

А.И. Лёнюшкин, И.В. Киргизов

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Новая концепция этиопатогенеза хронических запоров у детей и принципы их лечения

НА ОСНОВАНИИ ИЗУЧЕНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОГО ОСТОВА (СТО) И ГЛАДКОЙ МУСКУЛАТУРЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НА АУТОПСИЙНОМ МАТЕРИАЛЕ, А ТАКЖЕ АНАЛИЗА БОЛЕЕ 2000 КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ АВТОРЫ ВЫДВИГАЮТ НОВУЮ КОНЦЕПЦИЮ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗА ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ, ТРАКТУЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ КАК СЛЕДСТВИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИ ДЕТЕРМИНИРОВАННОГО СОСТОЯНИЯ СТО. РАССМАТРИВАЮТСЯ ПРИНЦИПЫ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ И ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ХРОНИЧЕСКИЙ ЗАПОР, ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ, ЛЕЧЕНИЕ, ЛАКТУЛОЗА, ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО, ДЕТИ.

Контактная информация:

Ленюшкин Алексей Иванович,
доктор медицинских наук,
профессор, заслуженный деятель науки
РФ, главный научный сотрудник
хирургического отделения Научного центра
здоровья детей РАМН
Адрес: 119991, Москва,
Ломоносовский проспект, д. 2/62,
тел. (495) 134-04-09
Статья поступила 03.05.2006 г.,
принята к печати 27.07.2006 г.

В последнее время заметно возрос интерес к проблемам педиатрической гастроэнтерологии. Среди последних особое место занимают хронические запоры: несмотря на то, что их изучают на протяжении многих десятилетий, эта проблема не теряет актуальности и в настоящее время. Среди пациентов, госпитализированных в отделения гастроэнтерологического профиля, на больных с хроническими запорами приходится 10–25% [1–3].

Авторитетные отечественные и зарубежные педиатры и детские хирурги систематизировали многочисленные причины хронических запоров [3–7], что позволило разработать и внедрить в практику алгоритмы диагностики, лечения и профилактики рассматриваемой патологии. Тем не менее, до сих пор сохраняются существенные разногласия в трактовке запоров; рецидивы заболевания после консервативного и оперативного лечения наблюдаются в 10–30% случаев [8, 9]. В наибольшей степени вышесказанное относится к так называемым «функциональным нарушениям» деятельности толстой кишки («функциональный запор», «идиопатический мегаколон», «инертная ободочная и прямая кишка» и др.), которые всё чаще попадают в сферу компетенции хирургов. Доминирующие представления о первичности патологии в нервных сплетениях стенки толстой кишки при колостозах основываются на наблюдениях диспластических изменений в нервных ганглиях (гипер-, гипоганглиозов и дисганглиозов) [10, 11]. С другой стороны, в 30% случаях «мегаколона» при тщательном исследовании выявить морфологически значимые изменения в интрамуральных нервных ганглиях толстой кишки не удаётся [12]; кроме того, морфологически подтверждённые случаи гипоганглиоза и других диспластических изменений нервных клеток не всегда носят врождённый характер [13].

Римский консенсус II [14] определил функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта как комбинации хронических и рецидивирующих симптомов, не объясняемых структурными или биохимическими изменениями нервной системы. Таким образом, согласно Римской классификации II, к функциональным нарушениям деятельности толстой кишки относят *запор, обусловленный замедленным кишечным транзитом, этиология которого остаётся невыясненной*.

A.I. Lyonyushkin, I.V. Kirgizov

Scientific Center of Children's Health, Russian Academy
of Medical Sciences, Moscow

New concept of etiopathogenesis of infant's chronic constipation and treatment principles

BASING UPON THE STUDY OF CONJUNCTIVE TISSUE FRAME AND UNSTRIPED MUSCLES OF COLON FROM AUTOPSY MATERIAL, AS WELL AS ANALYSIS OF OVER 2000 CLINICAL OBSERVATIONS THE AUTHORS SET FORTH A NEW CONCEPT OF ETIOPATHOGENESIS OF INFANT'S CHRONIC CONSTIPATIONS BY INTERPRETING THE FUNCTIONAL DISORDERS AS A CONSEQUENCE OF GENETICALLY DETERMINED STATUS OF CONJUNCTIVE TISSUE FRAME. PRINCIPLES OF CONSERVATIVE THERAPY AND INDICATIONS TO SURGERY CORRECTION ARE CONSIDERED.

KEY WORDS: CHRONIC CONSTIPATION, ETIOLOGY AND PATHOGENESIS, TREATMENT, LACTULOSE, SURGICAL INTERVENTION, CHILDREN.

Между тем, в доступной литературе мы не обнаружили работ, посвящённых углублённому и целенаправленному изучению соединительнотканного остова (СТО) и гладкой мускулатуры толстой кишки, обеспечивающих пропульсивную функцию органа в период его роста, в то время как установленная функциональная перемежающаяся активность мышечно-соединительнотканного комплекса толстой кишки может быть определяющим фактором нарушений кишечного транзита [15]. Всё отмеченное выше послужило основанием для проведения наших исследований, цель которых заключалась в выявлении морфологических предпосылок возникновения и формирования хронического колостаз у детей на основе изучения особенности строения опорно-сократительного комплекса толстой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Общее исследование СТО и гладкой мускулатуры толстой кишки человека выполнено на трупном материале, полученном при судебно-медицинских вскрытиях. Применён комплекс методов, включающий в себя лапарометрические, органомерические и морфологические исследования. Для морфологического исследования применяли следующие методы: макро- и микроскопическое препарирование, окраску срезов по Ван-Гизону, Вейгерту, Карупу, гематоксилин-эозином, толуидиновым синим (рН 2,8–4,6), ШИК-реакцией. На гистологических препаратах изучали размеры, расположение, взаимоотношения друг с другом волокон соединительной ткани, фибробластов и гладкомышечных клеток. При помощи окулярной сетки определяли объём соединительной ткани и гладкомышечных клеток. Изучено 197 препаратов толстой кишки детей различных возрастных групп (табл. 1).

В клинических условиях обследованы более 2000 пациентов в возрасте от раннего детского до подросткового,

страдающие хроническими запорами, 25 из них с декомпенсированным колостазом прооперированы. Препараты удалённых участков кишечника подвергнуты морфологическому исследованию с помощью перечисленных выше методов. Всем больным проведено рентгеноконтрастное исследование толстой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам лапаро- и органомерических исследований нами выделены три варианта расположения ободочной кишки в брюшной полости, условно обозначенные как П-, Л- и М-формы. Первую форму (рис. 1а) можно охарактеризовать как классическую, в наибольшей степени соответствующую названию «ободочная кишка». Вторая форма (рис. 1б) отличается высоким расположением слепого, восходящего и поперечного отделов кишки. Для третьей формы (рис. 1в) характерно низкое расположение слепой и восходящей, а иногда и нисходящей ободочной кишки; при этом поперечная ободочная провисает до уровня пупка и ниже. Указанные формы отличаются друг от друга не только внешним видом, но и относительным соотношением различных отделов, причём сигмовидная ободочная кишка наиболее вариабельна в любом случае. Изучение строения ободочной кишки в различные возрастные периоды показало, что указанные формы можно дифференцировать начиная с 4-летнего возраста (табл. 2).

В период новорождённости во всех случаях ободочная кишка имеет Л-форму, для которой характерная грушевидная форма живота с расширением в верхнем этаже. В стенке различных отделов кишки достаточно хорошо морфологически прослеживаются отличительные черты строения гаустр и лент. Морфологическое и морфометрическое исследование показало, что соединительная ткань серозной, мышечной, подслизистой оболочек ободочной кишки уже в этом возрасте, переходя из слоя в слой, постепенно образует единый СТО, окончательно формирующийся в подростковом возрасте. Соединительная ткань каждой оболочки отличается архитектоникой, размерами, качественным и количественным составом волокнистых элементов, относительным объёмом основного вещества, количеством и формой фибробластов, гладкомышечных клеток; содержание гликозаминогликанов (ГАГ) составляет 2–3 балла, гликопротеинов (ГП) — 2–3 балла. Строение и выраженность соединительнотканых и гладкомышечных структур в стенке кишки не одинаковы в различных её отделах. В частности, объём волокнистых структур и гладкомышечных клеток меньше в стенке поперечного отдела ободочной кишки.

Таблица 1. Распределение секционного материала по возрастным периодам

Возрастной период	Количество исследованных препаратов
Новорождённые	18
Ранний детский возраст (1–3 года)	73
Дошкольный возраст (4–6 лет)	38
Школьный возраст (7–10 лет)	39
Подростковый возраст (11–16 лет)	39
Всего	197

Рис. 1. Схематическое изображение вариантов формы ободочной кишки:

а — П-форма;
б — Л-форма;
в — М-форма

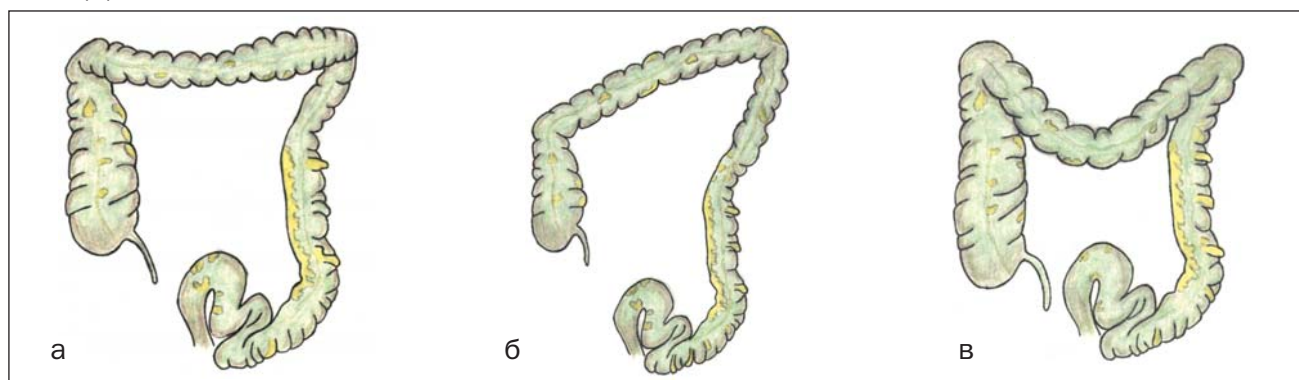


Таблица 2. Частота вариантов расположения ободочной кишки в различные возрастные периоды

Возрастной период	Частота, %		
	Л-форма	П-форма	М-форма
Новорождённые	100	–	–
Ранний возраст	60,8	39,2	–
Дошкольный возраст	53,1	28,5	18,4
Школьный возраст	48,7	28,2	23,0
Подростковый возраст	28,2	48,7	23,0

У детей раннего возраста ободочная кишка может иметь как Л-форму, так и П-форму, причём у девочек последнюю наблюдают чаще (77,2%). Изучение динамики роста толстой кишки в этот период показало, что при Л-форме отмечается увеличение длины ободочной кишки в поперечном и сигмовидном отделах, в то время как при П-форме преимущественно увеличиваются размеры восходящего и сигмовидного отдела, а также прямой кишки. При изучении СТО и гладкой мускулатуры в этот возрастной период установлено, что количество коллагеновых ($21,2 \pm 1,3\%$) и эластических ($3,4 \pm 0,1\%$) волокон увеличивается в 1,5–2 раза по сравнению с периодом новорождённости. В основном веществе содержание ГАГ повышается до 5 баллов, ГП — снижается до 2 баллов.

В ранний детский и дошкольный возраст происходит значительный рост толстой кишки. В этот период начинают дифференцироваться уже все три формы ободочной кишки. Толщина стенки по сравнению с предыдущим возрастными периодами увеличивается в 2 раза во всех отделах ($p < 0,05$); в серозной, подслизистой и мышечной оболочках объём коллагеновых волокон увеличивается в 1,7 раза ($37,4 \pm 1,5\%$), эластических — в 1,5 раза ($5,1 \pm 0,9\%$). В то же время количество гладкомышечных клеток в мышечной оболочке остаётся стабильным. В основном веществе содержание ГАГ высокое, ГП — низкое.

В школьном возрасте рост отделов ободочной кишки замедляется. Количество стромы в этот период остаётся стабильным ($39,3 \pm 2,9\%$), однако объём гладкой мускулатуры увеличивается в 1,2–1,3 раза ($39,3 \pm 2,1$) по сравнению с дошкольным возрастом ($p < 0,05$). В основном веществе содержание ГП высокое (4–5 баллов), ГАГ — низкое (2–3 балла).

В подростковом возрасте вновь происходит интенсивный рост ободочной кишки, при этом её различные отделы увеличиваются неравномерно. Так, при Л- и М-формах преимущественно увеличиваются размеры нисходящего и поперечного отделов ободочной кишки, а при П-форме — поперечного и восходящего. Одновременно в этих же отделах значительно увеличивается толщина стенки кишки (в 2 раза) и возрастает количество гладкомышечных клеток. Количество соединительнотканых структур остаётся стабильным или увеличивается незначительно (10–12%). В основном веществе содержание ГП высокое (4–5 баллов), ГАГ — низкое (2–3 балла).

В подростковом возрасте окончательно дифференцируются все три формы ободочной кишки и формируются морфологические различия отделов органа.

За эталон нормы мы приняли соотношение элементов СТО и гладкомышечных клеток в поперечной ободочной кишке при её П-форме (рис. 2).

Для Л-формы (рис. 3) характерен «мышечный» тип строения стенки: количество гладкомышечных клеток и эласти-

Рис. 2. П-форме ободочной кишки (а) соответствует овоидная форма живота (б). На диаграмме (в) представлен относительный состав элементов СТО и гладкомышечных клеток стенки поперечной ободочной кишки; микрофотография соединительно-тканых пучков подслизистого слоя (г) у мальчика 13 лет (растровая электронная микроскопия, увеличение $\times 200$)

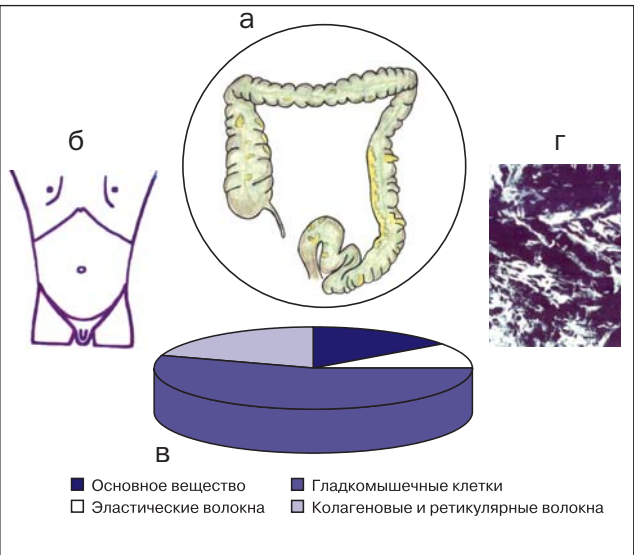


Рис. 3. Л-форме ободочной кишки (а) соответствует грушевидная форма живота с основанием, расширенным кверху (б). На диаграмме (в) представлен относительный состав элементов СТО и гладкомышечных клеток стенки поперечной ободочной кишки; микрофотография соединительнотканых пучков подслизистого слоя (г) у девочки 14 лет (растровая электронная микроскопия, увеличение $\times 200$)

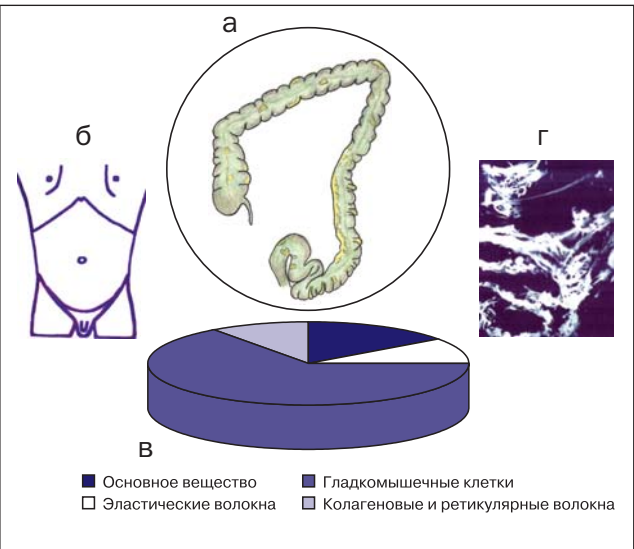
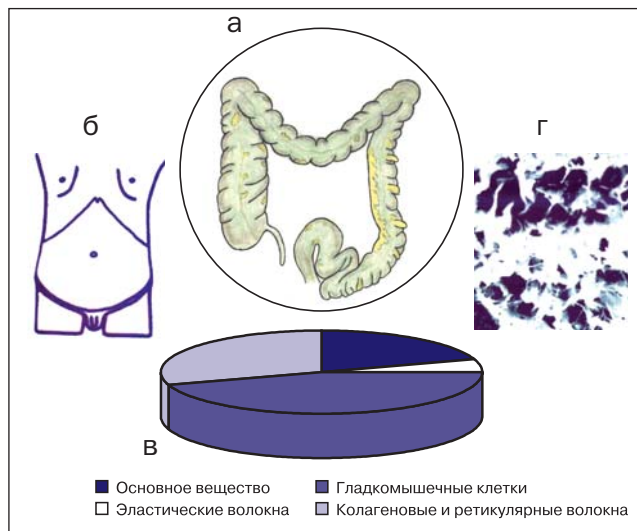


Рис. 4. М-форме ободочной кишки (а) соответствует грушевидная форма живота с основанием, расширенным книзу (б). На диаграмме (в) представлен относительный состав элементов СТО и гладкомышечных клеток стенки поперечной ободочной кишки; микрофотография соединительнотканых пучков подслизистого слоя (г) у мальчика 14 лет (растровая электронная микроскопия, увеличение $\times 200$)



ческих волокон в серозной, подслизистой и мышечной оболочках слепого, поперечного и сигмовидного отделов повышено на 20–30% по сравнению с П-формой.

Для М-формы (рис. 4) характерен «стромальный» тип строения стенки: содержание ретикулярных и коллагеновых волокон в серозной, подслизистой и мышечной оболочках повышено на 25–30% по сравнению с П-формой.

Таким образом, проведённые исследования свидетельствуют, что морфологические отличия вариантов формы ободочной кишки начинают проявляться с 4-летнего возраста и окончательно формируются к 16–17 годам. Период роста ободочной кишки характеризуется неравномерностью не только в возрастном аспекте, но и по структурно-морфологическим особенностям различных отделов, свойственных каждой из выделенных форм.

В ходе клинического обследования более чем 2000 пациентов с различными формами хронического толстокишечного стаза установлено, что наиболее часто заболевание первоначально проявляется у детей дошкольного и школьного возраста. Наблюдалось преимущественно компенсированное и субкомпенсированное течение хронических запоров. Комплекс антропометрических, морфометрических и рентгенологических показателей свидетельствует, что при хронических запорах в 85% случаев ободочная кишка имеет М-форму, для которой характерна преимущественно грушевидная форма живота с основанием, расширяющимся в нижних отделах. Выше мы отметили, что для указанной формы характерен «стромальный» тип строения толстой кишки с наибольшим содержанием элементов соединительной ткани.

У 25 (1,5%) пациентов с декомпенсированным течением колостаз консервативное лечение было неэффективным, прогрессировали явления хронической кишечной непроходимости, что в дальнейшем обусловило необходимость оперативной коррекции. При лапарометрическом исследовании данной группы больных в 100% случаев выявлена грушевидная форма живота, расширяющаяся книзу. Морфологическое исследование удалённых препаратов из сигмовидного отдела толстой кишки позволило констатировать, что в подслизистой и мышечной оболочках ярко выражен склероз (значительное количество толстых

пучков коллагеновых и ретикулярных волокон). Наиболее грубые изменения выявлены в мышечной оболочке, где объём коллагеновых и ретикулярных волокон составил $23,1 \pm 2,7$ и $26,4 \pm 3,1\%$ соответственно, а содержание гладкомышечных клеток уменьшилось до $19,1 \pm 1,2\%$ (табл. 3). Одновременно прослеживалась очаговая дистрофия гладкомышечных клеток с уменьшением их диаметра до 2 мкм, а также увеличение интервала как между отдельными клетками, так и их пучками, причём промежутки были заполнены элементами соединительной ткани (рис. 5). Выявленные количественные показатели строения мышечной оболочки ободочной кишки можно трактовать как «критические факторы», при которых пульсильная функция органа значительно снижена и не

Рис. 5. а — микрофотография поперечного среза стенки сигмовидной кишки, удалённой при операции у девочки 14 лет; 1 — коллагеновые волокна; 2 — гладкомышечные клетки; б — диаграмма относительного состава элементов мышечной оболочки стенки поперечной ободочной кишки у той же больной

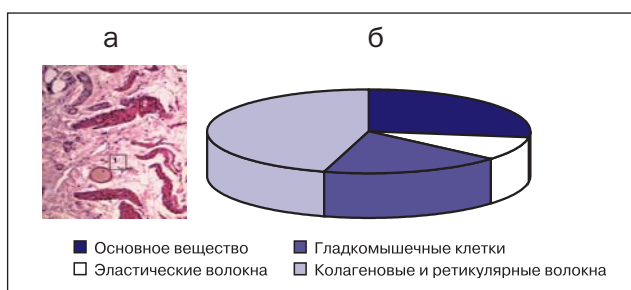


Таблица 3. Соотношение элементов СТО и гладкомышечных клеток в резецированных участках сигмовидной кишки у детей при декомпенсированном колостазе (n = 25)

Элементы кишечной стенки	Содержание, %
Серозная оболочка	
Коллагеновые волокна	$52,1 \pm 2,2$
Эластические волокна	$12,2 \pm 1,5$
Фибробласты	$10,6 \pm 2,1$
Основное вещество	$26,6 \pm 2,2$
Продольный мышечный слой	
Ретикулярные волокна	$24,3 \pm 2,2$
Коллагеновые волокна	$21,3 \pm 2,7$
Эластические волокна	$2,1 \pm 0,5$
Гладкомышечные клетки	$21,6 \pm 1,2$
Основное вещество	$29,1 \pm 3,1$
Циркулярный мышечный слой	
Ретикулярные волокна	$26,4 \pm 3,1$
Коллагеновые волокна	$23,1 \pm 2,7$
Эластические волокна	$1,8 \pm 0,7$
Гладкомышечные клетки	$19,1 \pm 1,2$
Основное вещество	$30,3 \pm 2,5$
Подслизистая оболочка	
Коллагеновые волокна	$56,1 \pm 2,6$
Эластические волокна	$11,2 \pm 2,5$
Фибробласты	$8,4 \pm 1,9$
Основное вещество	$24,1 \pm 2,1$

ДЮФАЛАК®

лактолоза

- Показан при печеночной энцефалопатии при гепатитах и циррозах
- Эффективен при запорах различной этиологии
- Безопасен для грудных детей и беременных женщин



**SOLVAY
PHARMA**

119334, Москва, ул. Вавилова, 24, этаж 5
тел.: (495) 411-6911, факс: (495) 411-6910
E-mail: info@solvay-pharma.ru
[Http://www.solvay-pharma.ru](http://www.solvay-pharma.ru)
[Http://www.mucoviscidos.ru](http://www.mucoviscidos.ru), [Http://www.gastrosite.ru](http://www.gastrosite.ru)

обеспечивает достаточного пассажа толстокишечного содержимого.

При сравнении количественных показателей строения стромы и мышечных элементов в стенке толстой кишки в условиях нормы и патологии, мы установили, что антропометрические, морфометрические и морфологические параметры М-формы ободочной кишки наиболее близки к таковым при функциональном «мегаколоне» (функциональных запорах), что позволяет сформулировать новую концепцию этиопатогенеза функционального колостаз. Полученные нами результаты позволяют трактовать функциональные нарушения деятельности толстой кишки (колостаз) как следствие генетически детерминированного состояния СТО стенки толстой кишки, присущего людям с определённым типом строения ободочной кишки, а именно её М-формой по нашему определению.

Указания на роль генетической предрасположенности к запорам (колостазу) присутствуют и в специальной литературе. В частности, Л.Н. Цветкова [3] ставит наследственную предрасположенность на первое место среди наиболее частых причин запоров у детей грудного возраста.

Проведённые нами исследования позволили выявить вариант «стромального» строения стенки толстой кишки, характерный для больных с толстокишечным стазом и лиц с «М-формой» ободочной кишки и грушевидной формой живота с расширением нижних отделов. Неравномерность роста отделов ободочной кишки в различные возрастные периоды соответствует особенностям органной и типовой специфичности строения мышечно-соединительнотканного комплекса стенки органа и являются предпосылкой возникновения толстокишечного стаза у детей. Практическая значимость данного факта состоит в том, что эти пациенты могут составить «группу риска» в плане развития декомпенсированных форм толстокишечного стаза.

У больных с хроническим толстокишечным стазом меняются соотношения мышечно-стромальных элементов в стенке толстой кишки, что сопровождается снижением её пропульсивной функции. Указанные изменения характеризуются резким сокращением количества гладкомышечных клеток и формированием склероза за счёт значительного развития коллагеновых и ретикулярных волокон. Критические показатели, при которых пропульсивная функция органа резко нарушается, включают снижение количества мышечных клеток до 20%, эластических волокон — до 2%, а так же высокое содержание элементов стромы — 50%. Установленные закономерности могут быть использованы в качестве прогностических критериев у детей с хроническими запорами.

В заключение кратко коснёмся тактики лечения запоров. С учётом наших данных, изложенных выше, а также прини-

мая во внимание сообщения других авторов, прежде всего необходимо указать на особую важность профилактических мер, способствующих предотвращению хронизации патологии и развитию грубых вторичных изменений ещё не зрелых в детском возрасте структур ободочной кишки. Ни один эпизод острой задержки стула, особенно у детей групп риска, не следует оставлять без внимания. Такие пациенты должны находиться под наблюдением специалиста до подросткового возраста.

В последние годы активно разрабатывают рациональные схемы терапии запоров именно у детей младшего возраста, наиболее подходящих под определение «группа риска». Общим положительным и перспективным звеном этих схем можно назвать комплексность применяемых средств и методов [3, 16, 17], среди которых важная роль отводится препаратам лактулозы, в частности «Дюфалаку». Об их эффективности мы уже сообщали ранее [18], а в настоящее время ещё более укрепились в этом мнении.

С другой стороны, было бы ошибочным ослаблять внимание к детям старшего возраста, особенно длительно страдающим запорами и не получающим адекватной терапии. Существует прямая зависимость развития вторичных структурно-функциональных изменений в толстой кишке от длительности существования дисфункции, которая в конце концов может обусловить тяжёлые последствия в виде структурных изменений дистального отдела ободочной кишки. Несколько лет назад, основываясь на собственном клиническом опыте, мы впервые обратили внимание и установили стадийность развития патологии у таких пациентов [19, 20]. В предложенной нами схеме (табл. 4) выделены две основные стадии процесса. При этом мы полагаем нецелесообразным обособлять стадию декомпенсации, считая её не свойственной детям, у которых даже склеротические изменения кишечной стенки могут оказаться обратимыми и поддающимися коррекции. Отмеченное в полной мере относится к подавляющему большинству пациентов, для которых именно этот постулат должен быть положен в основу лечебной тактики. Иными словами, исключительно консервативное лечение является приоритетным, поскольку обеспечивает успех в 96–97% случаев и чаще.

Вопрос о хирургическом лечении колостаз следует рассматривать только у больных с субкомпенсированным течением II степени. Перед принятием окончательного решения необходима комплексная оценка клинического течения, данные рентгенологического, колодинамического и радиоизотопного исследований, УЗИ, ЭМГ. Решение необходимо принимать коллегиально педиатру и детскому хирургу.

Таблица 4. Стадии функциональных нарушений деятельности толстой кишки

Клиническое течение болезни	Продолжительность болезни, годы	Рентгенологические и гистоморфологические критерии
Лёгкое (компенсированное)	До 3 лет	Гипертонус дистальных отделов толстой кишки (период спазма)
Среднетяжёлое субкомпенсированное I степени	4–7 лет	Компенсаторное расширение дистальных отделов толстой кишки (период ректального расширения)
субкомпенсированное II степени	8 лет и более	Распространённая дилатация толстой кишки с переходом в склеротические изменения её стенки

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Campobosso P., Belloli G. La stipsi cronica nel bambino // *Pediatr. Med. Chir.* — 1988. — V. 10, № 3. — P. 241–250.
2. Johanson J.F., Sonenberg A. The prevalence of hemoroids and chronic constipation. An epidemiologic Study // *Gastroenterology.* — 1990. — V. 98, № 2. — P. 380–386.
3. Цветкова Л.Н. Профилактика и лечение запоров у детей // *Вопросы современной педиатрии.* — 2004. — Т. 3, № 2. — С. 74–81.
4. Лёнюшкин А.И. О хронических запорах у детей // *Детский доктор.* — 2000. — № 1. — С. 28–31.
5. Хавкин А.И., Жихарева Н.С., Раджкова Н.С. Хронические запоры у детей // *Лечащий врач.* — 2003. — № 5. — С. 42–45.
6. Сухова Т.Г. Клинико-морфологические аспекты хронического толстокишечного стаза у детей. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Саратов, 1998.
7. Григович И.Н., Иудин А.А., Пяттоев Ю.Г., Шорохова Н.Е. Синдром нарушения выделительной функции кишечника у детей. — Петрозаводск, 1991. — 71 с.
8. Сашенкова Т.П., Шульман С.А., Беляева Т.Ю. Хронический запор у детей и его лечение // *Педиатрия.* — 1990. — № 10. — С. 64–68.
9. Van-der-Sijp J.R., Kamm M.A. The value of age of onset and rectal emptying in predicting the outcome of colectomy to severe idiopathic constipation // *Int. J. Colorectal. Dis.* — 1992. — V. 7, № 1. — P. 35–37.
10. Воробьёв Г.И. Хирургическое лечение аномалий развития интрамуральных нервных сплетений толстой кишки // *Вестник хирургии.* — 1991. — № 4. — С. 22–25.
11. Cortesini C., Cianchi F., Infantino A., Lise M. Nitric oxid synthase and VIP distributions in electric nervous system in idiopathic chronic constipations // *Dig. Dis. Sci.* — 1995. — V.40, №11. — P. 2450–2455.
12. Аруин И.И., Каппулер Л.Л. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. — М.: Триада-Х, 1998. — 483 с.
13. Коломейцев П.И., Малкова Е.М., Омигов В.В. Исследование ганглионарных образований при нарушениях колоректальной иннервации у детей // *Детская хирургия.* — 1998. — № 1. — С. 39–34.
14. Thompson G.W., Longstreth G.F., Drossman D.A. et al. Functional abdominal pain / In: D.A.Drossman, E. Corazziari, N.J.Talley et al. (eds.) *The functional Gastrointestinal Disorders. Second Edition.* — Allen Press Inc., 2000. — P. 351–432.
15. Мельман Е.П. Функциональная морфология иннервации органов пищеварения. — М.: Медицина, 1970. — С. 191–239.
16. Хавкин А.И., Жихарева Н.С. Коррекция функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста // *Вопросы современной педиатрии.* — 2005. — Т. 4, № 5. — С. 88–91.
17. Щербakov П.Л. Хронические запоры у детей // *Вопросы современной педиатрии.* — 2005. — Т. 4, № 4. — С. 54–62.
18. Лёнюшкин А.И., Петровский М.Ф., Окулов Е.А. Роль и место Дюфалака в лечении детей с хроническими запорами // *Вопросы современной педиатрии.* — 2003. — Т. 2, № 4. — С. 29–32.
19. Саруханян О.О. Функциональные нарушения моторики толстой кишки и их лечение у детей. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — М., 1998.
20. Лёнюшкин А.И., Баранов К.Н., Саруханян О.О., Кабанова И.Н. Современные критерии диагностики и показаний к хирургическому лечению хронического колостазы у детей // *Детская хирургия.* — 2002. — № 1. — С. 4–7.

Социальная педиатрия и организация здравоохранения

Отчёт о заседании Комиссии по вопросам здравоохранения Общественной палаты РФ

28.04.06 г. было проведено очередное заседание Комиссии по вопросам здравоохранения Общественной палаты РФ.

Обсуждались два вопроса — «Проблемы муниципального здравоохранения» и «Государственные гарантии оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в соответствии с Конституцией РФ».

В ходе обсуждения вопросов и обобщения экспертных заключений выделены и систематизированы основные проблемы муниципального здравоохранения и выполнения Госгарантий в области бесплатной медицинской помощи и намечены основные пути их решения.

По мнению экспертов, основной проблемой муниципального здравоохранения является несовершенство законов, регулирующих его полномочия и финансирование, а также ряд других проблем, прямо или косвенно связанных с особенностями существующего законодательства. Для решения сложившихся проблем комиссия считает необходимым вернуться к пересмотру Федеральных законов № 131, 122 и 95 и внести в них комплекс поправок с целью преодоления дефицита финансирования, кадрового дефицита и улучшения материально-технической базы муниципального здравоохранения.

При обсуждении второго вопроса экспертами было сделано заключение о том, что большинству населения страны требуются государственные гарантии оказания бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. При этом законодательная база, регулирующая этот вид деятельности, также дале-

ка от совершенства. Недостаточное финансирование, покрывающее потребности здравоохранения лишь на 50%, не обеспечивает необходимую материально-техническую и лекарственную оснащённость лечебно-профилактических учреждений для выполнения Программы Госгарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в объёме 100%. Это приводит к тому, что многие категории граждан не получают высококачественную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях. Комиссия также констатирует, что одной из серьёзных проблем является снижение тарифов на все виды высокотехнологичной помощи. Тарифы, утверждённые приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 марта 2006 г. № 220, не соответствуют истинной стоимости всех диагностических и лечебных услуг, обозначенных в стандартах по оказанию высокотехнологичной помощи.

Комиссия считает, что для обеспечения равноценного выполнения программы Госгарантий на федеральном, региональном и муниципальном уровнях необходимо совершенствование законодательства, а именно принятие Закона о госгарантиях оказания бесплатной медицинской помощи населению, приводящего систему оказания медицинской помощи в соответствие с Конституцией РФ. Также целесообразно пересмотреть тарифы на высокотехнологичную помощь и привести их в соответствие с реальной стоимостью лечебно-диагностических услуг, представленных в стандартах.