



РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Ю.С. Сергеев

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ В ПЕДИАТРИИ ФОРМУЛИРОВКА, КЛАССИФИКАЦИИ

2-е издание,
переработанное и дополненное



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений	5
Введение	8
Глава 1. Клинический диагноз в педиатрии. Общие положения	12
1.1. Терминология	12
1.2. Современные представления о клиническом диагнозе	15
1.2.1. Клинический диагноз с позиций полигенной природы заболеваний	16
1.2.2. Клинический диагноз с позиций доказательной медицины	21
Глава 2. Формулирование клинического диагноза	32
2.1. Требования к структуре, формулированию и оформлению клинического диагноза	32
2.2. Этапы построения клинического диагноза и возможные врачебные ошибки	41
2.2.1. Первичный контакт с больным	42
2.2.2. Трактовка данных проведенного дополнительного обследования	47
2.2.3. Установление клинического диагноза	53
2.3. Примеры некорректных клинических диагнозов, их анализ и рекомендации	64
Глава 3. Диагностика, обоснование и формулирование клинического диагноза при отдельных заболеваниях детского возраста	77
3.1. Заболевания детей раннего возраста	82
3.1.1. Пеленочный дерматит	83
3.1.2. Себорейный дерматит младенческого возраста	86
3.1.3. Младенческая регургитация	88
3.1.4. Младенческая колика	90
3.1.5. Функциональная диарея раннего возраста	92
3.1.6. Младенческая дисхезия	94
3.1.7. Функциональный запор у детей раннего возраста	95
3.1.8. Лихорадка без фокуса (очага инфекции)	97
3.1.9. Дефицит витамина D, недостаточное поступление кальция. Дефицитный рахит	103
3.2. Острые заболевания дыхательных путей	113
3.2.1. Острый стенозирующий ларинготрахеит (круп)	113
3.2.2. Острый бронхиолит	122
3.2.3. Внебольничная пневмония	127

3.3. Хронические заболевания дыхательной системы	140
3.3.1. Аллергический ринит	140
3.3.2. Бронхиальная астма	149
3.3.3. Хронический кашель	166
3.4. Крапивница и атопический дерматит	177
3.4.1. Крапивница	177
3.4.2. Атопический дерматит	187
3.5. Заболевания мочевыделительной системы	194
3.5.1. Инфекция мочевой системы	195
3.5.2. Гематурия	205
3.5.3. Протеинурия	213
3.6. Целиакия	222
3.7. Наиболее частые проявления хронической (рецидивирующей) боли у детей	232
3.7.1. Рецидивирующая головная боль	234
3.7.2. Рецидивирующая (хроническая) абдоминальная боль	254
3.7.3. Боль в спине	279
3.8. Артериальная гипертензия	288
3.9. Длительные лихорадки	315
3.9.1. Лихорадка неясного генеза	316
3.9.2. Длительный субфебрилитет	329
3.9.3. Периодические лихорадки	336
3.10. «Плохо растущий» ребенок	342
Список литературы	354

ДИАГНОСТИКА, ОБОСНОВАНИЕ И ФОРМУЛИРОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА ПРИ ОТДЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

В настоящей главе сохранены принципы подхода к выбору описываемой патологии, возникшие еще в ходе работы над первым изданием руководства (см. Введение). Однако круг заболеваний существенно расширен за счет таких клинических форм, как боль в спине, АГ, длительные лихорадки, включающие субфебрилитет и периодически возникающие, а также «плохо» растущий ребенок.

С какими ситуациями, требующими различных диагностических подходов, постоянно сталкиваются врач общей практики и педиатр в своей повседневной деятельности? Какие цели обычно преследует врач при назначении тех или иных диагностических мероприятий?

Ситуационные варианты в педиатрической практике

1. Жалоб нет, отклонений не выявляется. Такие ситуации регулярно возникают при проведении диспансеризации или при отрицательных результатах массового скрининга, например, дородового или неонатального. Отсутствие жалоб и отклонений при обследовании позволяет считать на данный момент индивида практически здоровым.

2. Есть жалобы, у ребенка выявляются отклонения, которые объясняют имеющиеся жалобы. Такая ситуация, характерная для симптомного (типичного) течения заболевания, обычно возникает при активном обращении больного к врачу по поводу каких-либо жалоб. Это наиболее благоприятная в силу своей определенности ситуация для клинициста. В таких случаях у врача есть

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений	5
Введение	8
Глава 1. Клинический диагноз в педиатрии. Общие положения	12
1.1. Терминология	12
1.2. Современные представления о клиническом диагнозе	15
1.2.1. Клинический диагноз с позиций полигенной природы заболеваний	16
1.2.2. Клинический диагноз с позиций доказательной медицины	21
Глава 2. Формулирование клинического диагноза	32
2.1. Требования к структуре, формулированию и оформлению клинического диагноза	32
2.2. Этапы построения клинического диагноза и возможные врачебные ошибки	41
2.2.1. Первичный контакт с больным	42
2.2.2. Трактовка данных проведенного дополнительного обследования	47
2.2.3. Установление клинического диагноза	53
2.3. Примеры некорректных клинических диагнозов, их анализ и рекомендации	64
Глава 3. Диагностика, обоснование и формулирование клинического диагноза при отдельных заболеваниях детского возраста	77
3.1. Заболевания детей раннего возраста	82
3.1.1. Пеленочный дерматит	83
3.1.2. Себорейный дерматит младенческого возраста	86
3.1.3. Младенческая регургитация	88
3.1.4. Младенческая колика	90
3.1.5. Функциональная диарея раннего возраста	92
3.1.6. Младенческая дисхезия	94
3.1.7. Функциональный запор у детей раннего возраста	95
3.1.8. Лихорадка без фокуса (очага инфекции)	97
3.1.9. Дефицит витамина D, недостаточное поступление кальция. Дефицитный рахит	103
3.2. Острые заболевания дыхательных путей	113
3.2.1. Острый стенозирующий ларинготрахеит (круп)	113
3.2.2. Острый бронхиолит	122
3.2.3. Внебольничная пневмония	127

3.3. Хронические заболевания дыхательной системы	140
3.3.1. Аллергический ринит	140
3.3.2. Бронхиальная астма	149
3.3.3. Хронический кашель	166
3.4. Крапивница и атопический дерматит	177
3.4.1. Крапивница	177
3.4.2. Атопический дерматит	187
3.5. Заболевания мочевыделительной системы	194
3.5.1. Инфекция мочевой системы	195
3.5.2. Гематурия	205
3.5.3. Протеинурия	213
3.6. Целиакия	222
3.7. Наиболее частые проявления хронической (рецидивирующей) боли у детей	232
3.7.1. Рецидивирующая головная боль	234
3.7.2. Рецидивирующая (хроническая) абдоминальная боль	254
3.7.3. Боль в спине	279
3.8. Артериальная гипертензия	288
3.9. Длительные лихорадки	315
3.9.1. Лихорадка неясного генеза	316
3.9.2. Длительный субфебрилитет	329
3.9.3. Периодические лихорадки	336
3.10. «Плохо растущий» ребенок	342
Список литературы	354

выбор того или иного тактического решения: лечить и наблюдать самому, направить на консультацию к узкому специалисту, госпитализировать пациента в общий или профильный стационар.

3. Жалоб нет, однако проведенное обследование выявляет у ребенка отклонения, свидетельствующие о высокой вероятности болезни. Такие ситуации характерны для латентно (асимптомно) протекающей патологии или для начальных (доклинических) стадий заболеваний. Они все чаще встречаются в практике педиатра благодаря эффективности проводимых скрининговых исследований, массовых или селективных.

4. Жалобы есть, отклонения при объективном обследовании и при проведении тех или иных тестов не выявляются. Или, по современным представлениям, выявленные при обследовании отклонения не объясняют имеющиеся жалобы. Такое сочетание характерно для большой группы патологии, обычно «очень любимой» педиатрами, а именно — для функциональных заболеваний и состояний.

Цели проведения диагностических мероприятий

Результаты тех или иных диагностических тестов позволяют практикующему педиатру уточнить или вообще пересмотреть вероятность того или иного заболевания, оцененную до проведения обследования, то есть так называемую априорную вероятность заболевания. Все назначаемые врачом исследования, как уже говорилось в разд. 1.2.2, должны проводиться по показаниям и отвечать на конкретные вопросы. При игнорировании этого положения проведение «широкого» диагностического поиска, обследования «методом трала», особенно без учета диагностической ценности того или иного теста и направленного на поиски маловероятной патологии, неизбежно приносит пациенту больше вреда, чем пользы. Часто в таких ситуациях положительные тесты, как уже говорилось, имеют ложноположительный характер, что приводит к дополнительному «витку» необоснованного обследования. В соответствии с законами биометрии чем больше врач провел обследований, тем больше отклонений он выявил у паци-

ента, что, естественно, и приводит к формулировкам ложных диагнозов [70].

Современная медицина требует эффективных, в том числе экономичных, подходов, выбор которых стал реальным при использовании методов и критериев доказательной медицины. В связи со сказанным при назначении тех или иных диагностических тестов врачу целесообразно ориентироваться на следующие показания.

- Подтверждение или исключение того или иного предварительного диагноза (диагнозов). В клинической практике это самая частая причина назначения различных исследований.
- Мониторинг медикаментозной терапии для оценки эффективности проводимого лечения. Например, периодическое определение уровня гемоглобина у ребенка, получающего терапию по поводу железодефицитной анемии, или оценка динамики гемограммы при воспалительных заболеваниях и пр.
- Раннее выявление возможных побочных эффектов заведомо токсичных лекарственных препаратов. При терапии дефицитного рахита (ДР) — это определение степени кальциурии, как маркера интоксикации препаратом витамина D, а при лечении эпилепсии антиконвульсантами — это мониторинг сывороточной концентрации препаратов и биохимических показателей функции печени и т.д.
- Наблюдение за хроническими больными с целью раннего выявления признаков обострения заболевания. Например, контрольные анализы мочи у больных с хронической инфекцией мочевыделительной системы.
- Мониторинг хронических больных с целью раннего выявления осложнений или прогнозирования течения заболевания. Например, регулярный контроль альбуминурии при сахарном диабете 1-го типа как маркера раннего развития диабетической нефропатии или периодический осмотр глазных сред офтальмологом при ювенильном идиопатическом артрите и пр.
- Выявление факторов риска развития патологии у детей с отягощенным семейным анамнезом. Например, фенотипирование

липидов у детей, в семьях которых имеют место случаи раннего развития стенокардии и инфаркта миокарда, или выявление маркеров развития сахарного диабета 1-го типа: антигенов HLA (DR3, DR4) и т.п. Определение предрасположенности к развитию ряда заболеваний полигенной природы путем выявления генов предрасположенности. Так, мутация (полиморфизм) генов *BRCA1* и *BRCA2*, выявляемая у практически здоровых лиц женского пола, означает очень высокий риск развития у них рака молочной железы (60–85%) и яичников (30–60%) до 55-летнего возраста. Своевременная идентификация этих генов у лиц с семейной отягощенностью позволяет эффективно проводить превентивные мероприятия.

- Проведение массового скрининга у практически здоровых пациентов. Например, пре- и неонатальный массовый скрининг или комплексное диспансерное наблюдение за детьми раннего возраста.

Семейному врачу, «неспециализированному» педиатру (автор относит себя к таковым), а также узкому специалисту зачастую приходится сталкиваться с ситуациями, порой не имеющими однозначного решения, создающими трудности и всегда ставящими са크раментальный вопрос: «Что делать?». На самом деле этот вопрос обычно состоит из двух. Первый заключен в положении: «Достаточно ли оснований для постановки диагноза, если нет, следует ли считать ребенка в настоящий момент практически здоровым?». Можно привести ряд примеров с однотипными вопросами со стороны родителей: «Что это было, какой вы нам поставите диагноз и какие медикаменты назначите?». Можно привести примеры.

Мама четырехмесячного мальчика обратилась к педиатру по поводу имевших место две недели назад двух эпизодов приступов выраженного беспокойства ребенка в вечернее и ночное время, по описанию похожих на проявления младенческой колики (МК).

У семилетнего мальчика 3 мес назад имели место два эпизода болей в животе, которые купировались самостоятельно.

С 16-летним подростком обратились по поводу выявленного 1 мес назад во время диспансеризации повышенного АД —

130/70 мм рт.ст. Дневник регулярного измерения давления в дальнейшем не велся.

Как часто читателю приходилось в случаях обращения к нему с теми или иными жалобами в анамнезе констатировать, что в настоящее время у ребенка нет признаков той или иной патологии и его следует считать соматически здоровым? Когда в последний раз в медицинской документации, не связанной с диспансеризацией и другими медосмотрами, вам приходилось в графе «Диагноз» записывать: «Практически здоров»? При этом, осознавая возможную реакцию со стороны самого пациента подросткового возраста, родителей ребенка, администрации учреждения и, конечно же, страховой компании. На самом деле ответ на первый сформулированный вопрос не является риторическим, он, помимо практической значимости, имеет и морально-этическую, и даже социальную подоплеку. Проводить обследование с минимальной и сомнительной эффективностью, с постановкой клинического диагноза или констатировать, что ребенок в настоящее время практически здоров, расширенного обследования и каких-либо режимных ограничений не требует. Всегда целесообразно учитывать, что установление диагноза хронического заболевания всегда приводит к введению ограничений для пациента, даже его дискриминации, неизбежно снижающих качество жизни ребенка. Принимая второе решение, педиатр вынужден брать на себя определенную ответственность, связанную в ряде случаев с непредсказуемостью исхода.

В последнее время стало очевидным, что современная клиническая медицина, включая педиатрию, стала базироваться на концепции отказа от избыточного обследования и лишней «диагностической стигматизации». Показано, что не всегда обоснованно сформулированный клинический диагноз хронической патологии может нанести ребенку гораздо больший вред, чем само заболевание [214]. Принцип «презумпции здоровья» стал играть заметную роль в современной медицине. В частности, нашей публикацией показан вред, наносимый детям и подросткам необоснованной формулировкой диагноза «хронический гастродуоденит» вместо общепринятого в мире термина «функциональная

диспепсия» [10]. «Навешивание», а правильнее сказать, «приклеивание» диагностических ярлыков нередко осуществляется с помощью качественного стойкого клея, спекулятивно именуемого «необходимостью и полезностью для ребенка дальнейшего диспансерного наблюдения». Важно помнить, что использование недостаточно обоснованного диагноза у ребенка в качестве некоего клейма может отрицательно сказаться на его последующей жизни, по крайней мере, в детстве и отрочестве, и даже иметь отдаленные социальные последствия, особенно когда идет речь о выборе будущей профессии.

Со вторым вопросом, на который приходится давать ответ, врач сталкивается гораздо чаще: «Как правильно сформулировать диагноз, если принято решение выносить его в медицинскую документацию?».

Ответы на эти вопросы можно получить, ориентируясь на показания к различным диагностическим подходам, предусмотренным современными клиническими рекомендациями, базирующимся на данных доказательной медицины, и на которые используются регулярные ссылки в этой главе. Главным преимуществом ориентирования на такие рекомендации является возможность даже молодому и малоискушенному врачу во многих случаях «принять оптимальное решение в ситуации неопределенности» и дать адекватный ответ на сформулированные выше вопросы.

3.1. ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

В этот раздел включены различные нозологические формы и состояния, с которыми педиатр сталкивается почти ежедневно, наблюдая детей раннего возраста. Формулировки диагнозов, а в ряде случаев и само понимание сути этих патологических состояний, используемые в отечественной педиатрии, нередко отличаются от тех, которые приняты во всем мире. В этой связи при пользовании современными международными источниками информации по больному ребенку первых лет жизни, в том числе размещенными на доступных веб-сайтах, педиатр сталкивается с определенными трудностями в их понимании и трактовке содер-

жания. Неменьшие сложности могут возникнуть у врача и при необходимости формулировки им клинического диагноза и кодирования его шифром МКБ-10.

В этом разделе представлен ряд относительно новых для отечественной практической педиатрии, но широко используемых в международной практике и приобретших для детей раннего возраста статус рабочего и клинического диагноза состояний, например, лихорадка без фокуса (очага инфекции). Это часто встречающееся в практике педиатра, в том числе отечественного, клиническое состояние ребенка требует особых диагностических, тактических и, что немаловажно, терапевтических подходов.

3.1.1. Пеленочный дерматит

Пеленочный дерматит — это механический, контактный дерматит, обусловленный совокупным действием различных местных факторов: мацерацией кожи (размягчение в результате мокнущия), трением и скольжением, а также воздействием аммиака мочи, протеаз и липаз стула, что в совокупности вызывает раздражение и повреждение кожи. Поражение кожи обычно ограничивается площадью подгузника. Заболевание может осложняться вторичной бактериальной или грибковой инфекцией [14, 218].

Пеленочный дерматит является самоизлечивающимся заболеванием. Встречается в возрастном диапазоне от 3 нед до 2 лет, наиболее часто в возрасте 9–12 мес. В отечественной педиатрии пеленочный дерматит до настоящего времени нередко обозначают как вариант «экссудативно-катарального диатеза (аномалии конституции)».

Код МКБ-10

L22 Пеленочный дерматит.

Включает: пеленочную эритему, сыпь; псориазоподобное высыпание, вызванное пеленками.

Классификационные подходы

Не предусмотрены. Можно классифицировать по распространенности (выраженности) патологического процесса.

Диагностические критерии

Диагностика пеленочного дерматита осуществляется врачом во время клинического осмотра и основывается на анализе выявленных симптомов.

Как правило, в неосложненных случаях нужды в каких-либо специальных лабораторных методах диагностики не возникает. Расширенного обследования могут потребовать нетипичное течение пеленочного дерматита или его осложнения в виде вторичного инфицирования. Так, при подозрении на псориаз или гистиоцитоз клеток Лангерганса показана консультация дерматолога. В таких случаях возможно проведение биопсии пораженных участков с последующим их морфологическим исследованием.

Дифференциальная диагностика

В большинстве клинических случаев при циклическом течении пеленочного дерматита необходимости в проведении дифференциальной диагностики не возникает.

При хронической персистенции, выходящей за рамки характерного для пеленочного дерматита возрастного диапазона, исключают дефицит цинка (энтеропатический акродерматит) и ряд других состояний, требующих дифференциальной диагностики (табл. 3.1).

Примеры формулировок диагнозов

Правильные формулировки

- Пеленочный дерматит, локализованный, неосложненный (L22).
- Пеленочный дерматит, обострение (L22).

Неправильные формулировки

- Контактный дерматит, обострение (L22).

Контактный дерматит не является синонимом пеленочного дерматита. Для контактного дерматита предусмотрены другие коды МКБ-10 — L23 или L24 в зависимости от его происхождения.

- Экссудативно-катаральный диатез (L30).

Данная терминология не предусмотрена МКБ-10. «Диатез» не может выполнять нозологическую функцию, так как

Таблица 3.1

Дифференциальная диагностика пеленочного дерматита [92, 218]

Критерий	Пеленочный дерматит	Контактный дерматит	Псориаз	Энтеропатический акродерматит, дефицит цинка	Гистiocитоз клеток Лангерганса
Возраст проявления	С 3 нед	Редко до 9–12 мес	В любом возрасте	2–6 мес	В любом возрасте
Состояние кожи в области подгузника	Диссеминированные эритематозные пятна и папулы	Четко ограниченная экзема	Четко отграниченные эритематозно-сквамозные бляшки	Диффузная эритема, затем эрозии, местами импетигинизация	Диссеминированные коричневые папулы, трещины в паховой и перианальной области
Экстрагенитальные поражения	При наложении кандидозной инфекции возможны сателлитные очаги в области бедер и живота	Редко	Волосистая часть головы, ушные раковины, пупок, колени, локти	Похожие очаги в периоральной области и на акральных участках	Волосистая часть кожи головы, область за ушами, складки кожи
Кожный зуд	Легкий или отсутствует	Выражен	Легкий	Незначительный или отсутствует	Сильно выражен
Суперинфекция	Часто (кандидозная)	Иногда (кандида, стафилококк)	Очень редко	Иногда (кандида, стафилококк)	Редко

является синонимом предрасположенности. Код L30 используют для обозначения различных клинических вариантов дерматитов, а не для шифрования предрасположенности.

3.1.2. Себорейный дерматит младенческого возраста

Младенческий себорейный дерматит (МСД) — это самоизлечивающееся заболевание, связанное с повышенной секрецией сальных желез. Кожные изменения в виде эритемы и жирowych чешуек локализуются в богатых сальными железами областях: волосяной части головы (гнейс), на лице (молочный струп), шее, в кожных складках [15, 43, 97].

Встречается почти у 70% детей первых 3 мес жизни [15].

Коды МКБ-10

L21 Себорейный дерматит.

L21.0 Себорея головы («чепчик младенца»).

L21.1 Себорейный детский дерматит.

P83 Десквамативная эритродермия Лейнера—Муссу.

Код L21.0 применим к изолированной форме заболевания, проявляющейся только гнейсом («чепчик младенца»).

Код L21.1 предназначен для форм с вовлечением кожных покровов. В нашей стране еще нередко для обозначения данного состояния используют термин «экссудативно-катаральная аномалия конституции (диатез)».

Код P83 применяют для обозначения редкой болезни Лейнера, которая может манифестировать еще в периоде новорожденности. Многие авторы считают ее не самостоятельной нозологией, а генерализованной формой себорейного дерматита.

Классификационные подходы

Выделяют три клинических варианта МСД:

- 1) себорейный дерматит волосистой части головы;
- 2) распространенный себорейный дерматит;
- 3) десквамативная эритродермия новорожденных Лейнера—Муссу (болезнь Лейнера).

Таблица 3.2

Характеристика различных типов младенческого себорейного дерматита

Характеристика	Младенческий себорейный дерматит волосистой части головы	Младенческий себорейный дерматит распространенный	Болезнь Лейнера
Частота	Очень часто	Часто	Очень редко
Клиническая картина	Гнейс	Вовлекаются в процесс кожа лица, шеи, заушная область, туловище	Генерализованный дерматоз с анемией и диареей
Сроки выздоровления	До 2-летнего возраста	До 2-летнего возраста	Всегда до 6-месячного возраста

Характеристика различных вариантов МСД представлена в табл. 3.2.

Диагностические критерии

Диагностика МСД осуществляется врачом во время клинического осмотра и основывается на анализе выявленных симптомов. Дополнительное лабораторное обследование обычно не требуется.

Дифференциальная диагностика

Нередко возникают сложности дифференцирования различных форм МСД от атопического дерматита. Дифференциальные критерии представлены в табл. 3.3 [15, 97].

Таблица 3.3

Дифференциальная диагностика младенческого себорейного дерматита и атопического дерматита

Характеристика	Себорейный дерматит	Атопический дерматит
Возраст начала	Обычно до 3-месячного возраста	Обычно после 3-месячного возраста
Течение	Проходит спонтанно, поддается лечению	Поддается лечению, но рецидивирует
Распространенность	Скальп, лицо, ушные раковины, шея, пах	Скальп, лицо, туловище, конечности, пах
Зуд	Не характерен	Всегда

Примеры формулировок диагнозов

Правильные формулировки

- Младенческий себорейный дерматит волосистой части кожи головы, период стихания (L21.0).
- Младенческий себорейный дерматит распространенный, начальный период (L21.1).
- Себорейный дерматит, генерализованная форма (болезнь Лейнера–Муссу), средней тяжести, период реконвалесценции (P83).

Неправильные формулировки

- Экссудативно-катаральный диатез (L30).
- Экссудативно-катаральная аномалия конституции (L30).

Приведенные выше формулировки уже не используются в современной мировой клинической педиатрии. Они также не предусмотрены МКБ-10.

3.1.3. Младенческая регургитация

Младенческая регургитация (МР) — это пассивный непроизвольный обратный заброс проглоченной пищи из желудка в пищевод и ротовую полость [41, 117, 174, 191]. Является проявлением неосложненного желудочно-эзофагеального рефлюкса у детей первых месяцев жизни [117, 191, 198].

Срыгивание часто встречается в грудном возрасте и регистрируется у более чем 2/3 практически здоровых детей первых 4 мес жизни [117, 174]. В качестве синонима для обозначения МС нередко используют термин «функциональное срыгивание».

Код МКБ-10

K21.9 Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита.

Данный код включает также эзофагеальный рефлюкс без дополнительных уточнений (БДУ).

Классификационные подходы

МР ранжируется по степени интенсивности срыгиваний. Балльная характеристика степени МР представлена в табл. 3.4.