Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь новорожденных

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: P78.8 · Автономная некоммерческая организация "Общество детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов", Общероссийская общественная организация содействия развитию неонатологии «Российское общество неонатологов»

ГЭРБ новорожденных — состояние, при котором заброс желудочного содержимого в пищевод вызывает беспокоящие симптомы и/или осложнения. Рекомендация описывает диагностику, поиск «красных флагов» и ступенчатое лечение: постуральная терапия, диетокоррекция, медикаментозная терапия и при показаниях хирургическая коррекция.

Главное

- ГЭРБ — патологическое состояние, при котором заброс содержимого желудка в пищевод приводит к появлению причиняющих беспокойство симптомов и/или развитию осложнений.
- Симптомы ГЭРБ неспецифичны: беспокойство и плач, плохой сон, низкие прибавки массы, регургитация/рвота, отказ от еды, гематомезис, кашель при кормлении, стридор, аспирация, апноэ, брадикардия, снижение сатурации крови.
- «Красные флаги» требуют исключать другую патологию: регургитация до 2 недель жизни, желчная/ночная/постоянная рвота, гематомезис или диарея с кровью, хроническая диарея, лихорадка, дизурия, судороги, выбухание родничка, плохие прибавки массы, дисфагия, рецидивирующая пневмония.
- Эндоскопическая оценка ГЭРБ с эзофагитом: I — очаговая эритема/рыхлость; II — тотальная гиперемия абдоминального пищевода с очаговым фибринозным налетом и возможными одиночными эрозиями; III — воспаление и эрозии с распространением на грудной отдел; IV — язвы или стеноз.
- Рекомендуемая постуральная терапия: кормить ребенка под углом 45–60°, ночью приподнимать головной конец кроватки на 10–15 см; перекармливание недопустимо. УУР С, УДД 4.
- Рутинные лекарства при неосложненном ГЭР не рекомендуются: эффективность и безопасность недостаточно подтверждены, у большинства младенцев симптомы проходят самостоятельно после 6 месяцев. УУР С, УДД 5.
- Наблюдение после диагноза проводят врач-педиатр и врач-гастроэнтеролог; последующее наблюдение составляет не менее 2 раз в год в течение 3 лет с момента последнего обращения. УУР С, УДД 5.

Диагностика

1. Собрать анамнез раннего неонатального периода и факторы риска: краниофациальные аномалии, аномалии дыхательных путей/диафрагмы/передней брюшной стенки/ЖКТ, патология нервной системы. Оценить дебют и динамику жалоб. УУР С, УДД 5.
2. Уточнить характер срыгиваний и рвоты: время появления, частоту, связь с кормлением, наличие желчи или крови, сопутствующие жалобы и темпы физического развития.
3. Провести визуальный терапевтический осмотр: оценить физическое развитие и целенаправленно искать симптомы тревоги. УУР С, УДД 5.
4. При рвоте и плохой прибавке массы выполнить развернутый общий анализ крови для исключения инфекции и выявления анемии. УУР С, УДД 4.
5. При интенсивной рвоте и плохой прибавке массы исследовать КОС и газы крови, лактат и аммиак крови для поиска метаболических нарушений. УУР С, УДД 4.
6. Выполнить ЭГДС для оценки поражения слизистой пищевода, осложнений и дифференциальной диагностики; особенно важна при гематомезисе, дисфагии, задержке прибавки массы или анемии. УУР С, УДД 5.
7. Если терапии нет эффекта, использовать уточняющие методы: биопсию пищевода, суточную внутрипищеводную pH-метрию или pH-импедансометрию; при подозрении на грыжу/анатомическую аномалию или рефрактерности с отсутствием убедительной клинической и эндоскопической ремиссии в течение 4–8 недель — рентгеноскопию пищевода с контрастированием. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Лечение включает немедикаментозные меры и диетотерапию, консервативную терапию и при показаниях хирургическую коррекцию; выбор зависит от причины рефлюкса, его степени и спектра осложнений.
- Постуральная терапия: кормить ребенка под углом 45–60°, ночью приподнимать головной конец кроватки на 10–15 см; перекармливание недопустимо. УУР С, УДД 4.
- Положение на животе и левом боку дома не используют, так как оно повышает риск синдрома внезапной смерти.
- Если постуральная терапия неэффективна, назначают антирефлюксные смеси с загустителями для уменьшения срыгиваний и рвоты. УУР С, УДД 5.
- Варианты АР-смесей: 1/2–1/4 объема кормления в конце каждого кормления; или 1–3 раза в день в объеме кормления; или полный суточный объем на 2–4 недели.
- Если за 2 недели нет эффекта от АР-смесей, применяют смесь на основе высокогидролизованного белка или аминокислотную смесь; при эффекте продолжают прием до 12 месяцев, но не менее 6 месяцев. УУР С, УДД 5.
- При неосложненном ГЭР ИПН не назначают рутинно. Эзомепразол применяют при выраженных симптомах ГЭРБ и эзофагите средне-тяжелой или тяжелой степени после неэффективности немедикаментозных мер: 0,5 мг/кг внутрь 1 раз в сутки, обычно 4–6 недель. УУР В, УДД 2.
- Фундопликация, предпочтительно лапароскопическая при отсутствии противопоказаний, показана при длительно сохраняющейся эндоскопической картине рефлюкс-эзофагита III–IV степени на фоне неоднократных курсов терапии, кровотечениях, стриктурах или сочетании с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация показана при симптомах, требующих неотложного вмешательства: дисфагии, потере массы тела, гематомезисе или рецидивирующей рвоте.
- Круглосуточный стационар обычно не нужен, кроме осложненного течения и показаний к хирургии.
- Для установления диагноза и коррекции терапии целесообразен дневной стационар; средняя длительность 10–14 дней.
- Выписка возможна при удовлетворительном состоянии, купировании симптомов ГЭРБ и положительной динамике или нормализации эндоскопической картины.
- После стационара ребенок наблюдается у педиатра и гастроэнтеролога; при сопутствующей патологии подключают профильных специалистов, включая детского хирурга.

Частые вопросы

Чем ГЭР отличается от ГЭРБ у новорожденного?

ГЭР — заброс содержимого желудка в пищевод, а ГЭРБ — патологическое состояние, при котором этот заброс вызывает беспокоящие симптомы и/или осложнения.

Какие симптомы заставляют думать о ГЭРБ?

Частые срыгивания или рвота на фоне выраженного беспокойства, нарушения сна и плохой прибавки массы. Также возможны отказ от еды, гематомезис, кашель при кормлении, стридор, аспирация, апноэ, брадикардия и снижение сатурации крови.

Когда при срыгиваниях нужно искать не ГЭРБ, а другую причину?

При раннем дебюте регургитации до 2 недель жизни, желчной, ночной или постоянной рвоте, гематомезисе, диарее или диарее с кровью, лихорадке, плохих прибавках массы, судорогах, выбухании родничка, дисфагии или рецидивирующей пневмонии нужна дифференциальная диагностика.

Нужно ли всем новорожденным с рефлюксом назначать ИПН?

Нет. При неосложненном ГЭР медикаменты рутинно не применяют из-за недостаточной эффективности и недостаточности данных по безопасности; кислотосупрессивную терапию не следует применять у недоношенных из-за риска серьезных побочных эффектов.

Когда показан эзомепразол и в какой дозе?

Эзомепразол применяют у новорожденных с выраженными симптомами ГЭРБ и эзофагитом средне-тяжелой или тяжелой степени, если немедикаментозные меры не помогли. Доза — 0,5 мг/кг внутрь 1 раз в сутки, средняя продолжительность терапии — 4–6 недель.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/950-gastroezofagealnaya-reflyuksnaya-bolezn-novorozhdennyh. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/950_1