***ПАСПОРТНЫЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ:***

***ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.***

***Возраст: 44 года.***

***Место работы: ДЭС, контроллёр.***

***Место проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.***

***Дата заболевания: 28.II.2005.***

***Дата первичного обращения: 28.II.2005.***

***Дата госпитализации: 28.II.2005.***

***Диагноз (при направлении): Пищевая токсикоинфекция.***

***Диагноз (при госпитализации): Пищевая токсикоинфекция.***

***Диагноз (клинический): Пищевая токсикоинфекция.***

***ЖАЛОБЫ: (на момент курации)***

***Больная жалуется на слабость, быструю утомляемость.***

***ANAMNESIS MORBI:***

***Считает себя больной, примерно, с 10.00 часов 28.II.2005, когда впервые отметила слабость, головокружение, дискомфорт в животе, озноб, температуру тела 36,9°С.***

***Впоследствии присоединились тошнота, однократная рвота. Приняла несколько таблеток активированного угля.***

***В течении 2 часов присоединился понос (10 раз, без патологических примесей).***

***Была вызвана бригада СМП. От промывания желудка отказалась.***

***Доставлена в ГБ №1 через девять часов от начала заболевания (примерно в 19.00).***

***ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ:***

***Проживает в благоустроенной квартире.***

***Контакт с инфекционными больными отрицает.***

***Накануне употребляла полукопчёную колбасу сомнительного качества и свежести, приобретенную в ларьке.***

***АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ:***

***Аллергические реакции на пищевые продукты, медикаменты отрицает.***

***ANAMNESIS VITAE:***

***Тифы, малярию, туберкулёз, вензаболевания, гепатиты, ВИЧ-инфекцию отрицает.***

***Наркотические вещества, алкоголь не употребляет.***

***Гемотрансфузии в течении последних 10 лет не отмечает.***

***Наследственность не отягощена. Росла и развивалась соответственно возрасту. Образование среднее специальное. Замужем, имеет детей, внуков.***

***Условия работы неудовлетворительные, в частности больная отмечает несоблюдение мер личной гигиены (невозможность помыть руки перед приёмом пищи) и неудовлетворительные условия приёма пищи (питание «на ходу», в неподготовленном для этого месте- на улице).***

***STATUS PRAESENS OBJECTIVUS: (на момент курации)***

***Телосложение правильное, конституциональный тип нормостенический, осанка не искривлена.***

***Рост: 1м 68см***

***Масса: 72 кг.***

***Кожные покровы:***

***Волосы: густые, блестящие, аллопеции и посторонних включений нет.***

***Ногти: правильной формы, не ломкие, не слоятся, поперечной исчерчености нет.***

***Кожные покровы: чистые, бледные, без признаков цианоза. Пигментации и депигментаций, высыпаний, расчесов, трофических изменений и видимых опухолей на коже нет. Кожа умеренной влажности.***

***Видимые слизистые: бледно-розовые, влажные, без высыпаний. Зев имеет розово-красную окраску, без налетов, миндалины не увеличены. Задняя стенка глотки чистая. Акт глотания не затруднен.***

***Склеры: обычного цвета, чистые.***

***Подкожно-жировая клетчатка:***

***Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Болезненности, крепитации, уплотнений при пальпации нет. Тургор сохранен. Отёков нет.***

***Лимфатические узлы:***

***Околоушные, подчелюстные лимфатические узлы пальпируются, эластичной консистенции, безболезненные, подвижные, не спаянные с окружающими тканями. Остальные группы лимфатических узлов (затылочные, шейные, надключичные, подключичные, кубитальные, подмышечные, паховые, подколенные) при пальпации не определяются. Кожа над лимфатическими узлами не изменена.***

***Опорно- двигательная система:***

***Мышцы развиты удовлетворительно, тонус сохранен, симметричен. Мышечная атрофия (гипертрофия) не отмечена. Болезненности при пальпации нет.***

***Форма костей не изменена, без деформаций. Болезненности при ощупывании и при поколачивании нет. Симптом «барабанных палочек» отсутствует.***

***Конфигурация суставов не изменена, припухлости и болезненности нет. Гиперемии над суставами нет. Движения в суставах без изменений, без болезненности, хруста, пассивные движения выполняются в полном объёме. Кожа над суставами не гиперемирована, цвет кожных покровов не изменен.***

***Состояние позвоночного столба без патологических изменений. Лордоз в шейном и поясничном отделе и кифоз в грудном и крестцово-копчиковом отделах выражены умеренно. Имеется небольшой сколиоз вправо грудного отдела позвоночника.***

### ***Система органов дыхания:***

***Форма носа правильная, не изменена, дыхание через нос, спокойное, свободное. Отделяемого из носовых ходов нет. Голос громкий, сильный. Форма грудной клетки – нормостеническая: над- и подключичные ямки плохо выполнены, межреберные промежутки умеренные, эпигастральный угол тупой, лопатки и ключицы не выступают, переднезадний и боковой размеры соотносятся 1:2.***

***Грудная клетка симметричная, без деформаций, искривлений позвоночного столба нет.***

***Дыхание смешанное (в акте дыхания принимает участие живот), глубокое, ритмичное, дыхательные движения симметричны, ЧДД - 18 в минуту. Вспомогательная мускулатура в дыхании не участвует.***

***Грудная клетка эластична, без болезненных участков. Голосовое дрожание в одинаковое с обеих сторон на симметричных участках грудной клетки, в норме.***

***При сравнительной перкуссии над лёгкими перкуторный звук на симметричных участках грудной клетки - ясный лёгочный звук.***

***Перкуссия:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***справа*** | ***слева*** |
| ***Высота стояния верхушек спереди*** | ***3 см*** | ***3 см*** |
| ***Высота стояния верхушек сзади*** | ***остистый отросток CVII*** | ***остистый отросток CVII*** |
| ***Ширина полей Кренига*** | ***4 см*** | ***4 см*** |
| ***Нижняя граница по окологрудинной линии*** | ***V ребро*** | ***-*** |
| ***Нижняя граница по срединно-ключичной линии*** | ***V межреберье*** | ***-*** |
| ***Нижняя граница по передней подмышечной линии*** | ***VI ребро*** | ***VI ребро*** |
| ***Нижняя граница по средней подмышечной линии*** | ***VII ребро*** | ***VII ребро*** |
| ***Нижняя граница по задней подмышечной линии*** | ***VIII ребро*** | ***VIII ребро*** |
| ***Нижняя граница по лопаточной линии*** | ***IX ребро*** | ***IX ребро*** |
| ***Нижняя граница по околопозвоночной линии*** | ***остистый отросток ThX*** | ***остистый отросток ThX*** |
| ***Дыхательная экскурсия по средней подмышечной линии*** | ***6 см*** | ***6 см*** |
| ***Дыхательная экскурсия по лопаточной линии*** | ***5 см*** | ***5 см*** |

#### ***Аускультация:***

***Дыхание при аускультации везикулярное; хрипов нет. Крепитации, шума трения плевры нет. Бронхофония над симметричными участками грудной клетки одинакова с обеих сторон, умеренной громкости.***

### ***Сердечно-сосудистая система:***

***При осмотре сосуды шеи без видимых изменений, не набухшие, без видимой пульсации. Выпячивание в области сердца не наблюдается. Верхушечный толчок и эпигастральная пульсация не визуализированы.***

***Эпигастральная пульсация, пульсация на основании сердца, пульсация аорты в яремной ямке не определяются. Зон болезненности нет.***

***Границы относительной тупости сердца:***

* ***правая граница – на 1 см кнаружи от правого края грудины,***
* ***левая граница - на 1 см кнутри от левой средней ключичной линии,***
* ***верхняя граница - на уровне III межреберья.***

***Поперечник относительной тупости сердца – 11-12 см.***

***Ширина сосудистого пучка – 6 см.***

***Конфигурация сердца нормальная. Горизонтальное положение.***

***Границы абсолютной тупости сердца:***

* ***правая граница – по левому краю грудины,***
* ***левая граница - на 3 см кнутри от левой средней ключичной линии,***
* ***верхняя граница - на уровне IV ребра.***

***Границы сердца не изменены.***

***При аускультации ритм сердца – правильный, ЧСС – 115 ударов в минуту. Шум трения перикарда отсутствует. По точкам аускультации тоны сердца ясные. Шумов сердца нет.***

#### ***Исследование сосудов:***

***Артериальный пульс на лучевых артериях одинакового наполнения и напряжения, пульс - 82 удара в минуту, ритмичный, отчетливый, равномерный. Дефицита пульса нет. Артериальное давление – 140/90, симметрично. Расширений вен нижних и верхних конечностей нет.***

### ***Пищеварительная система:***

***Язык влажный с белым налетом;***

***Живот симметричен, участвует в акте дыхания. Подкожно-жировая клетчатка. Видимой перистальтики желудка и кишечника нет. Проявлений асцита не отмечено. Венозный рисунок отсутствует.***

***Поверхностная пальпация живота безболезненная, мягкая, ненапряженная, диастаза прямых мышц живота нет. Грыжевых выпячиваний не отмечается. Видимой перистальтики нет. Симптомы Щёткина - Блюмберга, Менделя отрицательные.***

***При перкуссии по всей поверхности передней брюшной стенки наблюдается тимпанический перкуторный звук различной степени выраженности. Печеночная и селезеночная тупость сохранены. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется.***

***При глубокой скользящей пальпации по Образцову-Стражеско-Василенко: - сигмовидная кишка – ширина 3 см, плотная, гладкая, безболезненная, легко смещается на 2-3 см, не перистальтирует, не урчит;***

***- слепая кишка - диаметр 4 см, мягкая, эластичная, безболезненная, с гладкой поверхностью, не перистальтирует, не урчит.***

***- остальные части кишечника не пальпируются.***

***При аускультации над кишечником умеренное количество кишечных шумов, перистальтика не изменена, активная. Шум трения брюшины над печенью и селезёнкой не выслушивается. “Шум плеска” отсутствует.***

***Печень выступает из-под края реберной дуги на 2-3 см, ее край мягкий, закругленный, с ровным краем, при пальпации безболезненный.***

***Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси – Георгиевского, Василенко – отрицательные. Болезненности в области проекции поджелудочной железы нет. Точка Дежардена, зона Шоффара при пальпации безболезненны.***

***Селезёнка: перкуторно определяется длинник селезенки между 9 и 11 ребрами. Размер селезенки - 9 на 5 см. Селезёнка пальпируется у края левой реберной дуги. При поколачивании по костям болезненности не определяется. Повышенной кровоточивости, гематом на коже нет.***

### ***Поджелудочная железа.***

***Боли и диспепсические явления отсутствуют.***

### ***Мочеполовая система:***

***При осмотре - отёков нет. В поясничной области визуальных изменений, гиперемии и припухлости нет. Дизурических расстройств нет.***

***Почки и мочевой пузырь не пальпируются. Болезненности в мочеточниковых точках нет. Мочевой пузырь над лоном не пальпируется, перкуторно не определяется. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный с обеих сторон.***

### ***Эндокринная система:***

***Нарушений роста (рост средний, 168 см), телосложения (нормостеник) нет; пропорциональность частей тела не нарушена. Кожные покровы сухие, без истончения или огрубления, гиперпигментации кожи и кожных складок нет. Черты лица пропорциональны, кисти рук и ног пропорциональны. Внешний вид характерен для взрослой женщины - оволосение по женскому типу, молочные железы выражены.***

***Щитовидная железа пальпируется, увеличена, мягкая, подвижная.***

***Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Дальримпля, Жоффруа, Штельвага отрицательные. Ретробульбарная резистентность не определяется. Симптомов гипокальциемии нет.***

### ***Нервная система и органы чувств:***

***Сознание больной ясное, активное, ориентирована в пространстве и времени; состояние адекватное; менингиальной симптоматики нет. Выражение лица спокойное.***

***Положение пациентки активное (может самостоятельно передвигаться по палате и ухаживать за собой).***

***Интеллект не ослаблен, соответствует уровню развития, амнезии не наблюдается. Больная контактна.***

***Сухожильные рефлексы в норме. Патологических рефлексов не наблюдается.***

***Слух, обоняние, вкус, осязание, не нарушены и не изменены.***

***ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:***

***На основании данных эпид.анамнеза (употребление в пищу недоброкачественных продуктов), anamnesis morbi (острое начало, тошнота, рвота, понос (10 раз), общая слабость, головокружение, температура тела 36,9°С), status praesense objectivus (отсутствие болезненности при пальпации живота, бледность кожных покровов) можно поставить предварительный диагноз: пищевая токсикоинфекция.***

***ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:***

***- ОАК;***

***- ОАМ;***

***- АК на сахар;***

***- АК на мочевину;***

***- АК на электролиты;***

***- анализ кала на я/г и простейшие;***

***- копрограмма;***

***- РНГА с дизентерийным и сальмонеллёзным антигеном;***

***- бак. посев кала на кишечную группу, ротавирусную инфекцию;***

***- ЭКГ;***

***-Серологические реакции на определение специфических эпидемиологических маркеров гепатитов А, В, С и D в крови;***

***- Обследование на ВИЧ.***

***ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ:***

***- Мезим форте 1тб. 3 р. в д.;***

***- Норфлоксацин 0,4тб. 2 р. в д.;***

***- Регидрон 1,0 л. рer os;***

***- р-р Рингера 400,0 в/в кап.;***

***- Дисоль 400,0 в/в кап.;***

***- Глюкоза 2,0 в/в кап.;***

***- Но- шпа 1тб. 2 р. в д.;***

***- Поливитамины.***

***ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ:***

### ***Общий анализ крови:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***1.03.2005*** | ***Норма.*** |
| ***Гемоглобин*** | ***131*** | ***м: 130-160 г/л,***  ***ж: 120-140 г/л*** |
| ***Эритроциты*** | ***3,93*** | ***4-5•1012 /л*** |
| ***Цветовой показатель*** | ***1,0*** | ***0,85-1,05*** |
| ***Ретикулоциты*** |  | ***0,2-1% от числа эритроцитов*** |
| ***Тромбоциты*** |  | ***180-320•109 /л*** |
| ***Лейкоциты*** | ***-*** | ***4-9•109 /л*** |
| ***Нейтрофилы*** |  |  |
| ***миелоциты*** | ***-*** | ***0% от числа лейкоцитов*** |
| ***метамиелоциты*** | ***-*** | ***0% от числа лейкоцитов*** |
| ***палочкоядерные*** | ***16*** | ***1-6% от числа лейкоцитов*** |
| ***сегментоядерные*** | ***45*** | ***47-72% от числа лейкоцитов*** |
| ***Эозинофилы*** | ***1*** | ***1-5% от числа лейкоцитов*** |
| ***Базофилы*** | ***-*** | ***0-1% от числа лейкоцитов*** |
| ***Лимфоциты*** | ***32*** | ***19-30% от числа лейкоцитов*** |
| ***Моноциты*** | ***6*** | ***3-11% от числа лейкоцитов*** |
| ***СОЭ*** | ***5 мм/ч*** | ***2-15 мм/ч*** |
| ***Дополнения*** |  |  |

### ***Анализ мочи:***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Дата*** | ***1.03.2005*** |
| ***Количество*** | ***100 мл.*** |
| ***Цвет*** | ***светло-желтый*** |
| ***Прозрачность*** | ***полная*** |
| ***Относительная плотность*** | ***1015*** |
| ***Реакция*** | ***кислая*** |
| ***Белок*** | ***Нет*** |
| ***Глюкоза*** | ***Нет*** |
| ***Кетоновые тела*** |  |
| ***Реакция на кровь*** |  |
| ***Билирубин*** |  |
| ***Уробилиноиды*** |  |
| ***Желчные кислоты*** |  |
|  |  |
| ***Эпителий*** | ***незначительное количество*** |
| ***Лейкоциты*** | ***Ед./в поле зрения*** |
| ***Эритроциты*** | ***Нет*** |
| ***Цилиндры*** | ***Нет*** |
| ***Слизь*** |  |
| ***Соли*** | ***Ураты*** |
| ***Бактерии*** |  |

***РНГА с дизентерийным и сальмонеллёзным антигеном: (2.03.2005)***

***Отрицательно.***

### ***Биохимический анализ крови:***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Дата*** | ***1.03.2005*** |
| ***Общий белок (65-85 г/л)*** |  |
| ***Мочевина (ммоль/л)*** |  |
| ***Креатинин (ммоль/л)*** |  |
| ***Холестерин (4,0-5,0 ммоль/л)*** |  |
| ***Общий билирубин (ммоль/л)*** | ***16,2*** |
| ***Прямой билирубин (ммоль/л)*** |  |
| ***ALT ед./л*** | ***0,57*** |
| ***AST ед./л*** |  |
| ***Железо (мкмоль/л)*** |  |
| ***Амилаза ед./л*** | ***46,9*** |
| ***Щелочная фосфатаза ед./л*** |  |
| ***Сахар (3,5-5,5 ммоль/л)*** | ***4,4*** |

***Анализ кала на я/г и простейшие: (1.03.2005)***

***Отрицательно.***

***Копрограмма: (1.03.2005)***

***Нейтр. жиры- небольшое количество.***

***Жирные кислоты- ед. в п/зр.***

***Крахмал- большое количество.***

***Детрит- большое количество.***

***Лейкоциты- 13 в п/зр.***

***Эритроциты- ед. в п/зр.***

***ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:***

***У данной больной дифференциальную дианостику необходимо провести с такими заболеваниями, как дизентерия, сальмонеллез, ботулизм, холера.***

***По эпидемиологическому анамнезу пищевые токсикоинфекции сходны с энтероколитической формой дизентерии. Как и при дизентерии, имеет место короткий инкубационный период. При дизентерии температура тела, как правило, повышается значительно, чего не наблюдается у нашей больной. У данной больной заболевание началось с слабости, дискомфорта в животе, озноба, впоследствии присоединились тошнота, однократная рвота , чего обычно не наблюдается при дизентерии. Расстройство стула при пищевой токсикоинфекции кратковременное, а при дизентерии оно обычно продолжается больше недели. Дегидратация более характерна для дизентерии, чем для пищевой токсикоинфекции. Стул при дизентерии обычно содержит примесь крови и слизи, чего не наблюдается у нашей больной.***

***Для гастроэнтеритической формы сальмонеллеза характерно быстрое появление симптомов интоксикации, чего никогда не наблюдается при токсикоинфекциях. У нашей больной была однократная рвота, а при сальмонеллезе рвота чаще многократная, обильная. Стул при сальмонеллезе пенистый, зловонный, темно-зеленого цвета, чего не бывает при токсикоинфекции. При сальмонеллезе наблюдается так называемый "сальмонеллезный треугольник", что отсутствует у данной больной.***

***Для ботулизма характерно сочета­ние запора с поносами, поражений нервно-мышечного аппарата в первую очередь глаз (птоз, мидриаз, анизокория, диплопия, нарушения конвергенции), а затем дру­гой локализации (дисфагия, дисфония, гнусавость, дизартрия), что не наблюдается у нашей больной.***

***Для холеры характерна клиника острого и острейшего энтерита и гастроэнтерита. Болезнь начинается остро. По мере учащения стула исп­ражнения больного теряют каловый характер и запах, становятся водянис­тыми. Выделения из кишечника обильны и представляют собой жидкость, окрашенную в желтый и зеленый цвет. Реже выделения напоминают ри­совый отвар. В некоторых случаях отмечается примесь слизи и крови. По­теря жидкости с рвотой и поносом быстро приводит к обезвоживанию орга­низма, вследствие чего меняется внешний облик больного: заостряются чер­ты лица, кожа теряет обычный тургор и легко собирается в складки, появля­ется выраженная синюшность кожных покровов и слизистых оболочек. От­мечается тахикардия, тоны сердца приглушены, понижается АД, появляется одышка, резко уменьшается мочеотделение. Часто наблюдаются болезнен­ные тонические судороги мышц ног и рук. Все вышеперечисленные симптомы не характерны для состояния данной больной и свидетельствуют об отсутствии у неё холеры.***

***ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:***

***ПИЩЕВАЯ ТОКСИКОИНФЕКЦИЯ, средней степени тяжести.***

***Диагноз – поставлен на основании:***

* ***анамнеза и жалоб больной - короткий инкубационный период, эпидемиологический фактор (употребление в пищу недоброкачественных продуктов), тошнота и однократная рвота, незначительное повышение температуры, общая слабость и головокружение;***
* ***осмотра больного – отсутствие болезненности при пальпации живота, бледность кожных покровов;***
* ***данных клинического обследования – отсутствии признаков хирургических заболеваний органов брюшной полости, отсутствии положительных результатов при обследовании на сальмонеллез и дизентерию, отсутствии резких изменений в б/х крови, общих анализах крови и мочи;***
* ***данных дифференциального диагноза.***

# *ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ:*

***При пищевых токсикоинфекциях (и интоксикациях) к моменту поступления пищи в желудок в ней, кроме бактерий, содержится значительное количество экзотоксина. Это обусловливает развитие самого короткого в инфекционной патологии инкубационного периода. От момента воздействия токсинов на слизистую оболочку желудка до развития клинической симптоматики в ряде случаев проходит не более 30 мин (чаще 2–6 ч.ч.).***

***Патогенез и клиническая картина пищевых токсикоинфекциях во многом зависят от вида и дозы экзотоксина, а также других токсичных веществ бактериального происхождения, содержащихся в продукте питания.***

***Энтеротоксины (термолабильный и термостабильный), связываясь с эпителиальными клетками желудка и кишечника, воздействуют на ферментативные системы эпителиоцитов, не вызывая в этих органах морфологических изменений. Среди активируемых энтеротоксинами ферментов – аденилциклаза и гуанилциклаза, повышающие образование в клетках слизистой оболочки биологически активных веществ – цАМФ.и цГМФ. Под воздействием токсинов увеличивается также скорость образования простагландинов, гистамина, кишечных гормонов и др. Все это приводит к повышению секреции жидкости и солей в просвет желудка и кишечника и развитию рвоты и поноса.***

***Цитотоксин повреждает мембраны эпителиальных клеток и нарушает в них белково-синтетические процессы. Это может увеличивать проницаемость кишечной стенки для различного рода токсичных веществ (липополисахариды, ферменты и др.) бактериального происхождения, а в некоторых случаях и самих бактерий. Все это приводит к развитию интоксикации, нарушению микроциркуляции и местным воспалительным изменениям слизистой оболочки.***

***Таким образом, клинические проявления пищевых токсикоинфекций, вызванных возбудителями, способными к продукции лишь энтеротоксинов, менее тяжелы, заболевания в большинстве случаев протекают без гипертермии и каких-либо значительных воспалительных изменений слизистой оболочки желудка и кишечника. Те же случаи, когда в продуктах питания происходит накопление и энтеротоксинов, и цитотоксинов, протекают несравненно тяжелее, с кратковременной, но высокой лихорадкой, воспалительными изменениями слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта.***

***Кратковременный характер течения пищевых токсикоинфекций связан с непродолжительным пребыванием их возбудителей в организме человека. Действие же токсинов, связывающихся с эпителиальными клетками желудка и кишечника, прекращается после десквамации этих клеток. Несвязанные молекулы токсина инактивируются протеазами.***

***Лишь при определенных условиях, когда в результате предшествующих заболеваний нарушена система антибактериальной защиты тонкой кишки, возбудители пищевых токсикоинфекций могут более длительно находиться в кишечнике. В ряде случаев, как это бывает, например, у больных с недостаточностью питания, после гастрэктомии, при синдроме слепой петли ведет к тяжелому некротическому энтериту. Патологоанатомическая картина при пищевых токсикоинфекциях изучена мало. В редких случаях смерти находят отек, гиперемию слизистой оболочки желудка и тонкой кишки, иногда десквамацию эпителия. В остальных органах обнаруживаются дистрофические изменения различной степени, развившиеся в результате интоксикации и нарушения гемодинамики.***

***ПРОГНОЗ:***

***При применении адекватной терапии прогноз заболевания обычно благоприятный. Смертельные исходы наблюдаются редко и обусловлены такими осложнениями, как дегидратационный шок, острая сердечная недостаточность, некротический энтерит, анаэробный сепсис.***

***ЭПИКРИЗ:***

***Зозулина Людмила Борисовна доставлена бригадой скорой помощи 28.II.2005 для госпитализации в инфекционное отделение ГБ №1 с диагнозом пищевая токсикоинфекция.***

***В стационаре была обследована. По данным обследования был поставлен диагноз подтверждавший диагноз бригады скорой помощи: пищевая токсикоинфекция, средней степени тяжести.***

***В стационаре проводилось лечение: стол №4, Мезим форте, Норфлоксацин, Но- шпа, витаминотерапия, проводилась дезинтоксикация и регидратация растворами Рингера, Регидрон, Дисоль, глюкозы. В результате проведенной терапии состояние больной улучшилось – прекратилась рвота, нормализовался стул. Состояние больной удовлетворительное.***

***Наблюдение за больной прекращено в связи с выпиской её из стационара для амбулаторного лечения.***

***Прогноз для жизни и здоровья больной благоприятный.***

***Рекомендации: соблюдение диеты, продолжать прием поливитаминов в течение месяца после выписки из стационара, соблюдать правила личной гигиены, рационализировать процесс питания.***