

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЦЕФТРИАКСОНОМ ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА, ОСЛОЖНИВШЕГО ЭПИДУРАЛЬНУЮ АНЕСТЕЗИЮ

Е.Б. ЗУЕВСКАЯ, В.Н. ЦЫГАНКОВ

Городская больница № 17. 109263 г. Москва, ул. Волынская, д. 7.

Ю.В. ЕГОРОВ

Кафедра госпитальной хирургии РУДН. 109263 г. Москва, ул. Волынская, д. 7.

Описан случай гнойного менингита, как редкого осложнения эпидуральной анестезии и его успешного лечения цефтриаксоном.

Гнойные осложнения эпидуральной анестезии крайне редки, протекают обычно длительно и тяжело [4]. Менингит среди них даже не упоминается [1, 2, 5]. Поэтому интересно наше наблюдение.

Больная Л. 52 лет, госпитализирована в хирургическое отделение городской больницы № 17 06. 09. 99 с диагнозом: варикозное расширение вен нижних конечностей, хронический калькулёзный холецистит. Гипертоническая болезнь II стадии. Ожирение II степени.

09. 09. 99 была выполнена плановая симультанная операция: Флебэктомия справа и слева по Троянову – Тределенбургу, Бебкоку, Мжельскому. Открытая лапароскопическая холецистэктомия, дренирование подпечёночного пространства.

Операция выполнялась под эпидуральной анестезией. Риск анестезии – 3. Один катетер находился на уровне L₁ – L₂ в него введено 300 мг лидокаина в виде 2 % раствора, 200 мг промедола в виде 2 % раствора и 0,075 мг адреналина в виде 0,1 % раствора. Второй катетер был установлен на уровне Th_{VII} – Th_{VIII}, в него введено 200 мг лидокаина и 0,05 мг адреналина. Внутривенно за время операции было введено 10 мг реланиума и 5 мг дормикума. Течение анестезии без особенностей.

Больная после операции переведена в хирургическое отделение. Ранний послеоперационный период протекал гладко.

На следующий день 10. 09. 99 состояние больной резко ухудшилось. При осмотре состояние тяжёлое. Температура тела 37,8 °С. В сознании. Жалобы на головную боль. К осмотру относится негативно. Простые команды выполняет избирательно, после повторных просьб, не критична к своему состоянию. На вопросы отвечает неадекватно. Частота сердечных сокращений 100 в 1 мин, артериальное давление 110/60 мм рт. ст.

Больная с подозрением на острый менингит переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии, где консультирована невропатологом. В неврологическом статусе – менингеальные симптомы: ригидность затылочных мышц, симптом Кернига с двух сторон положительный, не резко выражен. Зрачки D = S, фотореакция в норме. Движения глазных яблок в полном объёме, нистагма нет, язык по средней линии. Кашлевой рефлекс вызывается. Сухожильные рефлексы D = S, подошвенные рефлексы вызываются по сгибательному типу с двух сторон, парезов нет. Реакция на болевые раздражители направленная, симметричная. Проверка координации движений затруднена из-за неадекватности больной. ЭХО-ЭГ – М-ЭХО без смещения. Люмбальная пункция на левом боку в типичном месте – получено 3 мл ликвора желтоватого цвета, непрозрачного, вытекающего частыми каплями.

Результаты лабораторного исследования ликвора: белок 13,2 г/л (в 400 р), цитоз 9180/3, лейкоциты негусто покрывают все клетки камеры, лимфограмма: нейтрофилы – 95 %, лимфоциты – 5 %, эритроциты не обнаружены. В общем анализе крови: гемоглобин – 112 г/л, лейкоциты – 11,8 * 10⁹/л, палочкоядерные – 13 %, сегментоядерные – 74 %, лимфоциты – 8 %, моноциты – 5 %, СОЭ – 40 мм/ч.

Поставлен диагноз: острый гнойный менингит. Начата терапия цефтриаксоном (Цефаксон, Роцефин) 4,0 г в сутки.

Через сутки 11. 09. 99 состояние больной значительно улучшилось: температура тела 36,2 °С, в сознании, адекватна, на вопросы отвечает правильно, период неадекватного поведения амнезирован. Менингеальные симптомы: ригидность затылочных мышц слабо выражена, симптом Кернига не определяется. Координационные пробы в норме. Больная переведена в хирургическое отделение.

Температура в дальнейшем не повышалась, общий анализ крови в пределах нормы. Швы сняты на седьмой день после операции. На восьмой день больная в удовлетворительном состоянии выписана домой.

В данном случае развитие менингита, вероятно, связано с микроперфорацией твёрдой мозговой оболочки, которая была не определена клинически [3].

Применение цефтриаксона позволило быстро справиться с гнойным менингитом. Время пребывания в стационаре после операции не увеличилось.

Литература.

1. Витенбек И. А., Коваленко Г. А., Исангулова С. Г. и др. // Анест. и реаниматол. 1987. № 5. С. 62 – 66.
2. Кузин М. И., Харнас С. Ш. // Местное обезболивание. М. 1993. С. 83, 114 – 119.
3. Маневич Л. Е., Кохновер С. Г., Меркулова Е. В. и др. // Анест. и реаниматол. 1986. № 3. С. 59 – 60.
4. Семенухин А. А., Лебедев В. В., Левашов Е. В. и др. // там же 1986. № 4. С. 50 – 53.
5. Стрелец Б. М., Петин Г. И. // там же 1991. № 6. С. 48 – 49.

**EFFECTIVE TREATMENT BY CEFTRIAXON OF PURULENT MENINGITIS
COMPLICATED EPIDURAL ANAESTHESIA**

E. B. ZUJEVSKAYA, V. N. TSYGANKOV

Municipal hospital № 17 109263 Moscow Volynskaja str. 7.

Yu. V. EGOROV

Department of hospital surgery of RPFU.109263 Moscow. Volynskaja str 7.

Purulent meningitis which is rare complication of epidural anaesthesia, and its successful treatment with ceftriaxon have been describe.