

ЗАВАНТАЖЕНО З САЙТУ ТЕСТУВАННЯ.УКР

Акушерство та гінекологія - база тестів 2005 року

Категорія: **Бази тестів українською мовою 2005 року**

Кількість запитань: **256**

1. Вагітна Н., 25 років доставлена в пологове відділення зі скаргами на переймоподібні болі внизу живота та попереку, протягом 7 годин та кров'яні виділення з піхви, які з'явилися пів години тому. Навколоплідні води не відходили. Вагітність 4, пологи перші, попередні 3 вагітності закінчилися штучним абортom. ЧСС плода 136 за 1 хв. При піхвовому дослідженні виявлено згладжену шийку матки, розкриття маткового вічка 6-7 см, збоку від передлежачої голівки пальпується м'яка губчаста тканина, плідний міхур цілий. Був встановлений діагноз бокового передлежання плаценти. Подальша тактика лікаря?

*** А) Амніотомія**

- В) Кесарський розтин
- С) Стимулювання пологів
- Д) Акушерські щипці
- Е) Плодоруйнівна операція

2. Жінка 54 років скаржиться на мажучі кров'янисті виділення з піхви та диспареунію. Менопауза протягом 3 років. При ультразвуковому дослідженні виявлена атрофія ендометрія. При огляді в дзеркалах - слизова оболонка піхви бліда, суха, відмічаються виразки на слизовій оболонці. Виберіть найбільш підходяще лікування або процедуру.

*** А) Застосування естрогенового крему**

- В) Призначення медроксипрогестерон-ацетату
- С) Послідовна терапія естрогенами і прогестероном
- Д) Біопсія ендометрію
- Е) Роздільне діагностичне вишкрібання порожнини матки

3. 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, придатки з обох боків не пальпуються, інфільтратів в малому тазу немає, склепіння вільні. Був встановлений діагноз фіброміома матки, постгеморагічна анемія. Виберіть найбільш правильну тактику ведення хворої.

*** А) Діагностичне вишкрібання порожнини матки**

В) Міомектомія

С) Гістеректомія

Д) Призначення гормональних препаратів

Е) Призначення препаратів заліза

4. Хвора скаржиться на неплідність. Менструації з 16 років. Встановилися одразу, повторювалися щомісяця, тривають 5-6 днів, до шлюбу - болісні. Статеве життя 4 роки. Лібідо понижене, оргазм частіше відсутній. Протизаплідними засобами не користувалась, не вагітніла. В дитинстві хворіла на кір, скарлатину. З приводу неплідності не лікувалась. Нормальний сомато-сексуальний розвиток, жіночий тип. Вагінально: матка в антефлексії, нормальної величини, рухома, неболюча придатки не пропальповуються, параметрії вільні. В дзеркалах: шийка матки чиста, виділення із цервікального каналу прозорі. Додаткові методи дослідження: аналіз сперми-55 000 000 сперматозоїдів в 1 мл, із них 75% рухомих. Проба Шуварського позитивна, проба Гугнера, проведена на 8-й день циклу, від'ємна. Базальна температура протягом 2-х циклів монотонна. Гістологічне дослідження скрібку із порожнини матки, взятого за день до менструації, дає картину проліферації ендометрію. Діагноз?

*** А) Неплідність I, ановуляторні цикли**

- В) Неплідність I, трубного генезу
- С) Неплідність I, трубно-перітон. Генезу
- Д) Неплідність I, чоловічого генезу
- Е) Неплідність I, аномалії розвитку статевих органів

5. Хвора 34 років. Фіброміома матки виявлена 2 роки тому. Швидкого росту немає. При поступленні 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. Виділення світлі. Діагноз?

*** А) Перекрут фіброматозного вузла**

- В) Кіста яєчника
- С) Загострення двохстороннього аднекситу
- Д) Розрив піосальпінксу
- Е) Гострий апендецит

6. 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?

*** А) Фракційне діагностичне вишкрібання слизової матки з гістологічним обстеженням зішкрібу**

- В) Кольпоскопія
- С) Рентгенологічне обстеження органів малого тазу
- Д) Цитологічне дослідження
- Е) Ультразвукове обстеження органів малого тазу

7. Жінка пред(являє скарги на періодичні болі і почуття важкості внизу живота. Іноді вечорами спостерігається субфебрильна температура. Менструації нормальні. Статеве життя з 20 років, без порушень. Мала двоє термінових нормальних родів. Раніше не хворіла. Загальний стан задовільний. Пульс-76 уд. на хвилину, АТ 120/70 мм.рт.ст. Вагінально: пропальповуються двохсторонні пухлини придатків матки, більші, ніж кулак; пухлини не рухомі, заповнюють увесь мал.таз; на нижньому полюсі пухлин пропальповуються болючі нарости (“шпори”). Аналіз крові ШОЕ-60 мм/год., помірна лімфопенія, незначна еозинофілія. Діагноз?

*** А) Рак яєчників 2 ст., кл. гр. 2**

- В) Двобічні тубооваріальні пухлини запального генезу
- С) Двобічні кістоми яєчників
- Д) Фіброміома матки
- Е) Позаматкова вагітність

8. Хвора скаржиться на різкі болі внизу живота, які віддають у пряму кишку. Болі циклічного характеру, різко посилюються під час дефекації, фізичної праці. В міжменструальному періоді незначні, а під час менструації-нестерпні. Хворіє 2 роки. До того менструації були нормальними. Статеве життя останні 2 роки-болюче. Родів було двоє, аборт один - 5 років тому. Останні роди були 8 років тому. Запальних захворювань статевих органів не було. Пульс-76 уд/хв, АТ - 120/80 мм.рт.ст. Живіт м'який, безболісний. Гінекологічний стан матки нормальної величини в антефлексію, придатки - без змін ззаду шийки матки пропальповується твердий, болючий інфільтрат з нерівною поверхнею, з нечіткими контурами. Інфільтрат переходить на заднє склепіння, при ректальному дослідженні виявлено, що інфільтрат переходить також і на пряму кишку. Аналіз крові ШОЕ-16 мм/год., лейкоцитів- 8×10^9 /л. Діагноз?

*** А) Зовнішній генітальний ендометріоз, ретроцервікальна локалізація**

В) Хр. двобічний аднексит в стадії загострення

С) Позаматкова вагітність

Д) Фіброміома матки з нетиповою локалізацією

Е) Пухлина прямої кишки

9. Заміжня жінка, 26 років, звернулась до лікаря жіночої консультації із скаргами на відсутність чергової менструації (затримка становить 26 днів) і відчуття нудоти, здебільшого зранку. Тест на вагітність позитивний. Раніше менструальний цикл був регулярним. Статеве життя з 19 років. Вагітностей не було. При об'єктивному обстеженні встановлено: слизова шийки матки і піхви ціанотичні, тіло матки м'якуватої консистенції, дещо збільшене в розмірах. Проведено УЗД - плідного міхура в порожнині матки не виявлено. Найбільш ймовірний діагноз?

*** А) Підозра на прогресуючу позаматкову вагітність**

В) Порушення менструального циклу

С) Маткова вагітність в малому строці

Д) Порушена позаматкова вагітність

Е) Гіпофізарно-яєчникова недостатність

10. 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, зовнішній зів 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:

*** А) Почавшийся самовільний аборт**

- В) Загроза самовільного аборту
- С) Самовільний аборт в ходу
- Д) Метрорагія
- Е) Неповний самовільний аборт

11. Вагітна 26 років, направлена в стаціонар з приводу загрози переривання вагітності у терміні 18 - 19 тижнів. Скаржиться на незначний тягнучий біль внизу живота, що непокоїть протягом кількох днів. Вагінально: шийка матки вкорочена до 1 - 1,5 см, еластичної консистенції, цервікальний канал розкритий до 2 см, на всьому протязі, плідний міхур цілий. Тіло матки в нормотонусі, відповідає 19 - 20 тижням вагітності. В даній ситуації показане:

*** А) Накладання шва на шийку матки після проведення аналізу виділень з піхви, а до того -токолітична терапія, положення вагітної в ліжку з припіднятим тазовим кінцем.**

- В) Термінове накладання шва на шийку матки
- С) Інтенсивна токолітична терапія, положення вагітної в ліжку з припіднятим тазовим кінцем
- Д) Призначення синтетичних прогестинів
- Е) Амніотомія та внутрішньовенне крапельне введення окситоцину

12. Першовагітна 33 років знаходиться в пологовому будинку протягом 2 тижнів, термін вагітності 41-42 тижні. Має анемію вагітних II ступеню. Установлений фон готовності до пологів, проведено профілактику внутрішньоутробної гіпоксії плода, лікування анемії. Яка тактика ?

*** А) Призначити родозбудження**

- В) негайно зробити кесарський розтин
- С) Продовжувати підготовку до пологів
- Д) Введення спазмолітиків
- Е) Зробити епідуральну анестезію

13. Роділля доставлена в клініку КШД зі скаргами на біль в животі, короточасну 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 160уд/хв, глухе. Із зовнішніх статевих органів виділяється кров в незначній кількості. Родова діяльність помірна, води не виливались. При піхвовому дослідженні розкриття маткового зіву 5-6 см. Тканина плаценти не пальпується. Діагноз?

*** А) Передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти**

- В) Передлежання плаценти
- С) Прееклампсія
- Д) Розрив матки
- Е) Кровотеча з варікозно розширених вен піхви

14. 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 гл. При поступленні-5-та доба менструації, виділення рясні, хвора бліда. План невідкладної допомоги

*** А) Лікувально- діагностичне вишкрібання матки**

- В) Гемостатична терапія
- С) Гемостимулююча терапія
- Д) Антибактеріальна терапія
- Е) Гормональне лікування

15. До пологового будинку доставлена жінка з вагітністю 38-40 тиж., навколоплідні води відійшли 14 годин тому. Протягом вагітності двічі була загроза аборту (12-14 тиж. та 18-20 тиж.), анемія; лікувалася у денному стаціонарі. Об'єктивно: стан задовільний. Температура-37,4, пульс-92/хв. Тонус матки підвищений, ВДМ-36 см, ОЖ-95 см. Передлежання плоду головне, І позиція, передній вид. Серцебиття плоду 140/хв. Вагінально: шийка матки сформована, порсіо vaginalis-2 см, розкриття цервікального каналу до 2 см. Плідного міхура немає. Передлежить голівка плода. Кісткової патології не виявлено. Тактика?

*** А) Підсилення родової діяльності**

- В) Медикаментозний сон.
- С) Кесарський розтин
- Д) Акушерські щипці
- Е) Екстраперитонеальний кесарський розтин

16. Вагітна 22 років звернулась до жіночої консультації зі скаргами на кровотечу, біль внизу живота. Строк вагітності 9-10 тижнів. Вагінальне дослідження: шийка матки розкрита на 3 см, надмірна кровотеча, матка збільшена до 8 тижнів. Тактика.

*** А) Провести вишкрібання порожнини матки**

- В) Холод на низ живота
- С) Накласти шов на шийку матки
- Д) Призначити утеротонічну терапію
- Е) Призначити токолітичну терапію

17. Впершенароджуюча, пологи тривають 16 годин. Води вилилися 2 години тому. Головне передлежання, серцебиття плоду 168 удхв., ритмічне. Розкриття шийки матки повне, голівка перебуває у виході з малого тазу. Стрілоподібний шов у прямому розмірі, мале тім'ячко у лона. Визначити тактику лікаря.

*** А) Накласти вихідні акушерські щипці**

- В) Кесарський розтин
- С) Накласти порожнинні акушерські щипці
- Д) Медикаментозний сон
- Е) Призначити родопідсилення

18. Хвора, 32 років звернулась до гінеколога зі скаргами на рясні, тривалі менструації протягом 3 років, ниючого характеру біль в попереку. Не відвідувала гінеколога 2 роки. Остання менструація 2 тижні тому в строк. З анамнезу з'ясовано: менархе в 13 років, менструації через 28 днів, протягом 7 днів; Пологів-0, абортів-3. При піхвовому дослідженні: зовнішні статеві органи розвинуті правильно, оволодіння за жіночим типом; Піхва не рожавшої жінки, шийка матки конічної форми, зовнішнє вічко точкове, зачинено. Тіло матки збільшене до 9 тижнів вагітності, щільне, не обмежене в рухомості, безболісне, в anteflexio. Додатки з обох сторін не збільшені, без патології. Склепіння вільні. Виділення слизові. Які лікувально-діагностичні заходи треба здійснити в першу чергу?

*** А) Роздільне діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки**

- В) Хірургічне лікування
- С) Гормональна терапія 17-ОПК
- Д) Діагностична лапароскопія
- Е) Спостереження за хворою

19. Хвора 17 років звернулась до гінеколога зі скаргами на плаксивість, депресивний настрій, агресивність, нагрубання молочних залоз, які відмічаються у неї за 3-4 дні до менструації та після початку останньої зникають. В анамнезі: пологів-0, абортів-0. Менархе в 13 років, менструації через 31 добу, протягом 4-5 днів, регулярні, безболісні, не рясні. При піхвовому дослідженні патології геніталій не виявлено. Встановити найбільш ймовірний діагноз:

*** А) Нервово-психічна форма перед менструального синдрому**

- В) Фіброзно-кістозна мастопатія
- С) Альгодисменорея
- Д) Цефалічна форма перед менструального синдрому
- Е) Тиреотоксикоз

20. 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 приходить у підвищений тонус, положення плоду поздовжнє, голівка над входом у малий таз, низько, серцебиття ясне, ритмічне 140 уд. у хв.

Встановлений діагноз - загроза передчасних пологів. Ваша тактика?

*** А) Розпочати токолітичну терапію, профілактику дистрес-синдрому плода**

В) Почати стимуляцію пологів

С) Перевести в пологовий блок для родорозрішення

Д) Розпочати токолітичну терапію

Е) Кесарський розтин

21. Породілля 28 років, вагітність шоста (аборти, ускладнені ендометритом).

Пологи другі, перші пологи протікали без ускладнень, маса плоду 4500,0.

Послід відокремився і виділився самостійно через 7 хв. після народження

плоду, цілий. Крововтрата 350 мл. Через 5 хв. кров'яні виділення підсилилися, при зовнішньому масажі матка м'яка, скорочується і знову розслаблюється, кровотеча продовжується. Ваш діагноз?

*** А) Гіпотонічна кровотеча**

В) Затримка частки плаценти

С) Атонічна кровотеча

Д) Розрив матки

Е) Розрив шийки матки III ступеню

22. Хвора В., 27 років, звернулась у жіночу консультацію зі скаргами на болі внизу живота, які з'являються за кілька днів до менструації, а з її початком дещо зменшуються. Не однократно проходила курс протизапальної терапії та фізіотерапії, але лікування було без позитивного ефекту. При УЗД ,проведеному у середині менструального циклу, патології не виявлено. З попереднім діагнозом - аденоміоз жінка була госпіталізована у гінекологічне відділення для уточнення діагнозу та лікування. Яке обстеження потрібно зробити для підтвердження діагнозу?

*** А) Гістероскопію**

- В) Роздільне діагностичне вишкрібання порожнини матки
- С) Рентгенографію органів малого тазу та черевної порожнини
- Д) Кольпоскопію
- Е) Біопсію

23. Хвора 46 років доставлена у гінекологічне відділення каретою швидкої допомоги 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:

*** А) Діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки**

- В) Кольпоскопія
- С) Гістероскопія
- Д) Лапароскопія
- Е) Тазова рентгенографія

24. Хвора 23 років. Менструації з 13 років, по 5—6 днів, через 28 днів, помірні, безболісні. Остання менструація закінчилась 5 днів тому. Заміжня три роки, вагітності не запобігала, але вагітностей не було за всі роки подружнього життя. Звернулась за порадою. З чого необхідно почати обстеження?

*** А) Провести піхвове дослідження і взяти мазки з трьох точок**

- В) Взяти мазки на кольпоцитологію
- С) Призначити спермограму чоловіку
- Д) Провести УЗД
- Е) Визначити концентрацію статевих гормонів у динаміці

25. Хвора 21 року, скаржиться на те, що менструації, які з'явилися в 16 років, були нерегулярні, мізерні, а останні два роки відсутні. При дослідженні: шийка матки конічна, чиста, тіло матки маленьке, гіпопластичне, рухоме, безболісне. Склепіння глибокі, додатки матки не визначаються, параметрії вільні. Кольпоцитологічне дослідження: індекс дозрівання — 70/30/0, каріопікнотичний індекс — 40%, ректальна температура монотонна, нижче 37 град. Який найбільш вірогідний діагноз?

*** А) Вторинна аменорея на фоні інфантилізму**

- В) Первинна аменорея
- С) Вторинна аменорея на фоні ановуляторного синдрому.
- Д) Вагітність
- Е) Синдром Шихана

26. 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 закрите, на передній губі визначається велика кількість сосочкових розростань, вкритих гнійним смагами, які легко кровоточать при доторканні. Тіло матки й придатки з обох боків без патології. Параметрії вільні. Який найбільш вірогідний діагноз?

*** А) Рак шийки матки**

- В) Справжня ерозія.
- С) Проста псевдо ерозія
- Д) Залозиста псевдо ерозія
- Е) Папілярна псевдо ерозія

27. 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, щупке, керівної поверхні. Один з вузлів зліва біля дна різко болючий. Склепіння глибокі. Придатки не визначаються, область їх безболісна. Параметри вільні. Виділення серозні. Аналіз крові: Гемоглобін — 120 г/л, лейкоцитів — 12×10^9 /л, паличкоядерних лейкоцитів — 10 %. Який найбільш вірогідний діагноз?

*** А) Некроз фіброматозного вузла**

- В) Спонтанний розрив вагітної матки
- С) Хоріонепітеліома
- Д) Порушена вагітність в інтерстиціальному відділі труби
- Е) Деструктивна форма міхурового замету

28. Хвора 23 років скаржиться на відсутність менструації на протязі 3 місяців. Менструації з 13 років, до цього часу без відхилень від норми. Об'єктивно: зовнішні статеві органи без патології, шийка матки циліндрична, чиста, ціанотична. Тіло матки збільшене до 10—11 тижнів вагітності. Справа від матки визначається пухлина розміром 8x10 см, туго еластичної консистенції, гладкої поверхні, обмежено рухома. Зліва придатки не визначаються. Склепіння глибокі. Параметрії вільні. Виділення слизові. Який найбільш вірогідний діагноз?

*** А) Вагітність 10-11 тижні, кіста правого яєчника**

В) Хоріонепітеліома

С) Міхуровий замет

Д) Фіброміома матки з субсерозним вузлом на ніжці

Е) Рак тіла матки з метастазами в правий додаток матки

29. Хвора 48 років скаржиться на рясні менструації. Менструації до цього часу були без відхилень від норми. 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?

*** А) Фіброміома матки**

В) Саркома тіла матки

С) Вагітність 14-15 тижнів

Д) Хоріонепітеліома

Е) Рак ендометрію

30. Вагітна доставлена машиною швидкої допомоги на ношах. Вагітність третя, строк вагітності 9-10 тижнів. Дві перші вагітності перервані по медичним показанням в зв'язку з тяжким гестозом — надмірною блювотою вагітних. В минулому жінка перенесла хворобу Боткіна. Стан вагітної тяжкий. Блювота більше 20 раз на добу. Шкіра суха, з жовтяницею, анемія. З ротової порожнини — запах ацетону. В сечі — сліди білірубіну, ацетон — +++, сліди білка, циліндри. Який вірогідний паталогічний стан розвинувся на фоні вагітності?

Вагітна доставлена машиною швидкої допомоги на ношах. Вагітність третя, строк вагітності 9-10 тижнів. Дві перші вагітності перервані по медичним показанням в зв'язку з тяжким гестозом — надмірною блювотою вагітних. В минулому жінка перенесла хворобу Боткіна. Стан вагітної тяжкий. Блювота більше 20 раз на добу. Шкіра суха, з жовтяницею, анемія. З ротової порожнини — запах ацетону. В сечі — сліди білірубіну, ацетон +++, сліди білка, циліндри. Який вірогідний паталогічний стан розвинувся на фоні вагітності?

*** А) Гостра жовта дистрофія печінки**

- В) Надмірна блювота вагітних
- С) Гострий гепатит
- Д) Цукровий діабет
- Е) Хвороба Боткіна

31. Хвора 36 років звернулась в жіночу консультацію з скаргами на біль внизу живота. Сама хвора знайшла пухлину в черевній порожнині. Менструації до цього часу були без відхилень від норми, але стали більш рясними. 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?

*** А) Фіброміома матки**

- В) Саркома тіла матки
- С) Вагітність 14-15 тижнів
- Д) Хоріонепітеліома
- Е) Рак ендометрію

32. Хвора 48 років, звернулась 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 в нормальному положенні, збільшене до 9 — 10 тижнів вагітності, нерівної поверхні, цупке, рухоме, безболісне. Придатки з обох сторін не визначаються. Параметрії вільні. Склепіння глибокі. Виділення слизові. Який найбільш вірогідний діагноз?

*** А) Субсерозна фіброміома матки**

- В) Рак ендометрію
- С) Інтерстиціальна фіброміома матки
- Д) Ендометріоз з переважним ураженням тіла матки
- Е) Фіброміома матки та вагітність

33. 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. Родів — 2, абортів — 2. 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. З шийки до піхви звисає пухлина розміром 3х6 см, ніжка її товщиною до 1 см входить до порожнини матки. Пухлина має темно-багровий колір, вкрита гнійною смагою, при доторканні кровоточить. Тіло матки збільшене до 7 — 8 тижнів вагітності, нерівної поверхні, рухоме, безболісне. Склепіння глибокі. Придатки не визначаються, область їх безболісна. Параметрії вільні. Який найбільш вірогідний діагноз?

*** А) Фіброматозний вузол, що народжується**

- В) Ендофітний ріст раку шийки матки
- С) Хоріонепітеліома, метастаз в шийку матки
- Д) Аборт в ходу в строк 7-8 тижнів вагітності
- Е) Екзофітний ріст раку шийки матки

34. Хвора 48 років, незаміжня, звернулась зі скаргами на ниючі біль внизу живота. З анамнезу: менструальний цикл без порушень, статевим життям не жила. В 40 років оперована з приводу виразки шлунку. При обстеженні: живіт м'який, в гіпогастральному відділі чітко визначається цупка, бугриста пухлина, обмежено рухома. При вагінальному дослідженні: шийка матки циліндрична, чиста. Тіло матки окремо не пальпується, з обох сторін від матки визначаються цупкі, нерівної поверхні пухлини, нерухомі, наповнюючи всю порожнину малого тазу. Який найбільш вірогідний діагноз?

*** А) Рак Крукенберга**

- В) Фіброміома яєчників
- С) Гранульозоклітинна пухлина яєчників
- Д) Двосторонній піооваріум
- Е) Субсерозна фіброміома матки

35. Хвора 52 років, скаржиться на кров'яні виділення, які з'являються після статевого контакту, іноді після закріплення при випорожненні. Менструації були без відхилень від норми, остання менструація — 3 роки тому. Пологів — 10, абортів не було. Об'єктивно: шийка матки циліндрична, гіпертрофована, деформована старими післяродовими розривами. Нижня губа практично відсутня, на її місці кратероподібна виразка, яка кровоточить при доторканні. Матка трохи збільшена, гладкої поверхні, обмежено рухома. Справа і зліва в параметри визначаються інфільтрати, які доходять до стінки тазу. Придатки не визначаються. Верхня частина піхви також інфільтрована. Виділення кров'яні, в незначній кількості. Визначте ступінь розповсюдження ракової пухлини

*** А) III ступінь, параметральний варіант**

В) II ступінь, піхвовий варіант

С) II ступінь, параметральний варіант

Д) III ступінь, з ізолюваними метастазами в малому тазі

Е) IV ступінь, метастатичний варіант

36. Роділля 37 років. Вагітність 8 . Пологи 8 . Вагітність 40 тижнів. Розміри тазу нормальні. 10 хвилин тому народила одну живу дитину масою 4200 г, зріст 56 см, з оцінкою за шкалою Апгар 9 балів. Самостійно виділився послід, цілий. Через декілька хвилин виділилося ще 150-200 мл крові. Після зовнішнього масажу матки кровотеча зупинилась, однак через 15-20 хвилин матка знову розслабилася і виділилось додатково 200 мл крові. Що потрібно зробити в першу чергу для припинення кровотечі

*** А) Випустити сечу катетером**

В) Ввести внутрішньовенно струйно розчин метилергометрину на глюкозі

С) Почати внутрішньовенне крапельне введення окситоцину на глюкозі

Д) Зробити операцію ручне обстеження стінок матки

Е) Покласти на живіт міхур з кригою.

37. Вагітній 27 років, вагітність доношена. Таз нормальних розмірів. Води не відходили. Доставлена каретою швидкої допомоги через 9 годин від початку родової діяльності. Перейми через 5-6 хвилин, по 45-50 секунд, активні. Голівка малим сегментом в площині входу в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 136 ударів за хвилину. При внутрішньому дослідженні: шийка матки відкрита на 5-6 см, нижній полюс голівки на 1,5-2 пальці вище міжспинальної лінії. Води не відходили. Аналіз крові без відхилень від норми. Яка подальша акушерська тактика

*** А) Надати пологам природний перебіг**

- В) Провести амніотомію для більш швидкого завершення пологів
- С) Провести медикаментозну профілактику внутрішньоутробного страждання плода
- Д) Призначити естрогено-глюкозо-вітаміно-кальційовий комплекс
- Е) Почати внутрішньовенне крапельне введення окситоцину на глюкозі

38. Вагітна вперше, 22 років. Вагітність 35-36 тижнів. Плід живий. Розміри тазу: 25-26-31-20. Без родової діяльності, вночі з'явилась кровотеча з статевих органів в кількості 80-100мл. При внутрішньому дослідженні: шийка матки дещо коротша ніж в нормі, маточне 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

*** А) Кесарів розтин**

- В) Строгий ліжковий режим
- С) Амніотомія
- Д) Строгий ліжковий режим та токолітична терапія
- Е) Строгий ліжковий режим та гемостатична терапія

39. Жінка 28 років звернулась в жіночу консультацію зі скаргами на затримку менструації протягом 5 днів. При вагінальному дослідженні: зовнішні статеві органи розвинені правильно, шийка матки конічної форми, без патології. Тіло матки незначно збільшене, щільне, рухоме. Придатки матки з обох боків безболісні, не збільшені. Виділення слизові. Які методи дослідження для визначення вагітності будуть найбільш ефективними?

*** А) Імунологічний тест на вагітність**

- В) Ультразвукове дослідження
- С) Бімануальне дослідження
- Д) Рентгенологічне дослідження
- Е) Біологічний метод

40. Роділля в терміні вагітності 39-40 тижнів. Положення плоду повздовжнє. 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?

*** А) Повне сідничне передлежання**

- В) Неповне сідничне передлежання
- С) Повне ніжне передлежання
- Д) Неповне ніжне передлежання
- Е) Колінне передлежання

41. 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 повздожнє, головне передлежання, серцебиття плоду - 130 уд/хв, ритмічне. В сечі білок 3,3 г/л. Який діагноз найбільш імовірний?

*** А) Прееклампсія тяжкого ступеня**

В) Прееклампсія легкого ступеня

С) Еклампсія

Д) Гіпертонічний криз

Е) Набряки вагітних

42. У вагітної 23 років встановлено прегестоз у терміні вагітності 33 тижні: АТ - 120/85 мм рт. ст. [ліва рука] і 130/80 мм рт. ст. [права рука]; позитивна проба Макклюра-Олдрича. Стан плода задовільний. Який метод профілактики пізнього гестозу повинен реалізувати лікар?

*** А) Рекомендація обмеження солі, розвантажувальних днів**

В) УФО-терапія

С) Електрорелаксація матки з електрофорезом новокаїну

Д) Призначення спазмолітиків

Е) Призначення полівітамінів

43. Жінка 25 років поступила в гінекологічне відділення з вагітністю 9 тижнів. Скаржиться 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 ведення найбільш доцільна?

*** А) Штучний аборт Пролонгування вагітності**

В) Ультразвукове дослідження

С) Лапароскопія

Д) Нагляд в амбулаторних умовах

44. 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?

*** А) Атонія матки**

- В) Розрив матки
- С) Гіпотонія матки
- Д) Незгортання крові
- Е) ДВЗ-синдром

45. Роділлі 23 роки. Вагітність 39-40 тижнів, положення плода поздовжнє, 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 плода 160 уд/хв, глухе. При внутрішньому дослідженні: плідний міхур відсутній, відкриття шийки матки 8 см, передлежить голівка, пальпується велике тім'ячко. Голівка притиснута до входу в малий таз. Який найбільш імовірний діагноз?

*** А) Загрозливий розрив матки**

- В) Завершений розрив матки
- С) Дискоординована пологова діяльність
- Д) Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти
- Е) Тетанус матки

46. Вагітна 22 років поступила до пологового будинку із скаргою на біль внизу живота. Вагітність 35 тижнів. Положення плода поздовжнє, передлежить голівка. Матка в підвищеному тонусі, напружується при пальпації. Серцебиття плода 142 уд/хв, ритмічне, ясне. При вагінальному дослідженні: шийка матки циліндрична, вічко закрите. Через переднє склепіння пальпується голівка, рухома над входом в малий таз. Навколоплідні води не виливалися. Яке лікування доцільно призначити?

*** А) Магнію сульфат в/в**

В) Прогестерон в/м

С) Фолікулін в/м

Д) Вітамін Є в/м

Е) Кальцію глюконат в/в

47. Народилася дитина від фізіологічних пологів в строк. На другу добу у дитини з'явилась іктеричність 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?

*** А) Гемоліз еритроцитів**

В) Холестаз

С) Гепатит

Д) Порушення відтоку жовчі

Е) Порушення обміну білірубину

48. 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 плоду 90 уд/хв. При піхвовому дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття 6 см. Який діагноз найбільш імовірний?

*** А) Гостра гіпоксія плода**

- В) Хронічна гіпоксія плода
- С) Гемолітична хвороба плода
- Д) Гіпотрофія плода
- Е) Фето-плацентарна недостатність

49. Післяпологовий період 3-тя доба. Роди перебігали без ускладнень. Загальний стан задовільний. Т тіла 36,6о. Пульс - 78 уд/хв, ритмічний. Молочні залози в стані нагрудання. Дно матки на 2 см нижче пупка. Матка в нормотонусі, безболісна. Лохії кров'яністі, помірні. Стул, сечовиділення в нормі. Яке лікування доцільно призначити?

*** А) Утеротонічні препарати**

- В) Аналгетики
- С) Антибіотики
- Д) Естрогенні гормони
- Е) Гестагенні гормони

50. 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?

*** А) Розширена кольпоскопія і взяття прицільної біопсії**

- В) Проста і розширена кольпоскопія
- С) Цитологічне дослідження секрету цервікального каналу та шийки матки
- Д) Ректовагінальне та ректоабдомінальне дослідження
- Е) Рентгенологічне дослідження органів малого тазу

51. 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. Серцебиття плоду 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?

*** А) Передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти**

- В) Розрив матки
- С) Емболія навколоплідними водами
- Д) Передлежання плаценти
- Е) Міхурцевий занесок

52. Вагітна 27 років, в терміні вагітності 38-39 тижнів, доставлена в пологовий будинок зі скаргами на біль в животі, кров'яністі виділення із статевих шляхів. Вагітність перебігала на тлі пізнього гестозу, але в стаціонарі не лікувалась. Стан середньої тяжкості, пульс - 90 уд/хв, АТ - 110/70 мм рт ст. Матка напружена, болісна. Серцебиття плоду 100 уд/хв, глухе. При УЗД встановлено передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти. Яка повинна була проводитись профілактика ускладнення, що виникло?

*** А) Лікування пізнього гестозу**

- В) Виключення фізичного навантаження
- С) Призначення токоферолу ацетату
- Д) Призначення гестагенів
- Е) Призначення естрогенів

53. Породілля 25 років, 7 доба після пологів. Загальний стан задовільний, скарг не має. Температура тіла 36,60С, пульс 76 уд/хв. Молочні залози м'які, соски цілі, безболісні. Матка щільна, безболісна, дно її за лоном. Лохії серозно-слизові, незначні. Які поради надати породіллі, щодо гігієни статевих органів?

*** А) Туалет зовнішніх статевих органів водою з милом**

- В) Туалет піхви спринцюванням
- С) Туалет піхви вагінальними тампонами
- Д) Туалет піхви вагінальними ванночками
- Е) Туалет зовнішніх статевих органів спиртом

54. 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?

*** А) I момент біомеханізму пологів**

- В) II момент біомеханізму пологів
- С) III момент біомеханізму пологів
- Д) IV момент біомеханізму пологів
- Е) V момент біомеханізму пологів

55. Жінка 22 років з вагітністю 30 тижнів. Скарги на біль внизу живота, більше справа, який з'явився 5 годин тому, нудоту, однократну 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?

*** А) Апендицит та вагітність**

- В) Загроза переривання вагітності
- С) Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти
- Д) Ниркова коліка та вагітність
- Е) Холецистит та вагітність

56. 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?

*** А) Гострий ендометрит**

- В) Гострий ендоцервіцит
- С) Гострий сальпінгоофорит
- Д) Гострий цистит
- Е) Піосальпінкс

57. Жінка 47 років скаржиться на кров'яні виділення з піхви протягом 2-х тижнів, які з'явилися після затримки менструації на 3 місяці. Менархе з 13 років. Менструації останній рік нерегулярні. Аналіз крові: Hb - 90 г/л, еритроцитів - $2,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоцитів - $5,6 \times 10^9$ /л. При вагінальному дослідженні: матка нормальних розмірів, придатки не пальпуються. Який діагноз найімовірніший?

*** А) Клімактерична кровотеча**

- В) Поліп ендометрію
- С) Порушення згортання крові
- Д) Рак ендометрію
- Е) Неповний аборт

58. В жіночу консультацію звернулась 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?

*** А) Ановуляторний менструальний цикл**

- В) Імунологічне безпліддя
- С) Генітальний ендометріоз
- Д) Хронічний сальпінгоофорит
- Е) Порушення менструального циклу

59. В жіночу консультацію звернулася хвора 32 років із скаргами на дисменорею, диспареунію, ректальний біль, передментсруальну мазанину, біль в спині під час менструації. При вагінальному дослідженні: крижово-маткові зв'язки є чутливими, відмічається їх індурація і вузлуватість. Матка нормальних розмірів, фіксована, щільна. Додатки не пальпуються. При лапароскопії спостерігаються фіолетові утворення на перітонеальній поверхні позаматкового простору. Який діагноз найбільш імовірний?

*** А) Зовнішній генітальний ендометріоз**

В) Внутрішній генітальний ендометріоз

С) Аденокарцинома

Д) Хронічний аднексит

Е) Позаматкова вагітність

60. 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 виразка червоного кольору 2 см в діаметрі. Матка, додатки і параметрії без патологічних змін. При гістологічному дослідженні біоптату шийки матки виявлено інтраепітеліальний плоскоклітинний рак шийки матки. Яке лікування найбільш доцільне?

*** А) Конусоподібна електроексцизія шийки матки**

В) Кріодеструкція шийки матки

С) Променева терапія

Д) Хіміотерапевтичне лікування

Е) Розширена екстирпація матки з додатками

61. Хвора 27 років звернулася до лікарні із скаргами 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-Блюмберга позитивний. При вагінальному дослідженні: матка дещо збільшена, болюча при зміщенні, додатки чітко не визначаються через напруження м'язів передньої черевної стінки, заднє склепіння нависає. Виділення кров'янисті. Який діагноз найбільш імовірний?

*** А) Порушена позаматкова вагітність**

- В) Розрив піосальпінксу
- С) Розрив кісти яєчника
- Д) Некробіоз фіброматозного вузла
- Е) Апоплексія яєчника

62. 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?

*** А) Субмукозна фіброміома матки**

- В) Аборт в ході
- С) Поліп шийки матки
- Д) Міхурцевий занесок
- Е) Аномалія розвитку матки

63. 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 в 1 хв., t- 36,60, 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:

*** А) Апоплексія яєчника.**

В) Гострий апендицит.

С) Кишкова непрохідність

Д) Позаматкова вагітність.

Е) Ниркова коліка.

64. Чоловік 33 років при необережному користуванні електроприладом був уражений електричним струмом. Бригадою швидкої медичної допомоги проводиться серцево-легенева реанімація: відновлені і стабілізовані центральна гемодинаміка і ефективне самостійне дихання, проте свідомість відсутня. Які першочергові заходи необхідно вжити для покращення прогнозу потерпілого і відновлення свідомості?

*** А) Краніоцеребральна гіпотермія;**

В) Тіопентал натрію внутрішньовено;

С) Гіпервентиляція;

Д) Оксипутират натрію внутрішньовенно;

Е) Дроперидол внутрішньовенно.

65. 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?

*** А) Терміново перервати вагітність шляхом малого кесарського розтину.**

В) Накласти шов на шийку матки.

С) Призначити токолітики.

Д) Призначити гемостатики.

Е) Терміново перервати вагітність через природні пологові шляхи.

66. 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?

*** А) Зробити екстирпацію матки.**

В) Зробити надпівову ампутацію матки.

С) Накласти шов на шийку матки.

Д) Зробити тампонаду порожнини матки.

Е) Зробити повторну ручну ревізію порожнини матки.

67. 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?

*** А) негайно зробити кесарський розтин.**

В) Призначити антигіпоксичну терапію.

С) Призначити пологопосилючі засоби.

Д) Призначити токолітики.

Е) Призначити кровозупинні препарати.

68. У жінки Д. 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'явились значні кров'яні виділення. Крововтрата склала 400 мл. Плаценту відділити від матки не вдалося. Яка тактика лікаря?

*** А) Зробити надпихову ампутацію матки**

В) Провести вишкрібання стінок порожнини матки

С) Призначити утеротоніки

Д) Продовжувати ручне відділення плаценти

Е) Провести екстирпацію матки

69. 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.

*** А) Кесарський розтин**

В) Ведення пологів через природні пологові шляхи

С) Плродоруйнівна операція

Д) Накладання порожнинних акушерських лещат

Е) Провести операцію вакуумекстракції плода

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

*** А) Прееклампсія важкого ступеня**

В) Еклампсія

С) Відшарування сітківки ока

Д) Загроза крововиливу в мозок

Е) Прееклампсія легкого ступеня

71. 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. Заднє склепіння нависає. Який діагноз найбільш вірогідний?

*** А) Правостороння трубна вагітність**

- В) Апоплексія правого яєчника
- С) Гострий правосторонній сальпінгоофорит
- Д) Пельвіоперитоніт
- Е) Аборт, що розпочався

72. Роділля Н., 33 років, пологи І, термін гестації 42 тижні. Положення плода повздовжнє, 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?

*** А) Кесарський розтин.**

- В) Акушерські лещата.
- С) Поводи продовжувати вести консервативно.
- Д) Поводи вести умовно консервативно, антигіпоксична терапія.
- Е) Проводити стимуляцію пологової діяльності.

73. Хвора Д., 26 р., заміжня, скаржиться на біль внизу черева, 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?

*** А) Порушена трубна вагітність**

- В) Маткова вагітність
- С) Апоплексія яєчника
- Д) Гострий аппендицит
- Е) Гострий аднексит

74. 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?

*** А) Гострий трихомоніаз**

- В) Гостра гонорея
- С) Урогенітальний хламідіоз
- Д) Мікоплазмоз
- Е) Уреаплазмоз

75. Дівчинка К., 13 р. поступила в гінекологічне відділення зі скаргами на значні кров'янисті виділення зі статевих шляхів протягом 10 днів. В анамнезі – нерегулярний менструальний цикл з початку менархе. Менархе з 11 років. При ректо-абдомінальному обстеженні патології не виявлено. Попередній діагноз?

*** А) Пубертатна менорагія**

- В) Аденоміоз
- С) Травма зовнішніх статевих шляхів
- Д) Хроба Верльгофа
- Е) Поліп ендометрія

76. 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?

*** А) Кандидозний вульвовагініт**

- В) Гонорея
- С) Урогенітальний хламідіоз
- Д) Мікоплазмоз
- Е) Уреаплазмоз

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

*** А) Зовнішній ендометріоз**

- В) Поліпоз шийки матки
- С) Рак шийки матки
- Д) Ерозія шийки матки
- Е) Дисплазія шийки матки

78. 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. Піхвинно: шийка матки вкорочена до 1,5 см, цервікальний канал вільно пропускає 1 поперечний палець, плідний міхур не пролабує. Подальша тактика ведення вагітної?

*** А) Накладання шва на шийку матки**

- В) Токолітична терапія адренолітиками
- С) Токолітична магнезіальна терапія
- Д) Зберігаюча терапія гестагенами
- Е) Переривання вагітності

79. У хворої Г., 38 р., скарги на переймоподібний біль низом 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?

*** А) Міома матки з підслизовим розташуванням міоматозного вузла**

- В) Міома матки з субсерозним розташуванням міоматозного вузла
- С) Аденоміоз матки
- Д) Поліп ендометрія
- Е) Внутрішній ендометріоз

80. Хвора А., 30 років поступила в гінекологічний стаціонар зі скаргами на біль понизу живота, підвищення температури тіла до 37,8 0 С, значні рідкі виділення з неприємним запахом зі статевих шляхів. Скарги з'явилися після позашлюбного статевого акту. При огляді додатки з обох сторін збільшені, болючі при пальпації. Діагноз?

*** А) Гостра гонорея**

- В) Гострий трихомоніаз
- С) Гострий сальпінгооофорит
- Д) Ендометрит
- Е) Вульвовагініт

81. Хвора 38 років скаржиться на тягучий біль понизу живота і в попереку протягом усього місяця, який посилюється напередодні менструації; передменструальні 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?

*** А) Аденоміоз**

- В) Ендометриоз яєчників
- С) Ретроцервікальний ендометриоз
- Д) Хоріонепітеліома
- Е) Гормонопродукуюча пухлина яєчників

82. 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'яністі, рясні. Діагноз.

*** А) Субмукозний вузол, що народжується**

- В) Рак шийки матки
- С) Ендоцервікальний ендометріоз шийки матки
- Д) Поліп каналу шийки матки
- Е) Міома матки

83. Хвора Е., 28 р., звернулася до лікаря жіночої консультації із скаргами на болі понизу живота, більше справа, які посилюються під час менструації. Мажучі кров'яністі виділення до та після менструації. Непліддя 10 років. При дослідженні матка нормальної величини, щільна, неболюча. Справа від матки пальпується болюче утворення розмірами 7х8х6 см, обмежено рухливе. Склепіння вільні. Виділення слизові. Діагноз?

*** А) Ендометріоїдна кіста справа**

- В) Кістома правого яєчника
- С) Правобічний аднексит
- Д) Рак правого яєчника
- Е) Пухлина кишківника

84. Роділля 28 років з вираженими набряками знаходиться в пологовому залі, в II 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?

*** А) Акушерські лещата**

- В) Кесарський розтин
- С) Консервативне ведення пологів
- Д) Вакуумекстракція плоду
- Е) Пологопідсилення

85. 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?

*** А) Прееклампсія важкого ступеня**

- В) Прееклампсія легкого ступеня
- С) Гіпертонічна хвороба
- Д) Еклампсія
- Е) Перееклампсія середнього ступеня

86. 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 - сліди.. Встановлено діагноз - прееклампсія легкого ступеня. Яка лікувальна тактика.

*** А) Стаціонарне лікування**

- В) Амбулаторне лікування
- С) Термінове розродження
- Д) Кесарський розтин
- Е) Пролонгування вагітності

87. Першовагітна 32 р. поступила у відділення патології через 2 тижні після передбачуваного терміну пологів. Обвід живота 98 см, зменшився на 2 см протягом останнього тижня. З сосків при надавленні виділяється молоко. Положення плода повздовжнє, голівка притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне до 140 за хв. Ваш діагноз?

*** А) Переношена вагітність**

- В) Недоношена вагітність
- С) Термінова вагітність
- Д) Ретардація плода
- Е) Багатоплідна вагітність

88. У роділлі 25 років (роди треті) після бурхливої родової діяльності та безрезультативних потугах при високо стоячій голівці та позитивних ознаках Вастена, Цангемейстера раптово родова діяльність припинилась, появились кров'яністі виділення з піхви, зникло серцебиття плода. Стан роділлі різко погіршився, АТ знизився до 70 мм.рт.ст., пульс 140 ударів в 1 хвилину, шкіра блідо-сіра. Причина шокowego стану?

*** А) Розрив матки**

- В) Загроза розриву матки
- С) Передчасне відшарування плаценти
- Д) Синдром здавлення нижньої порожнистої вени
- Е) Передлежання плаценти

89. 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?

*** А) Екстирпація матки**

- В) Надпівхова ампутація матки
- С) Тампонада матки
- Д) Тампон з ефіром в заднє склепіння
- Е) Затискачі по Бакошееву чи Тікінадзе

90. У дитини 10 років з'явилися нерегулярні кров'янисті виділення з піхви; набухання і потемніння сосків; збільшення молочних залоз; мізерне оволодіння на лобку, під пахвою; ціаноз вульви. Ректально: збільшення розмірів матки, пухлино подібне утворення біля матки. Вміст естрогенів як у дорослої жінки, а гонадотропінів не високий. Прискорення соматичного розвитку немає. Діагноз?

*** А) Фемінізуюча пухлина яєчника**

- В) Аденогенітальний синдром
- С) Передчасне статеве дозрівання центрального генеза
- Д) Синдром Бабінського-Фреліха
- Е) Синдром Лоренса-Муна-Бідля

91. 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 компенсований. Цукор крові 7,3 ммоль/л. Тактика лікаря.

*** А) Переривання вагітності за медичними показаннями**

- В) Лікування загрози переривання вагітності
- С) Збереження вагітності в разі компенсації цукрового діабету
- Д) Переривання вагітності в разі декомпенсації цукрового діабету
- Е) Переривання вагітності при наявності вад розвитку плода

92. Хвора К., 20 років госпіталізована в відділення патології вагітних з діагнозом: "І вагітність 36 тижнів. Пре еклампсія середньої ступені важкості. Цукровий діабет І тип. Середня ступінь важкості. Внутрішньоутробна гіпоксія плода". На момент знаходження в стаціонарі діабет компенсований. Тактика лікаря.

*** А) Планова операція кесарського розтину**

- В) Негайне розродження через природні родові шляхи
- С) Лікування прееклампсії
- Д) Лікування внутрішньоутробної гіпоксії плода
- Е) Пролонгування вагітності до 40 тижнів з послідуєчим розродженням через природні родові шляхи

93. Породілля 25 років. В пологах маткова кровотеча, шок, переливалась еритроцитарна маса. Скарги на слабкість, головний біль. При огляді - бліда. Пульс 102 за 1 хвилину. АТ 150/90 мм рт.ст. Живіт не болючий. Інволюція матки відповідає 4 дню післяпологового періоду. Симптом Пастернацького негативний. Добовий діурез 50-60 мл, сеча каламутна, бурого кольору. При лабораторному дослідженні: креатинін 680 ммоль/л, сечовина 24 ммоль/л, К⁺ 7,2 ммоль/л. Про яке ускладнення слід думати?

*** А) Гемотрансфузійна гостра ниркова недостатність**

- В) Геморагічний шок, гостра ниркова недостатність
- С) Постгеморагічна гостра ниркова недостатність
- Д) Сечокам'яна хвороба, анурія
- Е) Гострий інтерстиціальний нефрит. Анурія

94. В жіночу консультацію звернулась вагітна в терміні 8-9 тижнів. З дитинства знаходилась на обліку в ендокринологічному диспансері з приводу цукрового діабету I типу. Чоловік також хворіє на цукровий діабет. Яка тактика лікаря жіночої консультації?

*** А) Переривання вагітності.**

- В) Консультація ендокринолога.
- С) Госпіталізація в акушерсько-гінекологічне відділення.
- Д) "Д"-облік в жіночій консультації.
- Е) Госпіталізація в ендокринологічний диспансер.

95. У жінки 23 років 28 тижнів вагітності. Хворіє на цукровий діабет, тип А. Слабкість на слабкість, головний біль, нудоту і блювоту. Пульс 98 за 1 хвилину, АТ 95/65 мм рт.ст. Дихання шумне, 32 за 1 хвилину. Запах ацетону. Живіт дещо болючий в епігастрії. Матка в нормотонусі. Серцебиття плоду 145 за 1 хвилину. Визначений рівень глюкози в крові - 18,5 ммоль/л; лейкоцити крові $16,5 \times 10^9$ /л. В сечі ацетон +. Яке ускладнення вагітності?

*** А) Цукровий діабет. Кетоацидоз**

- В) Цукровий діабет, гіперосмолярна кома
- С) Цукровий діабет, гіпоглікемічний стан
- Д) Гострий панкреатит
- Е) Харчове отруєння, гострий гастрит

96. У жіночу консультацію для взяття на облік з приводу вагітності звернулась жінка 18 років з скаргами на сухість в роті, помірну спрагу, загальну слабкість. Затримка менструального циклу на протязі 5-ти місяців. Останній тиждень відчуває ворушіння плода. Вагітність перша. Об'єктивно: шкіра та слизові блілого кольору. Незначний запах ацетону. Пульс 92 за 1 хв, АТ 120/80, 130/90 мм рт. ст. над легенями дихання везикулярне. Живіт м'який. Дно матки на 1 п/п нижче пупа. Виділення із піхви слизові. З анамнезу з'ясовано, що мати жінки страждає на цукровий діабет. Яка лікарська тактика?

*** А) Взяти на облік по вагітності. Госпіталізація в ендокринологічний диспансер. Вирішення питання про доцільність виношування вагітності.**

В) Негайне переривання вагітності.

С) Консультація терапевта. Госпіталізація у відділення патології вагітних.

Д) Взяти на облік по вагітності. Консультація ендокринолога.

Е) Госпіталізація в гінекологічне відділення.

97. В жіночу консультацію звернулась жінка 23 років астеничної тілобудови з цианозом губ та носо-губного трикутника. Страждає вродженою вадою серця синього типу - тетрада Фалло. Менструації з 17 років, нерегулярні через 3-4 місяці, незаміжня. Протягом останніх 6 місяців живе нерегулярним статевим життям. Гінекологічний статус: зовнішні статеві органи мають ознаки інфантилізму, при дзеркальному огляді встановлено, що слизова оболонка піхви та шийки матки ціанотична, при бімануальному піхвовому дослідженні: матка збільшена до 7 тиж вагітності, шароподібної форми, м'якуватої консистенції, склепіння вільні, додатки не визначаються. Діагноз: Вагітність 7 тижнів. Вроджена вада серця. Яка тактика лікаря?

*** А) Переривання вагітності за медичними показаннями.**

В) Госпіталізація в терапевтичне відділення для обстеження і вирішення питання про можливість виношування вагітності.

С) Госпіталізація в відділення патології вагітності ранніх термінів для збереження вагітності.

Д) Доношування вагітності під диспансерним наглядом лікаря жіночої консультації.

Е) Рекомендувати оперативне лікування вади серця під час вагітності.

98. 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?

*** А) Гостра ниркова недостатність на тлі переливання несумісної крові.**

В) Гепатит.

С) Хронічна ниркова недостатність.

Д) Тромбоемболія легеневої артерії.

Е) Геморагічний шок.

99. У вагітної 25 років з обтяженим алергологічним анамнезом (поліноз) в терміні вагітності 28 тиж після стресової ситуації раптово з'явилося шумне свистяче дихання, задишка, ціаноз обличчя. При аускультатії: над легенями дихання ослаблене, багато сухих свистячих хрипів; при перкуссії - коробковий звук. Після нападу у жінки віділилась невелика кількість тягучого харкотиння. Який найбільш ймовірний діагноз?

*** А) Приступ бронхіальної астми.**

В) набряк легенів.

С) Обструктивний бронхіт.

Д) Тромбоемболія легеневої артерії.

Е) Загроза переривання вагітності.

100. У жіночу консультацію звернулась 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?

*** А) Показано переривання вагітності.**

- В) Захисна гормональна терапія.
- С) Інсулінотерапія.
- Д) Прологнування вагітності в умовах стаціонару.
- Е) Корекція глікемії цукрознижуючими препаратами.

101. 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?

*** А) Прееклампсія на фоні гіпертонічної хвороби.**

- В) Гіпертонічний криз.
- С) Гіпертензія у вагітних важкого ступеня.
- Д) Приступ еклампсії.
- Е) Прееклампсія легкого ступеня.

102. Хвора Н., 23 років, поступила в пологове відділення на термінові пологи з супутнім діагнозом Хронічний бронхіт. Дихальна недостатність II ст. Яку тактику в пологах передбачає дане ускладнення?

*** А) Перінеотомія.**

- В) Накладання акушерських щипців.
- С) Кесарський розтин.
- Д) Ведення нормальних пологів.
- Е) Вичікувальна тактика.

103. В жіночу консультацію звернулась вагітна в терміні 18 тижнів із скаргами на дизуричні прояви: біль та кров'янисті виділення під час сечовиділення. Після обстеження аналіз сечі за Нечипоренко - норма, за Зимницьким - норма, загальний аналіз сечі: лейкоцити - 20-30 в п/з, еритроцити - 5-10 в п/з. Яку патологію можна запідозрити?

*** А) Цистит**

- В) Пієліт
- С) Загроза переривання вагітності (аборт, що розпочався).
- Д) Сечо-кам'яна хвороба.
- Е) Ниркова недостатність.

104. Вагітна в терміні 20 тижнів доставлена у відділення патології вагітних зі скаргами на підвищення температури тіла до 38,5°C, біль у попереку зліва, дизуричні розлади. В анамнезі захворювань нирок не було. Симптом Пастернацького позитивний зліва. В загальному аналізі сечі - білок 0,066 г/л, лейкоцити покривають все поле зору. Який найбільш ймовірний діагноз?

*** А) Пієлонефрит вагітних.**

- В) Загострення хронічного пієлонефриту.
- С) Сечо-кам'яна хвороба.
- Д) Прееклампсія вагітних.
- Е) Загроза переривання вагітності.

105. Породілля В., 21 року, оглянута лікарем післяпологового відділення. При огляді: дно матки вище лона на 9 см; лохії кров'янисто-серозні; молочні залози чутливі, збільшені в розмірі, відмічається виділення молока з залоз, тріщин сосків не має. Для якої доби післяпологового періоду характерні зміни у породілля?

*** А) 4 доба**

В) 10 доба

С) 9 доба

Д) 8 доба

Е) 14 доба

106. Хвора, 40 років, звернулась в жіночу консультацію зі скаргами на періодичні болі внизу живота, більше зліва. В анамнезі: 2 родів і 3 аборти, після яких лікувалась в зв'язку з запальними процесами додатків матки. При бімануальному дослідженні: тіло матки нормальних розмірів, щільна, рухома, неболюча; праві додатки матки без особливостей; зліва визначається пухлино подібний утвір 10х12 см, еластичної консистенції, рухомий, неболючий; склепіння глибокі. Який діагноз найбільш вірогідний?

*** А) Кістома лівого яєчника**

В) Лейоміома матки

С) Тубооваріальний утвір зліва

Д) Рак яєчника

Е) „Шоколадна” кіста

107. Вагітна 40 років поступила у відділення патології вагітності зі скаргами на головну біль, запаморочення. Термін вагітності 25-26 тижнів. В анамнезі: 3 родів, 2 медаборта, 3 роки знаходиться на диспансерному спостереженні з приводу вузлової лейоміоми матки і у терапевта - у зв'язку з гіпертонічною хворобою ІІА. При надходженні АТ 200/100 мм. рт. ст., набряки на ногах і передній черевній стінці, і сечі - 2 г/л білку. Яка найбільш раціональна тактика ведення вагітної?

*** А) Операція по Парро**

- В) Проведення переривання вагітності операцією малого кесаревого розтину
- С) Пролонгувати вагітність з проведенням лікування пізнього гестозу
- Д) Провести переривання вагітності інтраамніальним введенням граміцидіну
- Е) Провести лікування гіпертонічної хвороби

108. Хвора 55 років, поступила до гінекологічного відділення зі скаргами на субфебрильну 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?

*** А) Рак яєчника**

- В) Кістома лівого яєчника
- С) Субсерозна лейоміома матки
- Д) Тубооваріальна пухлина
- Е) Кіста яєчника

109. Хвора 47 років звернулась зі скаргами на помірні кров'янисті виділення з піхви, що з'явилися після двомісячної затримки менструації. При гінекологічному дослідженні: шийка матки чиста. Симптом „зіниці” ++. Матка розміром 6х5х5, щільна, рухома, неболюча. Додатки не пальпуються. Який найбільш вірогідний діагноз?

*** А) Дісфункціональна маткова кровотеча пременопаузального періоду**

- В) Рак тіла матки
- С) Аденоміоз
- Д) Субмукозна лейоміома
- Е) Позаматкова вагітність

110. Дівчина 15 років скаржиться на кров'янисті виділення зі статевих органів на протязі 14 днів, що з'явилися після тримісячної затримки менструації. В анамнезі часті носові кровотечі. При огляді: бліда, на шкірі петехіальні висипання, крововиливи. АТ - 100/60 мм. рт. ст., Рс - 82 уд./хв., Hb - 90 г/л, Ht - 28%, тромбоцити - 80×10^9 /л. При ректальному дослідженні: матка 4х4х3, щільна, неболюча. Додатки не пальпуються. Виділення з піхви кров'янисті помірні. Для якого захворювання характерна клінічна картина?

*** А) Ювенільна маткова кровотеча. Тромбоцитопенічна пурпура**

- В) Геморагічний васкуліт
- С) Гранульозоклітинна пухлина яєчника
- Д) Ювенільна маткова кровотеча
- Е) ДВЗ-синдром

111. У хворої 28 років, проведене 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 $t_{\text{е}} - 38,5^{\circ}\text{C}$, $P_{\text{с}} - 110 \text{ уд./хв.}$, $AT - 70/40 \text{ мм. рт. ст.}$. Який найбільш імовірний діагноз?

*** А) Гемотрансфузійний шок**

- В) Геморагічний шок
- С) Септичний шок
- Д) Анафілактичний шок
- Е) ДВЗ-синдром

112. Пологи завершилися народженням живого хлопчика масою 4500 г, зрістом 52 см. Через 10 хвилин після народження дитини почалась маткова кровотеча. Плацента відокремлена рукою, проведений масаж матки на кулаці, внутришньовенно 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?

*** А) Хірургічна зупинка кровотечі**

- В) Повторне введення розчину окситоцину
- С) Вишкрібання матки
- Д) Зовнішній масаж матки
- Е) Накладання швів на шийку матки

113. Хвора 20 років скаржиться на болі унизу живота, які виникли через тиждень від початку статевого життя. При бімануальному дослідженні матка звичайних розмірів, маткові труби збільшені, болісні. Температура тіла 37,5(С. Менструальний цикл не порушений. Діагноз?

*** А) Підозра на гострий сальпінгоофорит.**

- В) Позаматкова вагітність
- С) Маткова вагітність.
- Д) Гострий цистит.
- Е) Не гінекологічна хвороба.

114. Вагітна М., 25 років направлена лікарем жіночої консультації в відділення патології вагітних 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?

*** А) Переривання вагітності**

- В) Оперативне втручання на серце
- С) Перевести вагітну в кардіологічне відділення
- Д) Переривання вагітності в 24-25 тижнів
- Е) Пролонгування вагітності до строку термінових пологів

115. Першовагітна К., 24 років, вагітність 28-29 тижнів, звернулась до лікаря жіночої консультації зі скаргами на часте сечовипускання, різкий біль внизу живота, що посилюється наприкінці сечовипускання. Тіло матки в нормотонусі. Положення плода поздовжнє, голівка над входом в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне 132 уд/хв.. Води цілі. Який діагноз вірогідний у вагітної?

*** А) Цистит**

- В) Загроза переривання вагітності
- С) Пієлонефрит гестаційний
- Д) Кам'яна хвороба сечового міхура
- Е) Пізній гестоз

116. У роділлі 30 років народилась жива, доношена дівчинка з оцінкою за шкалою Апгар 8 балів. Судини пуповини не пульсують, пуповина пересічена. Із піхви кров'янисті виділення відсутні. В якому періоді пологів знаходиться роділля?

*** А) Послідовий період**

В) Період згання

С) Період розкриття

Д) Післяродовий період

Е) Прелімінарний період

117. Вагітна К., 26 років, поступила в відділення патології вагітних зі скаргами на запаморочення, слабкість, задишку, збільшення частоти ворухінь плода. Строк вагітності 36 тижнів. При обстеженні: ОЖ - 96 см, ВДМ - 29 см. Тіло матки в нормотонусі, серцебиття плода до 160 уд./хв., ритмічне, приглушене. Жінка бліда, шкіра суха, жовтяничний відтінок рук і носо-губного трикутника, блакитність склер. В аналізі крові: Нb - 80 г/л, ЦП - 0,8, Ер. - $2,2 \times 10^{12}/л$, L - $4,5 \times 10^9/л$, Тр. - $220 \times 10^9/л$, Fe - 8,31 ммоль/л. Як впливає це захворювання жінки на стан плода?

*** А) Виникає гіпотрофія, гіпоксія плода**

В) Розвивається крупнопліддя і багатоводдя

С) Виникає хвороба Дауна

Д) Розвиваються вади плода

Е) Розвивається гемолітична хвороба

118. Вагітна 28 років, строк вагітності до 20 тижнів скаржиться на спрагу (вживає до 5 літрів води), шкіряний зуд. Шкіра та язик сухі, піджирна клітковина збільшена (зріст 164 см, вага 95 кг). Живіт збільшений вагітною маткою. ВДМ - 19 см. Матка в нормотонусі. Рухи плода відчуває. Глікемія натще - 12 ммоль/л. Який діагноз ви встановите?

*** А) Гестаційний діабет**

- В) Гіпотиріоз
- С) Екзогенно-конституціональне ожиріння
- Д) Нецукровий діабет
- Е) Первинний гіперкортицизм

119. 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, глюкозурія. Вагінальне дослідження: матка м'яка, обмежено рухома, помітно болюча, збільшена до 10 тижнів вагітності. Яка тактика акушер-гінеколога?

*** А) Термінове переривання вагітності**

- В) Переривання вагітності у строк до 12 тижнів
- С) Переривання вагітності у строк 27-28 тижнів
- Д) Виношування вагітності до 32 тижнів
- Е) Виношування вагітності до 34-36 тижнів

120. Жінка 47 років скаржиться на зміну соска лівої молочної залози та наявність кров'яних виділень з неї. Хворіє близько 3 місяців, останні 2 роки хворіє на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки. Об'єктивно: шкіра лівої молочної залози без патологічних змін, сосок потовщений, його поверхня вкрита шкіркою, кровоточить. При пальпації пухлина не визначається. Права молочна залоза без патологічних змін. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. Попередній діагноз?

*** А) Хвороба Педжета пипки молочної залози**

- В) Екзема пипки молочної залози
- С) Набряково-інфільтративна форма раку молочної залози
- Д) Нелактаційний мастит
- Е) Маститоподібна форма раку молочної залози

121. Хвора К. 42 років звернулася зі скаргами на кров'яні виділення з правого соска на протязі 2-х тижнів. Акушерсько-гінекологічний анамнез не обтяжений. Об'єктивно: при пальпації верхньо-зовнішнього квадранту правої молочної залози дифузна зернистість, із соска з'являється краплина крові. Який діагноз у хворої?

*** А) Внутрішньо-протокова папілома**

- В) Хвороба Мондора
- С) Хвороба Педжета
- Д) Кіста молочної залози
- Е) Рак молочної залози

122. Хвора 69 років звернулася зі скаргами на пухлину в правій молочній залозі , що проростає в шкіру, розпадається та кровоточить. Хворіє на бронхіальну астму, декілька разів на день змушена користуватися баротеком. При огляді в нижньо-внутрішньому квадранті правої молочної залози пухлина близько 3 см у діаметрі, проростає шкіру, її верхівка розпадається. Поверхня пухлини легко кровоточить при контакті. В правій аксилярній ділянці конгломерат лімфовузлів до 4 см у діаметрі. Який найбільш доцільний спосіб лікування?

*** А) Санітарна мастектомія**

- В) Радикальна мастектомія
- С) Висічення пухлини в межах здорових тканин
- Д) Променева терапія
- Е) Хіміотерапія

123. К врачу-гинекологу обратилась мать с девочкой 6 лет с жалобами на появившиеся у девочки бели гнойного характера, раздражающие кожу половых органов и бедер. Ребенок от 6-ой беременности, роды были преждевременными, вес при рождении 2100,0. Девочка часто болеет, страдает хроническим тонзиллитом. Физическое развитие соответствует возрасту, питание понижено. При осмотре: наружные половые органы гиперемированы, отечны. Выражена гиперемия преддверия влагалища и девственной плевы. Выделения из половой щели обильные, слизисто-гнойные. О каком заболевании можно думать?

*** А) Вульвовагинит.**

- В) Сахарный диабет.
- С) Дифтерия влагалища.
- Д) Трихомонадный кольпит.
- Е) Цистит.

124. На прийом до жіночої консультації прийшла першовагітна 24 років із скаргами на біль внизу живота. Строк вагітності 31 тиждень. Тонус та збудливість матки підвищені. Серцебиття плода чітке, ритмічне, 132 удари за хвилину. Діагноз?

*** А) Загрожуючі передчасні пологи.**

- В) Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.
- С) Загрожуючий розрив матки.
- Д) Патологічний прелімінарний період.
- Е) І період пологів.

125. К врачу-гинекологу обратилась мама с девочкой 8 лет с указанием на появление у ребенка кровянистых выделений из половых путей в течение 4-х дней. Общее состояние девочки удовлетворительное, питание пониженное, молочные железы увеличены. Физическое развитие девочки соответствует 14-летнему возрасту. В нижнем отделе живота имеется выпячивание, в брюшной полости свободная жидкость. При пальпации живота в надлобковой области определяется плотная, бугристая опухоль, размером 10х12 см, подвижная, безболезненная. Наружные половые органы соответствуют возрасту. Гимен цел. Выделения из влагалища кровянистые, скудные. При ректоабдоминальном исследовании определяется опухоль, исходящая из малого таза размерами 10х10х12 см, состоящая из отдельных узлов, ограниченно подвижная, малоболезненная. Какое заболевание можно предположить?

*** А) Гормонопродуцирующая опухоль яичника.**

- В) Нефроптоз.
- С) Опухоль надпочечников.
- Д) Фибромиома матки.
- Е) Дермоидная киста яичника.

126. Больная, 47 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на водянистые, с примесью крови, бели, которые появились 2 месяца тому назад. Менопауза 1 год. В течение 2 лет не осматривалась врачом гинекологом. В анамнезе 6 беременностей, из них 2 родов и 4 искусственных аборта. Гинекологические заболевания отрицает. Гинекологическое исследование: шейка матки бочкообразно раздута, плотная, на ней имеется язва с неправильными изрытыми краями. Дно язвы покрыто грязно-серым налетом. Тело матки нормальной величины и консистенции, подвижно, безболезненно, придатки матки не определяются. Выделения обильные, цвета “мясных помоев”. Ваш предположительный диагноз?

*** А) Рак шейки матки.**

- В) Эрозия шейки матки.
- С) Внутренний эндометриоз.
- Д) Шеечная беременность.
- Е) Мягкий шанкр.

127. У больной, 20 лет, через 5 месяцев после нормальных родов появились кровянистые выделения, непохожие на менструацию, через 2 месяца эти выделения возобновились, а также появились боли внизу живота, тошнота, рвота и кашель с мокротой с примесью крови. Гинекологическое исследование: шейка матки чистая, выражен цианоз слизистой влагалища и шейки матки; тело матки увеличено соответственно 7-8 нед. беременности, неравномерной консистенции, бугристое, неподвижное. Придатки без особенностей, своды глубокие, свободные. Выделения кровянистые обильные. При выскабливании слизистой полости матки удалена ткань пузырного заноса. Ваш предположительный диагноз?

*** А) Хорионэпителиома матки с метастазами в легкие.**

- В) Шеечная беременность.
- С) Эндометрит.
- Д) Аборт в ходу.
- Е) Маточная беременность.

128. Больная, 58 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. Постменопауза 12 лет. АД – 150/90 мм рт.ст. При гинекологическом исследовании: наружные половые органы и влагалище с явлениями возрастной инволюции; шейка матки не изменена, симптом “зрчка” отрицательный, из канала шейки матки скудные кровянистые выделения; матка обычных размеров; придатки не определяются; параметрии свободны. Какой диагноз наиболее вероятен?

*** А) Рак тела матки.**

В) Атрофический кольпит.

С) Нарушение менструального цикла климактерического характера.

Д) Рак шейки матки.

Е) Гранулезоклеточная опухоль яичника.

129. Больной, 54 лет, произведена биопсия шейки матки. При гистологическом исследовании взятого материала картина плоскоклеточного неороговевающего рака. Глубина инвазии 5 мм. Определите тактику и объем лечения больной.

*** А) Расширенная экстирпация матки с последующей лучевой терапией.**

В) Электrokанализация шейки матки с последующей дистанционной лучевой терапией.

С) Экстирпация матки без придатков с последующей химиотерапией.

Д) Экстирпация матки с придатками с последующей гормональной терапией.

Е) Симптоматическое лечение.

130. Родильница, 20 лет, 40 суток после родов. Обратилась в женскую консультацию с жалобами на появление кровянистых выделений из половых путей. Ребенок на искусственном вскармливании с 10 суток в связи с гипогалактией. Общее состояние удовлетворительное, молочные железы мягкие, безболезненные. Лактации нет. Т- 36,9°C, PS - 80 уд/мин. При гинекологическом исследовании: матка в anteflexio, не увеличена, безболезненна, плотной консистенции, подвижна. Придатки без особенностей. Какой диагноз можно предположить?

*** А) Менструация.**

В) Позднее послеродовое кровотечение.

С) Эндометрит.

Д) Трофобластическая болезнь.

131. Роженица, 24 лет, поступила с родовой деятельностью при доношенной беременности через 4 часа от возникновения схваток с жалобами на головную боль, ухудшение зрения - мелькание "мушек" перед глазами. АД - 180/100 мм рт.ст., выраженные отеки на ногах. Положение плода продольное, головное предлежание. Сердцебиение плода 140 уд. в мин. Во время влагалищного исследования возник приступ судорог с потерей сознания. Какая тактика целесообразна при данной ситуации?

*** А) Кесарево сечение в ургентном порядке.**

В) Консервативное ведение родов со тщательным обезболиванием.

С) Произвести амниотомию и начать родостимуляцию.

Д) При достаточном раскрытии наложить акушерские щипцы.

Е) Произвести краниотомию.

132. У гінекологічне відділення ЦРЛ із терапевтичного переведена вагітна 37 років з діагнозом гіпертонічна хвороба 2 стадія, 3 ступень, яку непокоють головні болі в області потилиці. АТ - 180/110 мм.рт.ст. При гінекологічному огляді встановлено вагітність 10 тижнів. Ваша тактика?

*** А) Штучне переривання вагітності.**

- В) Доношування вагітності.
- С) Інтраамінальне введення граміцидіну.
- Д) Амніотомія.
- Е) Введення тономоторних засобів.

133. Беременная, 28 лет, поступила в отделение патологии беременных для определения дальнейшей тактики ведения беременности. В анамнезе - 5 лет назад стремительные, срочные роды, осложненные разрывами шейки матки II степени. Последующие две беременности закончились самопроизвольными абортами в сроках 12 и 14 недель. Последняя менструация - 3 месяца назад. При осмотре в зеркалах: шейка матки синюшного цвета, со следами старых разрывов на 9 и 3 часах, цервикальный канал зияет. При влагалищном исследовании шейка длиной до 2 см, наружный зев пропускает 1 см, внутренний приоткрыт, матка увеличена до 12 нед. беременности, размягчена, подвижна, безболезненна, придатки без особенностей. Ваш диагноз?

*** А) Истмико-цервикальная недостаточность. Привычное невынашивание.**

- В) Угрожающий самопроизвольный аборт.
- С) Начавшийся аборт, привычное невынашивание.
- Д) Шеечная миома матки. Привычное невынашивание.
- Е) Шеечная беременность 12 недель.

134. Больная, 20 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на задержку очередной менструации на 10 дней. Нарушение менструальной функции отмечает впервые. Половая жизнь регулярная, от беременности не предохраняется. При осмотре: состояние удовлетворительное, живот мягкий, безболезненный. АД - 120/80 мм рт.ст., пульс 72 уд. в мин. При трансвагинальной эхографии заподозрена прогрессирующая трубная беременность. Тактика врача женской консультации.?

*** А) Экстренно госпитализировать больную.**

В) Направить больную для определения ХГ.

С) Рекомендовать повторно явиться через неделю для контрольного УЗИ.

Д) Произвести обследование по тестам функциональной диагностики.

Е) Произвести пункцию брюшной полости через задний свод влагалища.

135. Беременная, 25 лет, доставлена в родильное отделение с жалобами на резкую боль в правой поясничной области, повышение t тела до $38,6^{\circ}\text{C}$, периодически озноб, частое болезненное мочеиспускание. Беременность первая, 24-25 нед. Начиная с 16 нед. периодически отмечала боль в поясничной области, чаще справа. Общее состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые бледные. Пульс - 106 уд. в мин. АД - 130/90 мм рт.ст. Матка при пальпации в нормотонусе. Симптом Пастернацкого резко положительный справа. При влагалищном исследовании: шейка матки сформирована, наружный зев закрыт. Выделения слизистые, скудные. Какую патологию можно заподозрить у беременной?

*** А) Острый пиелонефрит.**

В) Острый гломерулонефрит.

С) Гидронефроз. Угроза прерывания беременности.

Д) Туберкулез правой почки.

Е) Угроза прерывания беременности.

136. Беременная, 29 лет, обратилась в женскую консультацию в сроке 11 недель с жалобами на слабость, жажду, чувство голода, повышенное употребление жидкости, кожный зуд. Год тому назад при таких же явлениях произошли преждевременные роды в сроке 28 недель мертвым плодом, весом 1200,0. Настоящая беременность II. Считает себя здоровой. Общее состояние удовлетворительное, подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Пульс 80 уд. в мин. АД - 115/75 мм рт.ст., t - 36,6°C. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Сахар крови 8,2 ммоль/л. Какое заболевание можно заподозрить у беременной?

*** А) Сахарный диабет.**

- В) Пиелонефрит.
- С) Надпочечниковая недостаточность.
- Д) Инфекционный гепатит.
- Е) Аллергия неясной этиологии.

137. 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?

*** А) Бактериальный вагиноз (гарднереллез).**

- В) Хламидиоз.
- С) Гонорея.
- Д) Трихомониоз.
- Е) Кандидоз.

138. Больная, 20 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на зуд, жжение и боль в области наружных половых органов, повышение температуры тела, раздражительность, нарушение сна, головную боль. Больная не замужем, ведет беспорядочную половую жизнь. При осмотре наружных половых органов на фоне гиперемированной, отечной слизистой оболочки определяются везикулы, группа которых занимает до 2 см пораженной поверхности. Какая наиболее вероятная причина обуславливает такую клиническую картину?

*** А) Генитальный герпес.**

В) Кандидоматоз.

С) Первичный сифилис.

Д) Цитомегаловирусная инфекция.

Е) Папилломавирусная инфекция.

139. Больная, 30 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на редкие, скудные менструации, отсутствие беременности в течение 6 лет. Менструации с 17 лет, нерегулярные, с задержками от 40 до 70 дней. При осмотре обращает на себя внимание рост волос по мужскому типу, избыточная масса тела. При влагалищном исследовании: матка нормальной величины, безболезненная. Яичники с обеих сторон увеличены, плотной консистенции. На УЗИ яичники мелкокистозно изменены, размерами 6,0х4,5 и 5,5х4,5 с плотной капсулой. Базальная температура монофазная. Какой наиболее вероятный диагноз?

*** А) Синдром склерокистозных яичников.**

В) Фолликулярные кисты.

С) Двухсторонний аднексит.

Д) Кисты желтого тела.

Е) Рак яичника.

140. Породілля 28 років. Народилась жива доношена дівчинка 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?

*** А) Провести ручну ревізію порожнини матки.**

- В) Зробити екстирпацію матки.
- С) Ввести утеротоніки.
- Д) Провести зовнішній масаж матки.
- Е) Провести тампонажу тіла матки.

141. Больная, 20 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на зуд, жжение и боль в области наружных половых органов, повышение температуры тела, раздражительность, нарушение сна, головную боль. Больная не замужем, ведет беспорядочную половую жизнь. При осмотре наружных половых органов на фоне гиперемированной, отечной слизистой оболочки определяются везикулы, группа которых занимает до 2 см пораженной поверхности. Какая наиболее вероятная причина обуславливает такую клиническую картину?

*** А) Генитальная герпетическая инфекция.**

- В) Папилломавирусная инфекция.
- С) Кандидоматоз.
- Д) Первичный сифилис.
- Е) Цитомегаловирусная инфекция.

142. Больная, 20 лет, доставлена в гинекологическое отделение с жалобами на резкую боль, головокружение, боль внизу живота с иррадиацией в прямую кишку, потерю сознания. Отмечает задержку менструации на 6 недель. Два года назад после аборта длительно лечилась по поводу воспаления придатков матки. Объективно: кожные покровы бледные, АД 70/40 мм рт.ст. Пульс 120 уд. в мин. Симптом Щеткина резко положительный в гипогастральной области. Р.В.: матка не увеличена, смещение ее болезненное, справа придатки утолщены до 5-6 см в d, резко болезненные. Задний свод нависает. Какой предположительный диагноз?

*** А) Остропрервавшаяся внематочная беременность. Геморрагический шок I-II степени.**

- В) Острый аппендицит.
- С) Маточная беременность Аборт в ходу.
- Д) Острый аднексит справа.
- Е) Правосторонняя почечная колика.

143. Больная, 31 года, жалуется на темные кровянистые выделения из влагалища перед менструацией в течение полугода. Это состояние связывает с деатермокоагуляцией шейки матки, которая была выполнена за неделю до менструации полгода назад. При осмотре в зеркалах на шейке несколько участков 1х1 и 1х0,5 см темно-фиолетового цвета, выделения слизистые. Матка и придатки без патологии. О каком заболевании можно думать?

*** А) Наружный эндометриоз.**

- В) Рак шейки матки.
- С) Эрозия шейки матки.
- Д) Полипоз шейки матки.
- Е) Хорионэпителиома.

144. Больная, 39 лет, жалуется на кровянистые выделения в течение 2-х недель. Менструация регулярные, безболезненные, но последняя менструация началась на 2 недели позже и продолжается до настоящего времени. О.З.: шейка чиста, выделения кровянистые, умеренные. Р.В.: матка и придатки без патологических изменений. Ваш предварительный диагноз?

*** А) Дисфункциональное маточное кровотечение.**

- В) Начавшийся аборт.
- С) Неполный аборт.
- Д) Эктопическая беременность.
- Е) Рак тела матки.

145. Девочка, 16 лет, жалуется на отсутствие менструации. Периодически (1 раз в месяц) отмечает боли внизу живота в последние 2 года. Вторичные половые признаки развиты хорошо. При осмотре наружных половых органов отмечается сплошная перегородка при входе во влагалище, которая несколько выпячивается и имеет синюшно-багровый цвет. Ваш предположительный диагноз?

*** А) Атрезия девственной плевы.**

- В) Истинная аменорея.
- С) Генитальный инфантилизм.
- Д) Опухоль гипофиза.
- Е) Дисфункция яичников.

146. Під час профілактичного огляду при вагінальному дослідженні у жінки 38 років виявлена пухлина яєчника. Захворювання не супроводжується клінічними проявами. Які додаткові методи дослідження необхідні для підтвердження діагнозу?

*** А) УЗД.**

- В) Тести функціональної діагностики.
- С) Пневмоперітонеографія.
- Д) Вимірювання базальної температури.
- Е) Пункція брюшної порожнини через заднє скрілення піхви.

147. Жінку 56 років непокоють нерегулярні кров'янисті виділення із вагіни на протязі року. При вагінальному дослідженні тіло матки не збільшене, безболісне. Додатки матки з обох сторін без змін. Після діагностичного вискрібання порожнини матки при гістологічному дослідженні виявлена аденоматозна гіперплазія ендометрію. Який план лікування хворої?

*** А) Оперативне лікування - гістеректомія з додатками.**

- В) Симптоматичне лікування.
- С) Лікування естрогенами.
- Д) Променева терапія.
- Е) Хіміотерапія.

148. В стані геморагічного шоку до гінекологічного відділення доставлена хвора 22 років, у якої після затримки місячних на 6 тижнів з'явилися болі внизу живота з ірадіацією у пряму кишку. Дома відзначалась короткочасна втрата свідомості. Враховуючи дані загального та гінекологічного дослідження, значну анемію (Hb 70 г/л) черговий лікар поставив діагноз: порушена за типом розриву лівої маткової труби позаматкова вагітність, геморагічний шок 3 ступеню. Якою має бути подальша тактика?

*** А) Негайна лапаротомія, тубектомія. Проведення реанімаційних заходів.**

- В) Пункція черевної порожнини через заднє піхве скріплення.
- С) Проведення реанімаційних заходів, через 1-2 доби лапаротомія в плановому порядку.
- Д) Провести додатково лапароскопію.
- Е) Провести додатково ультразвукове дослідження органів малого тазу.

149. До гінекологічного відділення поступила хвора 18 років, яку через добу після випадкового статевого акту почали непокоїти болі внизу живота та при сечовипусканні, значні гноєподібні виділення з піхви, підвищення температури тіла до 37,8 (С. 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 хворой?

*** А) Гонорейної.**

- В) Колі-бацилярної.
- С) Хламідійної.
- Д) Трихомонадної.
- Е) Стафілококової.

150. Жінка у терміні вагітності 38 тижнів поступила у пологовий будинок зі скаргами на головну біль, сонливість, набряки на ногах. А.Т. - 180/120. ОЖ - 90 см, ВДМ - 38 см, положення плода повздовжне, головне передлежання, серцебиття плоду 130 уд/хв, ритмічне. У аналізі сечі білок 3,3 г/л. Яке ускладнення вагітності виникло?

*** А) Передеклампсія.**

В) Нефропатія 3 ст.

С) Гіпертонічний криз.

Д) Еклампсія.

Е) Водянка вагітних.

151. 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. Яку патологію можна запідозрити у данному випадку?

*** А) Ювенільна кровотеча.**

В) Перервана вагітність.

С) Хвороба Верльгофа.

Д) Синдром склерокістозних яєчників.

Е) Геморагічний діатез.

152. Жінка 41 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?

*** А) Оперативне лікування.**

- В) Лікування екстрогенами.
- С) Лікування андрогенами.
- Д) Симптоматичне лікування.
- Е) Лікування гестагенами.

153. 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?

*** А) Міома матки.**

- В) Рак тіла матки.
- С) Вагітність.
- Д) Кістома яєчника.
- Е) Дісфункціональна маткова кровотеча.

154. 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 хворой?

*** А) Дісфункціональна маткова кровотеча клімактеричного характеру.**

В) Міома матки.

С) Перервана вагітність.

Д) Аденокарцинома ендометрію.

Е) Внутрішній ендометріоз.

155. Вагітній 20 років 2 дні тому в терміні 18 тижнів вагітності виконано кримінальний аборт на дому. Об'єктивно: температура тіла 39,4 (С, 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?

*** А) Оперативне лікування - видалення матки з придатками на фоні інфузійної терапії.**

В) Інструментальна ревізія порожнини матки.

С) Антибактеріальна терапія.

Д) Проведення форсованого діурезу.

Е) Лікування в умовах нефрологічного відділення.

156. При зовнішньому акушерському дослідженні родиллі з доношеною вагітністю діагностовано поздовжнє положення плоду, головне передлежання. При вагінальному дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття 8 см, сагіттальний шов у лівому косому розмірі, велике тим'ячко праворуч біля лона. Виставьте діагноз?

*** А) 1 позиція, задній вид, передньоголовне передлежання.**

В) 1 позиція, задній вид, потиличне передлежання.

С) 2 позиція, передній вид, потиличне передлежання.

Д) 1 позиція, задній вид, лобне передлежання.

Е) 1 позиція, задній вид, лицеве передлежання.

157. Першовагітна 26 років поступила в пологовий будинок з вагітністю терміном 38 тижнів та скаргами на задишку, серцебиття, швидку втому. В дитинстві часті ангіни, з 15 років страждає на ревматизм неактивну фазу, мітральний стеноз 2 ст, НК 2 ст. Яка тактика проведення пологів у данному випадку?

*** А) Пологи проводити з виключенням 2 періоду.**

В) Стаціонарне лікування в умовах кардіологічного відділення.

С) Термінове проведення пологів.

Д) Консервативне лікування.

Е) Пологи виключенням 2-го періоду шляхом вакуум-екстракції плоду.

158. Першонароджуюча 26 років поступила у пологовий будинок зі схватками по 20 с через 8-10 хв, які продовжуються на протязі 12 год. 2 години тому відійшли навколоплідні води. В анамнезі - 2 мед. абортів, які ускладнилися ендометритами. Головка плода - над входом в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне 140 уд/хв. Вагінальне дослідження: шийка матки сгладжена. Відкриття 5 см, плодового мішура немає. Що явилось причиною слабності родової діяльності у данній роділлі?

*** А) Дегенеративні зміни у міометрії.**

- В) Вік жінки.
- С) Несвоєчасне відходження навколоплідних вод.
- Д) Аномалія розвитку матки.
- Е) Повторні пологи.

159. Роділля 28 років при надходженні до пологового будинку скаржиться на головний біль, порушення зору, заторможеність. Артеріальний тиск 200/110 мм.рт.ст. Виражені набряки ніг, передньої черевної стінки. Голова плода у порожнині малого таза. Серцебиття плода ясне, ритмічне 190 уд/хв. При внутрішньому дослідженні: відкриття шийки матки повне, головка плода у порожнині малого таза. Яка подальша тактика ведення пологів?

*** А) Операція накладення акушерських щипців.**

- В) Кесарський розтин.
- С) Плороруйнівна операція.
- Д) Консервативне проведення пологів з епізіотомією.
- Е) Стимуляція родової діяльності.

160. Повторні пологи у жінки 33 років тривають 18 годин. 2 години тому почались потуги. Серцебиття плоду ритмічне, приглушене 120 уд/хв. Вагінальне дослідження: відкриття шийки матки повне голова плоду в площині виходу з малого тазу. Сагіттальний шов і прямому розмірі, мале тим'ячко біля лона. Виставлений діагноз: первинна слабкість пологової діяльності. Визначте подальшу тактику проведення пологів.

*** А) Використання акушерських щипців.**

- В) Стимуляція родової діяльності окситоцином.
- С) Кесарський розтин.
- Д) Шкірно-головні щипці по Іванову.
- Е) Використання прийому Крителлера.

161. У жінки 28 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 (III) Rh+, у новонародженої В(III) Rh+ . Який імовірний діагноз?

*** А) Резус конфлікт.**

- В) Конфлікт по антигену А.
- С) Конфлікт по антигену В.
- Д) Конфлікт по антигену АВ.
- Е) Внутріутробне інфікування

162. Вагітна П. Перенесла в терміні 32 тиж приступ еклампсії у домашніх умовах. Поступила в реанімаційне відділення перинатального центру в ургентному порядку. При поступленні: пастозність обличчя і гомілок, АТ 180/110 мм.рт.ст., білок в сечі 0,128 ‰, пологові шляхи до родів не готові. Розпочато інтенсивну комплексну терапію. Яка подальша тактика?

*** А) Розродження шляхом операції кесарського розтину в ургентному порядку.**

В) Пролонгувати вагітність на 1-2 тижні на фоні лікування.

С) Пролонгувати вагітність на 3-4 тижні на фоні лікування.

Д) Розпочати родозбудження шляхом внутрішньовенного введення окситоцину

Е) Розпочати родозбудження шляхом внутрішньовенного введення простагландинів.

163. Роділля О. 27 років. Вагітність ІІ, 37-38 тижнів, пологи ІІ, ІІ 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?

*** А) Накладання акушерських щипців.**

В) Поводити пологи продовжити вести консервативно на фоні лікування гестозу.

С) Плороруйнівна операція.

Д) Кесарський розтин.

Е) Вакуум-екстракція плода.

164. Роділля 33 років. Роди І, вчасні ,ІІ період. Термін - 36-37 тижнів вагітності. Передбачувана маса плода 2800±200. Розміри тазу 25, 26, 30, 18 см. Голівка плода знаходиться на тазовому дні. Яка подальша тактика розродження?

*** А) Виконати епізіотомію.**

В) Провести захист промежини

С) Провести кесарів розтин

Д) Провести краніотомію

Е) Вичікувальна тактика

165. Хвора 48 років, скарги на контактні кровотечі. При огляді в дзеркалах виявлено гіпертрофію шийки матки. Остання має вигляд цвітної капусти, легко ранима, щільна при бімануальному огляді, склепіння вкорочені, тіло матки мало рухоме. Який імовірний діагноз?

*** А) Рак шийки матки.**

В) Фіброміома матки.

С) Ендометриоз.

Д) Шийкова вагітність.

Е) Папіломатоз шийки матки

166. 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 побішене до 10 тижнів вагітності, щільне, неболюче, рухоме. Який об'єм оперативного втручання є оптимальним?

*** А) Екстирпація матки без додатків.**

В) Над піхвова ампутація матки без додатків.

С) Пангістеректомія.

Д) Консервативна міомектомія.

Е) Дефундація матки.

167. 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?

*** А) Перший.**

В) Другий.

С) Прелімінарний.

Д) Завершальний.

Е) Третій.

168. Роділля Б., пологи треті термінові. Маса новонароджених при попередніх пологах 3900 і 4200 гр. При поступленні в род зал: обвід живата 110 см, висота дна матки - 40 см. Прорізується голівка плоду. Слизова вульварного кільця бліда, мало податлива. Ваш попередній діагноз?.

*** А) Загроза розриву промежини.**

- В) Загроза розриву матки.
- С) Загроза розриву симфізу.
- Д) Слабкість потуг.
- Е) Надміру активна родова діяльність.

169. Роділля К., 18 років. Пологи перші, 33 тижнів вагітності. Передбачувана маса плоду 2300 ± 100 гр. Родова діяльність активна. Стан плода задовільний. Тривалість пологів 4 години. Перший період пологів. Які дії лікаря?

*** А) Спазмолітики, оксигенація, положення на боку.**

- В) Кесарів розтин.
- С) Спостереження.
- Д) Розсічення шийки матки.
- Е) Захист промежини.

170. Хвора 46 років скаржиться на значні кров'янисті виділення із згустками протягом останні 10 днів. Останній рік місячні нерегулярні. Вагінально: шийка матки довжиною 3см., тіло матки дещо збільшене в розмірах, придатки без особливостей. Які методи обстеження необхідно провести для уточнення діагнозу?

*** А) Провести роздільне діагностичне вишкрібання стінок церві кального каналу і порожнини матки**

- В) Кольпоцитологія
- С) Метросальпінгографія
- Д) Гістероскопія
- Е) Контрастна рентгенографія

171. Хвора 27 років скаржиться на біль в нижніх відділах живота, болісне сечовиділення, підвищення температури тіла до 37,4 0C. Заміжня 4 роки, в анамнезі два викидні в I триместрі. При бімануальному обстеженні виділення серозно-гнійні, матка болюча при пальпації, придатки з обох боків збільшені, болісні. Останній рік відмічено безпліддя. Яка причина безпліддя?

*** А) Запалення статевих органів, непрохідність маткових труб, двобічний аднексит специфічного генезу.**

- В) Розлади менструального циклу.
- С) Ендоцервіцит.
- Д) Ендометрит
- Е) Неспецифічне запалення додатків

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

*** А) Затримка в порожнині матки додаткової частини плаценти.**

- В) Затримка плідних оболонок в порожнині матки.
- С) Розрив судини пуповини.
- Д) Коагулопатична кровотеча.
- Е) Гіпотонічна кровотеча.

173. 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 перекриває губчаста тканина м'якої консистенції. При бімануальному огляді кровотеча припинилась. Яка причина посилення кровотечі?

*** А) Повне передлежання плаценти**

- В) Передчасне відшарування низько розміщеної плаценти.
- С) Кровотеча з розриву шийки матки.
- Д) Передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти.
- Е) Коагулопатична кровотеча

174. В гінекологічне відділення поступила вагітна 23 років із скаргами на кров'янисті виділення із статевих шляхів, ниючий біль внизу живота і в поперековій ділянці. З анамну відомо, що дана вагітність третя, дві попередніх закінчувались артифіціальними абортами. Вагінально: шийка матки довжиною 1,5 см., цервікальний канал пропускає 1 поперечний палець, матка збільшена до 9-10 тижнів вагітності, виділення кров'янисті із згустками. Яка тактика лікаря?

*** А) Провести вишкрібання порожнини матки.**

- В) Призначити утрожестан.
- С) Призначити дюфастон.
- Д) Призначити спазмолітики.
- Е) Накласти циркулярний шов на шийку матки

175. Породілля 28 років з нормальним тазом та доношеною вагітністю, перший період пологів тривав 10 годин., другий 30 хвилин. Через 15 хвилин після народження плода з'явилися ознаки відділення посліду. Крововтрата складає 250 мл. Що треба зробити?

*** А) Зовнішні прийоми відділення посліду.**

В) Ручне відділення плаценти і посліду

С) Очікувальна тактика.

Д) Введення утеротоніків.

Е) Введення спазмолітиків.

176. У хворої 48 років с субмукозною міомою матки, з метою зупинки кровотечі проведено вишкрібання порожнини матки . Жінка скаржиться на слабкість, запаморочення, рівень гемоглобіну крові - 50 г/л. В анамнезі має тяжку реакцію після гемотрансфузії. Яка подальша тактика?

*** А) переливання відмитих еритроцитів**

В) Переливання свіжезамороженої плазми

С) Увести антигістамінні препарати під час переливання однокрупної ермаси

Д) Увести рефортан

Е) Увести кортикостероїди під час переливання однокрупної ермаси

177. У вагітної М.,19 років,в строці вагітності 9-10 тижнів вроджена вада серця - тетрада Фало.Яка подальша тактика ведення вагітності?

*** А) Прервати вагітність до 12 тижнів**

В) Пролонгувати вагітність

С) Вирішити питання про збереження вагітності з кардіологом

Д) Пролонгувати вагітність до 36 тижнів

Е) Пролонгувати вагітність до 38 тижнів

178. 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?

*** А) Преривання вагітності за медичними показаннями**

- В) Пролонгування вагітності
- С) Госпіталізація в урологічне відділення
- Д) Госпіталізація у відділення патології вагітності
- Е) Госпіталізація у терапевтичне відділення

179. У вагітної В., 19 років у строці вагітності 28 тижнів виявлено: наростання гіпертензії, зниження діурезу, азотемію. При УЗД обстеженні діагностовано полікістоз нирок. При біохімічному дослідженні крові креатині 280 ммоль/л, сечовина 10,8 ммоль/л. Яке ускладнення виникло у вагітної?

*** А) Ниркова недостатність**

- В) Гострий пієлонефрит
- С) Гломерулонефрит
- Д) Пізній гестоз
- Е) Ниркова коліка

180. У вагітної М., 20 років в строці вагітності 21-22 тижні при УЗД обстеженні виявлено гідронефроз обох нирок. При біохімічному дослідженні крові виявлено наростання сечовини і креатині ну. Чим може ускладнитись подальший перебіг вагітності?

- А) Гострим пієлонефритом
- В) Нирковою колікою

*** С) Нирковою недостатністю**

- Д) Печінковою недостатністю
- Е) Пізнім гестозом

181. У породіллі Л., 20 років загальний стан задовільний. PS 70 уд/хв., АД 120/80, температура 36,70С. Дно матки знаходиться на 9-10 см вище від лона. Лохії серозні. Стул і сечовипускання в нормі. Яка доба післяпологового періоду?

*** А) Четверта**

- В) Перша
- С) Восьма
- Д) Друга
- Е) Десята

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

*** А) Вагітність протипоказана**

- В) Виношування вагітності не протипоказане
- С) Переривання у винятку виникнення серцево-судинної декомпенсації
- Д) Кесарський розтин у терміні 34 тижня
- Е) Переривання у терміні 28 тижнів

183. Вагітна з хірургічно корегованою тетрадою Фало поступила до пологового будинку у потужному періоді. Відкриття маткового зіву повне, голівка в плоскості виходу з порожнини малого таза. Серцебиття 148 уд. за хв. Тактика лікаря ?

*** А) Виключення потужного періоду накладанням вихідних акушерських щипців**

- В) Вакуум-екстракція плода
- С) Виключення потужного періоду накладанням порожнинних акушерських щипців
- Д) Кесарський розтин
- Е) Потужний період не протипоказаний

184. У вагітної в строці вагітності 28 тижнів скарги на біль у правій поперекової області, гіпертермію. При обстеженні сечі лейкоцитоз, сліди білка. За даними УЗО – розширення чашково-лоханочної системи зправа. Діагноз?

*** А) Пієліт вагітних**

- В) Гломерулонефрит
- С) Гідронефроз нирки
- Д) Наявність пухлини репродуктивних органів
- Е) Апостематоз нирки

185. У вагітної із строком вагітності 28 тижнів вперше визначений діагноз пієліту вагітних. До якої групи ризику перш за все необхідно віднести вагітну?

*** А) Гнійно-септичних захворювань в пологах та післяпологовому періоді**

- В) Ізоімунізації
- С) Кровотечі
- Д) Невиношування
- Е) Пологового травматизму

186. Хвора із 12 років звернулась із скаргами на рясну менструацію. Як класифікувати дане порушення?

*** А) Менорагія**

- В) Метрорагія
- С) Олігоменорея
- Д) Альгодисменорея
- Е) Аменорея

187. У вагітної з сахарним діабетом скарги на біль у животі без чіткої локалізації. Хвора адинамічна, АТ 100/60, пульс-100, шкіра суха її тургор знижений. Що необхідно визначити для уточнення діагнозу?

- * А) Аналіз крові на сахар та сечі на ацетон**
- В) Кількість тромбоцитів
- С) Рентгенографію органів черевної порожнини
- Д) УЗД органів черевної порожнини
- Е) Рівень інсуліну крові

188. Дівчинка народилася в терміні гестації 35 тижнів з вагою 2300, довжиною тіла 50см. Який ступінь недоношеності у цієї дитини?

- * А) 1-й ступінь**
- В) Доношена дитина
- С) 2-й ступінь
- Д) 3-й ступінь
- Е) 4-й ступінь

189. Вагітна Д., 24 років звернулась в жіночу консультацію для обліку з 1-ю вагітністю в терміні 11-12 тижнів. Ця вагітність планована. Соматичний анамнез обтяжений хронічним пієлонефритом єдиної нирки. При поглибленому обстеженні остатній азот крові 2,8 ммоль/л, сечовина 3,86 ммоль/л, сечова кислота 0,165 ммоль/л, креатинін 0,010 ммоль/л, натрій 132 ммоль/л, калій 4,2 ммоль/л, в сечі - остатній азот не виявлений, сечовина 26 г/доб, сечова кислота - 9 г/доб, креатинін 2 г/доб. Яка подальша тактика ведення цієї вагітності:

- * А) Штучно перервати вагітність негайно**
- В) Штучно перервати вагітність при загостренні хронічного пієлонефриту
- С) Штучно перервати вагітність при розвитку акушерських ускладнень
- Д) Штучно перервати вагітність при розвитку гострої ниркової недостатності
- Е) Пролонгувати вагітність до терміну пологів

190. Відразу після виділення посліду за Креде-Лазаревичем матка опинилась за межами піхви. Жінка бліда, артеріальний тиск 90/40 мм рт. ст., пульс прискорений, малого наповнення, ступор, зіниці широкі, крововтрата 200 мл. чим обумовлений важкий стан породіллі?

*** А) Травматичним шоком**

- В) Розривом матки
- С) Геморагічним шоком
- Д) Методом виділення посліда
- Е) Передчасним відшаруванням плаценти

191. В пологове відділення поступила вагітна жінка в строки вагітності 37 тижнів після автомобільної катастрофи. Шкіра бліда, пульс прискорений, малого наповнення, кров'яний тиск 80/30 мм рт. ст., ступор. Матка з чіткими контурами, в нормотонусі, ЧСС плода 164 уд/хв, глухе. Має місце закритий перелом стегнової кістки. Крововтрата 250 мл. Чим обумовлений важкий стан вагітної?

*** А) Травматичним шоком**

- В) Геморагічним шоком
- С) Передчасним відшаруванням плаценти
- Д) Розривом матки
- Е) Гестозом вагітних

192. На 4-ту добу від початку лікування післяпологового метроендометріту у породіллі підвищилась температура тіла, яка носила ремітуючий характер, хвору морозило. Після ознобу рясний пот. Пульс прискорений, слабого наповнення, шкіра бліда, язик сухий, діурез знижений. При об'єктивному обстеженні виявлено гнійні вогнища у легенях, гнійний плеврит. Яке ускладнення має місце?

*** А) Сепсис з метастазами**

- В) Гостра пневмонія
- С) Туберкульоз легень
- Д) Абортівна форма метроендометріта
- Е) Пневмоторакс

193. На 3-тю добу після ускладнених пологів у породіллі з хронічним пієлонефритом з'явився озноб з різким підвищенням температури тіла до 41,0 °С, частий пульс, неритмічний. Шкіра землистого відтінку, на шкірі дрібні крововиливи. Живіт трохи здутий, при пальпації неболючий. Хвора апатична, квола. Яке ймовірне ускладнення?

*** А) Сепсис**

- В) Загострення пієлонефриту
- С) Молочна пропасниця
- Д) Метроендометріт
- Е) Алергічна реакція

194. Хвора М., 24 роки. Вступила до гінекологічного стаціонару з приводу порушеної трубної вагітності, геморагічного шоку !! В післяопераційному періоді в крові ер. 2,8 x 10¹², Нb 72 г/л, СОЕ 24 мм/г. Призначити лікування.

*** А) Переливання одногрупної еритроцитарної маси**

- В) Препарати заліза
- С) Вітамінотерапія
- Д) Імунотерапія
- Е) Дієта

195. Вагітна Н., в терміні 15 тижнів, відмічає після переохолодження позиви на часте і болісне сечовипускання, паління при сечовипусканні, порушення сну. Виставте діагноз.

*** А) Цистит**

- В) Пієлонефрит
- С) Сечокислий діатез
- Д) Гломерулонефрит
- Е) Кольпіт

196. Вагітна М., 24 роки. В терміні вагітності 32 тижні вперше було виставлено діагноз “цистит”. Які фактори послужили причиною захворювання?

*** А) Механічний тиск на задню стінку сечового міхура вагітною маткою**

- В) Упровадження інфекції
- С) Менструація
- Д) Аномалії розвитку сечового міхура
- Е) Аномалії розвитку нирок

197. Вагітна М., 25 тижнів вагітності. На протязі останніх 2-х місяців відмічає слабкість, збоченість смаку, підвищену ламкість волосся та нігтів. При лабораторному дослідженні еритроцитів $2,8 \times 10^{12}$, Hb 98 г/л, ШОЕ 20 мм/год. Призначити лікування.

*** А) Препарати, що містять залізо**

- В) Вітаміни
- С) Переливання еритроцитарної маси
- Д) Лікувальне харчування
- Е) Імунокоректори

198. У жінки 56 років на фоні клімаксу бувають напади, які характеризуються сильним головним болем, підвищенням артеріального тиску до 180/100 мм рт.ст, тахікардією, задишкою, загальним тремтінням. Тривалість нападу 30-40 хв. Напад закінчується сечовиведенням. До якого виду кризів можливо віднести ці напади?

*** А) Симпато-адреналовий криз**

- В) Ваго-інсулярний криз
- С) Гіпотонічний криз
- Д) Гіпертонічний криз
- Е) Епілептичний напад

199. Через 15 хвилин від початку трансфузії еритроцитарної маси під час кесарева розтину із загальним знеболенням з'явилися стійка гіпотонія та сеча чорного кольору. Яке ускладнення виникло?

*** А) Гемотрансфузійний шок**

- В) Анафілактичний шок
- С) Поранення сечового міхура
- Д) Матка Кювелера
- Е) Коагулопатія споживання

200. У вагітної з митральним стенозом раптово уночі з'явився стан збудження, тахіпноє, задишка, через декілька хвилин приєдналося харкотіння розового кольору. Про що можна думати?

*** А) набряк легенів**

- В) Бронхіальна астма
- С) Еклампсія
- Д) Приступ епілепсії
- Е) Серцева астма

201. У жінки при 34 тижневій вагітності та ревматичній ваді серця після фізичного навантаження стали з'являтися задишка, серцебиття, втомленість. Про що можна думати?

*** А) Про симптоми порушення кровообігу**

- В) Про розвиток дихальної недостатності
- С) Про гостру пневмонію
- Д) Про загострення хронічного бронхіту
- Е) Про алергічну реакцію

202. У вагітної 17 років у 24 тижня гестації виявляються симптоми правошлуночкової хронічної серцевої недостатності ІІ стадії. Ваша тактика?

*** А) Переривання вагітності у найближчій час**

- В) Пологи per vias naturalis у 38 тижнів
- С) Акушерські щипці у 40 тижнів гестації
- Д) Профілактика фетоплацентарної недостатності
- Е) Кесаревий розтин у 38 тижнів

203. Роди І своєчасні, продовжуються 8 годин, у роділлі зі стенозом мітрального отвору ІІІ ст. Роділля сидить у ліжку опустивши ноги. Скарги на задишку, дихає відкритим ротом, лице і верхня частина тіла покриті краплями поту. На віддалі чути хрипи, а з рота виділяється піниста, з домішками крові, мокрота. Пульс 130-150. Яке ускладнення наступило в час родів?

*** А) набряк легенів. Гостра серцево-судинна недостатність**

- В) Напад бронхіальної астми
- С) Пароксизмальна тахікардія
- Д) Миготлива аритмія
- Е) Хронічна серцева недостатність

204. Вагітна 30 років, поступила з першою вагітністю 36-37 тижнів для визначення тактики родорозв'язання. 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 родорозв'язання.

*** А) Родорозв'язання через природні родові шляхи в терміні родів.**

- В) Кесарський розтин в терміні родів
- С) Кесарський розтин із стерилізацією
- Д) Пологи через природні родові шляхи з виключенням потужного періоду
- Е) Термінове родорозв'язання

205. В пологове відділення поступила вагітна 21 року з діагнозом: перша вагітність 24 тижні. Вроджена вада серця (відкрита артеріальна протока). При огляді виявлено: відставання у фізичному розвитку, блідність шкірних покривів. При аускультатії серця: губий систоло-діастолічний шум в другому міжребер'ї зліва, акцент другого тону над легеневою артерією. На ЕКГ ознаки гіпертрофії лівого шлуночка. Тактика ведення вагітної.

*** А) Хірургічна корекція вади серця під-час вагітності; кесарів розтин в терміні родів.**

- В) Переривання вагітності за мед. показами
- С) Виписати під спростереження гінеколога жіночої консультації
- Д) Родорозв'язати в терміні родів через природні родові шляхи.
- Е) Хірургічна корекція вади серця після родорозв'язання кесаревим розтином.

206. Вагітна, 24 років, поступила зі скаргами на загальну слабкість, задуху, серцебиття при фізичному навантаженні, головокружіння. В анамнезі 2 родів, дана вагітність третя, терміном 36 тижнів. При огляді шкірні покриви бліді, АТ 110/70 мм рт.ст., рl 86 уд./хв; ритмічний, вислуховується слабкий систолічний шум на верхівці, печінка та селезінка не побільшені. Лабораторні обстеження: Нв - 80г/л, еритроцити - $2,6 \cdot 10^{12}$ /л, ретикулоцити - 5 ‰, колірний показник - 0,8, гематокрит - 0,3, пойкилоцитоз, анізоцитоз, сироваткове залізо - 9 мкмоль/л. Вкажіть найбільш ймовірний діагноз.

*** А) Залізодефіцитна анемія**

- В) Недостатність мітрального клапану
- С) Вегетосудинна дистонія по гіпотонічному типу
- Д) Гемолітична анемія
- Е) Гемоглобінопатія

207. Породілля, 25 років, після перших фізіологічних родів. Стан задовільний. Температура тіла 36,6°C, Ps 76 уд/хв, АТ 110/70 мм.рт.ст. Молочні залози нагрубілі, перехідний тип молока. Живіт м'який, не болючий. Матка щільна, висота дна матки 10 см вище лона. При внутрішньому акушерському дослідженні цервікальний канал пропускає 2 см. Лохії кров'яністі, в помірній кількості. Вкажіть добу післяродового періоду.

*** А) Третя доба**

- В) Друга доба
- С) П'ята доба
- Д) Сьома доба
- Е) Десята доба

208. Вагітна 21 року, поступила зі скаргами на періодичні носові кровотечі, петехіальні висипання на шкірі. Об'єктивно: матка в нормальному тонусі, положення плода повздовжнє, голівка плода рухома над входом в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 140 уд./хв. Лабораторні дані: тромбоцити - $10,0 \times 10^9/\text{л}$, Нв - 118 г/л, еритроцити $3,6 \times 10^{12}/\text{л}$, плазмові фактори згортання не змінені. Встановлено діагноз: I вагітність 37 тижнів, тромбоцитопенія. Вкажіть тактику ведення вагітної.

*** А) Пролонгувати вагітність, роди вести через природні родові шляхи з профілактикою кровотечі**

- В) Негайно родорозв'язати шляхом кесаревого розтину
- С) Провести кесаревий розтин ближче до терміну родів
- Д) Провести кесаревий розтин одночасно зі спленектомією
- Е) Розпочати родозбудження, роди вести консервативно

209. У першовагітної, 38 років, при вагітності 24 тижні з'явилися головні болі, головокружіння. При вимірах АТ - 190/100 мм.рт.ст. Підвищення АТ до вагітності не відмічалось. При обстеженні відхилень у функції нирок не виявлено. Підвищення АТ необхідно тактувати як:

*** А) Гіпертензія есенціальна**

- В) Прееклампсія
- С) Вторинна ренопаренхіматозна артеріальна гіпертензія
- Д) Нейроциркуляторна дистонія по гіпертонічному типу
- Е) Хронічний гломерулонефрит

210. Вагітна, 35 років, проступила з родовою діяльністю при терміні вагітності 36 тижнів і скаргами на головний біль, головокружіння, що з'явилися 2 дні тому. При огляді набряків немає, АТ -170/100 мм.рт.ст, Рс - 80 уд/хв, температура 36,7°C. Зі сторони серця відмічається розширення границь вліво і акцент другого тону над аортою. Симптом Пастернацького від'ємний. Змін в аналізах сечі і крові не виявлено. Підвищення АТ періодично відмічала і до вагітності. Вкажіть можливі походження гіпертензії.

*** А) Вторинна артеріальна гіпертензія**

- В) Прееклампсія вагітних
- С) Гломерулонефрит
- Д) Нейроциркуляторна дистонія по гіпертонічному типу
- Е) Есенціальна артеріальна гіпертензія

211. Вагітна, 36 років, поступила зі скаргами на періодичні напади ядухи з 3 вагітністю 36 тижнів. Напади ядухи відмічає на протязі 2 тижнів, останім часом стали частими і не знімаються при застосуванні інгалятора. Об'єктивно : бліда, температура тіла 36,8 °С, тахіпное 32 за хв., АТ 150/90 мм.рт.ст., Рс 110 уд./хв. Над усією поверхнею легень вислуховуються свистячі хрипи. Матка в нормотонусі, відповідає 36 тижням вагітності. Голівка плода рухома над входом в малий таз. Серцебиття плода 140 уд./хв. Навколоплодові води не виливалися. Вкажіть найбільш ймовірне захворювання, що зумовлює такий стан.

*** А) Бронхіальна астма з астматичним статусом**

- В) Спонтанний пневмоторакс
- С) Гіпертензивна криза
- Д) Запалення легень
- Е) ІХС ускладнена гострою лівошлуночковою недостатністю

212. На 4 добу після кесаревого розтину в зв'язку зі слабкістю родової діяльності та довготривалим безводним періодом наступило значне погіршення стану. Скарги на слабкість, головокружіння, болі в животі. Була блювота та діарея . Об'єктивно: $t-39^{\circ}\text{C}$, $Ps\ 120\text{уд./хв}$, $AT\ 115/60\text{ мм.рт.ст.}$. Бліда, язик сухий , обкладений, живіт здутий, при пальпації болючий у всіх відділах . Відмічається позитивний симптом Щоткіна-Блумберга. Перистальтика не вислуховується. Матка на рівні пупка, тістовидної консистенції, болюча. Виділення гнійно-кров'янисті, значні, із запахом. Вкажіть , яке з ускладнень наступило в післяопераційному періоді.

*** А) Розлитий перитоніт**

- В) Непрохідність кишечника
- С) Метроендометрит
- Д) Розходження швів на матці
- Е) Сепсис

213. Першовагітна із терміном 35 тижнів поступила зі скаргами на ниючі болі в низу живота, часті сечовипускання, відмічає різі під час сечопуску. При огляді: родової діяльності немає, матка в нормотонусі. Положення плода поздовжнє. Голівка високо над входом в малий таз. Температура тіла $37,2^{\circ}\text{C}$, $AT\ 125/80\text{ мм.рт.ст.}$, $Ps\ 80\text{уд./хв}$. Симптом Пастернацького від'ємний в аналізі сечі білку не виявлено, лейкоцитів 20-25 в полі зору , еритроцитів 0-1, питома вага 10-15. III ступінь чистоти піхвого вмісту. Вкажіть найбільш ймовірне захворювання, що зумовило такий стан.

*** А) Цистит**

- В) Пієлонефрит
- С) Гломерулонефрит
- Д) Сечокам'яна хвороба
- Е) Кандидомікоз

214. Породілля 30 років. В анамнезі - шизофренія, пневмонія, часті ГРЗ, пієлонефрит. Роди І термінові, без ускладнень. Породілля з третього дня після родів відмічає порушення сну, загального стану. При огляді замкнена, уникає спілкування, не в контакті. Клініко-лабораторні обстеження патологічних змін не виявили. Яке ускладнення наступило у породіллі?

*** А) Загострення шизофренії**

- В) Післяродовий сепсис
- С) Післяродовий психоз
- Д) Післяродовий ендометрит
- Е) Лохіометра

215. Хворій, 35 років, що скаржиться на кров'яністі виділення з піхви на протязі 4-ох тижнів зі збільшенням матки до 10-ти тижнів вагітності з діагностичною метою проведено вишкрібання цервікального каналу і порожнини матки. Вишкрібок незначний, біля дна матки визначається "симптом стрибка". Вкажіть найбільш вірогідну патологію, що зумовила маткову кровотечу?

*** А) Міома матки зі субмукозною локалізацією вузла**

- В) Ендометріоз матки
- С) Поліп тіла матки
- Д) Рак тіла матки
- Е) Неповний аборт

216. У дівчинки, 14 років, що хворіє на хворобу Верльгофа, виник геморагічний криз з масивною матковою кровотечею. Що необхідно в першу чергу провести для зупинки кровотечі?

*** А) Трансфузія тромбоцитарної маси**

- В) Довенне крапельне введення поліглюкіну
- С) Довенне введення глюкозо-сольових розчинів
- Д) Довенне введення альбуміну
- Е) Трансфузія еритроцитарної маси

217. Хвора, 67 років, висловлює скарги на болі в лівій молочній залозі.

Об'єктивно: ліва молочна залоза збільшена в розмірах, нижньо-зовнішній квадрант її гіперемований і набряклий. Підпаховині лімфовузли збільшені у діаметрі, щільні, неболючі. Який план обстеження даної хворої треба призначити?

*** А) Мамограма і пункційна біопсія інфільтрату молочної залози**

В) Rtg- графія органів грудної залози

С) УЗД органів черевної порожнини

Д) Загальний аналіз крові

Е) Біохімічний аналіз крові

218. Вагітна, 27 років, поступила в акушерський стаціонар в терміні вагітності 30 тижнів зі скаргами на слабкість, відчуття спраги, поліурію, нудоту, біль голови, сонливість. Протягом 12 років хворіє на І тип цукрового діабету. При обстеженні: матка в нормотонусі, виражене багатовіддя. Серцебиття плода ритмічне, 140 уд/хв. Шкіра суха, на гомілках і передній черевній стінці набряки. АТ 150/90 мм.рт.ст. Запах ацетону з рота. Лабораторно: цукор крові 17 ммоль/л, цукор сечі 40г/л, ацетон в сечі+++ . Яке ускладнення виникло у вагітної з цукровим діабетом?

*** А) Кетоацидоз. Прееклампсія середнього ступеня важкості. Багатовіддя.**

В) Багатовіддя. Великий плід.

С) Діабетична кетонемічна кома. Прееклампсія середнього ступеня важкості.

Д) Гіпоглікемічна кома. Багатовіддя.

Е) Генералізована діабетична ангіопатія. Лактатацидоз.

219. Вагітна, 27 років, що протягом 15 років хворіє на важку форму I типу цукрового діабету з наявністю генералізованої ангіопатії та гломерулосклерозу скерована в гінекологічне відділення з наявністю вагітності 8 тижнів для вирішення питання виношування вагітності. В анамнезі: 2 передчасних родів з наявністю вад розвитку плодів. При обстеженні: цукор крові 12,1ммоль/л, в сечі: білок 0,066 г/л, цукор 40г/л, ацетонурія +++ . Отримує 32 одиниці простого інсуліну. Вкажіть подальшу тактику ведення хворої.

*** А) Перервати вагітність за медичними показами**

- В) Пролонгувати вагітність і ставити питання про переривання при погіршенні стану вагітної
- С) Пролонгувати вагітність до життєвоздатності плода з наступним родорозрішенням
- Д) Провести родорозрішення в 37 тижнів вагітності шляхом кесаревого розтину
- Е) Пролонгувати вагітність до кінця терміну

220. У роділлі, 23 років, в другому періоді перших родів діагностована гостра гіпоксія плода. При внутрішньому дослідженні встановлено, що голівка плода знаходиться в вузькій частині порожнини малого тазу, розкриття вічка повне, плодовий міхур відсутній. Черговим лікарем була виконана операція порожнинних акушерських щипців, ручне відділення та видалення посліду. Операції проведені без знечулення. Після народження плода стан жінки погіршився: бліда , пульс 100 уд./хв, АТ 100/60 мм.рт.ст. Виділення з піхви кров'яністі, помірні. При огляді родових шляхів виявлено розрив шийки матки ІІІ ступення зліва та розрив стінки піхви зліва, що доходить до склепіння.Крововтрата 500,0 мл. Яке ускладнення зумовило погіршення стану породіллі?

*** А) Травматичний шок**

- В) Геморагічний шок
- С) Колапс
- Д) Емболія навколоплодовими водами
- Е) Розвинувся ДВЗ –синдром

221. Під спостереженням в жіночій консультації знаходиться вагітна, якій 2 роки тому була проведена хірургічна корекція мітрального стенозу ревматичного походження. На даний час стан вагітної задовільний. Вкажіть подальшу тактику ведення цієї вагітної.

*** А) Обов'язкова госпіталізація в 12, 30 та 36 тижнів вагітності**

- В) Обов'язкова госпіталізація в 12, 34, 38 тижнів вагітності
- С) Обов'язкова госпіталізація в 10, 28 та 34 тижні вагітності
- Д) Госпіталізація проводиться тільки при наявності скарг
- Е) Показано тільки спостереження лікаря жіночої консультації

222. Вагітна, 20 років, звернулась в консультацію з першою вагітністю 10 тижнів для вирішення питання про подальше виношування вагітності. У 15 років була виявлена вроджена вада - коарктація аорти. На даний час стан її задовільний, відмічається стабільна артеріальна гіпертензія (АТ 160/100 мм.рт.ст.). Вкажіть найбільш доцільне рішення лікаря в даному випадку.

*** А) Вагітність перервати, так як подальше виношування протипоказане**

- В) Пролонгувати вагітність, під-час якої можна провести хірургічне лікування вади серця в терміні 16-18 тижнів
- С) Пролонгувати вагітність, під-час якої можна провести хірургічне лікування вади серця в терміні після 28 тижнів
- Д) Вагітність може бути збережена за умови ретельного нагляду кардіолога і акушер-гінеколога
- Е) Немає ніяких особливостей ведення даної вагітності

223. Больная, 35 лет, жалуется на нерегулярные менструации, скудные. Вагинально: матка увеличена до 12 недель беременности, бугристая, плотная. У правого угла пальпируются образование размерами 3х4 см., болезненное. Придатки не определяются. Наиболее вероятный диагноз?

*** А) Нарушение кровоснабжения фиброматозного узла.**

- В) Маточная беременность.
- С) Киста правого яичника.
- Д) Внематочная беременность справа.
- Е) Кишечная непроходимость.

224. У 25 летней женщины после случайной половой связи, через неделю, появились гнойные выделения из влагалища с неприятным запахом, пенистые, тянущие боли внизу живота. Вагинально: матка нормальной величины, чувствительная при пальпации, придатки не увеличены, область их болезненная. О какой патологии можно думать?

*** А) Трихомонадный кольпит.**

- В) Хронический двухсторонний аднексит в стадии обострения.
- С) Хронический туберкулезный аднексит.
- Д) Кистозная дегенерация яичников.
- Е) Эндометриоз.

225. Больная, 35 лет, поступила с жалобами на боли с первого до последнего дня менструации и мажущие выделения в течении 5 дней до и после менструации. Вагинально: матка увеличена до 7 недель беременности, бугристая, болезненная при пальпации, придатки не определяются. Гистеросальпингография - симптом "пчелиных сот". Предположительный диагноз?

*** А) Эндометриоз тела матки. Субмукозная миома матки.**

- В) Рак эндометрия.
- С) Хронический неспецифический эндометрит.
- Д) Дисфункция яичников.

226. Больная, 25 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота, задержку менструации на 2 недели. Выделения при поступлении темные, скудные, мажущиеся. Пульс 80 уд. в мин. АД 100/60 мм. рт. ст. Вагинально: справа от слегка увеличенной мягкой матки пальпируется образование 4х5 см., болезненное. Задний свод напряжен, болезненный, выделения “грязного” характера. Поставьте диагноз?

*** А) Прервавшаяся эктопическая беременность**

- В) Тубоовариальный абсцесс.
- С) Маточная беременность, угроза прерывания.
- Д) Перекрут ножки кисты яичника.
- Е) Кистозная дегенерация яичников.

227. Больная 46 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровотечение из половых путей. В анамнезе 2 нормальных родов. Последние 2 года менструальный цикл нарушен, задержки менструации на 2-3 месяца. Вагинально: матка нормальной величины, придатки не увеличены, безболезненные, выделения кровянистые, обильные. Произведено диагностическое выскабливание. Гистологическое исследование: железисто-кистозная гиперплазия эндометрия. Патогенез заболевания?

*** А) Персистенция и артезия фолликула.**

- В) Лютеинизация фолликула
- С) Замедленное обратное развитие желтого тела.
- Д) Воспалительные процессы.
- Е) Аденомиоз.

228. Больная, 35 лет, поступила с обильным кровотечением со сгустками. Отсутствие менструации. В анамнезе 2 родов, 5 аборт. Вагинально: матка увеличена на 7-8 недель беременности, цервикальный канал проходим до 2 см. В канале определяются ткани плода. Выделения кровянистые обильные со сгустками. Действия врача при данной ситуации?

*** А) Произвести выскабливание полости матки + сокращающие препараты + антибиотики.**

- В) Сокращающие препараты.
- С) Кровоостанавливающие препараты .
- Д) Начать переливания крови.
- Е) Переливания кровезаменителей.

229. У 25 летней женщины после случайной половой связи, через неделю, появились гнойные выделения из влагалища с неприятным запахом, пенистые, тянущие боли внизу живота. Вагинально: матка нормальной величины, чувствительная при пальпации, придатки не увеличены, область их болезненная. О какой патологии можно думать?

*** А) Трихомонадный кольпит.**

- В) Хронический двухсторонний аднексит в стадии обострения.
- С) Хронический туберкулезный аднексит.
- Д) Кистозная дегенерация яичников.
- Е) Эндометриоз.

230. Больная, 35 лет, жалуется на нерегулярные менструации, скудные. Вагинально: матка увеличена до 12 недель беременности, бугристая, плотная. У правого угла пальпируются образование размерами 3х4 см., болезненное. Придатки не определяются. Наиболее вероятный диагноз?

*** А) Нарушение кровоснабжения фиброматозного узла.**

- В) Маточная беременность.
- С) Киста правого яичника.
- Д) Внематочная беременность справа.
- Е) Кишечная непроходимость.

231. Больная, 35 лет, поступила с жалобами на боли с первого до последнего дня менструации и мажущиеся выделения в течении 5 дней до и после менструации. Вагинально: матка увеличена до 7 недель беременности, бугристая, болезненная при пальпации, придатки не определяются. Гистеросальпингография - симптом “пчелиных сот”. Предположительный диагноз?

*** А) Эндометриоз тела матки.**

- В) Субмукозная миома матки.
- С) Рак эндометрия.
- Д) Хронический неспецифический эндометрит.
- Е) Дисфункция яичников.

232. Больная, 25 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота, задержку менструации на 2 недели. Выделения при поступлении темные, скудные, мажущиеся. Пульс 80 уд. в мин. АД 100/60 мм. рт. ст. Вагинально: справа от слегка увеличенной мягкой матки пальпируется образование 4х5 см., болезненное. Задний свод напряжен, болезненный, выделения “грязного” характера. Поставьте диагноз?

*** А) Прервавшаяся эктопическая беременность**

- В) Тубоовариальный абсцесс.
- С) Маточная беременность, угроза прерывания.
- Д) Перекрут ножки кисты яичника.
- Е) Кистозная дегенерация яичников.

233. Больная, 48 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и обильные кровянистые выделения. Состоит на “Д”- учете в течении 2 лет по поводу миомы матки. Вагинально: матка увеличена до 12 недель беременности, бугристая, болезненная при пальпации. Придатки не определяются. Выделения обильные со сгустками.

*** А) Миома матки с геморрагическим синдромом.**

- В) Маточная беременность.
- С) Пузырный занос.
- Д) Рак яичников.
- Е) Хорион эпителиома.

234. Больная, 28 лет, после хирургического удаления пузырного заноса, количество хорионического гонадотропина в крови нормализовалось. Через 2 недели его количество увеличилось в 3 раза. Обследована: метастазы не обнаружены. Тактика врача при данной патологии?

*** А) Курс химиотерапии: метатрексат + фолиевая кислота.**

В) Экстирпация матки с придатками без химиотерапии.

С) Наблюдение в течении 5 лет после химиотерапии.

Д) Надвлагалищная ампутация матки.

Е) Гормональная терапия.

235. Больная, 35 лет, поступила с жалобами на боли с первого до последнего дня менструации и мажущиеся выделения в течении 5 дней до и после менструации. Вагинально: матка увеличена до 7 недель беременности, бугристая, болезненная при пальпации, придатки не определяются. Гистеросальпингография - симптом "пчелиных сот". Предположительный диагноз?

*** А) Эндометриоз тела матки. Субмукозная миома матки.**

В) Рак эндометрия.

С) Хронический неспецифический эндометрит.

Д) Дисфункция яичников.

236. Больная, 25 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота, задержку менструации на 2 недели. Выделения при поступлении темные, скудные, мажущиеся. Пульс 80 уд. в мин. АД 100/60 мм. рт. ст. Вагинально: справа от слегка увеличенной мягкой матки пальпируется образование 4х5 см., болезненное. Задний свод напряжен, болезненный, выделения “грязного” характера. Поставьте диагноз?

*** А) Прервавшаяся эктопическая беременность**

- В) Тубоовариальный абсцесс.
- С) Маточная беременность, угроза прерывания.
- Д) Перекрут ножки кисты яичника.
- Е) Кистозная дегенерация яичников.

237. Больная, 35 лет, жалуется на нерегулярные менструации, скудные. Вагинально: матка увеличена до 12 недель беременности, бугристая, плотная. У правого угла пальпируются образование размерами 3х4 см., болезненное. Придатки не определяются. Наиболее вероятный диагноз?

*** А) Нарушение кровоснабжения фиброматозного узла.**

- В) Маточная беременность.
- С) Киста правого яичника.
- Д) Внематочная беременность справа.
- Е) Кишечная непроходимость.

238. У 25 летней женщины после случайной половой связи, через неделю, появились гнойные выделения из влагалища с неприятным запахом, пенистые, тянущие боли внизу живота. Вагинально: матка нормальной величины, чувствительная при пальпации, придатки не увеличены, область их болезненная. О какой патологии можно думать?

*** А) Трихомонадный кольпит.**

- В) Хронический двухсторонний аднексит в стадии обострения.
- С) Хронический туберкулезный аднексит.
- Д) Кистозная дегенерация яичников.
- Е) Эндометриоз.

239. Больная, 35 лет, поступила с обильным кровотечением со сгустками. Отсутствие менструации. В анамнезе 2 родов, 5 аборт. Вагинально: матка увеличена на 7-8 недель беременности, цервикальный канал проходим до 2 см. В канале определяются ткани плода. Выделения кровянистые обильные со сгустками. Действия врача при данной ситуации?

*** А) Произвести выскабливание полости матки + сокращающие препараты + антибиотики.**

- В) Сокращающие препараты.
- С) Кровоостанавливающие препараты .
- Д) Начать переливания крови.
- Е) Переливания кровезаменителей.

240. Вагітна 22 років скаржиться на кров'янисті виділення з піхви, біль унизу живота. Термін вагітності 36 тижнів. Страждає на гіпертонічну хворобу 2 роки. Об'єктивне дослідження: АТ 100/50 мм.рт.мт., пульс 100 уд/хв.. тонус матки підвищений. Серцебиття плода 16- уд/хв., ритмічне. Дослідження у дзеркалах - шийка матки сформована, канал закритий, виділення кров'янисті, помірні.

Діагноз?

*** А) Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.**

В) Загроза передчасних пологів

С) Розрив матки

Д) Вагітність 36 тижнів. Рак шийки матки

Е) Травматичне пошкодження варикозних вен піхви

241. Хвора, 25 років, скаржиться на біль унизу живота, невеликі кров'янисті вагінальні виділення, нудоту. З анамнезу: на протязі 5 років періодично лікується з приводу двобічного сальпінгоофориту, виділення з піхви почалися після затримки чергової менструації на 10 днів. Бімануально матка збільшена до 5 тижнів вагітності, відхилена вправо, зліва знаходяться збільшені придатки. У дзеркалах шийка матки та слизова піхви мають ціанотичний відтінок.

Діагноз?

*** А) Порушена позаматкова вагітність.**

В) Загроза переривання вагітності.

С) Дисфункційна маткова кровотеча.

Д) Апоплексія яєчника.

Е) Загострення сальпінгоофориту

242. До жіночої консультації звернулась вагітна 22 років, зі скаргами на ниючий біль внизу живота та у попереку, кров'янисті виділення зі статевих шляхів. Вагітність третя, остання менструація була приблизно тримісяці тому. В анамнезі два штучних аборти. При піхвовому дослідженні : шийка матки довжиною 1 см, зовнішнє вічко злегка відкрите, цервікальний канал закритий. Матка збільшена до 11-12 тижнів вагітності, м'яка. Виділення зі статевих шляхів кров'янисті, незначні. Діагноз?

*** А) Самовільний аборт, що розпочався.**

В) Загрожуючий самовільний аборт.

С) Міхуровий занесок

Д) Вагітність, що не розвивається.

Е) Передлежання плаценти

243. Породілля скаржиться на біль в молочній залозі, в області болю інфільтрат 3(4 см, з розм'ягченням в центрі. Температура тіла 38,5(С. Діагноз?

*** А) Гострий гнійний мастит**

В) Пневмонія.

С) Плеврит.

Д) Затримка молока.

Е) Пологова травма.

244. Хвора 14 років. Доставлена ургентно зі скаргами на кровотечу із статевих шляхів, біль внизу живота. Менархе в 13 років, місячні були регулярні, по 5 днів, помірні. Після тяжкого грипу менструація, яка почалась в очікуваний термін продовжується 2 тижні. Об'єктивно: статева формула: A3 Ma3 P3 Me2. При обстеженні гінекологічного статусу: гімен не порушений, кровотеча зі статевих шляхів надмірна. При ректоабдомінальному дослідженні матка розвинута відповідно віку, безболісна, рухома, придатки не визначаються. Діагноз?

*** А) Ювенільна маткова кровотеча. Самовільний аборт.**

В) Позаматкова вагітність.

С) Травма статевих шляхів.

Д) Рак піхви.

245. Хвора 15 років. Скарги на затримку менструацій на 1 місяць, біль у животі. Статева формула A3 Ma3 P3 Me2. Менархе в 12 років. Менструації нерегулярні, із затримками на 1-2 місяці, не болючі, по 3-4 дні. При ректоабдомінальному обстеженні: над лоном визначається малорухоме пухлиноподібне утворення, туго-еластичної консистенції з рівними контурами, 6(4 см. окремо матку да придатки пропальпувати не вдається через переповнений кишечник. При ультразвуковому дослідженні візуалізується округле гіпоехонне утворення з чіткими рівномірними контурами, однорідної структури, 62(41 мм. Діагноз?

*** А) Кіста яєчника.**

В) Вагітність малого терміну.

С) Аномалія розвитку статевої системи.

Д) Синдром альгодисменореї.

Е) Сальпінгоофрит.

246. Першовагітна 32 років. Початок II періоду пологів. Різка болісність у нижньому сегменті матки. Матка набула форму “пісочного годинника”. Серцебиття плода 140 уд. у хв., ритмічне. Розташування плода повздовжнє, передлежить голівка плода притиснута до входу у малий таз. Передбачувана маса плода 4600 гр. Діагноз?

*** А) Загрожуючий розрив матки.**

- В) Розрив матки який здійснився.
- С) Дискоординована пологова діяльність.
- Д) Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.
- Е) Нормальні пологи

247. Повторновагітна. Пологова діяльність 4-4,5 годин. Кров’янисті виділення почались відразу після появи перейм. Серцебиття плода 100-110 уд у хв., глухе. Вагінальне дослідження: шийка матки згладжена, краї 0,3 см, м’які. Цервікальний канал пропускає 3 п/пальці. На усьому протязі визначається плацентарна тканина. Діагноз?

*** А) Центральне передлежання плаценти. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.**

- В) Загрожуючий розрив матки.
- С) Бокове передлежання плаценти.
- Д) Крайове передлежання плаценти.

248. Пройшло 30 хвилин після народження плода. ознаки відділення посліду негативні. Почалась кровотеча - складає 450 мл. Що треба зробити?

*** А) Ручне відділення плаценти і посліду.**

- В) Введення утеротоніків.
- С) Застосувати прийом Креде-Лазеревича.
- Д) Очікувальна тактика.
- Е) Видалення матки.

249. В пологовий зал доставлена роділля у якої відійшли навколоплідні води та з регулярною пологовою діяльністю. Головка плода щільно притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода чітке, ритмічне, 136 уд. у хв. При піхвовому дослідженні встановлено: відкриття шийки 7 см, стрілоподібний шов в правому косому розмірі, мале тім'ячко спереду та нижче великого, розташоване ліворуч. Визначити позицію та вид.

*** А) Перша позиція передній вид.**

В) Друга позиція передній вид.

С) Перша позиція задній вид.

Д) Друга позиція задній вид.

Е) Потиличне передлежання , передній вид.

250. Пологи в строк. Другий період триває 1 г. головка плода почала прорізуватися. Серцебиття плода ритмічне, глухе, 150 уд. у хв. Промежина висока. Що треба робити?

*** А) Епізіотомію.**

В) Кесарів розтин.

С) Плродоруйнівну операцію.

Д) Введення утротоніків.

Е) Очікувальна тактика.

251. Першородяща 24 років з нормальним тазом та доношеною вагітністю. Після ефективної пологової діяльності перейми стали слабкими, малоефективними. Піхове дослідження: повне розкриття шийки матки, головка плода великим сегментом у вході в малий таз. Плодового міхура немає. Серцебиття плода не страждає. Діагноз?

*** А) Вторинна слабкість пологової діяльності.**

В) Первинна слабкість пологової діяльності.

С) Дискоординована пологова діяльність.

Д) Патологічний прелімінарний період.

Е) Несвоєчасне відходження навколоплідної рідини

252. Жінка, 18 років, звернулась в жіночу консультацію із скаргами на слабкість, головокружіння, тахікардію, наявність різкого ціанозу слизових оболонок та шкіри, задуху. Із анамнезу виявлено, що жінка живе статевим життям на протязі шести місяців, від вагітності не оберігалась. Об'єктивно: потовщення нігтьових фаланг, пальці як "барабанні" палички, кахектична. Із анамнезу видно, що з дитинства спостерігалась кардіологом. Дома поставлений тест на вагітність - позитивний. При огляді встановлена наявність вагітності. Яка найбільш правильна тактика акушер-гінеколога?

*** А) Термінова госпіталізація в кардіологічне відділення**

В) Амбулаторне лікування

С) Стаціонар на дому

Д) Госпіталізація в гінекологічне відділення

Е) Взяти на облік по вагітності та спостереження акушера-гінеколога

253. У жіночу консультацію звернулась вагітна 19 років з вагітністю 10 тижнів. У 15 років перенесла ревматичну атаку. Перебуває на обліку дільничного терапевта з діагнозом: Ревматизм, неактивна фаза. Недостатність мітрального клапана. Якою повинна бути тактика лікаря?

*** А) Госпіталізувати для повного обстеження для виявлення можливості доношування вагітності**

В) Взяти на облік і проводити диспансерне спостереження

С) Запропонувати перервати вагітність

Д) Провести протирецидивне лікування ревматизму

Е) Призначити серцеві глікозиди

254. Жінка, 32 роки, поступила в гінекологічне відділення з матковою кровотечею. При огляді дзеркалами і бімануальному обстеженні патологічних утворів геніталій не виявлено. З анамнезу відомо, що протягом року двічі спостерігалась маткова кровотеча, з приводу чого двічі проводилось діагностичне вишкрібання слизової оболонки матки. Гістологічне заключення: залозиста гіперплазія ендометрію. Яку терапію необхідно було призначити з метою профілактики повторних кровотеч?

*** А) Комбінована естроге-гестагенна терапія**

- В) Андрогени
- С) Гестагени
- Д) Гемостатичні засоби
- Е) Вітамінотерапія

255. У породіллі, 28 років, після II термінових пологів спостерігалась гіпотонічна маткова кровотеча в об'ємі 800мл, з приводу якої проводилась ручна ревзія порожнини матки, призначалась гемостатична та утеротонічна терапія. На 5 добу виявлено постгеморагічну анемію II ст. Яким чином можна було попередити виникнення анемії?

*** А) Призначити препарати заліза, трансфузія еритромаси**

- В) Гемотрансфузія цільної крові
- С) Призначити препарати кальцію
- Д) Призначити трансфузію плазми
- Е) Призначити вітамінотерапію

256. Вагітна, 26 років, хворіє цукровим діабетом I типу з 10 років.

Консультована окулістом, діагностована ангіопатія судин сітківки. В даний час термін вагітності 36-37 тижнів, тазове передлежання плоду, тенденція до макросомії, фетоплацентарна недостатність. Яка тактика лікаря дасть змогу профілакувати можливі ускладнення?

*** А) Розродження шляхом операції кесарського розтину в терміні 36-37 тижнів**

В) Розродження через природні родові шляхи в 36-37 тижнів

С) Кесарський розтин при доношеній вагітності в 40 тижнів

Д) Розродження через природні родові шляхи в 40 тижнів

Е) Накладення акушерських щипців при доношеній вагітності