

Ю.К. Абаев

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ В ЖИВОТЕ У ДЕТЕЙ

Хроническая боль в животе является сложной диагностической и лечебной проблемой педиатрии и, одновременно, одной из главных жалоб детей и их родителей, являющейся частой причиной обращения к врачу. Хронической условно называется боль в животе, продолжающаяся более 3 мес. У детей на практике чаще встречается рецидивирующая боль в животе, о которой говорят в тех случаях, когда боль повторяется не менее 3 раз в течение 3 мес и влияет на нормальную активность ребенка. Природа хронической абдоминальной боли может быть органической и функциональной.

Органические заболевания. Выявление причины хронической абдоминальной боли у детей на почве *органических заболеваний* основывается на: 1) анамнезе; 2) физикальном обследовании; 3) лабораторном исследовании; 4) лучевых и эндоскопических методах исследования; 5) оценке эффективности эмпирического лечения. При анализе жалоб ребенка и его родителей следует обратить внимание на:

- продолжительность боли. Кратковременная боль чаще связана с моторными нарушениями, длительная (более 3 ч) – с воспалительными причинами;
- связь боли с приемом и характером пищи;
- связь боли с дефекацией;
- наличие симптомов «верхней диспепсии» – отрыжки, изжоги, тошноты, рвоты;
- нарушение стула.

Определение локализации боли в животе в детском возрасте имеет особенности. Так, до 3 лет дети почти всегда определяют болевые ощущения в области пупка. Дети старшего возраста более точно локализуют боль. Определенный интерес представляет наблюдение J. Apley: «чем дальше локализация боли от пупка, тем больше вероятность органического заболевания».

Помощь в выявлении причины хронической боли в животе может оказать ведение родителями дневника, где регистрируется вид принимаемой пищи и симптомы, наблюдаемые после ее приема на протяжении 2 недель. При этом можно обнаружить потенциальные причины некоторых симптомов, например, непереносимость лактозы и др. Также необходимо регистрировать прием медикаментов и все лечебные мероприятия. Семейный анамнез может свидетельствовать о предрасположенности к язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, панкреатиту, воспалительным заболеваниям желчевыводящей системы, кишечника и ряду других болезней. При исследовании регистрируются лихорадка, жалобы на болезненные ощущения в суставах, наличие сыпи и др. Присутствие одного или нескольких из перечисленных симптомов предполагает воспалительную или инфекционную природу болевого синдрома. Так как между абдоминальной болью, питанием и физическим развитием ребенка имеется связь, обязательна регистрация данных о росте и массе тела пациента.

Проводится полное клиническое обследование с последующим акцентированием внимания на животе. На болезненность при исследовании живота укажет гримаса на лице ребенка или реплика. Важными находками являются увеличение печени, селезенки, наличие объемных образований, а также локализация болезненности. Дальнейший диагностический поиск проводят с учетом полученных данных.

При невозможности топической диагностики на амбулаторном этапе обследование продолжают в стационаре или в диагностическом центре. Здесь проводят эндоскопическое исследование (фиброгастродуоденоскопия, колоноскопия), биопсию (по показаниям), сонографию, рентгенографию (холецистографию, ирригографию), КТ, МРТ, сцинтиграфию, ацидометрию, определение ферментативной функции пищеварительного тракта, электрофизиологическое исследование, нагрузочные пробы, изучение биохимических параметров крови и мочи, генетическое обследование, изучение микробиоценоза кишечника и др.

Другие методы лабораторного обследования применяются в связи с особенностями полученных данных. Они включают определение ферментов пече-

ни и амилазы, серологическое тестирование на *H. pylori* и амебиаз, посев кала и его исследование на наличие паразитов. Проводится исследование на лактозную интолерантность если оценка эмпирической диеты не дала результатов. Анализ реакции организма ребенка на лечение является частью диагностического процесса. Например, прием антибиотиков может предрасполагать к развитию дисбактериоза кишечника, медикаменты для лечения асепсиса – к эзофагиту, а трициклические антидепрессанты – к запору.

Причины хронической боли в животе у детей, обусловленные органическими заболеваниями можно разделить на 3 группы: 1) заболевания органов пищеварения; 2) болезни мочевыделительной системы; 3) другие заболевания.

Наиболее частыми причинами хронической абдоминальной боли являются заболевания первой группы, среди которых чаще встречаются *хронический гастрит, дуоденит и гастродуоденит*. Выделяют хронический гастрит типа А (аутоиммунный), гастрит типа В (ассоциированный с *H. pylori*) и гастрит типа С (химический или рефлюкс-гастрит). Гастрит типа В встречается чаще и сопровождается выраженным болевым синдромом, возникающим натощак или спустя 1–2 ч после еды. Отмечается болезненность, иногда напряжение брюшной стенки в эпигастрии и пилородуоденальной зоне. Эндоскопически выявляются структурно-воспалительные изменения антрального отдела желудка.

Для дуоденита и гастродуоденита также характерны боли имеющие связь с приемом пищи или ее характером (жареная, острая пища), а также с длительными перерывами в еде. Диспепсический синдром проявляется тошнотой, рвотой приносящей облегчение, отрыжкой, изжогой. Нередко отмечаются симптомы хронической интоксикации и вегетососудистой дистонии. Выявляется болезненность в эпигастральной области.

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки у детей в отличие от взрослых часто не имеет отчетливой клинической симптоматики, так как нередко характеризуется наличием поверхностных язв. Ведущим симптомом является боль в эпигастрии или пилородуоденальной области, возникающая натощак или спустя 1–3 ч после приема пищи, чаще ночью и более выражен-

ная, чем при гастродуодените. Прием пищи на время облегчает состояние. Возможно скрытое кровотечение. Решающим в диагностике является эндоскопическое исследование.

Хроническая боль в животе может быть связана с *эзофагитом*, развивающимся на почве гастроэзофагеального рефлюкса. При этом характерна боль во время приема пищи за грудиной, в подложечной области, ощущение прохождения пищевого комка, дисфагия. Наблюдается отрыжка с кислым запахом, изжога. Сравнительно редко причиной хронической боли в верхних отделах живота могут быть *гастроптоз* и *грыжа пищеводного отверстия диафрагмы*. При этом боль возникает через 2–3 ч после еды, особенно в горизонтальном положении ребенка, при наклонах вперед и физической нагрузке. Данную патологию необходимо предполагать при отсутствии эффекта от терапии по поводу эзофагита и гастродуоденита.

Причиной хронической боли в животе может быть *хронический энтерит, колит, энтероколит*. При этом боль локализуется в области пупка, гипогастриальной области слева и справа. Боль чаще возникает во второй половине дня иногда через 1,5–2 ч после еды. Провоцирует появление боли употребление большого количества свежих овощей, фруктов, молока. Боль сопровождается вздутием живота, урчанием, усиливается при физической нагрузке. При локализации боли справа необходимо исключить острый аппендицит. Для хронического поражения кишечника характерно расстройство стула – чередование поносов (при энтерите) и запоров (при колите).

Неспецифический язвенный колит и *болезнь Крона* характеризуются рецидивирующими болями в животе, приступообразными или постоянными. Боль локализуется по всему животу, слева, справа от пупка, но чаще внизу живота, усиливаясь после приема пищи или физической активности. Стул неустойчивый, понос сменяется запором, отмечается слизисто-гнойный или кровянистый характер испражнений, наличие тенезмов. Диагностика относительно не сложна, если имеется кровянистый стул, вынужденный акт дефекации ночью, наличие перианального воспалительного процесса или объемного образования в

правой подвздошной области (воспалительные изменения кишечника). Могут наблюдаться задержка полового развития, анемия, афтозные язвы в полости рта, хронический гепатит, синовиты или артриты крупных суставов. Диагноз устанавливается на основании ирригографии и колоноскопии с биопсией.

Значительную группу детей с хронической болью в животе составляют пациенты с *холепатией*. Сюда относятся заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей – *аномалии развития, воспалительные, паразитарные, опухолевые заболевания, желчнокаменная болезнь*. Возникновение боли провоцируется характером пищи (острая, жирная, жареная). Характерны тошнота, рвота, не приносящая облегчения, отрыжка, горечь во рту, изменение стула (запор, понос), иногда неравномерная окраска отдельных фрагментов кала. При воспалительном характере холепатии возможен длительный субфебрилитет или фебрильная температура тела во время приступа болей. Отмечается бледность кожи ребенка, иногда телеангиэктазии, субиктеричность склер. Выявляется болезненность в правом подреберье. При выраженном холестазае возможно увеличение печени, исчезающее после желчегонной терапии.

Другие формы поражения желчевыводящих путей – желчнокаменная болезнь, аномалии развития, опухоли, паразитарные заболевания не имеют специфических симптомов и обнаруживаются в основном при параклиническом обследовании ребенка.

Хроническая боль в животе может быть связана с *патологией поджелудочной железы*. *Острый панкреатит*, в частности отечная форма является как самостоятельным заболеванием, так и реактивным состоянием на фоне иной патологии органов пищеварения. Деструктивные формы панкреатита у детей встречаются редко. *Хронический панкреатит* протекает с приступообразными болями в животе. Локализация боли зависит от участка поражения поджелудочной железы. Для тотального поражения поджелудочной железы характерна интенсивная опоясывающая боль, сопровождается выраженным беспокойством ребенка, рвотой, не приносящей облегчения, иногда неукротимой. Имеет место расстройство стула – запоры, чаще поносы. Выражены симптомы интоксика-

ции. Причиной хронической боли в животе у детей могут быть *гельминтозы*. При этом боль не имеет какой-либо специфики, сопровождается хронической интоксикацией, снижением аппетита, слюнотечением, бруксизмом.

Второй группой заболеваний, обуславливающих наличие хронической боли в животе являются болезни мочевыделительной системы: *пиелонефрит, нефроптоз, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, цистит, мочекаменная болезнь, дисметаболическая нефропатия* и более редкие болезни почек. Для данных заболеваний характерна боль чаще не связанная с приемом пищи. При *мочекаменной болезни, нефроптозе* приступы боли могут провоцировать переохлаждение, физическая нагрузка. Боль локализуется около пупка, внизу живота, в пояснице.

При *пузырно-мочеточниковом рефлюксе* боль ощущается по ходу мочеточника. При этом правосторонний рефлюкс может симулировать острый аппендицит. При сращении почек (подковообразная, галетообразная, S- и L-образная) боль локализуется в эпигастральной области и сопровождается диспепсическими расстройствами. *Кистозные заболевания почек* приводят к боли в эпигастрии, иногда – к почечной колике. Колика также характерна для *мочекаменной болезни, дисметаболической нефропатии, нефроптоза, гидронефроза*. При *гидронефрозе* возможна тянущая, тупая боль в животе, сопровождающаяся метеоризмом и диспепсическими расстройствами. При *пиелонефрите* отмечается длительный субфебрилитет или «немотивированные» подъемы температуры. В целом, для патологии мочевыделительной системы характерны дизурические симптомы.

Группа болезней, обозначенная как «другие заболевания» при которых возможно наличие хронической боли в животе у детей представлена разнообразной патологией, в том числе и редко встречающейся. Однако чаще наблюдается гинекологическая патология у девочек – *сальпингит, аднексит, кисты яичников*. Боль при этом чаще локализуется внизу живота, в мезогастральной области, может быть как острой, приступообразной, так и тянущей, ноющей,

постоянной, иррадиирующей в поясницу. У менструирующих девочек возможна боль внизу живота во время овуляционного цикла.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ В ЖИВОТЕ У ДЕТЕЙ

Функциональные заболевания. Наибольшую сложность представляет трактовка хронической боли в животе, обусловленной функциональными расстройствами пищеварительной системы, когда при обследовании ребенка не выявляется морфологическая причина, вызывающая боль. В соответствии с Римскими критериями (Рим, 2006) выделяют несколько общих признаков для функциональных расстройств, независимо от вида поражения:

- продолжительность основных симптомов не менее 3 мес на протяжении последнего года;
- отсутствие органической патологии;
- множественный характер жалоб (не только на расстройства пищеварительной системы) при общем хорошем состоянии пациента и благоприятном течении заболевания без заметного прогрессирования;
- значение психосоциальных факторов и нарушений нейрогуморальной регуляции в формировании основных симптомов.

Диагноз любого функционального расстройства – это диагноз исключения. Он может быть поставлен только после тщательного обследования пациента и исключения органических причин, вызывающих боль и другие симптомы заболевания. У детей должны отсутствовать «симптомы тревоги» – похудение, снижение аппетита, лихорадка, изменения в анализах при исследовании периферической крови, кровь в кале и др.

Важное значение в патогенезе функциональных расстройств и хронической абдоминальной боли имеют психосоциальные факторы и социальная дезадаптация. Полагают, что они могут быть первичными в развитии функциональных расстройств и в сочетании с генетической предрасположенностью определяют формирование типа моторных нарушений и висцеральную гипералгезию. Взаимозависимость ЦНС и всех периферических влияний приводит не только к непосредственному нарушению функций желудочно-кишечного

тракта, но и к различным нейропсихическим отклонениям. В итоге в основе всех функциональных расстройств лежат нарушения двигательной функции, обусловленные несостоятельностью регуляторных взаимоотношений на оси мозг – желудочно-кишечный тракт.

Нарушение моторики кишечника при функциональных расстройствах могут протекать по типу гипотонии, атонии или иметь смешанный характер. Для функциональных расстройств сопровождающихся хронической абдоминальной болью, кроме моторных нарушений, типичны сенсорные отклонения, характеризующиеся висцеральной гиперчувствительностью (гипералгией). При этом наблюдается изменение чувствительности рецепторного аппарата к различным раздражителям и снижение болевого порога.

Абдоминальную боль при функциональных расстройствах пациенты описывают по-разному – от неприятных ощущений до нестерпимых, схваткообразных болей без четкой локализации, возникающих без видимых причин или связанных с приемом пищи, стрессом, физической нагрузкой, дефекацией. При этом особенностью болевого синдрома является возникновение в утреннее или дневное время, когда больные активны и стихание во время сна.

Для боли на основе функциональных расстройств характерны:

- отсутствие прогрессирования заболевания;
- меняющийся характер жалоб;
- оценка пациентом боли как очень сильной;
- наличие многочисленных жалоб, касающихся других органов и систем;
- короткий анамнез;
- завышенные требования родителей к ребенку, наличие проблем в школе;
- эмоциональный стресс в семье;
- отсутствие объективных изменений при обследовании.

Для боли на основе функциональных расстройств не характерны:

- локальная стереотипная боль;
- пробуждение от боли во сне;

- особое поведение во время приступов;
- анорексия;
- рвота;
- упорные запоры или диарея;
- наличие хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта у членов семьи;
- отставание в физическом развитии или потеря массы тела;
- лихорадка;
- боль в суставах;
- кровь в стуле.

У детей первых месяцев жизни хроническая рецидивирующая боль в животе манифестирует в виде *кишечной колики*, которая проявляется беспокойством и плачем. Для диагностики кишечной колики используют так называемое «правило трех» – плач в течение 3 и более часов в сутки не менее 3 дней в неделю на протяжении 3 нед подряд. Колики появляются у ребенка в возрасте 6 нед и могут наблюдаться до 3–4 мес. Кишечная колика обусловлена напряженностью процессов пищеварения в условиях физиологической незрелости желудочно-кишечного тракта младенца и нагрузки на кишечник, которая связана с большим объемом питания. При этом дети хорошо прибавляют в весе, сохраняют позитивный эмоциональный настрой, хороший аппетит, нормальный стул.

При *функциональных расстройствах желудка* боль возникает независимо от приема пищи, кратковременная, различной интенсивности, локализуется в эпигастральной области. Иногда боль появляется после психического напряжения и чаще наблюдается у эмоционально лабильных детей. Приступы боли сопровождаются симптомами вегетативной нестабильности. При исследовании определяется умеренная болезненность в эпигастрии и правом подреберье. Решающим в диагностике является эндоскопическое исследование. При этом выявляют отсутствие морфологических изменений и нарушение моторной функ-

ции верхних отделов желудочно-кишечного тракта в виде спазма или гипотонии сфинктеров, нарушенной перистальтики.

Существенную роль среди причин хронической абдоминальной боли играют билиарные дисфункции – *дискинезии желчевыводящих путей*. Для гипертонической формы характерна приступообразная, кратковременная боль с локализацией в правом подреберье, иногда с иррадиацией в правое плечо и лопатку. Выражена вегетативная дистония. Отмечается болезненность в правом подреберье. В основе данной формы дискинезии лежит спазм сфинктерного аппарата билиарной системы. При гипотонической форме дискинезии боль чаще умеренная, но более длительная. Боль провоцируется физической нагрузкой, приемом жирной пищи, перееданием. Отмечается умеренная болезненность в правом подреберье, увеличенная, но мягкая печень. В основе данной дискинезии лежит застой желчи в билиарной системе и снижение моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря.

Функциональные расстройства желчного пузыря проявляются нарушением сократительной функции, замедлением эвакуации желчи и растяжением пузыря, что вызывает боль. *Дисфункция сфинктера Одди* может быть связана с функциональными, моторными, обычно спастическими нарушениями сфинктера общего желчного протока, сфинктера панкреатического протока или общего ампулярного протока. В зависимости от этого преобладают симптомы поражения билиарного тракта, поджелудочной железы или совместные изменения.

Самым распространенным и наиболее изученным среди функциональных расстройств пищеварительного канала является *синдром раздраженного кишечника*. Заболевание проявляется абдоминальной болью, нарушением акта дефекации, метеоризмом. Из-за отсутствия четкого понятийного аппарата у детей младшего возраста затруднительно выяснение субъективных ощущений патогномоничных для установления данного диагноза в строгом соответствии с Римскими критериями. Симптомами, на основании которых можно диагностировать синдром раздраженного кишечника являются:

- частота стула менее 3 раз в нед;

- частота стула более 3 раз в сутки;
- твердый или бобовидный кал;
- разжиженный или водянистый кал;
- натуживание при акте дефекации;
- имперантные позывы к акту дефекации (невозможность задержки дефекации);
- ощущение неполного опорожнения кишечника;
- выделение слизи при дефекации; чувство переполнения, вздутия или переливания в животе.

Значительная роль в патогенезе синдрома раздраженного кишечника принадлежит психоэмоциональному статусу пациента, а также наличию вегетативной дисфункции. Психопатологические расстройства у таких детей характеризуются неглубоким уровнем поражения (невротизм, невротические реакции). Тесная связь депрессии с хронической абдоминальной болью объясняется общими биохимическими процессами и в первую очередь – недостаточностью моноаминергических (серотонинергических) механизмов. Это подтверждается эффективностью антидепрессантов, особенно ингибиторов обратного захвата серотонина в лечении абдоминальной боли.

Различают две основные формы синдрома раздраженного кишечника – гипертоническую и гипотоническую. Для гипертонической формы характерна периодическая схваткообразная боль неопределенной локализации или в левой подвздошной области. При этом живот вздут, пальпаторно определяется спастическое сокращение и болезненность нисходящей и сигмовидной кишки. Часто наблюдается запор. После дефекации боль уменьшается. Для гипотонической формы характерно чувство дискомфорта, распирающее, вздутие живота с умеренными и непостоянными болевыми ощущениями. После акта дефекации боль, как правило, исчезает.

Диагноз синдрома раздраженного кишечника – это диагноз исключения, требующий тщательного анализа жалоб, анамнеза, клинических лабораторных

и биохимических исследований крови, проведения инструментальных исследований для исключения органической патологии кишечника (УЗИ, колоноскопия, ирригография, паразитологические исследования и т.д.). До сих пор не разработано этиологическое лечение данного синдрома. Используемая в настоящее время терапия направлена на отдельные известные звенья патогенеза. Одним из них является нормализация микробного состава кишечника. Коррекцию дисбиотических нарушений, а также профилактику их развития можно осуществить с помощью функционального питания. Рекомендуется использование миотропных спазмолитиков. Так как одним из ведущих механизмов патогенеза синдрома раздраженного кишечника является вегетативная дисфункция и психоневрологические расстройства – в терапию включают препараты, корригирующие данные расстройства.

Абдоминальная боль без нарушения кишечной функции выделяется в отдельную категорию и встречается как *синдром функциональной абдоминальной боли*. Данный синдром определяется как постоянные, почти постоянные или часто рецидивирующие боли в животе, которые характеризуются следующими особенностями:

- продолжаются не менее 6 мес;
- не связаны с конкретными физиологическими факторами (прием пищи, акт дефекации, менструальный цикл и др.);
- сопровождаются снижением физической активности;
- отличаются не прогрессирующим течением;
- не имеют признаков, которые позволяли бы отнести эти боли к другим функциональным расстройствам желудочно-кишечного тракта.

Синдром функциональной абдоминальной боли наблюдается в препубертатном возрасте с двумя пиками частоты. Первый соответствует возрасту 5–7 лет, наблюдается у 5–8% детей и нередко совпадает с отправлением детей в школу. Второй пик частоты данного синдрома имеет место почти у 25% детей и наблюдается в возрасте 10–12 лет с наибольшей частотой у девочек. Данный синдром рассматривается как биопсихосоциальное заболевание. При этом боль

обусловлена амплификацией (усилением) восприятия боли в коре головного мозга за счет избыточной афферентной импульсации (в меньшей степени) и ее недостаточного нисходящего подавления (в большей степени). Процессу амплификации болевых ощущений способствует психические стрессы – смерть родителей, перенесенные операции, годовщина трагического события и т.п.

Большое внимание в развитии синдрома функциональной абдоминальной боли уделяется эпизодам физического или сексуального принуждения детей. Анамнестически они выявляются в подростковом возрасте у 64% пациентов с данным синдромом, что в 2,8 раза чаще, чем у детей с органическими заболеваниями. Наличие таких эпизодов вызывает у пациентов стремление к многочисленному проведению различных диагностических исследований, побуждает часто обращаться к врачу и обуславливает резистентность к назначаемому лечению. Характерно, что больные, как правило, не рассказывают врачу о подобных эпизодах и их выявление требует деликатной формулировки соответствующих вопросов.

Боль при синдроме функциональной абдоминальной боли носит неопределенный характер, не связана с физической активностью и в большинстве случаев сопровождается вегетативными признаками (бледность, тошнота, головокружение, недомогание и др.). Нередко имеется семейный анамнез с предрасположенностью к развитию функциональных заболеваний кишечника. При расспросе пациентов удается выявить ряд особенностей болевого синдрома. Боль обычно существует длительное время (месяцы, годы) и локализуется в различных отделах живота. Нередко боль бывает разлитой, эмоционально описывается как очень интенсивная, постоянная, не имеющая связи с приемом пищи и актом дефекации. Больные часто фокусируют свою жизнь на этой боли, заявляя, что «если бы не боль, то жизнь была бы прекрасной». Настаивают на проведении различных диагностических исследований и оперативных вмешательствах.

При объективном исследовании у некоторых пациентов обнаруживаются послеоперационные рубцы на передней брюшной стенке, свидетельствующие об операциях, иногда выполненных без объективных показаний. Возможно вы-

явление «симптома закрытых глаз» – при пальпации живота пациент закрывает глаза, тогда как больной с острой болью в животе, обусловленной органическими причинами, открытыми глазами следит за врачом, опасаясь усиления боли. Известен «симптом фонендоскопа» – надавливание фонендоскопом на переднюю брюшную стенку при синдроме функциональной абдоминальной боли не вызывает усиления болевых ощущений, тогда как при боли связанной с острым хирургическим заболеванием эта манипуляция оказывается очень болезненной.

Диагноз синдрома функциональной абдоминальной боли должен быть диагнозом исключения. Его правомерно ставить после тщательного обследования, включающего не только лабораторное исследование крови, мочи, кала, но и эхографию органов брюшной полости, эндоскопические (ФГДС, колоноскопия) и при необходимости лучевые методы исследования (рентгенологический, КТ, МРТ, сцинтиграфия и др.). В случаях, когда диагноз все же остается неясным обсуждается вопрос о выполнении лапароскопии.

Хроническая боль в животе может быть обусловлена *синдромом циклической рвоты (абдоминальная мигрень)* описанном J. Gee в 1882 г. под названием периодический синдром. Заболевание характеризуется эпизодически возникающими приступами тошноты, болью в животе, рвотой, обычно начинающейся ночью или в утренние часы и продолжающейся от 6 до 48 ч с последующими интервалами благополучия (недели, месяцы). У большинства детей отмечаются вегетативные расстройства (бледность, диарея, слабость, тахикардия и др.). Лечение заключается в назначении противорвотных препаратов либо средств против мигрени.

В заключение необходимо отметить, что хроническая рецидивирующая боль в животе у детей имеет разнообразные причины. Для того чтобы разобраться в природе боли и поставить правильный диагноз, необходимо учитывать «симптомы тревоги» и использовать направленные методы диагностики в зависимости от клинического течения и локализации болевого синдрома.