

3. Макарова, Е. П. Особенности предпринимательства в здравоохранении / Е. П. Макарова, Х. Х. Пачеко, С. К. Розенцвит // Горизонты экономики. – 2016. – № 3. – С. 93–96.

4. A means of improving public health in low- and middle-income countries? Benefits and challenges of international public–private partnerships / L. Kostyak [et al.] // Public health. – 2016. – Vol. 149. – P. 120–129.

Summary

PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP AS ONE OF THE EFFECTIVE MECHANISMS OF HEALTH FUNDING OF THE REPUBLIC OF BELARUS

Dovnar R.I.¹, Kovrei V.A.²

¹Grodno State Medical University, Grodno,

²Academy of Public Administration under the aegis of the President of the Republic of Belarus, Minsk

In the article the authors give the results of the analysis of the world and domestic literature on the problem of the development of public-private partnership in medicine. It is shown that this area is an effective mechanism for attracting private capital to the health care of the Republic of Belarus. Wide implementation of public-private partnership will not only improve the level of public health, but also profit the business.

ОСНОВНЫЕ МАРКЕРЫ НИЗКОРОСЛОСТИ С ПОЗИЦИИ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Дорошенко И.Т.

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской
экспертизы и реабилитации, п. Городище

irinadoroshenkot@gmail.com

Введение. Полиморфизм заболеваний, приводящих к низкому росту, сопутствующие заболевания, усугубляющих функциональные нарушения, особенности роста и физического развития у детей разного пола возраста приводят к тому, что медико-социальная экспертиза сталкивается с рядом проблем при оценке ограничения жизнедеятельности у детей с низкорослостью.

Цель исследования: Выделить основные маркеры низкорослости у детей синдромами и заболеваниями проявляющимися преимущественно низким ростом с позиции Международной классификации функционирования ограничения жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (МКФ-ДП).

Материалы и методы. Было проведено клинко-функциональное и клинко-экспертное обследование 150 детей ($71,3 \pm 3,7\%$ мальчиков и $28,7 \pm 3,7\%$ девочек) в возрасте от 1 года до 18 лет, имеющих ограничение жизнедеятельности вследствие синдромов и заболеваний проявляющимися низкорослостью.

Обследованные пациенты были разделены на возрастным группам в соответствии с общей периодизацией детского возраста, определяющей основное содержание повседневной жизни ребенка в конкретный возрастной период: 1 – 2 года – 3 ($2,0 \pm 1,1\%$) случая, 3 – 5 лет – 44 ($29,3 \pm 3,7\%$), 6 – 9 лет – 49 ($32,7 \pm 3,8\%$), 10 – 13 лет – 41 ($27,3 \pm 3,6\%$), 14 – 17 лет – 13 ($8,7 \pm 2,3$). Средний возраст детей составил $8,07 \pm 3,72$ года.

Всем (100,0%) детям была осуществлена оценка степени выраженности функциональных нарушений органов и систем детского организма согласно МКФ-ДП.

Для оценки полученных результатов применялись методы описательной статистики: абсолютное число, относительная величина (р), стандартная ошибка относительных величин (m_p).

Результаты. По результатам буквенно-числового кодирования функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности с позиций МКФ-ДП отмечались нарушения следующих функций: b455 - функции толерантности к физической нагрузке – в $54,0 \pm 4,1\%$ случаев, b530 - функции сохранения массы тела – в $36,0 \pm 3,9\%$, b555 - функции эндокринных желез – в $64,7 \pm 3,9\%$, b5550 - функции полового созревания – в $42,9 \pm 7,6\%$ (у лиц в возрасте 13-17 лет), b560 - функции роста – в $98,0 \pm 1,1\%$, что представлено на таблице 1.

Таблица 1 – Основные МКФ-маркеры низкорослости у детей, имеющих ограничение жизнедеятельности вследствие синдромов и заболеваний проявляющимися низкорослостью

Код и категория МКФ-ДП	Количество	
	абс. число	p±m _p , %
1	2	3
Функции организма		
b455 - функции толерантности к физической нагрузке (n=150)	81	54,0±4,1
b530 - функции сохранения массы тела (n=150)	54	36,0±3,9
b555 - функции эндокринных желез (n=150)	97	64,7±3,9
b5550 - функции полового созревания (n=42)	18	42,9±7,6
b560 - функции роста (n=150)	148	98,0±1,1
Активность и участие		
d5701 - соблюдение диеты и физической формы (n=150)	122	81,3±3,2
d5702 - поддержание собственного здоровья (n=150)	132	88,0±2,7
d815 - дошкольное образование (n=44)	30	68,2±7,0
d816 - дошкольная жизнь и общественная деятельность (n=44)	26	59,1±7,4
d820 - школьное образование (n=103)	87	84,5±3,6
d835 - школьная жизнь и общественная деятельность (n=103)	87	84,5±3,6
d840 - ученичество (подготовка к профессиональной деятельности) (n=13)	13	100,0
d880 - занятия игрой (n=47)	47	100,0
d9200 - игры (n=103)	39	37,5±4,8
d9201 - спорт (n=147)	147	100,0
Факторы окружающей среды		
e1101 - лекарственные средства	86	57,3±4,0
e310 - семья и ближайшие родственники	114	76,0±3,5
e360 - работники других профессиональных сфер	134	89,3±2,5
e410 - индивидуальные установки семьи и ближайших родственников	33	22,0±3,4
e420 - индивидуальные установки друзей	34	22,7±3,4

Данные функциональные нарушения приводили к заинтересованности кодов активности и участия в основном за счет следующих доменов активности и участия с позиции МКФ-ДП: d5701 - соблюдение диеты и физической формы – в $81,3 \pm 3,2\%$ случаев, d5702 - поддержание собственного здоровья – в $88,0 \pm 2,7\%$, d815 - дошкольное образование – в $68,2 \pm 7,0\%$ (у лиц в возрасте 3-5 лет), d816 - дошкольная жизнь и общественная деятельность – в $59,1 \pm 7,4\%$ (у лиц в возрасте 3-5 лет), d820 - школьное образование – в $84,5 \pm 3,6\%$ (у лиц в возрасте 6-17 лет), d835 - школьная жизнь и общественная деятельность – в $84,5 \pm 3,6\%$ (у лиц в возрасте 6-17 лет), d840 - ученичество (подготовка к профессиональной деятельности) – в $100,0\%$ (у лиц в возрасте 14-17 лет), d880 - занятия игрой – в $100,0\%$ (у лиц в возрасте 1-5 лет), d9200 - игры – в $37,5 \pm 4,8\%$ (у лиц в возрасте 6-17 лет), d9201 - спорт – в $100,0\%$ (у лиц в возрасте 3-17 лет). Влияние факторов окружающей среды, являющихся барьерами или облегчающими факторами у детей с низкорослостью отмечалось в таких категориях, как e1101 - лекарственные средства – в $57,3 \pm 4,0\%$ случаев, e310 - семья и ближайшие родственники – в $76,0 \pm 3,5\%$, e360 - работники других профессиональных сфер – в $89,3 \pm 2,5\%$, e410 - индивидуальные установки семьи и ближайших родственников – в $22,0 \pm 3,4\%$, e420 - индивидуальные установки друзей – в $22,7 \pm 3,4\%$.

Заключение. Таким образом, на основе проведенного буквенно-числового кодирования функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности с позиций МКФ-ДП детям с низкорослостью основными МКФ маркерами ограничения жизнедеятельности при данной нозологии являются следующие категории: функции роста (b560), толерантности к физической нагрузке (b455), эндокринных желез (b555), функции полового созревания (b5550) у лиц в возрасте 13-17 лет, соблюдение диеты и физической формы (d5701), поддержание собственного здоровья (d5702), дошкольное образование (d815) и дошкольная жизнь и общественная деятельность (d816) у лиц в возрасте 3-5 лет, школьное образование (d820) и школьная жизнь и общественная деятельность (d835) у лиц в возрасте 6-17 лет, ученичество (d840) у лиц в возрасте 14-17 лет, занятия игрой (d880) у лиц в возрасте 1-5 лет, спорт у лиц в возрасте 3-17 лет, а также влияние на выраженность ограничения жизнедеятельности оказывают следующие факторы окружающей среды ребенка: лекарственные средства (e1101), семья и ближайшие

родственники (e310), работники других профессиональных сфер (e360).

Summary

MAIN MARKERS OF SHORT STATURE FROM THE POSITION OF INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH FOR CHILDREN AND YOUTH

Doroshenko I.T.

*National Science and Practice Centre of Medical Assessment and Rehabilitation,
Gorodische*

The article reflects the main domains of functions, activity and participation and environmental factors, which are the main markers of short stature from the position of the ICF-CY. The article shows the frequency of occurrence of the ICF-categories in children who have a life limitation due to syndromes and diseases predominantly associated with short stature.

ДИНАМИКА ОГРАНИЧЕНИЯ СПОСОБНОСТИ К САМООБСЛУЖИВАНИЮ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ДЕФЕКТАМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА И КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА

Дорошенко И.Т., Бартось В.Н.

*ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской
экспертизы и реабилитации, п. Городище
irinadoroshenkot@gmail.com*

Введение. Популяционная частота врожденных поражений черепно-лицевой области (в основном, расщелины верхней губы и нёба - до 70%) по разным источникам составляет от 1:1000 до 1:460 новорожденных [1]. Имеющиеся нарушения у этого контингента детей приводят к ограничению способности ребенка к осуществлению бытовых потребностей, общению и самообслуживанию, а также снижают качество их жизни.

Цель исследования: Изучить динамику ограничения способности к самообслуживанию у детей с врожденными дефектами мягких тканей лица и костей лицевого скелета.