

УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Ситуация

Пациентка К., 25 лет, обратилась в приемный покой гинекологического стационара.

Жалобы

на затрудненное сцеживание молока,
боли в обеих молочных железах, больше слева,
покраснение кожных покровов левой молочной железы,
повышение температуры тела до 38-39°C.

Анамнез заболевания

18-е сутки после I своевременных оперативных родов.

Пациентка отмечает лактостаз в течение 10 дней, проводилось сцеживание, охлаждающие компрессы без эффекта. Температура тела не превышала 37°C.

В течение последних 2 дней – усиление болей в молочных железах, больше в левой молочной железе, болезненность при кормлении и сцеживании, повышение температуры тела до 38-39°C.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: в/оспа, хронический тонзиллит

Перенесенные операции: не было.

Семейный анамнез: Наследственность неотягощена.

Аллергоанамнез: без особенностей.

Гемотрансфузионный анамнез: Гемо-плазмотрансфузии отрицает.

Вредные привычки: отрицает.

Менструальная функция: менструация с 13 лет, установились сразу, регулярные, через 28 дней по 5 дней, умеренные, безболезненные.

Гинекологические заболевания: эрозия шейки матки (криодеструкция в 2013г.).

Начало половой жизни с 18 лет. Беременность первая, самопроизвольная, желанная.

Течение и осложнения беременности: I триместр: ОРВИ с повышением температуры до 37,5°C (парацетамол однократно). II триместр: анемия легкой степени (сидерал). III триместр: анемия легкой степени (сидерал).

Проведено кесарево сечение в экстренном порядке в доношенном сроке беременности в связи с преждевременным излитием околоплодных вод и тазовым предлежанием крупного плода.

Выписана домой на 5 сутки послеоперационного периода в удовлетворительном состоянии с ребенком под наблюдение врача женской консультации.

Объективный статус

Состояние пациентки средней степени тяжести. Головной боли нет, зрение ясное.

Тоны сердца ритмичные. Пульс 86 в мин., АД правая рука 105/60 мм рт.ст., левая рука 100/60 мм рт.ст. Дыхание везикулярное.

Молочные железы с выраженным нагрубением с обеих сторон, больше слева. В левой молочной железе в нижне-внутреннем квадранте пальпируется мягко-эластичное образование до 3 см в диаметре с флюктуацией, покраснение и отечность кожи, болезненность при пальпации.

Отделяемое из сосков – молоко, отток несколько затруднен. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Живот мягкий, не вздут, безболезненный при пальпации во всех отделах. Перитониальных симптомов нет. Перистальтика выслушивается, газы отходят.

Матка плотная, сократилась хорошо. Выделения из половых путей сукровичные скудные.

Мочеиспускание свободное, не учащенное, безболезненное.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Стул был.

Клинический анализ крови

Параметр	Результат	Ед.изм	Референсные значения
Лейкоциты / WBC	24.41	10 ⁹ /L	3,8 - 9,7
Эритроциты / RBC	3.97	10 ¹² /L	3,8 - 4,7
Гемоглобин / HGB	121	g/L	117 - 145
Гематокрит / HCT	0.36	L/L	0,34 - 0,45
Средний объём эритроцита / MCV	90.7	fL	78 - 100
Среднее содержание гемоглобина в 1 эритроците / MCH	30.5	pg	27 - 34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците / MCHC	33.6	g/dL	31 - 37
Анизоцитоз эритроцитов SD / RDW-SD	43.3	fL	35,1 - 46,3
Анизоцитоз эритроцитов CV / RDW-CV	13.3	%	11,5 - 14,5
Тромбоциты / PLT	440	10 ⁹ /L	150 - 400
Анизоцитоз тромбоцитов / PDW	9.9	fL	5 - 30
Средний объём тромбоцита / MPV	8.9	fL	9,4 - 12,3
Platelet-Large Cell Ratio / P-LCR	17.3	%	13 - 43
Тромбокрит / PCT	0.39	%	0,1 - 0,4
Незрел. гран. (отн) / IG%	0.3	%	0 - 0,9
Нейтрофилы (отн) / NEUT%	93.0	%	42 - 75
Лимфоциты (отн) / LYMPH%	2.3	%	18 - 42
Моноциты (отн) / MONO%	4.6	%	2 - 11
Эозинофилы (отн) / EO%	0.0	%	0 - 5
Базофилы (отн) / BASO%	0.1	%	0 - 1
Незрел. гран. (абс) / IG#	0.07	10 ⁹ /L	0 - 0,1
Нейтрофилы (абс) / NEUT#	22.71	10 ⁹ /L	1,8 - 7,7
Лимфоциты (абс) / LYMPH#	0.55	10 ⁹ /L	1 - 4
Моноциты (абс) / MONO#	1.12	10 ⁹ /L	0,09 - 0,8
Эозинофилы (абс) / EO#	0.01	10 ⁹ /L	0,03 - 0,45
Базофилы (абс) / BASO#	0.02	10 ⁹ /L	0 - 0,15

Биохимический анализ крови с определением уровня СРБ

Параметр	Значение	Ед. измерения	Референсные значения
Общий белок	65.7	г/л	62 - 83
Глюкоза (в сыворотке)	4.8	ммоль/л	3,9 - 6,4
Мочевина	5.5	ммоль/л	1,7 - 8,3
Креатинин	76.1	мкмоль/л	53 - 97
Билирубин общий	15.5	мкмоль/л	3,4 - 21
Билирубин прямой	5.0	мкмоль/л	0 - 5,5
С-реакт белок	211.48	мг/л	0 - 5

Микробиологическое исследование отделяемого молочных желез

Параметр	Колонка 1
Вид микроорганизма	Staphylococcus aureus
Биоматериал	грудное молоко
Титр	10 ⁵ КОЕ
Ванкомицин	S
Гентамицин	S
Линезолид	S
Эритромицин	S
Клиндамицин	S
Норфлоксацин	S
Бензилпенициллин	R
Цефокситин	S

(S) - чувствительный ® - резистентный.

УЗИ молочных желез

Заключение УЗИ молочных желез:

Осмотр затруднен из-за выраженной болезненности

Молочные железы симметричные, кожа левой молочной железы в нижних квадрантах утолщена до 4 мм. Структура молочных желез смешанная с преобладанием железистой ткани неоднородной структуры, пониженной эхогенности (толщина до 30 мм в наружных квадрантах) – репродуктивный тип строения. Протоки центральных зон извитые с неравномерным просветом, множественными кистовидными расширениями просвета до 8 мм, явлениями лактостаза.

Правая молочная железа – на границе нижних квадрантов визуализируются множественные кисты до 15 мм, в нижне-наружном квадранте визуализируется образование неправильной формы смешанной эхогенности с компонентом повышенной эхогенности 14 мм (зона воспаления)

Левая молочная железа – в верхне-наружном квадранте на фоне отека тканей сохраняются множественные кисты до 9 мм. В нижне-внутреннем квадранте и верхне-внутреннем квадранте визуализируются образования сливного характера 43*22 мм изоэхогенной структуры с анэхогенным ободком, контуры ровные и четкие, кровоток при ЦДК не определяется (зона воспаления с участком распада). В центральной зоне (ретроареоларно на 6 ч) – визуализируется образование неправильной формы смешанной эхогенности с компонентом повышенной эхогенности 23*18 мм (зона воспаления). В верхне-внутреннем квадранте визуализируется образование смешанной эхогенности с компонентом повышенной эхогенности 15*10 мм (зона воспаления).

Регионарные лимфатические узлы (подмышечные, под- и надключичные) – патологически не изменены.

ВОПРОСЫ

1. Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2)

- **клинический анализ крови**
- определение количества общих желчных кислот
- анализ мочи по Нечипоренко
- **микробиологическое исследование отделяемого молочных желез**
- биохимический анализ крови с определением уровня СРБ
- количественное определение белка в моче

2. Необходимым инструментальным методом обследования для определения дальнейшей тактики ведения пациентки является

- эхокардиография
- рентгенография органов грудной клетки
- УЗИ органов малого таза
- **УЗИ молочных желез**

3. На основании результатов обследования наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является

- **Послеродовый гнойный мастит с абсцедированием**
- Патологический лактостаз
- Стафилококковый сепсис
- Серозный мастит

4. Для определения дальнейшей тактики ведения пациентки обязательна консультация

- терапевта
- невролога
- физиотерапевта
- **хирурга**

5. Госпитализация пациентки должна быть осуществлена в отделение

- **хирургическое**
- терапевтическое
- анестезиологии и реанимации
- послеродовое

6. Учитывая послеродовый гнойный мастит с абсцедированием, комплексное лечение целесообразно начать с

- **оперативного лечения**
- антисептических инсталляций
- проведения физиотерапии
- назначения антигистаминных препаратов

7. При гнойном мастите для вскрытия гнойного очага применяют разрез

- широкий ретромаммарный с острым разведением тканей
- поперечный к пораженному квадранту железы
- параллельный к условной границе инфильтрата
- **радиальный от границы околососкового кружка к периферии**

8. Препаратом первой линии для антибактериальной терапии послеродового мастита является

- флуконазол по 150 мг 1-2 раза в сутки 7 дней
- цефепим 1,0 3 раза в сутки внутривенно 7 дней
- метронидазол по 100 мг 2 раза в сутки 7 дней
- **амоксциллин/клавуланат 1,2г 3 раза в сутки внутривенно 7 дней**

9. При гнойном мастите антибактериальные препараты назначают

- местно
- **парентерально**
- внутримышечно
- перорально

10. С целью подавления лактации данной пациентке с послеродовым гнойным маститом рекомендуют

- **бромокриптин в дозе 2,5 мг 2 раза в сутки перорально 14 дней**
- вобэнзим 2 драже 3 раза в сутки перорально 14 дней
- нитрофурантоин 100 мг 2 раза перорально 7 дней
- цефтриаксон 1,0 2 раза в сутки внутривенно 7 дней

11. К профилактике послеродового мастита относят

- ношение послеродового поддерживающего белья
- употребление матерью достаточного количества витаминов
- снижение количества потребляемой жидкости
- **обучение правильной технике прикладывания ребенка к груди**

12. Течение послеродового гнойного мастита характеризуется

- незначительными воспалительными инфильтратами
- **обширностью поражения молочных желез**
- отсутствием рецидивирования
- быстрым разрешением заболевания