

## **Анализ показателей первичной детской инвалидности вследствие синдромов и заболеваний, проявляющихся низкорослостью**

*Голикова В. В.<sup>1</sup>, Дорошенко И. Т.<sup>2</sup>, Луцинская С. И.<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup> Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,  
г. Минск, Республика Беларусь;*

*<sup>2</sup> Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации»,  
район д. Юхновка, Республика Беларусь*

**Реферат.** Первичная детская инвалидность (ПДИ) — важный показатель здоровья населения, отражающий медико-социальную и экономическую значимость определенной патологии для страны. Начало замедления скорости роста отмечается в период до 18-летия при всех синдромах и заболеваниях, приводящих к низкорослости во взрослом возрасте, при этом инвалидизирующие последствия не всегда наступают в детском возрасте. С целью изучения показателей ПДИ вследствие синдромов и заболеваний, проявляющихся низкорослостью, и выделения ее важных эпидемиологических особенностей был проведен анализ ПДИ указанного контингента за период 2002–2019 гг. в Республике Беларусь. Анализ результатов исследования позволил установить среднегодовой уровень ПДИ, который составляет 0,209 (0,182; 0,236) на 10 тыс. детского населения (дет. нас.); тенденции к повышению выхода детей на инвалидность вследствие исследуемой патологии (средний темп прироста +0,9 %); тяжесть ПДИ, которая составляет 11,3 % (95% ДИ 9,2–13,9), самый высокий ( $p < 0,001$ ) показатель которой отмечался среди детей с синдромами врожденных аномалий, проявляющихся преимущественно карликовостью (34,2 %, 95% ДИ 21,6–49,5) и со скелетными дисплазиями

(25,9 %, 95% ДИ 18,7–34,7); обнаружить взаимосвязь с некоторыми нозологическими формами низкорослости ( $p < 0,001$ ) и возрастным периодом ( $\varphi = 0,27$ ,  $p < 0,001$ ).

**Ключевые слова:** первичная детская инвалидность, инвалидность, низкорослость, дети.

**Введение.** Первичная детская инвалидность — один из важных медико-социальных показателей здравоохранения, отражающий тяжесть имеющейся патологии, состояние здоровья детского населения, а также качество оказания медицинской помощи детям. Данный показатель позволяет объективно оценить медико-социальную и экономическую значимость определенной патологии для детского населения и страны в целом [1, 2].

В настоящее время в Республике Беларусь лицам в возрасте 18 лет и старше при низком (ниже 150 см), патологически обусловленном (патология нейроэндокринной системы и/или опорно-двигательного аппарата) росте, являющемся анатомическим дефектом, устанавливается III группы инвалидности [3]. Социально значимые параметры роста для детского возраста на данный момент отсутствуют.

Условиями для признания лица в возрасте до 18 лет инвалидом вследствие заболеваний или синдромов, проявляющихся низкорослостью и установления категории «ребенок-инвалид» с определением степени утраты здоровья (СУЗ) являются одновременное наличие нарушения здоровья со стойким расстройством функций органов и систем организма (внутренняя секреция, обмен веществ и энергии и др.), приводящих к ограничению жизнедеятельности, а также необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию. Ранжирование и определение одной из СУЗ осуществляется в зависимости от степени выраженности имеющегося ограничения жизнедеятельности ребенка. При наличии легкого ограничения жизнедеятельности устанавливается СУЗ I, умеренного — СУЗ II, выраженного — СУЗ III, резко выраженного — СУЗ IV [1, 3].

Ограничение жизнедеятельности у ребенка — это последствия его заболевания на организменном уровне, которые вызывают нарушение биосоциальных интегративных функций организма или категорий жизнедеятельности (способность к самостоятельному передвижению, самообслуживанию, общению, обучению, ориентации, контролю своего поведения и к ведущей возрастной деятельности) и затрудняют его функционирование в окружающей среде [3, 4]. Следует отметить, что некоторые исследователи указывают на имеющиеся затруднения в передвижении и ориентировании у всех детей с низким ростом вне зависимости от этиологической причины задержки роста [5, 6]. Возраст начала замедления скорости роста наступает в период до 18 лет при всех синдромах и заболеваниях, приводящих к низкорослости во взрослом возрасте [7], при этом инвалидизирующие последствия не всегда наступают в детском возрасте.

**Цель работы** — изучение показателей ПДИ вследствие синдромов и заболеваний, проявляющихся низкорослостью и выделение ее важных эпидемиологических особенностей.

**Материалы и методы.** Объектом исследования явились показатели ПДИ среди детского населения (от 0 до 18 лет) Республики Беларусь за период 2002–2019 гг.

Единицей наблюдения являлся ребенок, впервые признанный инвалидом (ВПИ) медико-реабилитационной экспертной комиссией, с заболеваниями или синдромами, проявляющимися преимущественно низкорослостью: дефицит гормона роста, низкорослость, не классифицированная в других рубриках, скелетные дисплазии, синдромы врожденных аномалий, проявляющихся преимущественно карликовостью и синдром Шерешевского – Тернера.

Использовались данные информационной системы «Инвалидность» за период 2002–2013 гг., а также данные Республиканской информационно-аналитической системы по медицинской экспертизе и реабилитации инвалидов Республики Беларусь за период 2014–2019 гг., функционирующих на базе ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации» Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

При расчете интенсивных показателей использовались материалы официальной статистической отчетности Национального статистического комитета Республики Беларусь о численности и половозрастной структуре населения.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием стандартного пакета статистического и математического анализа программного приложения Microsoft Excel, а также с использованием приложения Vassarstats.

Применялись следующие методы описательной статистики: для количественных показателей вычислялись медиана (Me), нижний ( $Q_1$ ) и верхний ( $Q_3$ ) квартили; для описания динамических рядов — темп прироста (цепной), средний темп прироста, коэффициент наглядности (базисный),

динамика коэффициента наглядности; для показателей, характеризующих качественные признаки, — абсолютное число (абс.), относительная величина ( $P$ , %), доверительный интервал (95% ДИ).

Различия между исследуемыми группами учитывались при уровне значимости  $p < 0,05$ . Достоверность различий количественных показателей определялась по критерию Манна — Уитни ( $U$ ), качественных — по критерию  $\chi^2$ . Анализ взаимосвязи (силы связи) между дихотомическими показателями проводился с использованием коэффициента ассоциации Фи ( $\phi$ ), оценка силы связи — согласно рекомендациям Rea&Parker.

**Результаты и их обсуждение.** В ходе исследования был проведен анализ ПДИ вследствие синдромов и заболеваний, проявляющихся низкорослостью в Республике Беларусь за период 2002–2019 гг. Всего за исследуемый период впервые признавались детьми-инвалидами вследствие синдромов и заболеваний, проявляющихся низкорослостью 690 чел. Среднегодовой уровень ПДИ за исследуемый период в среднем составил 0,209 (0,182; 0,236) на 10 тыс. дет. нас. В год первично признавались инвалидами в среднем 39 (34; 44) чел.

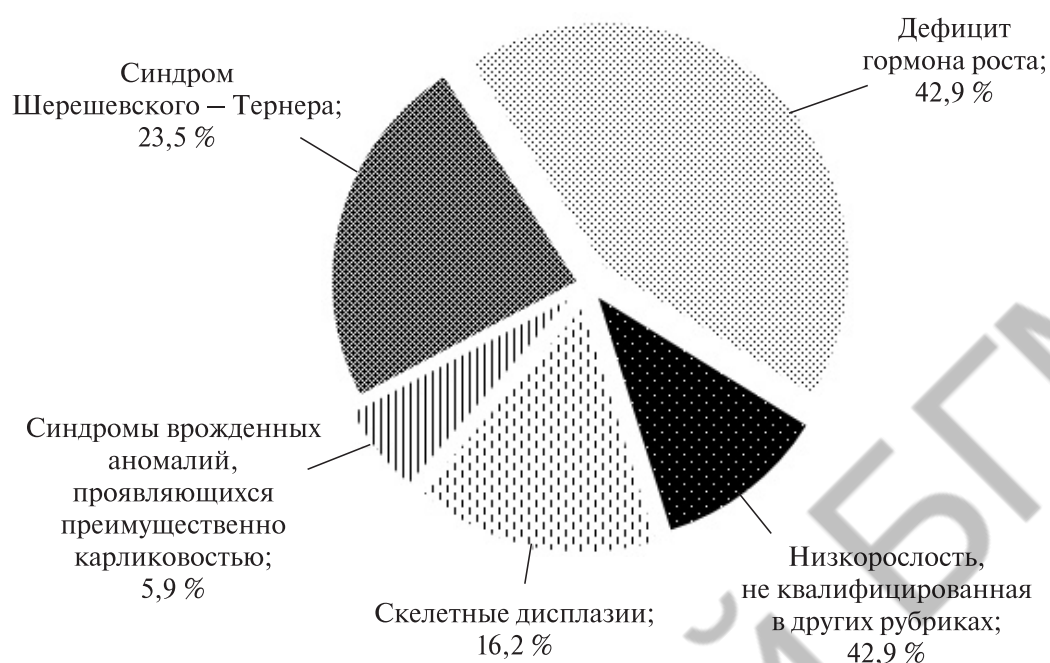
Уровень ПДИ и число лиц ВПИ вследствие заболеваний и синдромов, проявляющихся низкорослостью, колебались от максимальных значений в 2018 г. — 59 чел. и 0,316 на 10 тыс. дет. нас. (95 % ДИ 0,262–0,264) до минимальных значений в 2013 г. — 21 чел. и 0,112 на 10 тыс. дет. нас. (95 % ДИ 0,112–0,113) (таблица 1). Динамика коэффициента наглядности показала увеличение выхода детского населения на инвалидность в среднем на +4,9 % (–17,7; +7,3), при этом средний темп прироста отмечался на +0,9 %.

Таблица 1 — Показатели ПДИ детского населения вследствие синдромов и заболеваний, проявляющихся низкорослостью, за период 2002–2019 гг. в Республике Беларусь

Год	Количество ВПИ, чел.	ПДИ			
		Уровень ПДИ, на 10 тыс. дет. нас.	95% ДИ	Темп прироста (убыли), %	Коэффициент наглядности, %
2002	41	0,219	0,219–0,220	–	100,0
2003	38	0,203	0,203–0,203	–7,3	92,7
2004	45	0,241	0,240–0,242	18,4	109,8
2005	44	0,235	0,235–0,236	–2,2	107,3
2006	44	0,235	0,235–0,236	0,0	107,3
2007	37	0,198	0,197–0,199	–15,9	90,2
2008	40	0,214	0,213–0,215	8,1	97,6
2009	33	0,177	0,176–0,177	–17,5	80,5
2010	28	0,150	0,149–0,150	–15,2	84,8
2011	34	0,182	0,181–0,183	21,4	82,9
2012	34	0,182	0,181–0,183	0,0	82,9
2013	21	0,112	0,112–0,113	–38,2	51,2
2014	34	0,182	0,181–0,183	61,9	82,9
2015	41	0,219	0,219–0,220	20,6	100,0
2016	40	0,214	0,213–0,215	–2,4	97,6
2017	29	0,155	0,155–0,156	–27,5	70,7
2018	59	0,316	0,315–0,317	103,4	143,9
2019	48	0,257	0,256–0,258	–18,6	117,1

Наибольший удельный вес за исследуемый период имели дети ВПИ вследствие дефицита гормона роста, составляя 42,9 % (95 % ДИ 39,3–46,6) от всех наблюдений (рисунок 1).

Сравнительный анализ уровня ПДИ при различных нозологических формах низкорослости выявил, что самые высокие уровни ПДИ и наибольший среднегодовой прирост детей-инвалидов в сравнении с другими патологиями отмечались при дефиците гормона роста ( $p < 0,001$ ) и синдроме Тернера ( $p < 0,01$ ): 15,5 (13,0;20,0) чел. и 0,083 (0,070;0,107) на 10 тыс. дет. нас. и 10,0 (7,0;12,0) чел. и 0,054 (0,038;0,064) на 10 тыс. дет. нас., соответственно (таблица 2).



**Рисунок 1 — Нозологическая структура ПДИ вследствие синдромов и заболеваний, проявляющихся низкорослостью за периоды 2002–2019 гг. в Республике Беларусь (n = 690)**

**Таблица 2 — Среднегодовое количество человек ВПИ и уровень ПДИ вследствие различных синдромов и заболеваний, проявляющихся низкорослостью, за период 2002–2019 гг. в Республике Беларусь**

№ п/п	Нозология	Среднегодовое количество детей, ВПИ, чел.	Уровень ПДИ, на 10 тыс. дет. нас.
		Me (Q <sub>1</sub> ; Q <sub>3</sub> )	Me (Q <sub>1</sub> ; Q <sub>3</sub> )
1	Дефицит гормона роста	15,5 (13; 20)	0,083 (0,070; 0,107)
2	Низкорослость, не классифицированная в других рубриках	5,0 (3; 6)	0,028 (0,016; 0,032)
3	Скелетные дисплазии	6,0 (5; 8)	0,032 (0,027; 0,043)
4	Синдромы врожденных аномалий, проявляющихся карликовостью	3,0 (1; 3)	0,016 (0,005; 0,016)
5	Синдром Шерешевского – Тернера	10,0 (7; 12)	0,054 (0,038; 0,064)

*Примечание.* Достоверность различий уровня ПДИ:  $p_{1-2}, p_{1-3}, p_{1-4}, p_{1-5}, p_{2-5}, p_{3-4}, p_{4-5} < 0,001$ ;  $p_{2-3} = 0,036$ ;  $p_{2-4} = 0,003$ ;  $p_{3-5} = 0,005$ .

Изучение динамики коэффициента наглядности и средних темпов прироста (убыли) ПДИ в зависимости от нозологии продемонстрировало увеличение выхода на инвалидность вследствие дефицита гормона роста на +3,3 % (–13,3; +33,3) со средним темпом прироста +3,5 % и вследствие синдромов врожденных аномалий, проявляющихся преимущественно карликовостью, на +50,0 % (–25,0; +75,0) и средним темпом прироста +2,6 %. Следует отметить, что убыль за исследуемый период отмечалась среди детей-инвалидов с низкорослостью, не классифицированной в других рубриках, — на –17,7 % (–50,0; 0,0) со средним темпом убыли –6,3 %, со скелетными дисплазиями — на –25,6 % (–37,2; 0,0) со средним темпом убыли –1,7 % и с синдромом Шерешевского – Тернера — на –15,6 % (–40,4; –7,8) со средним темпом убыли –1,1 %.

Анализ контингента детей-инвалидов с учетом пола показал, что в исследуемой совокупности мальчики и девочки занимали приблизительно равные доли — 50,6 % (95 % ДИ 46,9–54,3) и

49,4 % (95 % ДИ 45,7–53,1). Среднегодовой уровень ПДИ среди мальчиков (0,198 (0,156; 0,229) на 10 тыс. соответствующего нас.) также не отличался ( $p \geq 0,05$ ) от уровня ПДИ у девочек (0,209 (0,165; 0,264) на 10 тыс. соответствующего населения) (таблица 3).

Среднегодовой прирост уровня ПДИ и динамика коэффициента наглядности в зависимости от пола демонстрировали прирост за счет мужского населения (динамика коэффициента наглядности за исследуемый период составила +5,6 % (–16,7; +22,2), средний темп прироста +1,7 %).

Таблица 3 — Среднегодовое количество детей ВПИ и уровень детской ПДИ вследствие различных синдромов и заболеваний, проявляющихся о низкорослостью с учетом пола, за период 2002–2019 гг. в Республике Беларусь

№ п/п	Пол	Среднегодовое количество детей, ВПИ, чел.	Уровень ПДИ, на 10 тыс. дет. нас.	Средний темп прироста, %	Коэффициент наглядности, %
		Me (Q <sub>1</sub> ; Q <sub>3</sub> )	Me (Q <sub>1</sub> ; Q <sub>3</sub> )		Me (Q <sub>1</sub> ; Q <sub>3</sub> )
1	Мальчики	19 (15; 22)	0,198 (0,156; 0,229)	+1,7	105,6 (83,3; 122,2)
2	Девочки	19 (15; 24)	0,209 (0,165; 0,264)	+0,3	87,9 (65,2; 104,3)

Анализ показателей ПДИ в зависимости от места жительства ребенка установил, что значительную часть составляли дети, проживающие в городской местности (78,0 %, 95 % ДИ 74,7–80,9). Уровень ПДИ у жителей города (0,202 (0,175; 0,229) на 10 тыс. соответствующего населения) значимо не отличался ( $p \geq 0,05$ ) от уровня ПДИ у жителей села (0,208 (0,182; 0,259) на 10 тыс. соответствующего населения), что отражено в таблице 4. Было выявлено уменьшение выхода на инвалидность детей в сельской местности: динамика коэффициента наглядности ПДИ составляла –29,2 % (–41,7; –8,3) со средним темпом прироста, средний темп убыли достиг уровня –0,5 %. Эти же показатели у жителей городской местности демонстрировали увеличение выхода на инвалидность данной категории детей (динамика коэффициента наглядности — +3,4 % (–10,3; +17,2), средний темп прироста составил +1,4 %).

Таблица 4 — Среднегодовое количество детей ВПИ и уровень детской ПДИ вследствие различных синдромов и заболеваний, проявляющихся о низкорослостью, с учетом места жительства за период 2002–2019 гг. в Республике Беларусь

№ п/п	Место жительства	Среднегодовое количество детей, ВПИ, чел.	Уровень ПДИ, на 10 тыс. дет. нас.	Средний темп прироста (убыли), %	Коэффициент наглядности, %
		Me (Q <sub>1</sub> ; Q <sub>3</sub> )	Me (Q <sub>1</sub> ; Q <sub>3</sub> )		Me (Q <sub>1</sub> ; Q <sub>3</sub> )
1	Городская местность	30 (26; 34)	0,202 (0,175; 0,229)	+1,4	103,4 (89,7; 117,2)
2	Сельская местность	8 (7; 10)	0,208 (0,182; 0,259)	–0,5	70,8 (58,3; 91,7)

Анализ возрастной структуры показал, что среди лиц ВПИ вследствие изучаемой патологии преобладали лица среднего школьного возраста (10–13 лет), составляя 27,0 % (95 % ДИ 23,8–30,4) (таблица 5). Кроме того, на лиц школьного возраста (6–17 лет) приходилось 67,0 % (95 % ДИ 63,2–70,7) из всех случаев выхода на инвалидность детского населения. Данная тенденция отмечалась среди детей с дефицитом гормона роста ( $p < 0,001$ ), низкорослостью, не классифицированной в других рубриках ( $p < 0,001$ ), и синдромом Тернера ( $p < 0,001$ ). При скелетных дисплазиях преобладали ( $p = 0,016$ ) лица в возрасте до 6 лет.

Таблица 5 — Возрастная структура детей ВПИ вследствие синдромов и заболеваний, проявляющихся о низкорослостью, за 2002–2019 гг. в Республике Беларусь ( $n = 690$ )

Период	Количество		
	абс.	$p$ , %	95 % ДИ
Грудной (до 1 года)	38	5,5	4,0–7,5
Преддошкольный (1–2 года)	51	7,4	5,7–9,6
Дошкольный (3–5 лет)	107	15,5	13,0–18,4

Окончание табл. 5

Период	Количество		
	абс.	<i>p</i> , %	95 % ДИ
Младший школьный (6–9 лет)	165	23,9	20,9–27,2
Средний школьный (10–13 лет)	186	27,0	23,8–30,4
Старший школьный (14–17 лет)	143	20,7	17,9–23,9

Самый высокий уровень ПДИ был зарегистрирован в группе детей среднего школьного возраста — 0,236 (0,198; 0,322) на 10 тыс. соответствующего населения в сравнении с дошкольным ( $p < 0,001$ ), дошкольным ( $p < 0,001$ ) и младшим школьным возрастными ( $p = 0,014$ ), что представлено в таблице 6. Рост уровня ПДИ наблюдался во всех возрастных группах, за исключением старшего школьного возраста. У детей в возрастном периоде от 14 до 18 лет за исследуемый период средний коэффициент наглядности составил всего лишь 67,5 % (41,6; 91,7) от исходного (2002 г.), а средний темп убыли был –6,3 %.

Таблица 6 — Среднегодовое количество детей ВПИ и уровень ПДИ вследствие различных синдромов и заболеваний, проявляющихся о низкорослостью, с учетом возраста за период 2002–2019 гг. в Республике Беларусь

№ п/п	Возраст, лет	Среднегодовое количество детей, ВПИ, чел.	Уровень ПДИ, на 10 тыс. дет. нас.	Средний темп прироста (убыли), %	Коэффициент наглядности, %
		Me (Q <sub>1</sub> ; Q <sub>3</sub> )	Me (Q <sub>1</sub> ; Q <sub>3</sub> )		Me (Q <sub>1</sub> ; Q <sub>3</sub> )
1	До 1	2 (1; 3)	0,219 (0,109; 0,328)	+4,2	233,5 (200,0; 300,0)
2	1–2	3 (1; 4)	0,142 (0,047; 0,189)	+8,5	275,0 (100,0; 400,0)
3	3–5	5 (4; 8)	0,139 (0,111; 0,223)	+2,8	123,0 (80,0; 160,0)
4	6–9	8,5 (7; 11)	0,188 (0,155; 0,243)	+0,5	77,0 (58,3; 91,7)
5	10–13	9,5 (8; 13)	0,236 (0,198; 0,322)	+3,2	103,9 (80,0; 130,0)
6	14–17	7,5 (5; 11)	0,213 (0,142; 0,312)	–6,3	67,5 (41,6; 91,7)

*Примечание.* Достоверность различий уровня ПДИ:  $p_{1-2} = 0,023$ ;  $p_{2-4} = 0,014$ ;  $p_{2-5}$ ,  $p_{3-5} < 0,001$ ;  $p_{2-6} = 0,017$ ;  $p_{3-6} = 0,039$ ;  $p_{4-5} = 0,014$ .

Анализ ПДИ вследствие синдромов и заболеваний, проявляющихся низкорослостью в зависимости СУЗ, показал, что в подавляющем большинстве случаев устанавливалась вторая СУЗ — 54,9 % (95 % ДИ 51,2–58,6), что представлено на рисунке 2.

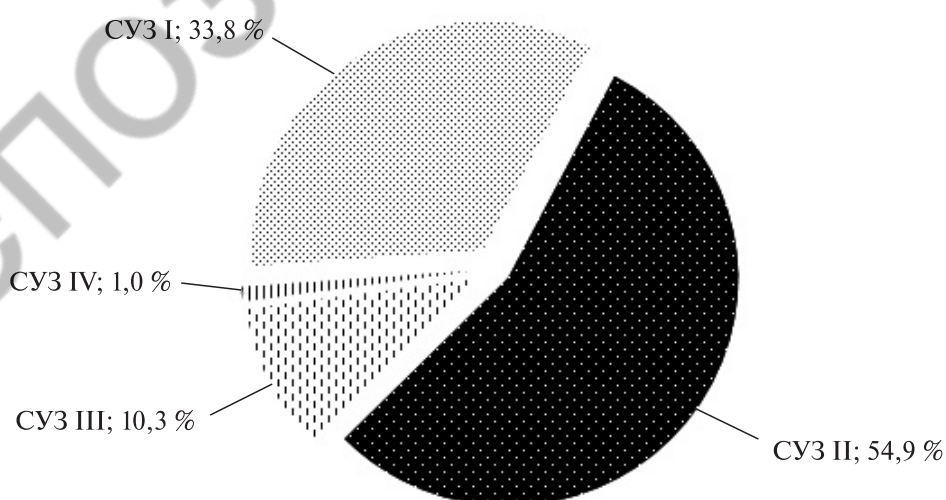


Рисунок 2 — Структура СУЗ детей, ВПИ вследствие синдромов и заболеваний, проявляющихся низкорослостью, за 2002–2019 гг. в Республике Беларусь ( $n = 690$ )

Тяжесть инвалидности (удельный вес детей-инвалидов третьей и четвертой СУЗ) за исследуемый период составила 11,3 % (95 % ДИ 9,2–13,9), наибольший показатель был отмечен у детей-инвалидов вследствие синдромов врожденных аномалий, проявляющихся преимущественно карликовостью (34,2 %, 95 % ДИ 21,6–49,5) и скелетных дисплазий (25,9 %, 95 % ДИ 18,7–34,7), значения при которых значительно превышали показатели при других нозологических формах низкорослости ( $p < 0,001$ ).

Изучение влияния нозологической формы заболевания на тяжесть инвалидности позволило установить среднюю силу связи со скелетными дисплазиями ( $\varphi = 0,20$ ,  $p < 0,001$ ) и синдромами врожденных аномалий, проявляющихся карликовостью ( $\varphi = 0,22$ ,  $p < 0,001$ ). Также была обнаружена средней силы взаимосвязь ( $\varphi = 0,27$ ,  $p < 0,001$ ) между тяжестью инвалидности и грудным возрастом ребенка. Пол и место жительства влияний на тяжесть ПДИ не оказывали.

**Заключение.** В ходе исследования показателей ПДИ вследствие синдромов и заболеваний, проявляющихся низкорослостью Республики Беларусь за период 2002–2019 гг. было выявлено, что:

- среднегодовой уровень ПДИ составляет 0,209 (0,182; 0,236) на 10 тыс. дет. нас., при этом самые высокие ( $p < 0,001$ ) уровни ПДИ отмечаются при дефиците гормона роста (0,083 (0,070; 0,107) на 10 тыс. дет. нас.) и синдроме Тернера (0,054 (0,038; 0,064) и на 10 тыс. дет. нас.), а также в группе детей среднего школьного возраста — 0,236 (0,198; 0,322) на 10 тыс. дет. нас. в сравнении с дошкольным ( $p < 0,001$ ), дошкольным ( $p < 0,001$ ) и младшим школьным возрастом ( $p = 0,014$ );

- отмечаются тенденции к повышению выхода на инвалидность вследствие исследуемой патологии: динамика коэффициента наглядности за указанный период составляет +4,9 % (–17,7; +7,3), а средний темп прироста — +0,9 % в год, который осуществляется за счет прироста ПДИ вследствие дефицита гормона роста (+3,5 %) и синдромов врожденных аномалий, проявляющихся преимущественно карликовостью (+2,6 %), лиц мужского пола (+1,7 %), городских жителей (+1,4 %), детей дошкольного (+8,5 %), грудного (+4,2 %), среднего школьного (+3,2 %) и дошкольного (+2,8 %) возрастного периода;

- в структуре ПДИ преобладают лица ВПИ вследствие дефицита гормона роста (42,9 %; 95 % ДИ 39,3–46,6), проживающие в городской местности (78,0 %, 95 % ДИ 74,7–80,9), среднего школьного возраста (27,0 %; 95 % ДИ 23,8–30,4) и со второй СУЗ (54,9 %; 95 % ДИ 51,2–58,6);

- наибольший удельный вес занимают дети ВПИ в школьном возрасте среди детей с дефицитом гормона роста ( $p < 0,001$ ), низкорослостью, не классифицированной в других рубриках ( $p < 0,001$ ), и синдромом Тернера ( $p < 0,001$ ), наименьший — со скелетными дисплазиями ( $p = 0,016$ );

- тяжесть ПДИ вследствие синдромов и заболеваний, проявляющихся низкорослостью, составляет 11,3 % (95 % ДИ 9,2–13,9), а самый высокий ( $p < 0,001$ ) показатель отмечается среди детей с синдромами врожденных аномалий, проявляющихся преимущественно карликовостью (34,2 %; 95 % ДИ 21,6–49,5) и со скелетными дисплазиями (25,9 %; 95 % ДИ 18,7–34,7);

- имеется средней силы взаимосвязь тяжести ПДИ с нозологической формой низкорослости — скелетными дисплазиями ( $\varphi = 0,20$ ,  $p < 0,001$ ) и синдромами врожденных аномалий, проявляющихся карликовостью ( $\varphi = 0,22$ ,  $p < 0,001$ ), а также с возрастным периодом — грудным возрастом ( $\varphi = 0,27$ ,  $p < 0,001$ ).

Таким образом, была изучена динамика показателей ПДИ вследствие различных заболеваний и синдромов, проявляющихся низкорослостью, а также выявлены основные нозологические особенности, влияющие на показатели ПДИ у исследованного контингента.

## Литература

1. Смычек, В. Б. Основы МКФ / В. Б. Смычек. — Минск: БГАТУ, 2015. — 432 с.
2. Состояние здоровья детей современной России / А. А. Баранов [и др.] — М.: ПедиатрЪ, 2018. — 120 с.
3. Об утверждении Инструкции о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 25 октября 2007 г., № 97 // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. — Минск, 2020.
4. 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.

5. Law, C. M. The disability of short stature / C. M. Law // Archives of disease in childhood. — 1987. — Vol. 62, № 8. — P. 855–859.
6. Quality of life in children with short stature: an analysis using PedsQL / XU Xuan [et al.] // Chinese Journal Of Contemporary Pediatrics. — 2013. — Vol. 15, № 10. — С. 870–874.
7. Справочник детского эндокринолога / И. И. Дедов [и др.]. — М.: Литтерра, 2020. — 496 с.

## **Analysis of primary children disability indicators due to syndromes and diseases associated with short stature**

*Golikova V. V.<sup>1</sup>, Doroshenko I. T.<sup>2</sup>, Lushchinskaya S. I.<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup> State Educational Institution «The Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education», Minsk, Republic of Belarus;*

*<sup>2</sup> State Institution «National science and practice center of medical assessment and rehabilitation», district of the village of Yukhnovka, Republic of Belarus*

Primary Childhood Disability (PDI) is an important indicator of public health. The article presents the data of the analysis of the results of the indicators of PDI due to syndromes and diseases associated with short stature for the period 2002–2019 in the Republic of Belarus. The average annual rate of PDI was 0,209 (0,182; 0,236) per 10,000 child population. The severity of PDI, which was 11.3 % (95 % CI 9,2–13,9), was found to be associated with some nosological forms of the disease ( $p < 0,001$ ) and the age period ( $\varphi = 0,27$ ,  $p < 0,001$ ).

**Keywords:** primary children disability, disability, short stature, children.

*Поступила 19.10.2020*