Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K21, K21.0, K21.9 · Союз педиатров России, Общероссийская общественная организация "Российская ассоциация детских хирургов", Автономная некоммерческая организация "Общество детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов"

ГЭРБ у детей — это заброс желудочного или желудочно-кишечного содержимого в пищевод, который вызывает беспокоящие симптомы и/или осложнения. Рекомендация описывает диагностику по возрасту, ступенчатое лечение, критерии рефрактерного течения и показания к хирургии.

Главное

- Диагноз ГЭРБ устанавливают только при стойких пищеводных симптомах либо при четкой связи симптомов с эпизодами рефлюкса после исключения альтернативных диагнозов; одних неспецифических жалоб, особенно у детей раннего возраста, недостаточно.
- ГЭРБ подразделяют на неэрозивную и эрозивную формы; при эрозивной форме указывают стадию A–D по Лос-Анджелесской классификации. Возможны язва, кровотечение, стриктура, пищевод Барретта и другие осложнения.
- Тревожные признаки требуют проведения дифференциальной диагностики и выявления заболеваний со сходной клинической картиной: желчная, ночная или упорная рвота, стойкая дисфагия, гематемезис, потеря массы тела, задержка развития, увеличение живота, лихорадка и рецидивирующие бронхиты или пневмонии.
- Рефрактерной считают ГЭРБ без убедительной клинической и эндоскопической ремиссии после 4–8 недель лечения стандартной дозой ИПН.
- Диспансерные осмотры педиатром и/или гастроэнтерологом проводят не реже двух раз в год в течение 3 лет после последнего обращения; частота ЭГДС зависит от формы и тяжести эзофагита.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез с учетом возраста: у старших детей уточнить изжогу, регургитацию, отрыжку, боль за грудиной, дисфагию и внепищеводные симптомы; у младенцев — срыгивания, рвоту, нарушения кормления, прибавки массы и дыхательные нарушения. Одновременно проверить симптомы тревоги.
2. Провести полный физикальный осмотр, включая визуальный осмотр, пальпацию и аускультацию. Специфических физических признаков ГЭРБ нет. УУР С, УДД 5.
3. При рвоте и плохой прибавке массы выполнить общий анализ крови; дополнительно оценить pH крови, натрий, калий и хлориды для контроля водно-электролитного состояния. Детям до года также исследовать кал на скрытую кровь для дифференциальной диагностики. УУР С, УДД 5.
4. Провести ЭГДС при симптомах тревоги, для дифференциальной диагностики и оценки осложнений. Эрозивные дефекты слизистой при наличии симптомов подтверждают ГЭРБ; тяжесть эрозивного эзофагита оценивают по Лос-Анджелесской классификации.
5. Биопсию выполнять по показаниям — при подозрении на эозинофильный или другой эзофагит, болезнь Крона, пищевод Барретта и другие заболевания. Для достоверности берут не менее двух, предпочтительно четыре, биоптатов на расстоянии не менее 2 см выше Z-линии; рутинная биопсия только для диагностики ГЭРБ нецелесообразна. УУР В, УДД 3.
6. При подозрении на грыжу пищеводного отверстия диафрагмы сначала выполняют УЗИ верхних отделов ЖКТ с водно-сифонной пробой, затем рентгеноскопию желудка; при рефрактерной, неэрозивной ГЭРБ или стойких внепищеводных симптомах используют pH-метрию и/или pH-импедансометрию. Перед антирефлюксной операцией и при подозрении на нарушение моторики селективно проводят пищеводную манометрию.

Лечение

- Детям старше года с выраженными симптомами и эзофагитом среднетяжелой или тяжелой степени при неэффективности немедикаментозных мер назначают ИПН; детям старше года с пищеводными проявлениями ИПН — омепразол, эзомепразол или рабепразол — применяют в среднем 4–8 недель, а при подтвержденном эзофагите дольше. УУР С, УДД 5.

- Дозы ИПН: омепразол детям старше 2 лет — 1–4 мг/кг/сут, максимум 40 мг в два приема; эзомепразол детям старше года — 0,5 мг/кг на 1–2 приема, максимум 40 мг 1–2 раза в сутки; рабепразол с 12 лет — до 20 мг/сут. При увеличении лечения более 8 недель учитывают возрастающий риск метаболических, инфекционных и пищевых нарушений.
- Детям старше 6 лет рекомендуется совместно с ИПН эзофагопротекторная комбинация натрия гиалуроната и хондроитина сульфата на биоадгезивном носителе полоксамере 407: по 1 пакетику 10 мл после еды и на ночь. В клинических исследованиях эффективность оценивалась при применении в течение 4–5 недель. УУР С, УДД 5.
- При невозможности приема ИПН или противопоказаниях у детей старше 3 лет рекомендуется селективно использовать фамотидин 1 мг/кг/сут в течение 4–8 недель при рефлюкс-ассоциированном эрозивном эзофагите. Антациды используют преимущественно в виде геля или суспензии при изжоге для быстрого купирования болевых ощущений, но не длительно. УУР С, УДД 5.
- Прокинетики применяют селективно, по показаниям при задержке эвакуации желудочного содержимого и/или запоре. Дозы тримебутина: 3–5 лет — 25 мг 3 раза в сутки, 6–12 лет — 50 мг 3 раза в сутки, с 12 лет — 100–200 мг 3 раза в сутки; итоприд может применяться с 16 лет.
- Лапароскопическую фундопликацию, преимущественно по Ниссену, рассматривают при доказанной рефрактерной ГЭРБ, необходимости постоянной фармакотерапии, стриктуре, пищеводе Барретта, рецидивирующей аспирации, эпизодах апноэ, задержке физического развития или высоком риске осложнений при тяжелом основном заболевании. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- При дисфагии, потере массы тела, гематемезисе или рецидивирующей рвоте нужна срочная консультация детского хирурга.
- Неотложная госпитализация показана при повторяющихся эпизодах апноэ или обильном кровотечении из эрозий и язв пищевода.
- Детей со стриктурами, кровотечениями или пищеводом Барретта ведут совместно с детским хирургом; при подозрении на малигнизацию ребенка с пищеводом Барретта направляют к детскому онкологу.
- Для pH-метрии и pH-импедансометрии, доступных не во всех учреждениях, ребенка направляют в специализированный стационар или лечебно-консультативный центр.
- Круглосуточный стационар обычно не нужен; госпитализация в дневной стационар целесообразна для уточнения диагноза, коррекции терапии и реабилитации, за исключением осложненного течения и показаний к хирургическому вмешательству.

Частые вопросы

Какие симптомы у ребенка наиболее подозрительны на ГЭРБ?

У старших детей это изжога, регургитация, кислая отрыжка, боль за грудиной, дисфагия; возможны хронический кашель, ночные приступы удушья и эрозии эмали. У младенцев чаще наблюдаются стойкие срыгивания и рвота, нарушения кормления и плохая прибавка массы, но эти признаки неспецифичны.

Когда ребенку с подозрением на ГЭРБ нужна ЭГДС?

ЭГДС показана при симптомах тревоги, для дифференциальной диагностики и выявления осложнений. Эрозивные дефекты слизистой при наличии симптомов подтверждают ГЭРБ, но нормальная эндоскопическая картина диагноз не исключает.

Какие ИПН и в каких дозах применяют у детей?

Омепразол назначают старше 2 лет в дозе 1–4 мг/кг/сут, максимум 40 мг в два приема; эзомепразол — старше года по 0,5 мг/кг на 1–2 приема, максимум 40 мг 1–2 раза в сутки; рабепразол — с 12 лет до 20 мг/сут. Курс обычно составляет 4–8 недель, при подтвержденном эзофагите может быть дольше.

Когда при ГЭРБ нужна операция?

Фундопликацию рассматривают только при твердо подтвержденной ГЭРБ, если болезнь рефрактерна к стандартной терапии или вызывает жизнеугрожающие осложнения, рецидивирующую аспирацию, апноэ,

стриктуры, пищевод Барретта либо задержку физического развития. Перед операцией исключают причины симптомов, не связанные с ГЭРБ, и сопоставляют риск вмешательства с его пользой.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/402-gastroezofagealnaya-reflyuksnaya-bolezn-u-detej. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/402_2