

УДК 616-053.2-056.232-07-036.82/.85

Оценка реабилитационного потенциала у детей с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью

Дорошенко И. Т.¹, Голикова В. В.²

¹Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации, район д. Юхновка, Республика Беларусь;

²Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, Республика Беларусь

Реферат. Прогноз восстановления нарушенных функций и возможности социальной адаптации, объем и кратность нуждаемости в мероприятиях медицинской реабилитации для каждого конкретного ребенка определяется с учетом уровня реабилитационного потенциала (РП). С целью создания модели прогнозирования РП у детей с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью, проведено исследование 150 детей с данной патологией. Анализ результатов исследования позволил установить, что реабилитационные возможности (РВ) у детей с низкорослостью зависят ($p < 0,001$) от изменения двух основных параметров: нарушения функции роста и максимальной степени нарушения способностей к активности и участию с позиции Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Была разработана формула расчета РВ для детей с синдромами и заболеваниями, проявляющихся низкорослостью

Ключевые слова: реабилитационный потенциал, дети-инвалиды, низкорослость, реабилитационные возможности.

Введение. Прогноз восстановления нарушенных функций и возможности социальной адаптации, объем и кратность нуждаемости в мероприятиях медицинской реабилитации для каждого конкретного ребенка определяется с учетом уровня реабилитационного потенциала. РП — это интегральный показатель, определяющий максимально возможный уровень восстановления или развития нарушенных функций органов и систем организма, ограничений жизнедеятельности пациента с учетом компенсации при помощи технических средств социальной реабилитации, хирургической коррекции, лекарственных и иных средств, влияния сопутствующих заболеваний, а также возможность социальной адаптации к совершеннолетию [1–3].

Цель работы — создание модели прогнозирования РП у детей с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 150 детей с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью, в возрасте от 2 до 18 лет, проходивших освидетельствование в медико-реабилитационных экспертных комиссиях Республики Беларусь и консультативно-поликлиническом отделении ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации».

В зависимости от патологической формы заболевания и его последствий, приводящих к нарушению определенных функций органов и систем детского организма и ограничению категорий жизнедеятельности, обследуемый контингент был разделен на следующие группы: дети с низкорослостью, обусловленной дефицитом гормона роста (ДГР) — в 32,7 % (95% ДИ 25,7–40,5) случаев; дети с низкорослостью, обусловленной другими эндокринными заболеваниями (ДЭЗ) — в 30,7 % (95% ДИ 23,9–38,5), из них в 95,7 % — гипотиреозом или его сочетанием с иной эндокринной патологией; дети с низкорослостью, обусловленной хроническими соматическими заболеваниями и заболеваниями нервной системы (НХЗ) — в 15,3 % (95% ДИ 10,4–22,0), дети с генетическим нанизмом — в 14,7 % (95% ДИ 9,9–21,2) и дети со скелетными дисплазиями — в 6,7 % (95% ДИ 3,7–11,8).

Было проведено клиничко-экспертное исследование 150 детей с использованием метода оценки состояния их здоровья с позиции Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ). В ходе работы была применена стандартизированная система



кодирования в соответствии с МКФ по четырем разделам классификации: 1) «Функции» (коды по МКФ bxxx, где xxx — цифровое обозначение кода в классификации) — функциональные нарушения; 2) «Структуры» (sxxx) — морфоструктурные нарушения; 3) «Активность и участие» (dxxx) — выполнение активности и вовлечение в участие; 4) «Факторы окружающей среды» (exxx) — факторы контекста. На основе полученных данных составлялся индивидуальный МКФ-профиль ребенка с перечнем доменов (категорий доменов) нарушений здоровья и его составляющих [4–6].

Оценка РП проводилась по существующим на данный момент критериям [1–2]. Высокий РП определялся детям, имеющим нарушение функций органов и систем организма 0–2 степени, у которых прогнозировалась полная компенсация (лекарственными, техническими или иными вспомогательными средствами) нарушенной функции.

Средний РП определялся детям, имеющим нарушение функций органов и систем организма 2-й степени (или нарушения двух и более функций 1-й степени, которые с учетом синдрома взаимного отягощения могли ограничивать одну из категорий жизнедеятельности), у которых прогнозировалась частичная компенсация (лекарственными, техническими или иными вспомогательными средствами) нарушенной функции.

Низкий РП определялся детям, имеющим нарушение функций органов и систем организма 3–4-й степени (или нарушения двух и более функций 2-й степени, которые с учетом синдрома взаимного отягощения могли ограничивать одну из категорий жизнедеятельности), у которых прогнозировалась частичная компенсация (лекарственными, техническими или иными вспомогательными средствами) нарушенной функции.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием Vassar Stats (Website for Statistical Computation). Применялись следующие методы описательной статистики: абсолютное число (абс.), относительная величина в процентах (Р), 95%-й доверительный интервал (ДИ). Статистические различия между исследуемыми группами учитывались при уровне значимости $p < 0,05$. Достоверность различий между исследуемыми группами оценивалась с использованием критерия χ^2 при числе ожидаемого явления 10 и более, при числе ожидаемого явления менее 10 — с учетом статистической значимости по критерию Фишера (p^*). Анализ взаимосвязи (силы связи) проводился при помощи коэффициента ассоциации Фи (φ). Анализ взаимосвязи между количественными и ранговыми критериями проводился с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена (r_s), между ранговыми и ранговыми — коэффициента ранговой корреляции Тау Кендала (r_k) с оценкой силы связи согласно рекомендациям Rea&Parker.

Множественный линейный регрессионный анализ был проведен с использованием пошагового метода включения переменных, категориальные переменные кодировались как дамми-переменные; предварительно проводился однофакторный анализ (простая линейная регрессия).

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования РП у 150 детей с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью, который позволял рассчитывать у исследуемой группы детей на полную обратимость или компенсированность функциональных нарушений, наблюдался высокий РП у 44,0 % (95% ДИ 36,3–52,0) пациентов, средний — у 36,0 % (95% ДИ 28,8–43,9), низкий — у 20,0 % (95% ДИ 14,4–27,1).

Изучение влияния патологии на РП, позволило выявить, что у детей при ДЭЗ высокий и средний РП отмечались значительно чаще (76,1 %, 95% ДИ 62,1–86,1), чем при других патологиях ($p < 0,05$). Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 — РП у детей с низкорослостью основной группы в зависимости от патологии (150 пациентов)

Патология	Высокий			Средний			Низкий		
	абс.	Р, %	95% ДИ	абс.	Р, %	95% ДИ	абс.	Р, %	95% ДИ
1 ДГР ($n = 49$)	15	30,6	19,5–44,5	17	34,7	22,9–48,7	17	34,7	22,9–48,7
2 ДЭЗ ($n = 46$)	35	76,1	62,1–86,1	8	17,4	9,1–30,7	3	6,5	2,2–17,5
3 НХЗ ($n = 23$)	6	26,1	12,6–46,5	12	52,1	33,0–70,8	5	21,7	9,7–41,9
4 Генетические синдромы ($n = 22$)	9	40,9	23,3–61,3	11	50,0	30,7–69,3	2	9,1	2,5–27,8
5 Скелетные дисплазии ($n = 10$)	1	10,0	1,8–40,4	6	60,0	31,3–83,2	3	13,6	4,8–33,3

Примечание. Достоверность различий: $\chi^2_{1-2} = 21,0, p^{**} < 0,001, \varphi(L) = 0,47; \chi^2_{2-3} = 15,9, p^{**} < 0,001, \varphi = 0,48; \chi^2_{2-4} = 8,6, p^* = 0,013, \varphi = 0,36; \chi^2_{2-5} = 15,8, p^{**} < 0,001, \varphi = 0,53$.



Для целей данного исследования был введен термин «реабилитационные возможности» (РВ), оценка которого проводилась в балльной системе в соответствии с уровнем РП, где высокий РП оценивался в 0 баллов РВ, средний — в 1 балл РВ, низкий — в 2 балла РВ.

Был проведен анализ влияния на РВ гендерно-возрастных показателей, а также МКФ-показателей, отражающих степень нарушения функций организма, активность и участие, факторы окружающей среды, влияющие на функционирование ребенка в окружающей среде, что позволило сформировать перечень МКФ-показателей, оказывающих существенное влияние ($r_k \geq 0,50$; $p < 0,05$) на степень РВ детей с низкорослостью, который представлен в таблице 2.

Таблица 2 — Перечень МКФ-показателей, оказывающих существенное влияние на РВ детей с низкорослостью с учетом возраста ребенка

Показатель	РВ					
	0–5 лет ($n = 47$)		6–17 лет ($n = 103$)		0–17 лет ($n = 150$)	
	r_k	p	r_k	p	r_k	p
b560 Функции роста	0,74	<0,001	0,53	<0,001	0,59	<0,001
d445 Использование кисти руки	—	—	0,70	<0,05	0,53	<0,01
d450 Ходьба	0,65	<0,05	0,81	<0,001	0,74	<0,001
d455 Передвижение способами, отличающимися от ходьбы	0,75	<0,01	0,73	<0,01	0,72	<0,001
d570 Забота о своем здоровье	0,64	<0,001	0,72	<0,001	0,69	<0,001
d815 Дошкольное образование	0,55	<0,001	—	—	0,50	<0,001
d820 Школьное образование	—	—	0,81	<0,001	0,81	<0,001
d835 Школьная жизнь и общественная деятельность	—	—	0,60	<0,001	0,60	<0,001
d840 Ученичество	—	—	0,77	<0,01	0,77	<0,01
d880 Занятия игрой	0,74	<0,001	—	—	0,75	<0,001
d920 Развлечения и досуг	0,76	<0,001	0,70	<0,001	0,71	<0,001

Исходя из полученных данных были выделены блоки заинтересованных кодов и категорий доменов МКФ по разделу «Активность и участие» для лиц в возрасте от 0 до 6 лет и в возрасте от 6 до 18 лет, оказывающих существенное влияние на РВ данных групп детей. С целью последующей оценки РВ, проводилось исследование степени нарушения (реализации) способностей к активности и участию с позиции МКФ из указанных блоков таблицы 3 и выставление балла.

Таблица 3 — Блоки заинтересованных МКФ-кодов и категорий доменов «Активность и участие», оказывающих существенное влияние на РВ у детей с низкорослостью (вследствие синдромов и заболеваний) в разных возрастных группах

МКФ код	Категория домена
Блок для детей в возрасте 0–5 лет	
d450	Ходьба
d455	Передвижение способами, отличающимися от ходьбы
d570	Забота о своем здоровье
d815	Дошкольное образование
d880	Занятия игрой
d920	Развлечения и досуг
Блок для детей в возрасте 6–17 лет	
d445	Использование кисти руки
d450	Ходьба
d455	Передвижение способами, отличающимися от ходьбы
d570	Забота о своем здоровье
d820	Школьное образование
d835	Школьная жизнь и общественная
d840	Ученичество
d920	Развлечения и досуг

Для проведения статистической обработки материала была введена балльная оценка МКФ-кодов и категорий доменов, которая осуществлялась в соответствии со степенью нарушения (реализации) способностей к активности и участию с позиции МКФ. Если у ребенка отмечалось незначительное нарушение в домене (dxxx.0), то указанный домен — соответствовал 0 баллов, легкое (dxxx.1) — 1 баллу, умеренное (dxxx.2) — 2 баллам, тяжелое (dxxx.3) — 3 баллам, абсолютное (dxxx.4) — 4 баллам. Градация нарушения функций роста в балльной системе проводилась схожим образом: при незначительном нарушении функции роста (b560.0) — выставялось 0 баллов, легком (b560.1) — 1 балл, умеренном (b560.2) — 2 балла, тяжелом (b560.3) — 3 балла, абсолютном (b560.4) — 4 балла.

В дальнейшем для разработки формулы оценки РВ были использованы такие параметры, как максимальная (max) и средняя степень нарушения способностей к активности и участию с позиции МКФ. Степень влияния основных выделенных параметров, оказывающих влияние на РВ детей при низкорослости, представлена в таблице 4.

Таблица 4 — Степень влияния выделенных параметров, оказывающих влияние на РВ детей при различных нозологических формах низкорослости

Патология	РВ		
	b560 – нарушение функции роста	Степень выраженности нарушения	
		Средняя	Максимальная
1 ДГР (n = 49)	$r_k = 0,68; p < 0,001$	$r_k = 0,62; p < 0,001$	$r_k = 0,78; p < 0,001$
2 ДЭЗ (n = 46)	$r_k = 0,59; p < 0,001$	$r_k = 0,60; p < 0,001$	$r_k = 0,63; p < 0,001$
3 НХЗ (n = 23)	$r_k = 0,72; p < 0,001$	$r_k = 0,67; p < 0,001$	$r_k = 0,74; p < 0,001$
4 Низкорослость, обусловленная генетическими синдромами и скелетными дисплазиями (n = 32)	$r_k = 0,70; p < 0,001$	$r_k = 0,78; p < 0,001$	$r_k = 0,91; p < 0,001$
5 Все патологии (n = 150)	$r_k = 0,74; p < 0,001$	$r_k = 0,70; p < 0,001$	$r_k = 0,78; p < 0,001$

С учетом того, что максимальная и средняя степень нарушения способностей к активности и участию проявляют мультиколлинеарность между собой ($r > 0,7$), для расчета РВ был использован только показатель максимальная степень нарушения способностей к активности и участию, как демонстрирующий более высокое влияние на уровень РВ ($r_k = 0,78; p < 0,001$), чем средняя степень ($r_k = 0,70; p < 0,001$).

Для формирования формулы расчета РВ был проведен однофакторный статистический анализ групп пациентов с низкорослостью, который показал, что ухудшение ($p < 0,001$) РВ связано с наличием таких факторов, как нарушение функции роста: умеренной ($b = 0,838, 95\% \text{ ДИ } 0,618-1,059$), тяжелой ($b = 1,316, 95\% \text{ ДИ } 0,875-1,757$) или абсолютной степени ($b = 1,846, 95\% \text{ ДИ } 1,335-2,357$) и максимальной степенью нарушения способностей к активности и участию: умеренной ($b = 1,929, 95\% \text{ ДИ } 1,51-2,406$) или тяжелой ($b = 1,268, 95\% \text{ ДИ } 1,070-1,466$) степени, а улучшение ($p < 0,001$) — с нарушением функции роста легкой степени ($b = -0,923, 95\% \text{ ДИ } -1,155-(-0,691)$) и максимальной степенью нарушения способностей к активности и участию — легкой ($b = -1,135, 95\% \text{ ДИ } -1,301-(-0,969)$), что отражено в таблице 5.

Таблица 5 — Результаты однофакторного анализа влияния нарушений функций роста и максимальной степени нарушения способностей к активности и участию на РВ (n = 150)

Признак	b (95% ДИ)	p
b560.4	1,846 (1,335–2,357)	$p < 0,001$
b560.3	1,316 (0,875–1,757)	$p < 0,001$
b560.2	0,838 (0,618–1,059)	$p < 0,001$
b560.1	-0,923 (-1,155–(-0,691))	$p < 0,001$
Максимальная степень нарушения:		
тяжелая	1,929 (1,51–2,406)	$p < 0,001$
умеренная	1,268 (1,070–1,466)	$p < 0,001$
легкая	-1,135 (-1,301–(-0,969))	$p < 0,001$

С помощью многофакторного регрессионного анализа установлено, что наиболее значимыми прогностическими факторами РВ выступают нарушения функции роста — легкой ($p = 0,008$), тяжелой



($p < 0,001$) или абсолютной степени ($p < 0,001$) и максимальная степень нарушения способностей к активности и участию — умеренной ($p < 0,001$) или тяжелой степени ($p < 0,001$).

Результаты множественного линейного регрессионного анализа ($n = 150$) представлены в таблице 6.

Таблица 6 — Предикторы РВ детей с низкорослостью по результатам множественного линейного регрессионного анализа ($n = 150$)

Признак	b	95% ДИ	β (стандартный b)	p
Модель 1 (скорректированный $R^2 = 0,549$)				
Константа (b_0)	1,342	1,224–1,461	–	$p < 0,001$
Максимальная степень нарушения — легкая	–1,135	–1,301–(–0,969)	–0,743	$p < 0,001$
Модель 2 (скорректированный $R^2 = 0,626$)				
Константа (b_0)	1,225	1,109–1,341	–	$p < 0,001$
Максимальная степень нарушения — легкая	–1,037	–1,192–(–0,882)	–0,679	$p < 0,001$
b560.4	0,781	0,506–1,056	0,288	$p < 0,001$
Модель 3 (скорректированный $R^2 = 0,682$)				
Константа (b_0)	1,118	1,003–1,232	–	$p < 0,001$
Максимальная степень нарушения — легкая	–0,984	–1,128–(–0,839)	–0,644	$p < 0,001$
b560.4	0,880	0,623–1,136	0,324	$p < 0,001$
b560.3	0,560	0,348–0,773	0,244	$p < 0,001$
Модель 4 (скорректированный $R^2 = 0,703$)				
Константа (b_0)	1,160	1,047–1,274	–	$p < 0,001$
Максимальная степень нарушения — легкая	–0,877	–1,030–(–0,723)	–0,574	$p < 0,001$
b560.4	0,821	0,570–1,072	0,303	$p < 0,001$
b560.3	0,479	0,267–0,690	0,209	$p < 0,001$
b560.1	–0,293	–0,467–(–0,118)	–0,172	$p = 0,001$
Модель 5 (скорректированный $R^2 = 0,720$)				
Константа (b_0)	1,107	0,993–1,222	–	$p < 0,001$
Максимальная степень нарушения — легкая	–0,820	–0,973–(–0,667)	–0,537	$p < 0,001$
b560.4	0,588	0,305–0,870	0,217	$p < 0,001$
b560.3	0,487	0,281–0,692	0,212	$p < 0,001$
b560.1	–0,290	–0,459–(–0,121)	–0,171	$p = 0,001$
Максимальная степень нарушения — тяжелая	0,451	0,172–0,730	0,172	$p = 0,002$
Модель 6 (скорректированный $R^2 = 0,752$)				
Константа (b_0)	0,146	–0,303–0,595	–	$p = 0,520$
Максимальная степень нарушения — легкая	0,109	–0,336–0,554	0,072	$p = 0,628$
b560.4	0,577	0,310–0,843	0,213	$p < 0,001$
b560.3	0,470	0,276–0,663	0,205	$p < 0,001$
b560.1	–0,220	–0,382–(–0,057)	–0,129	$p = 0,009$
Максимальная степень нарушения:				
тяжелая	1,419	0,908–1,931	0,541	$p < 0,001$
умеренная	1,010	0,552–1,468	0,640	$p < 0,001$
Модель 7 (скорректированный $R^2 = 0,753$)				
Константа (b_0)	0,252	0,133–0,372	–	$p < 0,001$
b560.4	0,577	0,312–0,843	0,213	$p < 0,001$
b560.3	0,471	0,278–0,664	0,205	$p < 0,001$
b560.1	–0,222	–0,384–(–0,060)	–0,130	$p = 0,008$
Максимальная степень нарушения:				
тяжелая	1,313	1,044–1,581	0,500	$p < 0,001$
умеренная	0,904	0,756–1,052	0,573	$p < 0,001$

По результатам множественного линейного регрессионного анализа была получена формула расчета РВ у детей с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью ($R^2 = 0,761$, скорректированный $R^2 = 0,753$):

$$РВ = 0,252 + 0,577 \cdot x_1 + 0,471 \cdot x_2 - 0,222 \cdot x_3 + 1,313 \cdot x_4 + 0,904 \cdot x_5,$$

где $x_1 = 1$ балл, если у ребенка отмечалось абсолютное нарушение функции роста (b560.4), $x_1 = 0$ баллов в ином случае; $x_2 = 1$ балл, если у ребенка отмечалось тяжелое нарушение функции роста (b560.3), $x_2 = 0$ баллов в ином случае; $x_3 = 1$ балл, если у ребенка отмечалось легкое нарушение функции роста (b560.1), $x_3 = 0$ баллов в ином случае; $x_4 = 1$ балл, если у ребенка максимальная степень нарушения способностей к активности и участию была тяжелой степени (dxxx.3), $x_4 = 0$ баллов в ином случае; $x_5 = 1$ балл, если у ребенка максимальная степень нарушения способностей к активности и участию была умеренной степени (dxxx.2), $x_5 = 0$ баллов в ином случае.

По результатам моделирования РП на основании использования формулы расчета РВ в исследуемой группе были сформированы параметры оценки РП, представленные в таблице 7.

Таблица 7 — Оценка РП с использованием РВ у детей с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью ($n = 150$)

РП	РВ, балл
Высокий	<0,723
Средний	от 0,723 до 1,562
Низкий	>1,562

Примечание. Чувствительность равна 78,9 % (95% ДИ 71,6–84,2), специфичность равна 87,8 % (95% ДИ 80,3–93,2), общая точность равна 83,3 % (95% ДИ 76,6–88,5).

Заключение. Было установлено, что у 44,0 % (95% ДИ 36,3–52,0) детей с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью отмечается высокий РП. РВ детей с низкорослостью зависит от изменения двух основных параметров: нарушения функции роста и максимальной степени выраженности нарушения среди заинтересованных кодов и категорий домена «Активности и участия»: ухудшение ($p < 0,001$). РВ связано с наличием нарушения функции роста: умеренной ($b = 0,838$; 95% ДИ 0,618–1,059), тяжелой ($b = 1,316$, 95% ДИ 0,875–1,757) или абсолютной степени ($b = 1,846$; 95% ДИ 1,335–2,357) и максимальной степенью нарушения способностей к активности и участию с позиции МКФ: умеренной ($b = 1,929$; 95% ДИ 1,51–2,406) или тяжелой ($b = 1,268$; 95% ДИ 1,070–1,466) степени, а улучшение ($p < 0,001$) — с нарушением функции роста легкой степени ($b = -0,923$; 95% ДИ -1,155–(-0,691)) и максимальной степенью нарушения способностей к активности и участию с позиции МКФ легкой ($b = -1,135$; 95% ДИ -1,301–(-0,969)).

Прогностическими факторами для определения формирования РВ наиболее часто выступают нарушение функции роста — легкой ($p = 0,008$), тяжелой ($p < 0,001$) или абсолютной степени ($p < 0,001$) и максимальная степень нарушения способностей к активности и участию с позиции МКФ — умеренной ($p < 0,001$) или тяжелой степени ($p < 0,001$).

Для прогнозирования РП у детей с синдромами и заболеваниями, проявляющимися низкорослостью, была разработана формула расчета РВ данных детей, которая позволит определить нуждаемость в мероприятиях медицинской реабилитации, прогноз восстановления нарушенных функций и возможность социальной адаптации данной категории детей.

Литература

1. Смычек, В. Б. Реабилитация инвалидов / В. Б. Смычек. — Минск : Мед. лит., 2009. — 560 с.
2. Смычек, В. Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация / В. Б. Смычек, Г. Я. Хулуп, В. К. Милькаманович. — Минск: Юнипак, 2005. — 420 с.
3. Волгина, С. Я. Оценка реабилитационного потенциала детей с ограниченными возможностями / С. Я. Волгина, С. Ш. Яфарова // Педиатр. — 2011. — Т. 11, № 3. — С. 76–80.
4. Смычек, В. Б. Основы МКФ / В. Б. Смычек. — Минск: БГАТУ, 2015. — 432 с.



5. Современные подходы к медико-социальной оценке функционирования и ограничения жизнедеятельности у детей-инвалидов / В. Б. Смычек [и др.] // Медицинские новости. — 2012. — № 11. — С. 17–23.

6. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков // Всемирная организация здравоохранения. — 2016. — 241 с.

Assessment of rehabilitation potential in children with syndromes and diseases associated with short stature

Doroshenko I. T.¹, Golikova V. V.²

¹National science and practice center of medical assessment and rehabilitation, raion derevni Yukhnovka, Republic of Belarus;

² State Educational Institution «Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education», Minsk, Republic of Belarus

The prognosis of the restoration of impaired functions and the need for medical rehabilitation measures is determined taking into account the level of rehabilitation potential. The article provides a method for assessing the rehabilitation potential, taking into account the calculation of the child's rehabilitation opportunities using the International Classification of Functioning, Disabilities and Health.

Keywords: rehabilitation potential, disability children, short stature, rehabilitation opportunities.

Поступила 11.06.2021