударів за хвилину, ритмічний, дихань 22 за хвилину. Язик сухий, не обкладений. Живіт здутий, напружений, різко болючий, особливо зліва. Тіло матки чітко не визначається через напруження передньої черевної стінки. Придатки зправа не визначаються. В області лівих придатків пальпується пухлина туго еластичної консистенції, обмежено рухома, болісна. Параметрії вільні. Діагноз?

- + Перекрут ніжки пухлини яєчника
- Порушена позаматкова вагітність
- Апоплексія яєчника
- Розрив кісти яєчника
- Порушення живлення фіброматозного вузла.

?

Хвора 36 років скаржиться на болі внизу живота зліва, які виникли раптово. Об'єктивно: зовнішні статеві органи без патології, шийка матки циліндрична, чиста. Тіло матки збільшене до 12–13 тижнів вагітності, обмежено рухоме, нерівної поверхні. Один з вузлів зліва біля дна різко болючий. Склепіння глибокі. Придатки не визначаються, область їх безболісна. Параметрії вільні. Виділення серозні. Аналіз крові: Гемоглобін – 120 г/л, лейкоцитів – 12×10^9 /л, паличкоядерних лейкоцитів – 10 \%. Який найбільш вірогідний діагноз?

- + Некроз фіброматозного вузла
- Спонтанний розрив вагітної матки
- Хоріонепітеліома
- Порушена вагітність в інтерстиціальному відділі труби
- Деструктивна форма міхурового замету

?

Хвора 48 років скаржиться на рясні менструації. Родів – 2, абортів – 2. За останні 2 роки до гінеколога не зверталась. Об'єктивно: зовнішні статеві органи без патології, шийка матки циліндрична, чиста. Тіло матки збільшене до 14 – 15 тижнів вагітності, нерівної поверхні, рухоме, безболісне. Склепіння глибокі. Придатки не визначаються, область їх безболісна. Параметрії вільні. Виділення слизові. Який найбільш вірогідний діагноз?

- + Фіброміома матки

- Саркома тіла матки
 - Вагітність 14-15 тижнів
 - Хоріонепітеліома
 - Рак ендометрію
- ?

Хвора 36 років скаржиться на біль внизу живота. Менструації рясні. Остання менструація 10 днів тому. Родів – 2, абортів – 2. За останні 2 роки до гінеколога не зверталась. Об'єктивно: зовнішні статеві органи без патології, шийка матки циліндрична, чиста. Тіло матки збільшене до 22 – 23 тижнів вагітності, нерівної поверхні, рухоме, безболісне. Склепіння глибокі. Додатки не визначаються, область їх безболісна. Параметрії вільні. Виділення слизові. Який найбільш вірогідний діагноз?

- + Фіброміома матки
 - Саркома тіла матки
 - Вагітність 14-15 тижнів
 - Хоріонепітеліома
 - Рак ендометрію
- ?

Хвора 48 років, звернулася з приводу того, що за останні 8 – 9 місяців менструації дуже рясні, приводять до анемізації, порушена працездатність. Протягом 2 років спостерігається гінекологом з приводу фіброміоми матки. Об'єктивно: шийка матки циліндрична, чиста, вічко закрите. Тіло матки збільшене до 9 – 10 тижнів вагітності, цупке, рухоме, безболісне. Придатки з обох сторін не визначаються. Параметрії вільні. Склепіння глибокі. Виділення слизові. Який найбільш вірогідний діагноз?

- + Субмукозна фіброміома матки
 - Рак ендометрію
 - Інтерстиціальна фіброміома матки
 - Ендометріоз з переважним ураженням тіла матки
 - Фіброміома матки та вагітність
- ?

Хвора 36 років скаржиться на біль внизу живота, що нагадує перейми, слабкість серцебиття. За останні 2 роки менструації стали більш рясні, довготривалі. Остання менструація почалась 2 дні тому. Об'єктивно: Шкіра й слизові оболонки бліді, пульс – 88 уд/хв.. Живіт м'який, безболісний. Гінекологічний статус: зовнішні статеві органи без патології, шийка матки циліндрична, канал вільно пропускає 2 пальці. У цервікальному каналі визначається пухлина розміром 3х6 см, щільної консистенції. Тіло матки збільшене до 7 – 8 тижнів вагітності, нерівної поверхні, рухоме, безболісне. Склепіння глибокі. Придатки не визначаються, область їх безболісна. Параметрії вільні. Який діагноз?

- + Фіброматозний вузол, що народжується
 - Ендофітний ріст раку шийки матки
 - Хоріонепітеліома, метастаз в шийку матки
 - Аборт в ході в строк 7-8 тижнів вагітності
 - Екзофітний ріст раку шийки матки
- ?

Впершевагітна, 22 років. Вагітність 35-36 тижнів. Плід живий. Розміри тазу: 25-26-31-20 Безпологової діяльності, з'явилась кровотеча з статевих органів в кількості 80-100мл. При внутрішньому дослідженні: шийка матки вкорочена, маткове вічко пропускає 1 палець. За внутрішнім вічком відчувається м'яка тканина. Голівка плода рухома над входом в малий таз. Під час дослідження кровотеча збільшилась. Визначте об'єм акушерської допомоги

- + Кесарів розтин
 - Строгий ліжковий режим
 - Амніотомія
 - Суворий ліжковий режим та токолітична терапія
 - Суворий ліжковий режим та гемостатична терапія
- ?

Роділля в терміні вагітності 39-40 тижнів. Положення плода повздовжне. І період пологів При вагінальному дослідженні: шийка матки згладжена, розкрита до 5 см. Плодовий міхур цілий. Через піхву визначаються сідниці і поруч з ними ступні ніжок плоду. Який діагноз?

- + Змішане сідничне передлежання
- Неповне сідничне передлежання
- Повне нижнє передлежання
- Неповне нижнє передлежання
- Колінне передлежання

?

Першовагітна поступила до пологового будинку зі скаргами на головний біль, біль в епігастральній ділянці, сонливість, набряки на ногах. АТ - 180/120 мм рт.ст. ОЖ-90 см, ВДМ - 38 см, положення плода повздовжне, головне передлежання, серцебиття плоду - 130 уд/хв, ритмічне. В сечі білок 3,3 г/л. Який діагноз найбільш імовірний?

- + Прееклампсія тяжкого ступеня
- Прееклампсія легкого ступеня
- Еклампсія
- Гіпертонічний криз
- Набряки вагітних

?

Жінка 25 років поступила в гінекологічне відділення з вагітністю 9 тижнів. Скаржитись на біль внизу живота. В анамнезі: 2 тижні тому перехворіла червінкою у важкій формі. При бімануальному дослідженні: шийка матки циліндрична, вічко шики матки закриті, матка відповідає терміну 9 тижнів вагітності, додатки матки без особливостей. Виділення слизові. Яка тактика?

- + Штучний аборт
- Пролонгування вагітності
- Ультразвукове дослідження
- Лапароскопія
- Нагляд в амбулаторних умовах

?

У 32-річної жінки масивна кровотеча після народження двійні через природні пологові шляхи. Дитяче місце та пологові шляхи цілі. Дно матки вище пупка, матка при пальпації м'яка. Тонус матки не змінюється після введення засобів, що скорочують матку. Яка причина кровотечі найбільш імовірна?

- + Атонія матки
- Розрив матки
- Гіпотонія матки
- Незгортання крові
- ДВЗ-синдром

?

Роділлі 23 роки. Вагітність 39-40 тижнів, положення плода поздовжне, головне передлежання. Розміри тазу: 24-25-29-18. Перейми продовжуються 10 годин, в останні 2 години дуже болісні, роділля веде себе дуже неспокійно. Води відійшли 2 години тому. При зовнішньому обстеженні пальпується контракційне кільце на 2 пальця вище пупка, ознака Генкеля-Вастена позитивна. Серцебиття плоду 160 уд/хв, глухе. При

внутрішньому дослідженні: плідний міхур відсутній, відкриття шийки матки 9 см, передлежить голівка, пальпується велике тім'ячко. Голівка притиснута до входу в малий таз. Який найбільш імовірний діагноз?

- + Загрозливий розрив матки
- Завершений розрив матки
- Дискоординована пологова діяльність
- Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти
- Тетанус матки

?

Народилася дитина від фізіологічних пологів в строк. На другу добу у дитини з'явилась іктерічність шкіри та слизових оболонок. Непрямий

білірубін дорівнював 136 мкмоль/л. У матері група крові 0[I]Rh-, у дитини - A[II]Rh+. Який механізм виникнення жовтяниці?

- + Гемоліз еритроцитів
 - Холестаз
 - Гепатит
 - Порушення відтоку жовчі
 - Порушення обміну білірубіну
- ?

Вагітна 25 років, народжує вперше. Вагітність 40 тижнів, головне передлежання, I період пологів. Пологова діяльність триває 12 годин, перейми через 5-6 хв тривалістю 45-50 сек. Серцебиття плода раптово зменшилась до 90 уд/хв. При піхвовому дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття 6 см. Який діагноз найбільш імовірний?

- + Гостра гіпоксія плода
 - Хронічна гіпоксія плода
 - Гемолітична хвороба плода
 - Гіпотрофія плода
 - Фето-плацентарна недостатність
- ?

Роділля доставлена в стаціонар із доношеною вагітністю та активною пологовою діяльністю. При госпіталізації стан задовільний, пульс - 84 уд/хв, АТ - 150/90 і 160/90 мм рт. ст. Раптово роділля поскаржилася на сильний біль у животі, з'явилася загальна слабкість, запаморочення, обличчя і губи побіліли. Пульс - 120 уд/хв, АТ - 80/40 і 90/45 мм рт. ст. Матка напружена, різко болюча у місці розташування плаценти. Серцебиття плода не вислуховується. При вагінальному дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття 5 см. Плодовий міхур цілий, напружений. Передлежить голівка, притиснута до входу в малий таз. З піхви з'явилися незначні кров'яністі виділення. Який найбільш імовірний діагноз?

- + Передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти
 - Розрив матки
 - Емболія навколоплідними водами
 - Передлежання плаценти
 - Міхурцевий занесок
- ?

Вагітна 24 років, перша вагітність, I пологи. Почалася регулярна пологова діяльність. При вагінальному дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття 4 см, плідний міхур цілий, голівка плода притиснута до входу в малий таз. Стрілоподібний шов у поперечному розмірі, тім'ячко трикутної форми в центрі тазу, звернено вліво. Який момент біомеханізму пологів?

- + I момент біомеханізму пологів
 - II момент біомеханізму пологів
 - III момент біомеханізму пологів
 - IV момент біомеханізму пологів
 - V момент біомеханізму пологів
- ?

Жінка 22 років з вагітністю 30 тижнів. Скарги на біль внизу живота, більше справа, який з'явився 5 годин тому, нудоту, одноразову блювоту. АТ 120/80 мм рт ст. Пульс - 90 уд/хв, ритмічний. При пальпації живота відмічається біль в правій здухвинній ділянці, позитивний симптом Щьоткіна-Блюмберга. Матка в нормальному тонусі. Голівка плода рухома над входом в малий таз. Серцебиття плода 140 уд/хв, ясне. Виділення з піхви слизові. В аналізі крові: лейкоцитів 15×10^9 /л, паличкоядерних - 25%. Аналіз сечі без відхилень від норми. Який найбільш імовірний діагноз?

- + Апендицит та вагітність
 - Загроза переривання вагітності
 - Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти
 - Ниркова коліка та вагітність
 - Холецистит та вагітність
- ?

В гінекологічне відділення звернулася жінка 25 років із скаргами на підвищення температури тіла до 38,60С, біль внизу живота, дизуричні розлади. Захворіла 3 доби тому, коли після штучного аборту з'явилися вказані скарги. При гінекологічному дослідженні: шийка матки циліндрична, вічко закрите. Тіло матки декілька збільшене, болюче, м'яке. Додатки матки не пальпуються. Виділення гнійно-кров'яні. В аналізі крові лейкоцитоз зі зміщенням формули крові вліво, прискорена ШОЕ. Який діагноз найбільш імовірний?

- + Гострий ендометрит
- Гострий ендоцервіцит
- Гострий сальпінгоофорит
- Гострий цистит
- Піосальпінкс

?

Жінка 47-ми років скаржиться на кров'яні виділення з піхви протягом 2-х тижнів, які з'явилися після затримки менструації на 3 місяці. Менархе з 13-ти років. Менструації останній рік нерегулярні. В крові: Нв- 90 г/л, ер.- 2,0*10¹²/л, лейк.- 5,6*10⁹/л. При вагінальному дослідженні: матка нормальних розмірів, придатки не пальпуються. Який діагноз найвірогідніший?

- + Клімактерична кровотеча
- Поліп ендометрію
- Порушення згортання крові
- Рак ендометрію
- Неповний аборт

?

В жіночу консультацію звернулася хвора 28 років із скаргами на безпліддя. Статевим життям живе в шлюбі 4 роки, вагітності не запобігає. Вагітностей не було. При обстеженні жінки встановлено: стан статевих органів без відхилень від норми. Маткові труби прохідні. Базальна температура на протязі 3-х менструальних циклів однофазна. Яка найбільш імовірна причина безпліддя?

- + Ановуляторний менструальний цикл
- Імунологічне безпліддя
- Генітальний ендометріоз
- Хронічний сальпінгоофорит
- Овуляторний менструальний цикл

?

В гінекологічне відділення онкодиспансеру поступила хвора 35 років із скаргами на кров'янисті виділення після статевого акту. При дослідженні в дзеркалах : на шийці матки навколо зовнішнього вічка дефект епітелію. Матка, додатки і параметрії без патологічних змін. При гістологічному дослідженні біоптату шийки матки виявлено рак in situ. Який засіб лікування?

- + Конусоподібна електроексцизія шийки матки
- Кріодеструкція шийки матки
- Променева терапія
- Хіміотерапевтичне лікування
- Розширена екстирпація матки з додатками

?

Хвора 27 років скаржиться на біль переймоподібного характеру внизу живота, що періодично посилюється, кров'янисті виділення із статевих органів. Місячні регулярні. Остання менструація 6 тижнів тому. Загальний стан незадовільний. АД 90/60 мм рт. ст., пульс 100 уд/хв, ритмічний. Живіт напружений, болючий. Симптом Щьоткина-Блумберга позитивний. При вагінальному дослідженні: матка дещо збільшена, болюча при зміщенні, додатки чітко не визначаються через напруження м'язів передньої черевної стінки, задне склепіння нависає. Виділення кров'янисті. Який діагноз найбільш імовірний?

- + Порушена позаматкова вагітність
- Розрив піосальпінксу

- Розрив кісти яєчника
- Некробіоз фіброматозного вузла
- Апоплексія яєчника

?

Хвора 49 років скаржиться на тривалі та рясні менструації протягом 2-х років. При вагінальному дослідженні: шийка матки циліндрична, цервікальний канал пропускає один палець, вище рівня внутрішнього вічка промацується тверда пухлина діаметром до 4 см. Матка побільшена до 10 тижнів вагітності, щільна, неболюча. Додатки не пальпуються. Який найбільш імовірний діагноз?

- + Субмукозна фіброміома матки
- Аборт в ході
- Поліп шийки матки
- Міхурцевий занесок
- Аномалія розвитку матки

?

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

?

Хвора П., 23 років, доставлена ургентно зі скаргами на біль внизу живота, більше зправа, з іррадіацією в пряму кишку, запаморочення. Вищезазначені скарги з'явилися раптово вночі. Остання менструація 2 тижні тому. Об'єктивно: шкіряні покрови бліді, пульс - 92/хв., t- 36,60С, артеріальний тиск 100/60 мм рт. ст. Живіт дещо напружений, незначно болісний в нижніх відділах, симптоми подразнення очеревини слабкопозитивні. Гемоглобін 98 г/л. Найбільш вірогідний попередній діагноз:

- + Апоплексія яєчника.
- Гострий апендицит.
- Кишкова непрохідність
- Позаматкова вагітність.
- Ниркова коліка.

?

У жінки З. в 26 тижнів вагітності раптово з'явилися значні кров'яні виділення зі статевих шляхів. При УЗД виявлено центральне передлежання плаценти. Загальна крововтрата 500 мл, кровотеча продовжується. Яка тактика лікаря?

- + Терміново перервати вагітність шляхом малого кесарського розтину.
- Накласти шов на шийку матки.
- Призначити токолітики.
- Призначити гемостатики.
- Терміново перервати вагітність через природні пологові шляхи.

?

Повторнородяча Н. народила дитину вагою 4500 г., довжиною 56 см. Через 15 хв. почалась гіпотонічна кровотеча. Загальна крововтрата склала 1,5% від маси тіла жінки. Яка тактика лікаря?

- + Зробити екстирпацію матки.
- Зробити надпихвову ампутацію матки.
- Накласти шов на шийку матки.
- Зробити тампонаду порожнини матки.
- Зробити повторну ручну ревізію порожнини матки.

?

У першородячої З. в I періоді пологів раптово з'явився різкий біль в області дна матки, незначні кров'яні виділення з піхви. Матка в гіпертонусі. Серцебиття плода – 175 уд./хв. В анамнезі загострення хронічного пієлонефриту під час вагітності. При вагінальному дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття маткового вічка 4 см. Проведена амніотомія. Вилились навколоплідні води, рясно забарвлені кров'ю. Яка тактика лікаря?

+ Негайно зробити кесарський розтин.

- Призначити антигіпоксичну терапію.

- Призначити пологодосилючі засоби.

- Призначити токолітики.

- Призначити кровозупинні препарати.

?

У жінки відбулись пологи в 39 тижнів вагітності. В анамнезі штучний аборт, який ускладнився ендометритом. Протягом 40 хв. ознак відділення плаценти немає. Ознаки зовнішньої та внутрішньої кровотечі відсутні. При спробі зробити ручне відділення плаценти з'явилися значні кров'яні виділення. Крововтрата склала 400 мл. Плаценту відділити від матки не вдалося. Яка тактика лікаря?

+ Зробити надпихову ампутацію матки

- Провести вишкрібання стінок порожнини матки

- Призначити утеротоніки

- Продовжувати ручне відділення плаценти

- Провести екстирпацію матки

?

Машиною швидкої допомоги в пологовий будинок у важкому стані доставлена вагітна 42 років. Термін вагітності 37 тижнів. Об'єктивно: свідомість відсутня. АТ на обох руках 180/110 мм.рт.ст., Рс 110 уд/хв, генералізовані набряки, білок в сечі 5 г/л. При вагінальному огляді структурних змін шийки матки не виявлено. Визначати тактику ведення пологів.

+ Кесарський розтин

- Ведення пологів через природні пологові шляхи

- Плороруйнівна операція

- Накладання порожнинних акушерських лещат

- Провести операцію вакуумекстракції плода

?

У вагітної З., 29 років на прийомному покої з'явилися нудота, блювання, миготіння "мушок" перед очима. АТ на обох руках 170/100 мм.рт.ст., визначаються генералізовані набряки. Встановити правильний діагноз.

+ Прееклампсія важкого ступеня

- Еклампсія

- Відшарування сітківки ока

- Загроза крововиливу в мозок

- Прееклампсія легкого ступеня

?

При гінекологічному огляді у хворої К. 28 років, виявлена ерозія шийки матки, яка легко кровоточить при дотику. Із анамнезу встановлено наявність контактних кровотеч. Яке обстеження необхідно провести хворій?

+ Розширена кольпоскопія і взяття прицільної біопсії

- Проста і розширена кольпоскопія

- Цитологічне дослідження секрету цервікального каналу та шийки матки

- Ректовагінальне та ректоабдомінальне дослідження

- Рентгенологічне дослідження органів малого тазу

?

У хворої 70 років, в постменопаузальному періоді з'явилися кров'яністі виділення зі статевих шляхів. При гінекологічному огляді – кров'яністі виділення з цервікального каналу. Матка та додатки без особливостей. Який метод обстеження дозволить уточнити діагноз?

+ Фракційне діагностичне вишкрібання слизової матки з гістологічним обстеженням зішкрібів

- Кольпоскопія
 - Рентгенологічне обстеження органів малого тазу
 - Цитологічне дослідження
 - Ультразвукове обстеження органів малого тазу
- ?

Хвора 28 років, доставлена зі скаргами на гострий біль в нижній частині живота. Було короткочасне запаморочення. Затримка менструації 2 місяці. Шкіра бліда, АТ-90/50 мм рт. ст., пульс-110 уд/на хв. Живіт різко болючий у нижніх відділах. При вагінальному дослідженні: матка збільшена. Позитивний симптом Промтова. Справа додатки збільшені, різко болючі. Задне склепіння нависає. Який діагноз найбільш вірогідний?

- + Правостороння трубна вагітність
 - Апоплексія правого яєчника
 - Гострий правосторонній сальпінгоофорит
 - Пельвіоперитоніт
 - Аборт, що розпочався
- ?

Роділля Н., 43 років, пологи I, термін гестації 42 тижні. Положення плода повздожне, головне передлежання. Вилились навколоплідні води, які забарвлені меконієм. Аускультация: с/б плода аритмічне, приглушене, частота до 170 за хв. Перейми по 20-25 сек. через 4-5 хв. При піхвовому дослідженні визначено, що шийка незріла. Яка тактика ведення пологів?

- + Кесарський розтин.
 - Акушерські лещата.
 - Пологи продовжувати вести консервативно.
 - Пологи вести умовно консервативно, антигіпоксична терапія.
 - Проводити стимуляцію пологової діяльності.
- ?

Хвора Д., 26 р., скаржиться на біль внизу живота, мажучі кров'яністі виділення зі статевих шляхів. Менструації регулярні, затримка місячних протягом 2 тижнів. Тест на вагітність позитивний. Об-но: різка болючість при зміщенні шийки матки. Матка дещо збільшена. В ділянці правих додатків- видовжене утворення м'ягувате, болюче при пальпації. Зі статевих шляхів - незначні кров'яністі виділення. Ваш діагноз?

- + Порушена трубна вагітність
 - Маткова вагітність
 - Апоплексія яєчника
 - Гострий аппендицит
 - Гострий аднексит
- ?

Хвора К. 21р., скаржиться на незначні виділення із статевих шляхів і зуд зовнішніх статевих органів, який з'явився після статевого акту. В шлюбі не перебуває. При огляді гіперемія склепіння піхви і шийки матки. В ділянці заднього склепіння піхви скопичення рідких, сірувато-жовтих, пінистих виділень. Попередній діагноз?

- + Гострий трихомоніаз
 - Гостра гонорея
 - Урогенітальний хламідіоз
 - Мікоплазмоз
 - Уреаплазмоз
- ?

Мама хворої дитини К., 5 р. звернулася до гінеколога з приводу появи у дитини сильного свербіння та відчуття печії у піхві. Із анамнезу - приймала антибіотики для лікування бронхіту. При огляді - набряк вульви. Виділення густі, містять сиркоподібні маси. Попередній діагноз?

- + Кандидозний вульвовагініт
 - Гонорея
 - Урогенітальний хламідіоз
 - Мікоплазмоз
 - Уреаплазмоз
- ?

Хвора 26 років звернулась в жіночу консультацію зі скаргами на біль внизу живота, який посилюється під час менструації, мажучі кров'яністі виділення до і після менструації. Захворювання пов'язує з штучним абортom. В дзеркалах: на шийці матки 5 темночервоних включень. Ваш діагноз?

- + Зовнішній ендометріоз
 - Поліпоз шийки матки
 - Рак шийки матки
 - Ерозія шийки матки
 - Дисплазія шийки матки
- ?

Вагітна К., 25 р., скаржиться на ниючі болі понизу живота та в попереку. Дана вагітність III, 28 тижнів. В анамнезі 1 медичний аборт, 1 самовільний викидень в 24 тижні рік тому. Загальний стан не порушений. Вагінальне дослідження: шийка матки вкорочена до 1,5 см, цервікальний канал вільно пропускає 1 поперечний палець, плідний міхур не пролабує. Подальша тактика ведення вагітної?

- + Накладання шва на шийку матки
 - Токолітична терапія адренолітиками
 - Токолітична магнезіальна терапія
 - Зберігаюча терапія гестагенами
 - Переривання вагітності
- ?

У хворої Г., 38 р., скарги на переймоподібний біль в низу живота, кров'яністі виділення із статевих шляхів. Останній рік менструації рясні, 2 рази на місяць, болючі. При огляді матка збільшена до 6-7 тижнів вагітності. Хворій проведено зондування порожнини матки, при чому відмічалася деформація порожнини матки. Попередній діагноз?

- + Міома матки з підслизовим розташуванням міоматозного вузла
 - Міома матки з субсерозним розташуванням міоматозного вузла
 - Аденоміоз матки
 - Поліп ендометрія
 - Внутрішній ендометріоз
- ?

Хвора А., 30 років поступила в гінекологічний стаціонар зі скаргами на біль понизу живота, підвищення температури тіла до 38,80С, значні рідкі виділення сіро-жовтого кольору з неприємним запахом зі статевих шляхів. Скарги з'явилися після позашлюбного статевого акту. При огляді додатки з обох сторін збільшені, болючі при пальпації. Діагноз?

- + Гостра гонорея
 - Гострий трихомоніаз
 - Гострий сальпінгоофорит
 - Ендометрит
 - Вульвовагініт
- ?

Хвора 38 років скаржиться на тягучий біль понизу живота і в попереку протягом усього місяця, який посилюється напередодні менструації; передменструальні темні кров'яні виділення. В анамнезі 4 штучних аборти, 1 пологи. При УЗ обстеженні виявлені окремі осередки підвищеної ехогенності у міометрії, збільшення передньо-заднього розміру матки, наявність округлих гіпоехогенних включень діаметром 2 мм. Який найбільш імовірний діагноз?

- + Аденоміоз
 - Ендометріоз яєчників
 - Ретроцервікальний ендометріоз
 - Хоріонепітеліома
 - Гормонопродукуюча пухлина яєчників
- ?

Хвора С., 41 р., скарги на переймоподібні болі понизу живота і значні кров'яністі виділення із статевих шляхів. Протягом 4 років діагностують вузлову міому матки. При дослідженні в дзеркалах в цервікальному каналі

визначається міоматозний вузол діаметром 3 см. Виділення кров'янисті, рясні. Діагноз.

- + Субмукозний вузол, що народжується
- Рак шийки матки
- Ендоцервікальний ендометріоз шийки матки
- Поліп каналу шийки матки
- Міома матки

?

Хвора Е., 28 р., звернулася до лікаря жіночої консультації із скаргами на болі понизу живота, більше справа, які посилюються під час менструації. Мажучі кров'янисті виділення до та після менструації. Непліддя 10 років. При дослідженні матка нормальної величини, щільна, неболюча. справа від матки пальпується утворення розмірами 7x8x6 см, декілька обмежено при рухомості. Склепіння вільні. Виділення слизові. Діагноз?

- + Ендометриоїдна кіста справа
- Кістома правого яєчника
- Правобічний аднексит
- Рак правого яєчника
- Пухлина кишківника

?

Роділля 28 років з вираженими набряками знаходиться в пологовому залі, в ІІ періоді пологів. Голівка плоду у вузькій частині малого тазу. Почались головні болі, мерехтіння "мушок" перед очима, посмикування м'язів обличчя. АТ - 170/110 мм.рт.ст. Яка тактика ведення пологів?

- + Полосні акушерські щипці
- Кесарський розтин
- Консервативне ведення пологів
- Вакуумекстракція плоду
- Пологопідсилення

?

Вагітна М., скаржиться на головний біль, мерехтіння "мушок" перед очима. Вагітність 32 тижні. Набряки генералізовані. АТ - 190/110 мм.рт.ст. При кип'ятінні сечі - значний осад. Згідно заключення УЗД плід відповідає 29 тижням. Який діагноз у вагітної?

- + Прееклампсія важкого ступеня
- Прееклампсія легкого ступеня
- Гіпертонічна хвороба
- Еклампсія
- Переклампсія середнього ступеня

?

Першовагітна М., з'явилась в жіночу консультацію в 37 тижнів вагітності. Скарг немає. За останні 2 тижня набрала 2 кг ваги. Визначаються набряки ніг. АТ - 120/70 мм.рт.ст. Білок в сечі - 0.8г/л. Встановлено діагноз - прееклампсія легкого ступеня. Яка лікувальна тактика.

- + Стаціонарне лікування
- Амбулаторне лікування
- Термінове розродження
- Кесарський розтин
- Пролонгування вагітності

?

У роділлі 25 років після бурхливої родової діяльності та потугах при високо стоячій голівці та позитивних ознаках Вастена, Цангемейстера раптово з'явилися різкий біль в низу живота, пологова діяльність припинилась, появились кров'янисті виділення з піхви, зникло серцебиття плода. Стан роділлі різко погіршився, АТ знизився до 70/40 мм.рт.ст., пульс 140 ударів в 1 хвилину, шкіра блідо-сіра. Причина шокowego стану?

- + Розрив матки
- Загроза розриву матки
- Передчасне відшарування плаценти
- Синдром здавлення нижньої порожнистої вени
- Передлежання плаценти

?

У породіллі 30 років при ручному видаленні посліду і обстеженні матки виявлено розрив шийки матки справа з переходом на нижній сегмент. Крововтрата досягає 1300мл і продовжується. Тактика лікаря?

- + Екстирпація матки
- Надпівхова ампутація матки
- Тампонада матки
- Тампон з ефіром в задне склепіння
- Затискачі по Бакосееву чи Тікінадзе

?

Хвора М., 23 років поступила в гінекологічне відділення із скаргами на тянучі болі внизу живота, мажучі кров'янисті виділення. Після обстеження поставлено діагноз: "II вагітність 8 тижнів. Загроза переривання вагітності. Цукровий діабет I тип. Важка форма, лабільний перебіг". Перша вагітність перервана в терміні 22 тижні в зв'язку з вадами розвитку плода. На момент знаходження в стаціонарі діабет декомпенсований. Цукор крові 17,3 ммоль/л. Тактика лікаря.

- + Переривання вагітності за медичними показаннями
- Лікування загрози переривання вагітності
- Збереження вагітності в разі компенсації цукрового діабету
- Переривання вагітності в разі декомпенсації цукрового діабету
- Переривання вагітності при наявності вад розвитку плода

?

В жіночу консультацію звернулася жінка 23 років астеничної тілобудови з ціанозом губ та носо-губного трикутника. Страждає вродженою вадою серця синього типу - тетрада Фалло. Менструації з 17 років, нерегулярні через 3-4 місяці. При бімануальному дослідженні: матка збільшена до 7 тиж вагітності, м'якуватої консистенції, склепіння вільні, додатки не визначаються. Діагноз: Вагітність 7 тижнів. Вроджена вада серця. Яка тактика лікаря?

- + Переривання вагітності за медичними показаннями.
- Госпіталізація в терапевтичне відділення для обстеження і вирішення питання про можливість виношування вагітності.
- Госпіталізація в відділення патології вагітності ранніх термінів для збереження вагітності.
- Доношування вагітності під диспансерним наглядом лікаря жіночої консультації.
- Рекомендувати оперативне лікування вади серця під час вагітності.

?

Під час атонічної кровотечі в післяпологовому періоді втратила близько 1000 мл крові. Після усунення причин кровотечі було проведено переливання крові. Через 2 години після переливання крові у жінки з'явилися болі в попереку, задишка, тахікардія, падіння АТ. При дослідженні крові: плазма крові червоного кольору, відмічається підвищення рівня непрямого білірубіну. Сеча - бура. Яке ускладнення виникло?

- + Гостра ниркова недостатність на тлі переливання несумісної крові.
- Гепатит.
- Хронічна ниркова недостатність.
- Тромбоемболія легеневої артерії.
- Геморагічний шок.

?

У жіночу консультацію звернулася вагітна П. із скаргами на затримку менструації до 2 місяців, спрагу, загальну слабкість, погіршення зору. З анамнезу з'ясовано, що жінка з 15 років хворіє на цукровий діабет важкої форми. За заключенням окуліста порушення зору зумовлено цукровим діабетом. Мала дві вагітності, які закінчилися мертвонародженням. Вміст цукру в крові - 15 ммоль/л. При бімануальному дослідженні встановлено, що матка збільшена до 7 тижнів. Діагноз: III вагітність 7 тиж. Цукровий діабет I тип, тяжка форма. Діабетична ретинопатія. Обтяжений акушерський анамнез. Яка тактика лікаря?

- + Показано переривання вагітності.
- Захисна гормональна терапія.
- Інсулінотерапія.
- Прологнування вагітності в умовах стаціонару.
- Корекція глікемії цукрознижуючими препаратами.

?

Вагітна К. 29 років, поступила в пологовий будинок із скаргами на головний біль, біль в епігастральній ділянці, порушення зору, набряки. Вагітність перша, термін 30 тижнів. В минулому лікувала гіпертонічну хворобу. Об'єктивно: загальний стан тяжкий, бліда, пульс 120 за 1 хв, АТ 200/140 мм рт. ст., виражені набряки. Пологова діяльність відсутня.

Висота дна матки 26 см, обвід живота – 86 см. Положення плода поздовжнє. Серцебиття глухе. Сеча при кип'ятінні мутна. Який діагноз?

- + Поеднаний гестоз.
- Гіпертонічний криз.
- Гіпертензія у вагітних важкого ступеня.
- Приступ еклампсії.
- Прееклампсія легкого ступеня.

?

Вагітна в терміні 20 тижнів доставлена у відділення патології вагітних зі скаргами на підвищення температури тіла до 38,5оС, біль у попереку зправа, дізуричні розлади. В анамнезі захворювань нирок не було. Симптом Пастернацького позитивний зправа. В загальному аналізі сечі – білок 1,66 г/л, лейкоцити покривають все поле зору. Який найбільш ймовірний діагноз?

- + Пієлонефрит вагітних.
- Загострення хронічного пієлонефриту.
- Сечо-кам'яна хвороба.
- Прееклампсія вагітних.
- Загроза переривання вагітності.

?

Хвора 55 років, поступила до гінекологічного відділення зі скаргами на субфібрильну температуру тіла, загальну слабкість, швидку стомлюваність, неприємні відчуття унизу живота, біль у животі. Менопауза 5 років. В анамнезі хронічне запалення додатків матки. При огляді живіт має форму „жаб'ячого“, асцит. При бімануальному дослідженні: матка невеликих розмірів, зміщена вправо. Зліва пальпується обмежено рухомий щільний бугристий утвір діаметром до 15 см, болючий. Який діагноз імовірний?

- + Рак яєчника
- Кістома лівого яєчника
- Фіброміома матки
- Сактосальпінкс
- Кіста яєчника

?

У хворої 28 років, проведено вишкрябування порожнини матки внаслідок неповного аборту. Крововтрата 900 мл. Розпочата гемотрансфузія. Після введення 60 мл еритромаси з'явилися біль у поперековій області, лихоманка, внаслідок чого гемотрансфузія припинена. Через 20 хвилин стан різко погіршився: адинамія, різка блідість шкіри, акроціаноз, рясний піт, тривала лихоманка t0 – 38,5о, Ps – 110/хв., АТ– 70/40 мм рт.ст. Який найбільш імовірний діагноз?

- + Гемотрансфузійний шок
- Геморагічний шок
- Септичний шок
- Анафілактичний шок
- ДВЗ-синдром

?

Пологи завершилися народженням дитини масою 4500 г, зрістом 52 см. Через 10 хвилин почалась маткова кровотеча. Плацента відокремлена рукою, проведений масаж матки на кулаці, внутрішньовенно введено розчин окситоцину. Через 10 хвилин кровотеча повторилась.

Консервативні методи підвищення скоротливої діяльності матки не дали ефекту. Крововтрата за 40 хвилин боротьби з кровотечею склала понад 1200 мл. Яка тактика подальшого ведення пологів?

+ Лапаротомія. Екстирпація матки

- Повторне введення розчину окситоцину

- Вишкрібання матки

- Зовнішній масаж матки

- Накладання швів на шийку матки

?

Вагітна М., 25 років звернулася зі скаргами на задишку, навіть під час спокою, набряки нижніх кінцівок, біль в ділянці серця. Обстежена і оглянута кардіологом. Встановлений діагноз: вагітність 9-10 тижнів. Застійна кардіоміопатія. НК ІІБ. Яка тактика ведення вагітної?

+ Переривання вагітності

- Оперативне втручання на серце

- Перевести вагітну в кардіологічне відділення

- Переривання вагітності в 24-25 тижнів

- Пролонгування вагітності до строку термінових пологів

?

Жінка 25 років, вагітна на 10 тижні. Хворіє на цукровий діабет 11 років. Добова доза інсуліну 84 од. Глікемія за добу 15-18 ммоль/л. Загальний аналіз сечі: протеїнурія 1,65 г/л, глікозурія. Вагінальне дослідження: матка м'яка, обмежено рухома, помітно болюча, збільшена до 10 тижнів вагітності. Яка тактика акушер-гінеколога?

+ Термінове переривання вагітності

- Переривання вагітності у строк до 12 тижнів

- Переривання вагітності у строк 27-28 тижнів

- Виношування вагітності до 32 тижнів

- Виношування вагітності до 34-36 тижнів

?

Больная, 23 лет, обратилась с жалобами на зуд, жжение, водянистые выделения из влагалища с "рыбным" запахом. При осмотре в зеркалах слизистая оболочка шейки матки и стенок влагалища обычного розового цвета. При влагалищном исследовании тело матки и придатки не изменены. В мазках, окрашенных по Грамму, обнаружены ключевые клетки. Какая наиболее вероятная патология обуславливает такую картину?

+ Бактериальный вагиноз (гарднерелез).

- Хламидиоз.

- Гонорея.

- Трихомоноз.

- Кандидоз.

?

Хвора 18 років, поступила до стаціонару через добу після випадкового статевого акту. Непокій біль внизу живота та біль при сечовипусканні, значні гноєподібні виділення з піхви, підвищення температури тіла до 37,8°C. В стаціонарі виставлено діагноз гострий двосторонній аднексит. При додатковому обстеженні виявлено 4 ступінь чистоти піхвового вмісту, лейкоцити на все поле зору, бактерії диплококи, розташовані внутрішньо-та позаклітинно. Якої етіології гострий аднексит у хворої?

+ Гонорейної.

- Колі-бацилярної.

- Хламідійної.

- Трихомонадної.

- Стафілококової.

?

В гінекологічне відділення звернулася дівчинка 13 років зі скаргами на кровотечу із полових шляхів протягом 2-х тижнів, після затримки менструації на протязі 2-х місяців, слабкість, головний біль, запаморочення. Об'єктивно: шкіряні покрови бліді, тахікардія, АТ -

100/60. В аналізі крові Hb=100 г/л, кількість тромбоцитів 200 тис. Гінекологічне обстеження: virgo. При ректальному обстеженні: тіло матки і придатки без патології. Який діагноз?

- + венільна кровотеча.
- Перервана вагітність.
- Хвороба Верльгофа.
- Синдром склерокістозних яєчників.
- Геморагічний діатез.

?

Жінка 41-го року поступила у стаціонар зі скаргою на переймоподібні болі внизу живота та кров'янисті виділення із вагіни. В анамнезі 1 пологи, 2 медаборта. Об'єктивно: шкіряні покрови бліді; при вагінальному дослідженні виявлена міома матки до 8 тижнів в вагітності. При УЗД виявлена деформація порожнини матки субмукозним вузлом, який знаходиться в її дні. Яке лікування треба провести?

- + Оперативне лікування.
- Лікування екстрогенами.
- Лікування андрогенами.
- Симптоматичне лікування.
- Лікування гестагенами.

?

В жіночу консультацію звернулася жінка 40 років зі скаргами на порушення менструального циклу по типу гіперполіменореї на протязі півроку, тягнучі болі в нижніх відділах живота, слабкість. При гінекологічному обстеженні тіло матки збільшено до 12 тижнів вагітності, щільне, рухоме, безболісне. В аналізі крові виявлена анемія Hb=90 г/л. Яку патологію можна запідозрити?

- + Міома матки.
- Рак тіла матки.
- Вагітність.
- Кістома яєчника.
- Дісфункціональна маткова кровотеча.

?

В гінекологічне відділення звернулася хвора 48 років зі скаргами на рясну кровотечу із статевих шляхів після затримки місячних на протязі 5 місяців, слабкість, запаморочення. В анамнезі 2 родів, 5 штучних абортів, хронічний запальний процес придатків матки. Об'єктивно: шкіряні покрови бліді, тахікардія. При гінекологічному обстеженні: тіло матки декілько збільшено, безболісне, рухоме; придатки з обох боків не визначаються. Який діагноз треба поставити у хворої?

- + Дісфункціональна маткова кровотеча
- Міома матки.
- Перервана вагітність.
- Аденокарцинома ендометрію.
- Внутрішній ендометріоз.

?

Вагітній 20 років 2 дні тому в терміні 18 тижнів вагітності виконано кримінальний аборт на дому. Об'єктивно: температура тіла 39,4оС, лихоманка, загальний стан тяжкий, пульс 120 уд/хв, АТ - 80/60 мм.рт.ст. Дно матки на 4 см вище лона, матка болюча. Сечі за останні 6 годин - 100 мл. Виставлений діагноз: септичний шок. Яка повинна бути подальша тактика?

- + Видалення матки з трубами на фоні антибактеріальної та інфузійної терапії.
- Інструментальна ревізія порожнини матки.
- Інфузійна терапія
- Проведення форсованого діурезу.
- Лікування в умовах нефрологічного відділення.

?

При зовнішньому акушерському дослідженні родиллі з доношеною вагітністю діагностовано поздовжнє положення плоду, головне передлежання. При

вагінальному дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття 8 см, сагітталний шов у лівому косому розмірі, велике тим'ячко праворуч біля лона. Встановити діагноз?

+ 1 позиція, задній вид, передньоголове передлежання.

- 1 позиція, задній вид, потиличне передлежання.

- 2 позиція, передній вид, потиличне передлежання.

- 1 позиція, задній вид, лобне передлежання.

- 1 позиція, задній вид, лицеве передлежання.

?

Повторнороджуюча 26 років, прибула в пологове відділення у зв'язку з вагітністю 40 тижнів та початком пологової діяльності. 2 години тому відійшли навколоплідні води. Положення плоду повздожне, головне передлежання. ОЖ - 100 см, ВДМ - 42 см. Перейми через 4-5 хвилин, по 25 секунд. При внутрішньому акушерському обстеженні: шийка матки згладжена, відкриття 4 см. Плодового міхура немає. Головка плоду притиснута до входу в малий таз. Яке ускладнення виникло в родах?

+ Передчасне вилиття навколоплідних вод.

- Первинна слабкість пологової діяльності.

- Вторинна слабкість пологової діяльності.

- Дискоординована пологова діяльність.

- Клінічно вузький таз.

?

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 таза. Серцебиття плоду ясне, ритмічне 190/хв. При внутрішньому дослідженні: відкриття шийки матки повне, головка плоду у порожнині малого таза. Яка подальша тактика ведення пологів?

+ Операція накладення акушерських щипців

- Кесарський розтин

- Плдоруйнівна 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 таза. Сагітталний шов і прямому розмірі, мале тим'ячко біля лона. Виставлений діагноз: слабкість пологової діяльності, гіпоксія плода. Визначте подальшу тактику проведення пологів.

+ Використання акушерських щипців.

- Стимуляція родової діяльності окситоцином.

- Кесарський розтин.

- Шкірно-головні щипці по Іванову.

- Використання прийому Крителлера.

?

Породілля 28 років. Народилась дитина масою 3800 г., довжиною 52 см. Послід народився через 15 хвилин і виділилось 300 мл. крові. Кровотеча продовжується. При огляді пологових шляхів за допомогою дзеркал травм шийки матки і піхви не знайдено. При огляді плаценти відзначено, що судини проходять через край плаценти на оболонки і обриваються. Яка подальша тактика?

+ Провести ручну ревізію порожнини матки, видалення залишків плаценти.

- Зробити екстирпацію матки.

- Ввести утеротоніки.

- Провести зовнішній масаж матки.

- Провести тампонажу тіла матки.

?

У жінки 28-ми років при других пологах народилась дівчинка масою 3 400 г., довжиною 52 см. З проявами анемії та наростаючої жовтяниці. Група

крові у жінки В (III) Rh-, у батька новонародженої А (III) Rh+, у новонародженої В (III) Rh+. Яка причина анемії?

+ Резус конфлікт

- Конфлікт по антигену А
- Конфлікт по антигену В
- Конфлікт по антигену АВ
- Внутріутробне інфікування

?

Роділля О. 27 років. Вагітність II, 37-38 тижнів, пологи II, II період пологів. Почався приступ еклампсії. При вагінальному обстеженні: голівка плода заповнює всю крижову западину, стріло- видний шов у прямому розмірі, мале тім'ячко звернене до лобка. Які тактика ведення пологів?

+ Накладання акушерських щипців.

- Пологи продовжити вести консервативно на фоні лікування гестозу.
- Плороруйнівна операція.
- Кесарський розтин.
- Вакуум-екстракція плода.

?

Хвора 48-ми років висуває скарги на контактні кровотечі. При огляді в дзеркалах виявлено іпертрофію шийки матки. Остання має вигляд "цвітної капусти", легко травмується, щільна. При бімануальному огляді: склепіння вкорочені, тіло матки малорухоме. Який вірогідний діагноз?

+ Рак шийки матки

- Фіброміома матки
- Ендометріоз
- Шийкова вагітність
- Папіломатоз шийки матки

?

Хвора 42 років поступила в гінекологічне відділення в зв'язку з наявністю підслизової міоми матки, що супроводжується значними менорагіями. При огляді в дзеркалах шийка матки гіпертрофована, деформована старими рубцями. При вагінальному обстеженні, тіло матки - збільшене до 10 тижнів вагітності, щільне, неболюче, рухоме. Який об'єм оперативного втручання є оптимальним?

+ Екстирпація матки без додатків.

- Над піхвова ампутація матки без додатків.
- Пангістеректомія.
- Консервативна міомектомія.
- Дефундація матки.

?

Роділля С., пологи перші, термінові. Перейми через 2-3 хв. по 45-50 с. Серцебиття плоду звучне, ритмічне, 144 уд./хв., передлежача голівка притиснута до входу в малий таз. Вагінально: шийка матки згладжена, відкриття 8 см., плідний міхур відсутній. Який період родів?

+ Перший.

- Другий.
- Прелімінальний.
- Завершальний.
- Третій.

?

Роділля 38 років, пологи перші термінові. При поступленні в род зал: обвід живота - 110 см см, висота дна матки - 40 см. Прорізується голівка плоду. Шкіра вульварного кільця бліда, мало податлива. Ваш попередній діагноз?.

+ Загроза розриву промежини.

- Загроза розриву матки.
- Загроза розриву симфізу.
- Слабкість потуг.
- Надміру активна родова діяльність.

?

Роділля Д., пологи другі термінові. Загальний стан задовільний. Народився хлопчик без асфіксії, масою 3200 гр. Ознаки відшарування плаценти відсутні, кровотеча досягла 300

мл. Які дії лікаря?

- + Ручне відділення і видалення посліду.
 - Застосувати метод Абуладзе.
 - Виділення посліду за Креде-Лазаревичем.
 - Видалення посліду за Гентером.
 - Витягнення посліду за пуповину.
- ?

Роділля Н., з обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом народила доношену дівчинку, масою 3100гр. Ознаки відшарування посліду і кров'янисті виділення із статевих шляхів відсутні. Матка помірної щільності. Прошло 30 хв. Яка патологія виникла?

- + Справжнє прирощення плаценти.
 - Передлежання плаценти.
 - Защемлення плаценти.
 - Гіпотонія матки.
 - Розрив матки.
- ?

Породілля 24 років, після народження посліду продовжується кровотеча з каналу шийки матки. огляді родових шляхів травм шийки матки, слизової піхви не виявлено. При огляді плаценти на плодовій оболонці виявлена обірвана судина. Про яку патологію можна подумати?

- + Затримка в порожнині матки додаткової частини плаценти.
 - Затримка плідних оболонок в порожнині матки.
 - Розрив судини пуповини.
 - Коагулопатична кровотеча.
 - Гіпотонічна кровотеча.
- ?

Роділля 25 років поступила в пологовий будинок на 38 тижні вагітності з регулярною пологовою діяльністю та кров'янистими виділеннями з статевих шляхів. Шийка матки згладжена, відкриття каналу 4 см. і його перекиває губчаста тканина м'якої консистенції. При бімануальному огляді кровотеча припинилась. Яка причина посилення кровотечі?

- + Повне передлежання плаценти
 - Передчасне відшарування низько розміщеної плаценти.
 - Кровотеча з розриву шийки матки.
 - Передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти.
 - Коагулопатична кровотеча
- ?

У вагітної М., 19 років, в строці вагітності 9-10 тижнів вроджена вада серця - тетрада

Фало. Яка подальша тактика ведення вагітності?

- + Перервати вагітність до 12 тижнів
 - Пролонгувати вагітність
 - Вирішити питання про збереження вагітності з кардіологом
 - Пролонгувати вагітність до 36 тижнів
 - Пролонгувати вагітність до 38 тижнів
- ?

У вагітної В., 25 років, з оперованою ниркою строк вагітності 19-20 тижнів. Виявлено ознаки ниркової недостатності: креатині до 280 ммоль/л, сечовина до 12,8 ммоль/л. Яка подальша тактика ведення вагітності?

- + Преривання вагітності за медичними показаннями
 - Пролонгування вагітності
 - Госпіталізація в урологічне відділення
 - Госпіталізація у відділення патології вагітності
 - Госпіталізація у терапевтичне відділення
- ?

У хворої з тетрадою Фало, яка оперативно не корегувалась, вагітність 8 тижнів. Якою повинна бути тактика лікаря відносно виношування вагітності

+ Переривання вагітності до 12 тижнів.

- Виношування вагітності не протипоказане
- Переривання у винятку виникнення серцево-судинної декомпенсації
- Кесарський розтин у терміні 34 тижня
- Переривання у терміні 28 тижнів

?

Відразу після видалення посліду за методом Креде-Лазаревича стався виворіт матки. Жінка зблідла, артеріальний тиск 90/40 мм рт. ст., пульс 120 уд/хв, запаморочена, зіниці широкі, крововтрата 200 мл. Чим обумовлений важкий стан породіллі?

- + Травматичним шоком
- Розривом матки
- Геморагічним шоком
- Анафілактичним шоком
- Передчасним відшаруванням плаценти

?

У дівчинки 13 років спостерігаються на шкірі синці різних розмірів і кольору, запаморочення, маткова кровотеча. При огляді - стан важкий, шкіра бліда, ЧСС. При аускультатії серця ЧСС 140 за хв. Грубий систолічний шум, АТ. - 90/40 мм.рт.ст. Печінка, селезінка не збільшені. В клінічному аналізі крові Ер.-1,8x10¹²/л, Нв- 50 г/л, к.п. - 0,7, рет - 4%, тромбоцити - 20,0x10⁹/л, Л-12,0-10⁹/л, е-2, п-5, с-75, л-16, м-2, ШОЕ-15мм/год. ематокрит -0,25. Що обумовлює тяжкість стану хворої?

- + Гостра крововтрата.
- Тромбоцитопенія.
- Серцева недостатність.
- Симптоми інтоксикації.
- Зниження артеріального тиску.

?

Вагітна 30 років, поступила з д-зом:: вагітність I, 36-37 тижнів, В 5 річному віці проведена хірургічна корекція вродженої вади серця - дефект міжпередсердної перегородки. На даний час порушень з боку серцево-судинної системи не виявлено. Вкажіть тактику родорозрішення..

- + Родорозв'язання через природні родові шляхи в терміні родів.
- Кесарський розтин в терміні родів
- Кесарський розтин із стерилізацією
- Пологи через природні родові шляхи з виключенням потужного періоду
- Термінове родорозв'язання