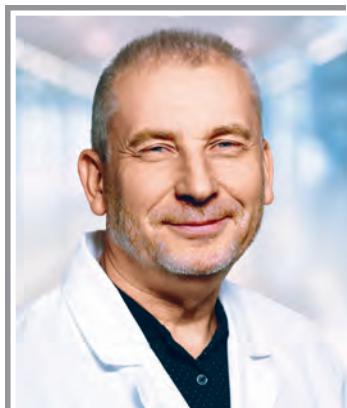




ИНТЕРВЬЮ С МАКСИМОМ МИХАЙЛОВИЧЕМ ЛОХМАТОВЫМ

Лохматов Максим Михайлович – д.м.н., заведующим отделением эндоскопических исследований ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, профессором кафедры детской хирургии и урологии-андрологии им. Л.П. Александрова Клинического института детского здоровья ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России



INTERVIEW WITH MAXIM M. LOKHMATOV

– Максим Михайлович, добрый день!

Не секрет, что Ваш эндоскопический стаж 29 лет, и Вы являетесь экспертом, как во взрослой, так и, особенно, в детской эндоскопии. Скажите, пожалуйста, какие, по Вашему мнению, отличия в эндоскопическом осмотре этих возрастных категорий?

– Во-первых, информированное добровольное согласие на исследование эндоскописты, работающие в педиатрии, получают преимущественно не у ребёнка, а у его законных представителей (родителей); с возраста 15 лет

ребёнок имеет право самостоятельно соглашаться или отказываться от процедуры. И мы несём ответственность не только перед ребёнком, но и перед его родителями, бабушками, дедушками и другими родственниками.

Эндоскопист, который проводит исследование у детей, дополнительно должен знать: анатомо-физиологические особенности строения органов пищеварительной и дыхательной систем и нормальную эндоскопическую картину в различные возрастные периоды – во избежание гипердиагностики. Показания к исследованиям у детей отличны от взрослых. Существуют особенности подготовки к исследованиям у детей (видеокапсульная эндоскопия, колоноскопия). Важно знать технические особенности, такие как: выбор эндоскопа, техника выполнения исследования. И, конечно, следует помнить об особенностях психологии и поведения ребенка и его родителей в стрессовой/неприятной ситуации, принципы взаимодействия с ними, что наиболее значимо при выполнении исследований без наркоза.

– Я знаю, что ранее эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта проводилась

в педиатрической практике без применения местной анестезии. Так ли это и осталось, с чем это связано и какие изменения есть в этом направлении?

– Я убеждён, что ребёнок не должен присутствовать на эндоскопическом исследовании. Поэтому подавляющее большинство исследований в нашем отделении проводятся под наркозом. Но остаётся небольшой процент детей, которым проводятся эндоскопическое исследование без общей анестезии (при наличии серьёзных противопоказаний к наркозу). В таком случае используется лидокаин-спрей.

– Скажите, пожалуйста, как часто и при какой патологии проводится эндоскопия новорожденным?

– Как правило, это подозрение на пороки развития ЖКТ и трахеобронхиального дерева. В результате применения новейших технологий в современной медицине, возможна постановка диагноза ещё



EDN: ERLLVY

Информация о конфликте интересов: конфликт интересов отсутствует.

Для цитирования: Интервью с Максимом Михайловичем Лохматовым. Клиническая эндоскопия. 2026;68(2):5-7. doi: 10.31146/2415-7813-endo-68-2-5-7.

Information on conflicts of interest: there is no conflict of interest.

For citation: Interview with Maxim M. Lokhmatov. Filin's Clinical endoscopy. 2026;68(2):5-7. (in Russ.) doi: 10.31146/2415-7813-endo-68-2-5-7.

до рождения ребёнка. Поэтому эндоскопия зачастую является уточняющим, а в некоторых ситуациях – и лечебным методом.

– Как часто встречаются пороки развития ЖКТ и трахеобронхиального дерева у детей и какие эндоскопические процедуры выполняются при этом?

– Частота встречаемости атрезии пищевода составляет 1: 3000–1: 5000 новорождённых и часто сочетается с наличием трахеопищеводного свища. Изолированный трахеопищеводный свищ встречается редко. Сочетанные пороки при атрезии пищевода нередки и встречаются с частотой до 60%.

В нашем отделении выполняются эндоскопические диагностические и лечебные манипуляции у детей: оперированных по поводу атрезии пищевода с формированием эзофагоэзофагоанастомоза или с применением колоэзофагопластики; при врождённом стенозе трахеи (редком жизнеугрожающем заболевании, сопровождающимся развитием тяжёлой дыхательной недостаточности у детей) – трахея представлена полными хрящевыми кольцами; при мембранах желудочно-кишечного тракта, незавершённом повороте кишечника и др. И часто требуется мультидисциплинарный подход в диагностике и лечении таких детей.

– Насколько значима лечебная роль эндоскопии в педиатрии?

– Уровнем эндоскопического отделения Федерального центра является не только диагностика, но и выполнение высокотехнологичных миниинвазивных оперативных вмешательств. К ним относятся: применение эндоскопических методик, видеокапсульных эндоскопических исследований, ретроградных холангиопанкреатических вмешательств, подслизистых и туннельных диссекций, выполнение внутрипросветных оперативных вмешательств в глубоких отделах тонкой кишки (баллонная энтероскопия у детей различного возраста) и другие. А также я вижу большое будущее у методики использования искусственного интеллекта в эндоскопии.

– Насколько отличается эндоскопическая картина желудка у детей и взрослых и на что Вы бы рекомендовали обращать внимание «взрослым» эндоскопистам, когда волею случая приходится осматривать детей с диагнозом «гастрит»?

– Я считаю, что «детских эндоскопистов» не существует. Есть эндоскописты, которые преимущественно работают с детьми. Поэтому знание анатомо-физиологических особенностей детей должно быть у всех врачей-эндоскопистов. У детей существуют

анатомо-физиологические особенности кардиоэзофагеального перехода, такие как: физиологическая недостаточность нижнего пищеводного сфинктера; желудок у детей разного возраста также имеет свои особенности. Например, у новорождённых он небольшого размера с бледной слизистой оболочкой, прослеживающимся сосудистым рисунком, не выраженной складчатостью. И при гиперинсуффляции воздуха может произойти разрыв слизистой оболочки желудка с соответствующими осложнениями. У детей 1–6 лет сформированы отделы желудка, слизистая оболочка достаточно яркая, чётко определяется граница между телом и антральным отделом. У подростков часто встречается физиологический гастроптоз, вытянутая или «каскадная» форма желудка. И такие особенности есть в каждом отделе желудочно-кишечного тракта. Например, эндоскописты, работающие со взрослыми пациентами, лимфофолликулярную гиперплазию в дистальном отделе подвздошной кишки зачастую принимают за новообразования, что может привести к ошибочной диагностике и, как следствие, психологической травме ребёнка и родителей.

– Эндоскопы какого диаметра вы используете наиболее часто в своей практике?

– Диаметр эндоскопа выбирается в зависимости от возраста ребёнка. Например, у детей раннего возраста используются гастроскопы диаметром 5 мм. У детей от 8 до 15 лет мы преимущественно используем эндоскопы диаметром 9 мм. В более старшем возрасте можно использовать «взрослые» эндоскопы. Например, использование ультратонкого эндоскопа у детей старшей возрастной группы может привести к некачественной диагностике, поскольку данный эндоскоп не позволяет хорошо расправить складки и, как следствие, провести качественную эндоскопическую визуализацию органа большого диаметра. И, наоборот, большой диаметр эндоскопа у детей раннего возраста может привести к перфорации и другим осложнениям.

– Какие фармакопрепараты для подготовки толстой кишки у детей наиболее предпочтительны?

– К сожалению, на сегодняшний день мы не можем похвастаться разнообразием препаратов для подготовки детей к колоноскопии. Это большая проблема. Единственный препарат, разрешённый у детей с года – пикосульфат натрия+цитрат магния. Но, как показывает практика, 100%-ной подготовки мы не получаем. Главным образом из-за того, что дети имеют особенность не выполнять полностью рекомендации. Заслуживает внимания двухэтапная подготовка, но она ограничена в применении у детей раннего возраста из-за физиологических особенностей.

– Какие психологические аспекты наиболее важны для создания оптимального комплайенса при работе с маленькими пациентами и их родителями?

– Эндоскопическое отделение, где выполняют исследования детям, должно быть как можно больше не похоже на больничное помещение (хорошо бы иметь релакс-зону, игрушки...). Также важно беседовать как с мамой, так и с ребёнком. Необходимо найти подход к маленькому пациенту. Может быть даже найти общую тему для разговора во время исследования. И, поверьте мне, это очень нелегко. В нашем отделении такое исследование, как ректороманоскопия, проводится в присутствии одного из родителей (по выбору

ребёнка). Для достижения хорошего комплайенса также очень важна помощь опытной мед. сестры. Но повторю ещё раз, на мой взгляд, ребёнок не должен присутствовать на эндоскопическом обследовании. То есть они должны проводиться под наркозом.

– Максим Михайлович, спасибо огромное за такой подробный ответ на наши вопросы.

Редакция журнала «Клиническая эндоскопия» искренне желает Вам дальнейших творческих успехов, терпения, доброты и неиссякаемого оптимизма в Вашей крайне ответственной работе и, конечно, в жизни.