# **План**

1. Абдоминальный синдром при ревматизме
2. Острый холецистит и острый ангиохолит
3. Аномалии развития желчного пузыря и желчных протоков
4. Дискинезия желчного пузыря и желчевыводящих путей
5. Глистная инвазия
6. Брюшной тиф
7. Дизентерия
8. Заболевания дыхательной системы
9. Острый панкреатит
10. Заболевания сердца
11. Геморрагический васкулит
12. Сахарный диабет
13. Острые гемолитические анемии
14. Узелковый периатериит
15. Периодическая болезнь
16. Нефрологические заболевания
17. Абдоминальная мигрень (Синдром Мура)

Литература

1. **АБДОМИНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ**

Абдоминальный синдром является результатом серозного воспаления брюшины при ревматизме. В острой стадии ревматизма детей старше 4-5 лет могут беспокоить боль в животе неопределенного характера и локализации. Характерны приступообразная боль в животе, признаки раздражения брюшийы. Распознать заоолевание помогает наличие других проявлений ревматизма - поражение суставов, сердца.

Неотложная помощь на догоспитальном периоде: антибиотики (пенициллин 50000 ЕД/кг в сутки), анальгин - 0,1-0,2 г на 1 год жизни в сутки, ацетилсалициловая кислота - 0,04 мг/кг в сутки, в тяжелых случаях - преднизолон (0,8-1 мг/кг в сутки).

Госпитализация во всех случаях в кардиоревматологическое отделение.

1. **ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ, ОСТРЫЙ АНГИОХОЛИТ**

Характеризуется внезапным началом, высокой температурой (до 38-40 ˚С), острой болью в животе в правом верхнем квадранте, иногда иррадиирующей в правую руку, правую часть поясницы. Появляется тошнота и рвота с примесью желчи, язык сухой, обложен серовато-белым налетом, живот умеренно вздут, определяется напряжение мышц передней брюшной стенки. Участие живота, особенно правой половины, в дыхании ограничено, появляются симптомы раздражения брюшины, глубокая пальпация невозможна. Отмечается лейкоцитоз со сдвигом влево. Дети беспокойны, часто меняют положение. У детей первых лет жизни преобладают общие проявления болезни: озноб, отказ от пищи, запор или жидкий стул в сочетании с болезненностью при пальпации живота в правом подреберье.

Дифференциальный диагноз проводят с острым аппендицитом, почечной коликой, правосторонним паранефритом.

Неотложная помощь: спазмолитики (но-шпа - 0,01-0,04 г 3 раза в день, папаверин - 0,02-0,04 г 3 раза в день, платифиллин - 0,010,017 мл 0,2% раствора на 1 кг массы тела 2-3 раза подкожно), анальгетики, внутривенное введение 3-3-5 мл 0,5ёо раствора новокаина в 5% растворе глюкозы или изотоническом растворе хлорида натрия, антибиотики (цепорин - 15-30 мг/кг, гентамицин - 2-3 мг/кг в сутки).

Госпитализация в хирургическое отделение.

**3. АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ**

Атрезия желчных протоков, двойной желчный пузырь, отсутствие желчного пузыря, варианты атипичного впадения желчных протоков у детей могут стать причиной боли в животе. Приступы боли в животе повторяются и служат иногда поводом для госпитализации детей в хирургическое отделение с подозрением на аппендицит. Обычно боль средней интенсивности, локализуется в верхней правой половине живота, нередко иррадиирует в плечо, шею, лопатку, может сопровождаться тошнотой, рвотой.

Неотложная помощь. Спазмолитики (но-шпа - 0,01-0,04 г 3 раза в день, 0,2% раствор платифиллина - 0,01-0,017 мг/кг 2-3 раза в день подкожно), антибиотики (цепорин - 30-60 мг/кг, гентамицин - 2-3 мг/кг).

Госпитализация в хирургическое отделение, где диагноз устанавливают после проведения контрастной холецистографии.

**4. ДИСКИНЕЗИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ**

Нарушение эвакуаторной функции - наиболее частая патология у детей при заболеваниях желчевыводящей системы. Для гипертонической дискинезии характерна приступообразная боль (схваткообразная, колющая, режущая), как правило, кратковременная. Боль при гипотонических дискинезиях носит постоянный характер (ноющая, давящая, неопределенная), боль периодически усиливается, сопровождается чувством распирания в правом подреберье, усиливается при пальпации. Беспокоят тошнота, горечь во рту, снижение аппетита, иногда рвота. Диагноз подтверждается контрастной холецистографией.

Неотложная помощь: спазмолитики (при гипертонической форме дискинезии): но-шпа - 0,01-0,04 г 3 раза в день, папаверин - 0,020,03 г 3 раза в день или 0,5-1,5 мл 2% раствора подкожно, эуфиллин до 1 года - 0,3-0,4 мл 1-2 года - 0,5 мл, 3-4 года - 1 мл, 5-6 лет - 2 мл, 7-9 лет - 3 мл, 10-14 лет - 5 мл 2,4% раствора внутривенно каждые 8 ч, нейротропные препараты: при гипертонической форме - настойка валерианы по 1 капле на 1 год жизни, 1 % раствор бромида натрия по 1 чайной или десертной ложке на прием, седуксен - 1 /4-1 таблетка 2-3 раза в день, новокаин интрадуоденально; при гипотонической форме - фенамин по 2,5-5 мг на прием, кофеин - 10% раствор подкожно 1-2 раза в день: детям до 1 года - 0,25 мл, 1-2 лет - 0,250,4мл, 3-6 лет-0,3-0,5 мл, 7-9 лет-0,75 мл, 10-14лет - 1 мл.

Госпитализация показана в гастроэнтерологическое отделение.

**5. ГЛИСТНАЯ ИНВАЗИЯ**

Скопление гельминтов (особенно аскарид) в просвете кишки может проявляться абдоминальным синдромом (приступообразная интенсивная боль в области пупка, рвота, признаки кишечной непроходимости).

Ребенка беспокоят слюнотечение, тошнота, снижение аппетита. Отмечаются обложенность языка, жидкий стул. При кишечной непроходимости, аппендицит и перитонит - экстренная госпитализация в хирургическое отделение.

**6. БРЮШНОЙ ТИФ**

Боль в животе при брюшном тифе является ведущим симптомом. Чаще боли носят разлитой характер или локализуются в области слепой кишки. Симптомов раздражения брюшины, как правило, не бывает, при пальпации в правой подвздошной области отмечается урчание, притупление перкуторного звука. Диагноз ставят на основании данных эпидемиологического анамнеза, признаков интоксикации, изменений сердечно-сосудистой системы (брадикардия, гипотония), характера стула (задержка стула сменяется частым жидким стулом зеленого цвета), заторможенность (тифозный статус).

Неотложная помощь. Строгий постельный режим, обильное питье, левомицетин - 50 мг/кг в сутки.

Госпитализация в инфекционное отделение. При появлении признаков перфорации кишки показана экстренная операция.

**7. ДИЗЕНТЕРИЯ**

Характерно острое начало заболевания. Лихорадка, рвота, частый жидкий стул с примесью крови и слизи. При пальпации отмечаются болезненность и урчание по ходу толстого кишечника, сигмовидная кишка плотная и болезненная. Боль в животе умеренная, не сопровождается напряжением мышц передней брюшной стенки. Трудности в диагностике возникают редко (около 2% случаев), главным образом при дизентерии Зонне, когда поражается слепая и восходящий отрезок толстой кишки с признаками раздражения брюшины, симулирующими острый аппендицит. Диагноз подтверждается бактериологическим исследованием.

Неотложная помощь. Постельный режим, водно-чайная диета на 8-10 ч, обильное питье (5% раствор глюкозы, раствор Рингера, изотонический раствор хлорида натрия, отвар шиповника), антибиотики (ампициллин - 100000 ЕД/кг, мономицин - 40000 ЕД/кг, левомицетин - 50 мг/кг), препараты интрофуранового ряда (фурадонин - 58 мг/кг в сутки, фуразолидон - 0,05 г 3-4 раза в день после еды), при гипертермии - жаропонижающие препараты (анальгин - 50% раствор по 0,1 мл на 1 год жизни, но не более 1 мл; амидопирин - 0,025-0,15 г на прием). Госпитализация обязательна в инфекционное отделение. Боль в животе при заболевании органов) расположенных вне брюшной полости.

**8. ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ**

АНГИНА. Течение ангины, особенно у маленьких детей, часто осложняется болью в животе коликообразного характера. Боль в животе объясняется содружественной реакцией лимфоидного аппарата брюшной полости, особенно аппендикса. Возможно сочетание ангины и острого аппендицита.

Неотложная помощь. Антибиотики (пенициллин - 50000 ЕД/кг, эритромицин - 30-40 мг/кг в сутки), ацетилсалициловая кислота (0,04 мг/кг в сутки), анальгин (50% раствор - 0,1 мл на 1 год жизни.

КОРЬ, СКАРЛАТИНА, ДИФТЕРИЯ, ГРИПП, ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ МИАЛГИЯ. Эти заболевания у детей в начальном периоде могут сопровождаться болью в животе, чаще справа, симулирующей аппендицит. Наиболее интенсивная боль наблюдается при эпидемической миалгии (болезнь Борнхольма) вследствие поражения мышц передней брюшной стенки.

Неотложная помощь: 50% раствор анальгина - 0,1 мл на 1 год жизни (не более 1 мл) или внутрь амидопирин по 0,025-0,15 г на прием.

Госпитализация в инфекционное отделение при тяжелом течении.

КОКЛЮШ, ОСТРЫЕ ТРАХЕОБРОНХИТЫ. Боль в животе при коклюше и трахеобронхите обусловлена чрезмерным напряжением и утомлением мышц брюшного пресса, развивающимся при приступе кашля. При осмотре симптомов раздражения брюшины не выявляется.

Неотложная помощь: антибиотики, специфический противококлюшный гамма-глобулин (по 3 мл внутримышечно 3 дня подряд). Назначают нейролептики: аминазин внутрь по 1 - 4 мг/кг в день в 2-3 приема или по 0,15-0,6 мл 2,5% раствора внутримышечно либо внутривенно (в 10-20 мл 5% раствора глюкозы, вводить медленно), пропазин - 12,525 мг 2-4 раза внутрь или 0,3-1 мл 2,5% раствора внутримышечно (предварительно развести в 5 мл 0,5% раствора новокаина), аэрозольные ингаляции (химопсин).

Показания к госпитализации в инфекционное отделение определяются тяжестью заболевания.

ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНО-ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ. Боль в животе связана с содружественной реакцией лимфатического аппарата брюшной полости или поражением вегетативных ганглиев; как правило, боль схваткообразного характера, неопределенной локализации, без признаков раздражения брюшины. Необходимость госпитализации в инфекционное отделение определяется тяжестью заболевания.

ПНЕВМОНИЯ. Острая боль в животе, особенно у детей раннего возраста, часто осложняет течение пневмонии. Отличительная особенность боли - усиление при дыхании. Наиболее интенсивная боль в животе наблюдается при крупозной пневмонии, симулируя в случаях правосторонней локализации острый аппендицит. Распознаванию пневмонии помогает выявление других признаков, таких как одышка, аускультативные изменения в легких, кашель, а также рентгенологическое исследование.

Неотложная помощь. Необходимо придать больному положение с приподнятым головным концом кровати, устранить метеоризм и парез кишечника: газоотводная трубка, гипертоническая клизма, прозерин - разовая доза на 1 кг массы: до 1 года - 0,009 мг (0,018 мл 0,05% раствора), 1-5 лет - 0,008 мг (0,016 мл), 6-10 лет - 0,007 мг (0,014 мл), II-14 лет - 0,006 мг (0,012 мл), вводят каждые 30 мин, не более 3 раз; через 4-6 и можно повторить троекратное введение. Пантотенат кальция по 0,05-0,1 г на прием и 2-10 мл 10% раствора хлорида натрия внутривенно. Необходимо обеспечить аспирацию мокроты (отсасывание грушей, электроотсос); показана кислородотерапия, антибиотики; при появлении признаков сердечной недостаточности - сердечные гликозиды - строфантин (разовая доза 0,05% раствора: до 1 года - 0,05-0,1 мл, 13 года - 0,1-0,2 мл, 4-7 лет - 0,2-0,3 мл, старше 7 лет - 0,30,4 мл 3-4 раза в день) или коргликон (разовая доза 0,06% раствора: до 1 года - 0,1 мл, 1-3 года - 0,2-0,3 мл, 4-7 лет - 0,3-0,4 мл, старше 7 лет - 0,5-0,8 мл не более 2 раз в день на 20% растворе глюкозы), а также мочегонные - лазикс по 1-2 мг/кг в сутки в 4 приема, верошпирон по 2-4 мг/кг в сутки.

Госпитализация нужна в тяжелом течении заболевания.

1. **ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ**

Панкреатит - нередкое осложнение течения ряда заболеваний, таких как эпидемический паротит, корь, ветряная оспа, а также травм живота, заболеваний желчевыводящих путей, результат непереносимости отдельных лекарственных препаратов и проявление аллергических состояний. Боль в животе возникает остро, вначале носит разлитой характер, затем локализуется в надчревной области или приобретает опоясывающий характер, чаще иррадиирует в спину, плечи, нередко сопровождается рвотой, тошнотой, обильным слюнотечением. Ребенок принимает вынужденное положение, лежит чаще на левом боку. Длительность боли - от нескольких минут типа колик до нескольких суток. Температура нормальная или субфебрильная. Живот мягкий, безболезненный. При возникновении некроза поджелудочной железы состояние ребенка становится критическим, развиваются эксикоз, интоксикация, парез кишечника. Необходимо дифференцировать от острого аппендицита, пищевой токсикоинфекции.

Госпитализация только в хирургическое отделение.

Назначаются пищевая разгрузка на 3-5 дней, холод на эпигастральную область. Для купирования боли назначают холинолитики (атропин - 0,1% раствор по 0,012-0,018 мл/кг подкожно 2 раза в сутки или платифинллин - 0,2% раствор по 0,1-1 мл подкожно в дневное время), спазмолитики (но-шпа - 2% раствор внутримышечно по 1-2 мл или внутрь по 0,01-0,04 г 3 раза в день; папаверин по 0,02-0,04 г Зраза в день); необходимо внутривенное введение 5-10% раствора глюкозы, раствора Рингера, реополиглюкина до 2-3 л и более в сутки с одновременным назначением лазикса (1-2 мл 1% раствора) с целью увеличения суточного диуреза. Показаны антиферментные препараты (трасилол, до 3 лет - 5000 ЕД/кг сутки, от 3 до 12 лет-по 25000 КД 2 раза в сутки, старше 12 лет - по 50000 ЕД 2 раза в сутки), которые вводят внутривенно медленно в 0,9% растворе хлорида натрия. Проводят коррекцию электролитного обмена, вводят антибиотики (канамицин, гентамицин и др.). При появлении признаков гнойного панкреатита или перитонита показано оперативное лечение.

**10. ЗАБОЛЕВАНИЕ СЕРДЦА**

Боль в животе при заболеваниях сердца (кардиты, пороки сердца) объясняется развитием правожелудочковой недостаточности кровообращения, застойными явлениями в печени и развитием тромбоэмболического синдрома. Иногда боль в животе сопровождается рвотой. Распознаванию помогает выявление других признаков заболевания сердца, таких как изменение конфигурации сердца, нарушения ритма сердца, сердечные шумы.

Неотложная помощь: сердечные гликозиды и диуретики.

Госпитализация в детское кардиологическое или терапевтическое отделение.

**11. ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ВАСКУЛИТ**

Приступообразная боль в животе может быть ведущим и единственным признаком заболевания; появляются частый и жидкий стул, рвота, признаки раздражения брюшины и динамической кишечной непроходимости. Боль в животе обусловлена поражением мелких артерий желудочно-кишечного тракта, брыжейки. При наличии кожных высыпаний с геморрагическим компонентом, суставного синдрома, положительной пробы на скрытую кровь в кале или признаков желудочно-кишечных кровотечений, а также гематурии диагноз не вызывает сомнений.

Неотложная помощь. Строгий постельный режим, холод на живот, антигистаминные препараты внутримышечно: димедрол - 0,1% раствор детям до 6 мес - 0,2 мл, до 1 года - 0,5 мл, 1-2 года - 0,7 мл, 3-4 года-1 мл, 5-9 лет - 1 мл, 10-14 лет - 1,5 мл 2-3 раза в день; супрастин - 2% раствор детям до 6 мес - 0,25 мл, 1-2 лет - 0,3 мл, 3-4 лет-0,3 мл, 5-6 лет-0,4 мл, 7-9 лет-0,5 мл, 10-14 лет-0,751 мл I-3 раза в день; глюкокортикоиды в тяжелых случаях (преднизолон - 1-3 мг/кг в сутки внутрь или внутривенно); анальгетики (анальгин - 50% раствор по 0,1 мл на 1 год жизни, не более 1 мл; промедол - 0,1 мл 1% раствора на 1 год жизни). При кровотечении - глюконат кальция по 1-5 мл 10% раствора внутривенно, аминокапроновая кислота внутрь по 100 мг/кг каждые 4 ч, запивать сладкой водой, внутривенно капельно - 5% раствор в изотоническом растворе хлорида натрия до 50-100 мл.

Госпитализация в терапевтическое отделение. Следует помнить о возможности развития инвагинации и гангрены кишечника при геморрагическом васкулите. В таких случаях необходима экстренная госпитализация в хирургическое отделение.

**12. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ**

Декомпенсация сахарного диабета сопровождается абдоминальным синдромом. Живот при этом напряжен, болезнен при пальпации, возможны симптомы раздражения брюшины, отмечается повторная рвота (иногда с примесью крови), что имитирует острую хирургическую патологию. Способствует правильной диагностике запах ацетона изо рта, глюкозурия, кетонурия, гипергликемия.

Иногда боль в животе наблюдается при гипогликемических состояниях.

Неотложная помощь. Подкожно вводят 20-30 ЕД инсулина детям школьного возраста и 10-20 ЕД дошкольникам. Далее дозу инсулина рассчитывают в зависимости от содержания сахара в крови и моче. Общая суточная доза составляет 1,5-2 ЕД/кг (см. Диабетическая кома у детей). При подозрении на гипогликемическое состояние (слабость, чувство голода, бледность, холодный пот, тремор конечностей) внутривенно быстро вводят 20-40-80 мл 40% раствора глюкозы, подкожно - 0,51 мл 0,1% раствора адреналина.

Госпитализация в эндокринологическое или терапевтическое отделение.

**13. ОСТРЫЕ ГЕМОЛИТИЧЕСКИЕ АНЕМИИ**

Кризы при гемолитических анемиях (наследственных и приобретенных) сопровождаются болью в животе вследствие быстро развивающейся спленомегалии. Пальпируется увеличенная и болезненная селезенка. Острая боль в животе возникает при развитии инфаркта селезенки.

Диагноз подтверждается данными лабораторных исследований: анемия, увеличение содержания непрямого билирубина, сывороточного железа, ретикулоцитоз, полихроматофилия, уробилинурия, гемоглобинурия, а также наличием желтухи.

Неотложная помощь определяется характером гемолитической анемии. При микросфероцитозе показаны гемотрансфузии и спленэктомия. При аутоиммунных гемолитических анемиях (после приема лекарственных препаратов, перенесенной инфекции) назначают кортикостероидные гормоны (преднизолон по 1-3 мг/кг в сутки). При изоиммунной посттрансфузионной гемолитической анемии показано срочное обменное переливание крови.

Госпитализация в гематологическое отделение.

**14. УЗЕЛКОВЫЙ ПЕРИАРТЕРИИТ**

Чаще болеют дети школьного возраста. Абдоминальный синдром (приступообразная боль в животе, иногда симптомы энтероколита) может быть первым и ведущим проявлением заболевания. Боль в животе не имеет четкой локализации, сопровождается рвотой, тошнотой. В процесс вовлекается, как правило, тонкий кишечник, развиваются некрозы кишки, язвы, асептический перитонит. Помогает диагностике выявление других синдромов - тромбангический, кожный, суставной, почечный с артериальной гипертонией, легочный.

Неотложная помощь. Преднизолон по 2-5 мг/кг в сутки (при артериальной гипертонии не более 0,5-1 мг/кг) в сочетании с хинолиновыми препаратами (делагил - 1/2 таблетки на ночь для детей до 10 лет, 1 таблетка – старше 10 лет) и цитостатиками (азатиоприн - 1,5-3 мг/кг в сутки или циклофосфан - 1-3 мг/кг в сутки), гепарин (под контролем времени свертывания) - 200-500 ЕД/кг в сутки, вводят равными дозами внутривенно или под кожу каждые 4-6 ч; спазмолитики (но-шпа по 0,01-0,04 г 3 раза в день, папаверин по 0,02-0,04 г 3 раза в день или 0,5-1,5 мл 2% раствора подкожно); болеутоляющие средства (анальгин - разовые дозы на 1 кг массы тела 50% раствора 0,1 мл на 1 год жизни или промедол - 0,1 мл 1% раствора на 1 год жизни).

Госпитализация в терапевтическое отделение, при развитии осложнений - перевод в палату интенсивного наблюдения.

**15. ПЕРИОДИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ**

Заболевание характеризуется приступами, возникающими с определенной периодичностью, в виде боли в животе, лихорадки с ознобами. Боль в животе схваткообразная, продолжается от нескольких часов до нескольких дней. Брюшная стенка напряжена, пальпация живота болезненна. На высоте приступа развиваются признаки частичной кишечной непроходимости и перитонита, что имитирует острую хирургическую патологию. Отличительной особенностью заболевания является спонтанное исчезновение боли в животе.

При сборе анамнеза нередко аналогичное заболевание обнаруживается у родственников: характерна принадлежность к определенной этнической группе (армяне, евреи, арабы).

Неотложная помощь. Седативная терапия (настойка валерианы по 1 капле на 1 год жизни, седуксен или тазепам по 1/2-1 таблетке 3 раза в день), анальгетики (анальгин - разовая доза 0,1 мл 50% раствора на 1 год жизни или промедол - ОД мл 1% раствора на 1 год жизни), спазмолитики (но-шпа или папаверин по 0,5-1,5 мл 2% раствора подкожно).

Госпитализация в терапевтическое отделение.

**16. НЕФРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

ПИЕЛОНЕФРИТ ОСТРЫЙ. Заболевание чаще развивается у детей с врожденной патологией мочевыводящих путей. Боль в животе и поясничной области сочетается с дизурическими явлениями, высокой температурой, признаками интоксикации; у маленьких детей возможно нарушение функции желудочно-кишечного тракта. Симптомов раздражения брюшины, как правило, нет. Диагноз подтверждается наличием пиурии, бактериурии и рентгенорадиологическими данными.

Неотложная помощь. Постельный режим, антибиотики (ампициллин - 50000-100000 ЕД/кг через 4 ч, левомицетин - 50 мг/кг, цепорин - 15-30 мг/кг, гентамицин - 2-4 мг/кг), фурагин - 5-7 мг/кг в сутки; при высокой температуре - жаропонижающие средства: анальгин - разовая доза 0,1 мл 50% раствора на 1 год жизни (не более 1 мл), детям грудного возраста - 0,03-0,05 мл; амидопирин - 0,025-0,15 г на прием, введение препаратов может быть повторено через 1-2 ч. При задержке мочи - теплая ванна.

Госпитализация обязательна в терапевтический стационар.

НЕФРОПАТОЗ. Позиционные аномалии почек у детей встречаются нечасто, у астеничных, быстро растущих детей. Почечная колика развивается из-за значительного смещения почки вниз при вертикальном положении больного и резкого перегиба мочеточника, нарушающего отток мочи. Боль в животе сопровождается тошнотой, рвотой, могут быть подъем АД, определяется положительный симптом Пастернацкого. Диагноз устанавливают по данным рентгеноурологического обследования, анализов мочи (протеинурия, лейкоцитурия, эритроцитурия), пальпаторного обследования в вертикальном положении.

Неотложная помощь - анальгетики (анальгин - разовая доза 0,1 мл 50% раствора на 1 год жизни).

Госпитализация в урологическое отделение при рецидивирующей и сильной боли в животе.

КАМНИ ПОЧЕК. Мочекаменная болезнь может проявиться у детей почечной коликой в любом возрасте. У детей раннего возраста более выражены общие симптомы, больные беспокойны, стараются сидеть скорчившись в кровати.

Живот вздут, напряжен, могут определяться признаки раздражения брюшины.

Дети старшего возраста жалуются на боль по ходу мочеточника, беспокоит частое и болезненное мочеиспускание. Диагноз подтверждается данными рентгенологического исследования и анализами мочи (эритроцитурия, лейкоцитурия, протеинурия).

Неотложная помощь. Тепло на область поясницы, горячая ванна (температура воды до 39ё С), обильное питье, спазмолитики (атропин - 0,012-0,02 мл/кг 0,1% раствора, но-шпа, папаверин - 0,5-1,5 мл 2% раствора подкожно), промедол (0,1 мл 1% раствора на 1 год жизни), новокаиновая (пресакральная) блокада или блокада семенного канатика (у девочек круглой связки матки).

Госпитализация экстренная в урологический или хирургический стационар.

**17. АБДОМИНАЛЬНАЯ МИГРЕНЬ (СИНДРОМ МУРА)**

Для этого заболевания характерна разлитая приступообразная боль в животе, сочетающаяся с клоническими судорогами мышц передней брюшной стенки. Возможно появление вегетативных кризов (бледность кожных покровов, потливость, тошнота, рвота, усиленная перистальтика). Диагноз подтверждается обнаружением изменений на ЭЭГ, характерных для височной эпилепсии.

Неотложная помощь. Настойка валерианы по 1 капле на 1 год жизни, беллоид или белласпон по 1/2-1 таблетке 2-3 раза в день, фенобарбитал (0,005-0,075 г на прием).

Госпитализация в неврологическое отделение.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж. Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И.Кандрора, д. м. н. М.В.Неверовой, д-ра мед. наук А.В.Сучкова, к. м. н. А.В.Низового, Ю.Л.Амченкова; под ред. Д.м.н. В.Т. Ивашкина, Д.М.Н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. Елисеев О.М. (составитель) Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи, «Лейла», СПБ, 1996 год