

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00987&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00987. Нормальний і порушений зріст у дитинстві

Автор: Marja Ojaniemi
Редактори оригінального тексту: -
Дата останнього оновлення: 2018-08-07

Основні положення

- Оцінка росту дитини завжди повинна здійснюватися на основі довготривалого спостереження та складанні графіків зросту, які необхідно регулярно оновлювати і обговорювати.
- Ріст дитини потрібно оцінювати у разі кожного планового візиту в дитячу клініку або у школах, за потреби - під час медичної консультації.
- Таблиці росту та правила перевірки, вказані у цій статті, базуються на принципах і даних, які використовуються в Фінляндії впродовж тривалого часу. Нові таблиці були розроблені у 2010–2011 роках та інтегровані у декілька електронних додатків таблиць росту.
- Нормальний зріст дитини характеризується послідовною етапністю.
- Спостереження за зростом має на меті вчасне діагностування усіх станів і хвороб, що характеризуються його порушенням.
- Потрібно передбачити і належно лікувати можливі психологічні наслідки невідповідностей росту. У деяких випадках зріст може бути прискорений за відсутності конкретної причини, що піддається лікуванню.

- Національні настанови щодо лікування порушення зросту та ожиріння в дітей доступні у більшості країн. Необхідно якомога раніше проконсультуватись зі спеціалістом у випадку виявлення порушення росту у дитини, а також для оцінки і визначення подальшого лікування.
- Див. також статті “Надмірна вага у дітей” та “Ожиріння у дітей”
настанова 01082 | Надмірна вага і ожиріння...]

Визначення

Поточна та очікувана довжина/висота відповідно до віку

- Довжина/висота відповідно до віку (Д/В) нівелює вікові і статеві відмінності. Фактична Д/В виражає відхилення від середньої величини у стандартних одиницях відхилення (стандартне відхилення, СВ), і оцінка „0” відображає середнє значення висоти відповідно до віку і статі.
- Ріст є послідовним, коли значення Д/В залишається практично незмінним.
- Належна Д/В відповідає показнику середнього зросту в сім’ї дитини (зокрема росту батьків).
- Належна Д/В наведена в електронних таблицях росту. Вона може також бути вирахована за допомогою формули [(середня величина росту батьків у см)–171]/10.
 - Наприклад, якщо ріст батька 185 см, ріст мами 165 см, то очікувана Д/В дитини дорівнює $[(185+165)/2-171]/10 = 4/10 = +0,4$ СВ.

Співвідношення вага/ріст, індекс маси тіла (ІМТ) за віком та ІМТ за віком і статтю (ІМТ-ВС)

- Наприклад, у фінських таблицях росту вага дітей у віці до двох років оцінюється відповідно до висоти дитини (співвідношення вага/зріст), тому що є невеликий досвід використання показника індексу маси тіла (ІМТ) для цієї вікової групи.
- Співвідношення вага/зріст виражається як відсоткове відхилення від медіани ваги дітей тієї ж статі й зросту.

- У дітей старше 2 років вагу можна оцінювати або за вагою відносно до росту або за віковою та статеву специфікою ІМТ (ІМТ = маса в кілограмах, поділена на квадрат висоти в метрах; одиниця $\text{кг}/\text{м}^2$). Оцінка ІМТ проводиться відповідно до нормативних показників (виражені в одиницях СВ).
- ІМТ у дитини може бути трансформований у відповідний дорослому показник ІМТ відносно віку і статі, що відображає ІМТ дитини, як дорослого. В інтерпретації показників ІМТ-ВС використовуються такі ж границі норми для надмірної ваги ($25 \text{ кг}/\text{м}^2$) та ожиріння ($30 \text{ кг}/\text{м}^2$), як і для дорослих (калькулятор ІМТ-ВС [програма 00018] | [зображення 01524] Body mass index (ISO-BMI...)).

Швидкість зростання, резерв росту, скелетне дозрівання та кістковий вік

- Поняття “швидкості росту” включає тривалість різних стадій росту та розвитку. Розвиток дівчаток триває, в середньому, на два роки менше, ніж у хлопчиків.
- Резерв росту вказує на генетичний потенціал росту людини у сприятливих умовах.
- Найбільш об’єктивно скелетне дозрівання визначається вимірюванням кісткового віку, тобто скоригованою за статтю медіаною віку, що відповідає стадії зрілості кісток дитини.
- Кістковий вік виражає скелетну зрілість у порівнянні з хронологічним віком. Для інтерпретації цих даних необхідний досвід.

Пропорції тіла і висота сидіння

- Ріст плоду переважно включає ріст голови і тулуба.
- Ріст у дитинстві в основному стосується кінцівок і ривок росту у пубертаті, крім того, залучає ріст тулуба.
- Висота сидіння (картинка [зображення 01524] | [зображення 01524] Measurement of sitting h...) показує співвідношення між нижніми кінцівками і тулубом. Воно визначається у разі пошуку причини порушення росту. Ріст у сидячому положенні виражається відсотком від повної висоти [табл. | T1].

Таблиця Т1. Нормальний відсоток росту в сидячому положенні (95% довірчого інтервалу) проти загального росту

Вік (роки)	Хлопці і дівчата	Вік (роки)	Хлопці	Дівчата
0,25	60,0–72,5	9,0	50,5–55,5	50,7–55,8
0,50	60,7–71,4	10,0	49,9–54,9	50,2–55,5
1,0	60,3–68,2	11,0	49,5–54,6	50,0–55,3
1,5	59,3–66,1	12,0	49,1–54,1	49,9–55,1
2,0	58,3–64,2	13,0	48,8–53,8	50,1–55,0
2,5	57,2–62,5	14,0	48,8–53,7	50,5–55,0
3,0	56,1–61,3	15,0	48,9–53,7	51,1–55,1
4,0	54,5–59,5	Дорослий	51,1–55,9	51,6–56,4
5,0	53,4–58,3			
6,0	52,5–57,3			
7,0	51,8–56,6			
8,0	51,2–56,1			

Періоди росту

- Зростання дитини після народження можна поділити на 3 періоди, які плавно і без чіткої межі, накладаючись, переходять з одного в інший: грудний вік, дитячий вік і статеве дозрівання. Кожний етап має свої регуляторні механізми та порушення.
- Під час *періоду грудного вигодовування* швидкість росту є високою і різко сповільнюється у віці близько 2–3 років.
 - Найважливіше для нормального росту дитини у грудному віці — це якісне та достатнє харчування.
 - У грудному віці відбувається встановлення індивідуального процесу зростання, який триває впродовж дитинства.
 - Якщо значення Д/В при народженні помітно відрізняється від належного у цієї дитини фінального росту, можуть бути передбачені значні відхилення у процесі зростання.
- Дитячий *вік починається* у віці 6 місяців, тобто коли грудний період ще продовжується, і триває з повільним зменшенням швидкості росту впродовж усіх років зростання.
 - У періоді дитинства, ріст дитини є послідовним без помітних змін значення Д/В.
 - У багатьох дітей спостерігається незначне тимчасове пришвидшення росту у віці 6–8 років. Це явище відоме як стрибок у рості в молодшому шкільному віці.

- Перед стрибком росту в період статевого дозрівання, швидкість росту є найнижчою.
- На практиці дитина повинна вирости від 4 до 7 см щороку.
- Період *статевого дозрівання* має три стадії: повільний ріст у ранньому пубертаті, стрибок росту, який триває приблизно 2 роки до остаточного гальмування та припинення росту.
 - Ранній пубертат призведе до стрибка росту, і графік зростання буде мати відхилення вгору.
 - Якщо статеве дозрівання настає пізніше, дитина продовжуватиме рости повільно, як у період дитинства, і тоді на графіку росту буде відхилення донизу.

Вимірювання довжини/висоти і таблиці росту

- Відповідне обладнання та правильна вимірвальна техніка - це основи контролю росту.
- Важливим є заповнення розділу, наведеного у графіку росту, для особистого та сімейного анамнезу (наприклад, вимірювання при народженні, ріст батьків, історія розвитку батьків).
- Для оцінки росту потрібно взяти до уваги етнічну приналежність. У іммігрантів ріст спочатку потрібно оцінювати за таблицями росту для їхньої батьківщини. На практиці використовуються таблиці країни проживання, і при інтерпретації результатів враховується етнічна приналежність.
- Рекомендовано використовувати спеціальні таблиці, які враховують наявність певного стану або хвороби (наприклад, синдром Дауна настанова 00676 [Синдром Дауна]), якщо такі таблиці є доступними.

Інтерпретація таблиць

- Якщо вимірювання показує відхилення від шаблону зросту дитини, спочатку повинні бути перевірені правильність фактичного вимірювання та ведення графіка.
- Якщо відхилення від належної схеми росту підтверджено повторюваним вимірюванням, потрібно шукати причину порушення. Також потрібно перевірити загальний стан здоров'я дитини.
- Одночасні зміни зросту і ваги часто вказують на хворобу, особливо, коли спостерігається їх невідповідність: вага збільшується, в той час як ріст сповільнюється або навпаки.

- Потрібне негайне медичне втручання, якщо відхилення у рості пов'язане з ознаками та симптомами хвороби.
- Медичне втручання є обґрунтованим, якщо декілька вимірювань показують порушення нормальних границь зросту, навіть якщо результати постійних обстежень в межах норми.
- Потрібно відзначити при інтерпретації:
 - Потрібно інтерпретувати зріст дітей віком до 1 року з обережністю. Остаточне встановлення індивідуального процесу зростання може спричинити значний зсув у графіку зростання здорових дітей. Вага може коливатись, зокрема залежно від функціонування сечового міхура і кишківника. Повторні інфекції також швидко впливають на вагу немовлят. Одноразове вимірювання, зазвичай, немає клінічної цінності; довгостроковий моніторинг зросту є важливим для такого раннього віку.
 - Зазвичай, правила моніторингу росту не застосовуються для підлітків, їх зріст має бути пов'язаним зі статевим розвитком і загальним станом підлітка.

Скринінг (вимірювання) довжини/висоти і ваги

- Скринінг зросту має на меті виявлення дітей, які потребують подальшого обстеження щодо зросту.
- Правила скринінгу базуються на нових таблицях росту, що застосовуються у Фінляндії, є математично складними та можуть використовуватись тільки в електронних програмах. Правила, вказані нижче, можуть бути застосовані, якщо відповідні електронні таблиці не є доступними.

Коментар експерта. В Україні відсутні національні таблиці зростання дітей.

Вимірювання довжини/висоти

- Норми довжини/висоти є порушеними, якщо відхилення від належної Д/В складає $\pm 2,3$ СВ (стандартного відхилення) або $\pm 2,7$ СВ від середньовікової довжини/висоти, у випадку якщо очікуване значення Д/В невідоме. Скринінговий поріг є також порушеними, якщо відхилення значення Д/В за встановлений період часу перевищує допустиме відхилення (таблиці [табл. T2] і [табл. T3]).

Таблиця Т2. Допустимі відхилення показників Д/В у дітей віком до 2 років

Вік, роки	Впродовж попередніх 0,25 років	Впродовж попередніх 0,5 років	Впродовж попереднього 1,0 року
0,25	1,7		
0,5	1,1	2,1	
0,75	0,9	1,6	
1,0	0,9	1,5	2,3
1,25	0,8	1,4	1,9
1,5	0,7	1,3	1,7
1,75	0,6	1,2	1,6
2,0	0,6	1,0	1,5

Допустимі відхилення значень довжини/висоти відносно до віку, Д/В (зниження і підвищення) впродовж різних періодів часу, зазначених у заголовках колонок, що передують віку, вказаному в рядку.

Таблиця Т3. Допустимі відхилення показників Д/В (стандартне відхилення) у дітей 2–12 років

Вік, роки	Впродовж попереднього 1 року	Впродовж попередніх 3 років	Впродовж попередніх 5 років
2	1,5		
3	1,4		
4	1,2	1,8	
5	0,9	1,5	
6	0,9	1,2	1,9
7	0,9	1,1	1,7
8	0,7	0,9	1,4
9	0,6	0,9	1,3
10	0,6	0,9	1,3
11	0,7	1,0	1,3
12	0,7	1,1	1,3

Допустимі відхилення значень Д/В (зниження і підвищення) впродовж різних періодів часу, зазначених у заголовках колонок, що передують віку, вказаному в рядку.

Вимірювання ваги

- Нормативні показники ваги є порушеними, якщо відхилення ваги відносно росту від величини медіани ваги більше допустимого (таблиця [табл. |Т4]) або якщо значення ваги відносно висоти перевищує допустимі межі (таблиця [табл. |Т5]).

Таблиця Т4. Прийнятні порогові величини для ваги відносно росту (% від медіани)

Ріст, см	50–120	130–150	160–170
–	15	20	25
+	20	25	30

Таблиця Т5. Допустимі показники відхилення для ваги відносно росту (% від медіани)

Довжина, см	Під час попереднього зростання на 5 см	Під час попереднього зростання на 5 см	Під час попереднього зростання на 20 см	Під час попереднього зростання на 20 см
55	– 16	+ 18		
60	– 14	+ 16		
65	– 12	+ 14		
70	– 12	+ 14	– 26	+ 28
75	– 12	+ 14	– 26	+ 28
80	– 10	+ 12	– 26	+ 26
90	– 10	+ 12	– 22	+ 22
100	– 10	+ 12	– 18	+ 20
110	– 10	+ 12	– 16	+ 18
120	– 12	+ 14	– 16	+ 18
130	– 14	+ 16	– 18	+ 20
140	– 14	+ 16	– 20	+ 22
150	– 14	+ 16	– 20	+ 22

Колонка зі знаком “-” позначає межі допустимого зниження ваги і колонка зі знаком “+” позначає межі з допустимим підвищенням ваги впродовж періоду росту (5 або 20 см), що передували значенню довжини, зазначеної у рядку.

Низький зріст

Причини низького росту

- Найбільш поширеним поясненням низького зросту є те, що він може бути *варіантом норми*. Діти з нормально-низьким зростом (сімейною низькорослістю) мають низький зріст і в дорослому віці. Вони є маленького розміру при народженні, але їхній ріст є послідовним і кістковий вік є в межах норми.
- Діти з *допустимою затримкою росту* (конституційна затримка росту (КЗР) або затримка росту і статевого дозрівання конституційного генезу (КЗРСД)) успадкували повільний темп росту і статевого дозрівання. Такий стан більше поширений серед хлопчиків і призводить до відстрочення стрибка в рості під час пубертату. Часто у дитини є близькі родичі з такими ж ознаками. У цих випадках ріст

можна пришвидшити шляхом прискорення статевого дозрівання фармакотерапією. Таке лікування варто розглянути, якщо затримка статевого дозрівання і росту спричиняє значну соціальну та психологічну шкоду для хлопчика. У разі диференційної діагностики варто виключити можливі хронічні захворювання.

- Діти з двома від'ємними варіантами успадковують як низький зріст, так і затримку зростання.
- У світі недоїдання є найбільш поширеною причиною порушення росту. У промислових країнах причиною недоїдання можуть бути, наприклад, розлади харчування, депресія або хронічні захворювання.
- Різні форми рахіту [настанова 00642 | Рахіт] можуть також спричиняти затримку росту.
- Причиною психосоціальної затримки росту (психосоціальна карликовість) є емоційна депривація і брак турботи за дитиною. Ріст дитини сповільнюється або в крайніх випадках зупиняється взагалі. Крім того, дитина страждає від емоційних і поведінкових порушень.
- Хронічні захворювання, такі як серцеві або легеневі захворювання, важкі захворювання нирок [настанова 01112 | Захворювання нирок у діт...], целіакія [настанова 00192 | Целіакія], захворювання кишківника запального характеру [настанова 01110 | Запальні захворювання ки...] часто спричиняють затримку росту і розвитку.
- Надлишок глюкокортикоїдів, пов'язаний або з лікуванням хвороби або, рідко, з надмірною ендогенною секрецією, спричиняє затримку росту. Наприклад, у дітей з астмою збільшення ваги відносно росту та одночасне уповільнення росту наводить на думку щодо надмірного лікування. У таких випадках варто переглянути користь та ризик застосування глюкокортикоїдної терапії.
- Гіпотиреоз завжди супроводжується затримкою росту. Ріст дитини уповільнюється, а вага відносно росту збільшується (перехресне відхилення). Дозрівання скелету буде відзначатися значною затримкою.
- Дефіцит гормонів росту може поєднуватися з різними аномаліями розвитку мозку (наприклад, септооптична дисплазія) або перинатальні порушення (наприклад, внутрішньоутробна гіпоксія, перинатальна асфіксія). Дефіцит гормонів може розвинути в результаті, наприклад, пухлини мозку (краніофарингіома) або її лікування (променева терапія). Дефіцит гормонів може бути повним

або частковим і відрізнятися від помірних порушень до тяжких. Нестача гормонів росту може також поєднуватись з дефіцитом інших гормонів гіпофізу.

- Ріст пацієнта з дефіцитом гормонів росту завжди повільний і показник Д/В завжди показує прогресивне зниження.
 - Діти з нестачею гормонів росту виглядають молодшими, ніж їхні однолітки. Незважаючи на це, їх фізичний вигляд є цілком нормальним.
- *Стани, які вражають скелетну систему (остеохондродисплазії), зазвичай, спричиняють порушення росту зі змінами пропорцій тіла. Найчастіший прояв — пропорційно короткі кінцівки: важливим є вимірювання зросту в сидячому положенні. Такі стани зазвичай класифікуються відповідно до клінічних і радіологічних ознак. Багато станів із цієї групи є спадковими. Наприклад, у Фінляндії, три найбільш поширені стани, які спричиняють дварфізм кінцівок, що зменшує ріст дорослої людини на 40–50 см:*
 - метафізарна хондродисплазія типу (аутосомно-рецесивне); додатково до затримки росту присутні інші важливі клінічні ознаки, що включають гіпоплазію волосся, підвищену гнучкість зв'язок, неповне розгинання у ліктьових суглобах, виражений поперековий лордоз і варусне викривлення ніг [\[веб|http://www.orpha.net/con...\]](http://www.orpha.net/con...)
 - діастрофічна дисплазія (аутосомно-рецесивне), яка часто поєднується із значною фізичною неповносправністю через скелетну деформацію [\[веб|http://www.orpha.net/con...\]](http://www.orpha.net/con...)
 - ахондроплазія (аутосомно-домінантне), яка характеризується наявністю великого черепа з вузькою основою і увігнутим переніссям [\[веб|http://www.orpha.net/con...\]](http://www.orpha.net/con...).
 - *Синдроми, які включають порушення росту, можна розпізнати за допомогою характерного зовнішнього вигляду пацієнта. Вони часто призводять до порушення росту вже у пренатальному періоді. Найпоширенішим аутосомним відхиленням є синдром Дауна [\[настанова 00676 | Синдром Дауна\]](#) і найчастішою аномалією статевих хромосом є синдром Тернера [\[веб|http://www.orpha.net/con...\]](http://www.orpha.net/con...).*
 - Типові клінічні ознаки синдрому Тернера (45,X або мозаїчні форми) включають малий зріст при народженні, лімфедему на руках і ногах немовляти, широку грудну клітку, широко розташовані гіпоплазовані соски, високо вигнуте піднебіння, низький ріст волосся на потилиці, коротка шия з крилоподібними шкірними складками і вальгусна деформація ліктьового суглоба. Також кількість родимок часто більша, ніж звичайно. Зовнішній вигляд у дівчаток

може бути абсолютно нормальним за винятком низького зросту, що може бути єдиною видимою ознакою

[[веб|http://www.orpha.net/con...](http://www.orpha.net/con...)].

- Нанізм Mulibrey (англ. „mu-li-br-ey” = muscle (м’язи), liver (печінка), brain (головний мозок), eyes(очі)) один зі станів, що входить до групи Фінських спадкових захворювань [[веб|http://www.orpha.net/con...](http://www.orpha.net/con...)]. Це синдром з аутосомно-рецесивним типом успадкування, який спричиняє низькорослість. Клінічно проявляється трикутною формою обличчя, випуклим лобом, а також тонкими кінцівками і тілом.
- Карликовість Сільвера-Рассела включає мале трикутне обличчя, асиметричні пропорції тіла, худорлявість і клинодактилію п’ятого пальця [[веб|http://www.orpha.net/con...](http://www.orpha.net/con...)].
- *Інші пренатальні порушення росту можуть викликатись інфекціями, дисфункцією плаценти, лікарськими засобами, генетичними чинниками, екстрагенітальною патологією або зловживанням матері алкоголем або іншими речовинами.*

Обстеження пацієнтів з низьким ростом

- При збиранні анамнезу потрібно врахувати ріст і вік під час пубертату близьких родичів, характер росту братів і сестер, соціальне оточення дитини і можливі симптоми хвороби.
- Додатково до загального стану, потрібно оцінити можливі структурні аномалії, ознаки певного підозрюваного синдрому, пропорції тіла (зріст у положенні сидячи) і ступінь статевого розвитку.
- Будь-які дані, пов’язані із ростом дитини, треба обережно аналізувати (перевірити початкові показники та антропометричні дані). Важливо отримати відповіді на наступні запитання (рис. [зображення 01300 | Assessment of short stat...](#)):
 - Чи дитина дійсно низька? ($< -2,5$ СВ)
 - Чи дитина росте повільно?
 - Чи порушення росту розвинулось у пренатальному періоді чи пізніше?
 - Чи є якісь інші клінічні ознаки?
 - Зріст поступово збільшується чи ні (“зсув зростання донизу”)?
- Ріст у висоту є послідовним процесом.

- Якщо фізичний стан дитини без патології, низька статура, швидше за все, представлятиме варіант норми, якщо така низькорослість не надто виражена.
- Якщо зовнішній вигляд дитини наводить на думку щодо вродженого синдрому, потрібно зробити обстеження відповідно до синдрому, який підозрюється.
- Якщо кінцівки є короткими (відносно високий ріст, у положенні сидячи), дитина може мати порушення розвитку скелету (наприклад, остеохондродисплазія).
- Зниження зростання
 - Одночасне зниження ваги відносно росту викликає підозру на недостатнє харчування, хронічні захворювання (кишкові, ниркові, серцеві, легеневі) або емоційну депривацію.
 - Одночасне збільшення ваги відносно росту викликає підозру на гіпотиреоз, гіперкортицизм (зазвичай ятрогенний) або ураження гіпофізу (дефіцит гормону росту).
 - Визначення секреції гормону росту відбувається у спеціалізованому відділенні тільки після виключення гіпотиреозу, целіакії, рахіту та інших хронічних захворювань і психосоціальної затримки росту.
- Лабораторні обстеження для виключення хронічних хвороб:
 - загальний аналіз крові, ШОЕ
 - вільний тироксин (Т4) і ТТГ
 - скринінгові тести для визначення целіакії
 - кальцій плазми, неорганічні фосфати, лужна фосфатаза
 - креатинін плазми крові
 - АЛТ.

Показання для направлення до спеціалістів та інформація, яка повинна бути включена

- Якщо при повторному вимірюванні дані зросту не відповідають нормативним показникам, потрібно направити пацієнта до фахівця, навіть якщо дані планових обстежень у межах норми.
- Запишіть! Інтерпретація зросту немовляти повинна бути обережною: у цьому віці відхилення показників на етапі встановлення індивідуального процесу зростання є найбільш

частою причиною порушень границь норми. Також звичайні правила моніторингу зросту не застосовуються у період статевого дозрівання.

- Скерування до фахівця завжди повинне включати історію росту дитини, так само як ріст і розвиток батьків.

Ведення дітей з низьким зростом [доказ L04375 | A] [доказ L00788 | A] [доказ L01051 | B]

- Низький ріст може мати психологічні ускладнення та спричиняти проблеми із самооцінкою.
 - Дитину часто сприймають відповідно до її зросту, ніж до її віку.
 - Проблеми є більш виразними у період статевого дозрівання, коли потреба у підтримці є найвищою.
- Метою лікування є корекція сприйняття ставлення інших людей, підвищення самооцінки дитини одночасно зі стимуляцією росту.
- Лікування основних хвороб (гіпотиреозу або целіакії), зазвичай, виправляє ріст впродовж наступних декількох місяців.
- Початок терапії гормоном росту вимагає обстеження та обміркування. Лікування є дорогим, тривалим і непростим у виконанні (підшкірні ін'єкції 1 раз на день із застосуванням спеціального шприца).
 - Показання до лікування відрізняються між країнами, але зазвичай для того, щоб лікування було обґрунтованим, має бути доведений дефіцит гормону росту або розпізнаний синдром затримки росту.
 - Лікування має бути призначеним лише відповідним спеціалістом.

Високий зріст

Причини і обстеження високого зросту

- Спадковість - найбільш поширена причина високого зросту, як варіанту норми.
 - Обтяжена спадковість є найважливішим чинником при постановці діагнозу.
 - При варіанті норми зріст є послідовним.

- Нормальні пропорції тіла (висота у положенні сидячи і відстань між розведеними руками) і кістковий вік, так само як і недостатня кількість атипових ознак виключають патологічні стани.
- **Непатологічне ожиріння** [настанова 01082] **Надмірна вага і ожиріння...** призводить до незначного прискорення росту та скелетного дозрівання.
- **Передчасне статеве дозрівання** [настанова 00641] **Статеве дозрівання та його...** спричиняє прискорення росту і раннє скелетне дозрівання, а також інші андрогенні або естрогенні ефекти.
- У випадку **вродженої гіперплазії наднирникових залоз** [веб|http://www.orpha.net/con...] надлишок андрогенів прискорює ріст. Можливість такого стану потрібно запідозрити у хлопців з пришвидшенням росту.
- У випадку **гіпотиреозу** пришвидшений ріст і скелетна зрілість можуть випереджати діагноз на декілька років. Зазвичай, одночасно спостерігається зниження показника ваги відносно росту.
- **Синдроми, що включають у себе високий зріст**, часто асоціюються з атиповими рисами зовнішнього вигляду.
 - Найбільш поширені синдроми з високим зростом, які асоціюються з надмірним ростом кінцівок (знижений відносний ріст у положенні сидячи) включають синдром Марфана і синдром Клайнфельтера (47,XXY та варіанти [настанова 00529] **Чоловічий гіпогонадизм і...**). Діагностичні критерії синдрому Марфана можна знайти на інтернет-сайті Orphanet ORPHA558 [веб|http://www.orpha.net/con...]. Для постановки діагнозу синдрому Клайнфельтера потрібно виконати каріотипування.
 - Наприклад Синдром Сотоса [веб|http://www.orpha.net/con...] або синдром Беквіта-Відемана [веб|http://www.orpha.net/con...] може бути діагностованим і у випадку нормального росту. Атипові ознаки і аномалії можуть вказувати на етіологію захворювання.

Діагностика та профілактика надмірного росту

- Детальніші обстеження та обчислення майбутнього дорослого росту мають проводитися централізовано у спеціалізованих відділеннях.
- Будь-яке втручання у випадку нормального росту має бути здійснене після ретельного обмірковування.

- Методи лікування все ще є експериментальними, і виправданість їх застосування має бути розглянута лише у рамках чітких критеріїв.

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [пов'язані 00536] [Normal and abnormal grow...]
- Інші огляди доказових даних [пов'язані 00536] [Normal and abnormal grow...] [доказ 05308 A]
- Література [пов'язані 00536] [Normal and abnormal grow...]

Джерела інформації

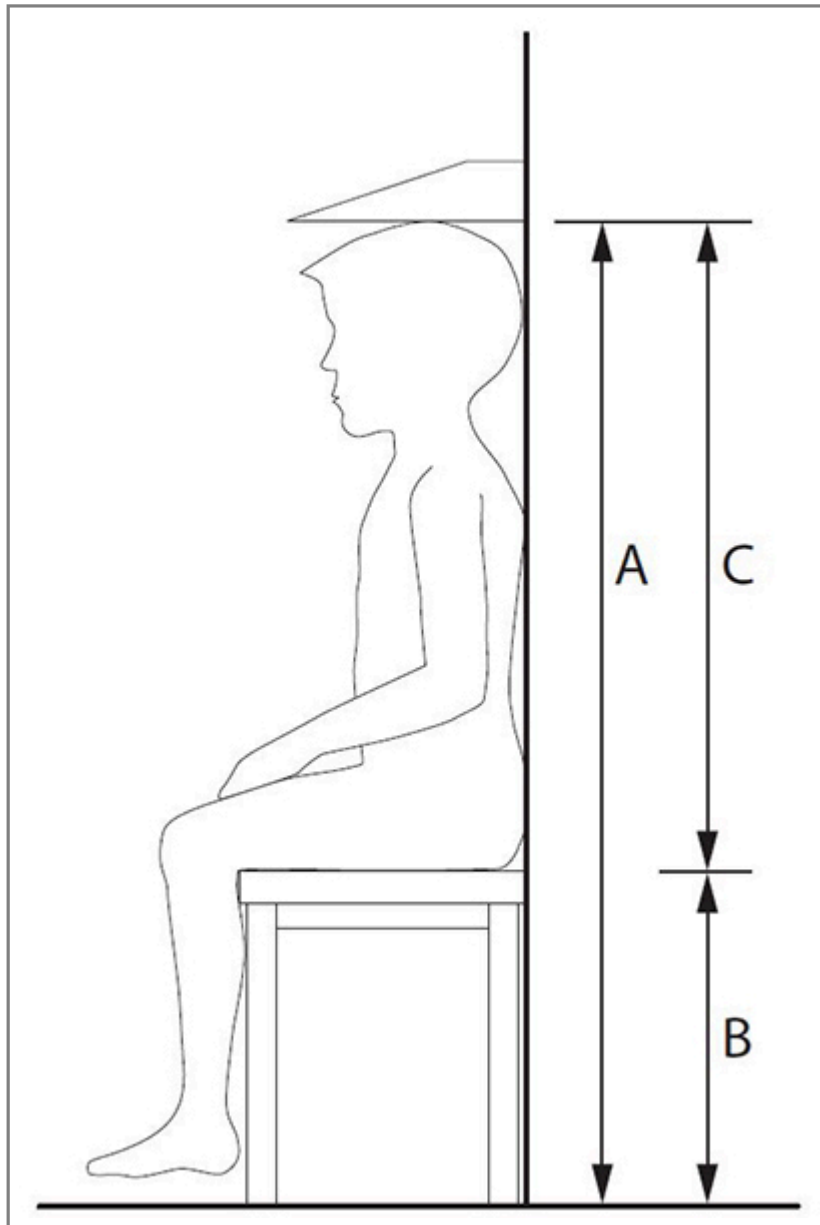
R1. Saari A, Sankilampi U, Hannila ML et al. New Finnish growth references for children and adolescents aged 0 to 20 years: Length/height-for-age, weight-for-length/height, and body mass index-for-age. Ann Med 2011;43(3):235-48. [PubMedID|20854213]

Настанови

- [Настанова 01082](#). Надмірна вага і ожиріння у дітей.
- [Настанова 00676](#). Синдром Дауна.
- [Настанова 00642](#). Рахіт.
- [Настанова 01112](#). Захворювання нирок у дітей (нефротичний і нефритичний синдром).
- [Настанова 00192](#). Целиакія.
- [Настанова 01110](#). Запальні захворювання кишківника у дітей.
- [Настанова 00641](#). Статеве дозрівання та його порушення.
- [Настанова 00529](#). Чоловічий гіпогонадизм і замісна гормональна терапія.

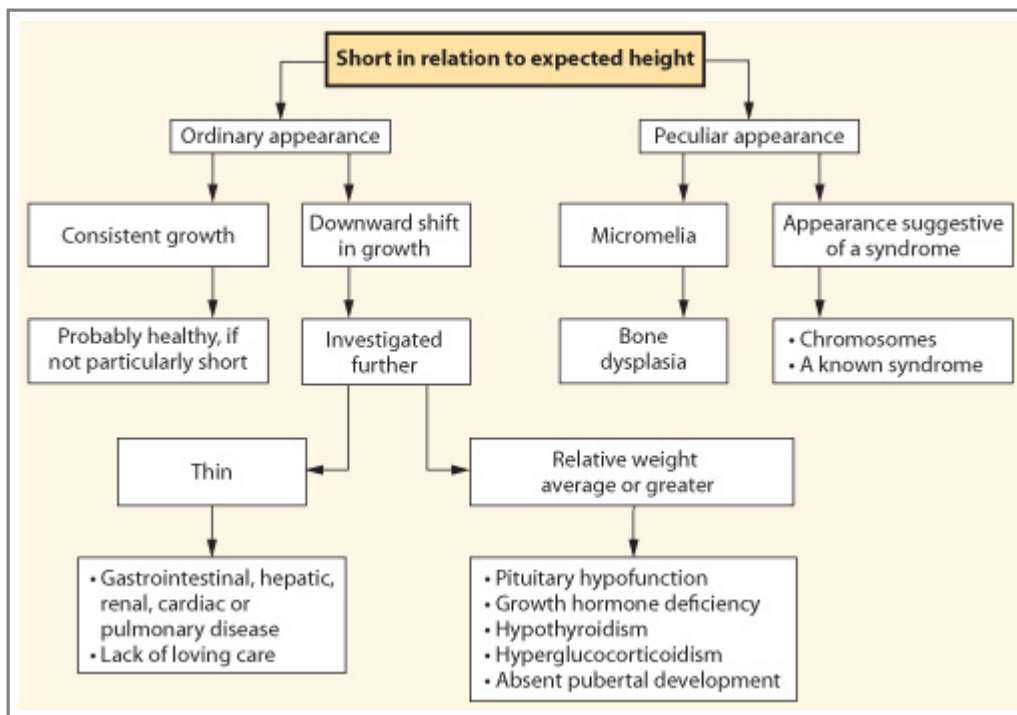
Зображення

- [Зображення 01524](#). Measurement of sitting height.



Автори та власники авторських прав: Marja Ojaniemi Duodecim Medical Publications Ltd

- [Зображення 01300](#). Assessment of short stature.



Автори та власники авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Калькулятори й анкети

- [Програма 00018](#). Body mass index (ISO-BMI) calculator for children.

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 04375](#). Recombinant growth hormone in children and adolescents with Turner syndrome.
Дата оновлення: 2007-06-14
Рівень доказовості: A
Резюме: Recombinant human growth hormone (hGH) is effective in increasing short-term growth in girls with Turner syndrome and it may increase final height by up to six cm, but final height of treated women is still outside the normal range.
- [Доказовий огляд 00788](#). Effect of zinc supplementation on children's growth.
Дата оновлення: 2006-01-18
Рівень доказовості: A
Резюме: Zinc supplementation improves children's growth in settings with high rates of stunting and/or low plasma zinc concentrations.
- [Доказовий огляд 01051](#). Growth hormone for children with chronic renal failure.
Дата оновлення: 2012-03-08
Рівень доказовості: B

Резюме: One year of weekly human growth hormone appears to result in a 3.9 cm/yr increase in height velocity above that of untreated controls in children with chronic renal failure, but studies were too short to determine if continuing treatment resulted in an increase in final adult height.

- [Доказовий огляд 05308](#). Calcium supplementation for improving bone mineral density in children.

Дата оновлення: 2006-11-08

Рівень доказовості: A

Резюме: Calcium supplementation in children does not provide such an increase in bone mineral density that would result in a clinically significant decrease in fracture risk.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: [ebm00987](#) Ключ сортування: 031.020 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2018-08-07

Автор(и): [Marja Ojaniemi](#) Автор(и) попередніх версій статті: [Päivi Tapanainen](#) Редактор(и):
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: [Maarit Green](#) Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
[EBM Guidelines](#) [Paediatrics](#)

Ключові слова індексу

[mesh: Osteochondrodysplasias](#) [mesh: child](#) [mesh: growth](#) [mesh: growth disorders](#) [mesh: growth hormone](#)
[mesh: precocious puberty](#) [mesh: delayed growth](#) [mesh: growth chart](#) [mesh: child development](#) [mesh: expected length](#)
[mesh: bone age](#) [mesh: Body Weight](#) [mesh: weight screen](#) [speciality: Paediatrics](#) [icpc-2: T10](#) [icpc-2: 31.56](#)
[icpc-2: A97](#) [icpc-2: 30.08](#) [icpc-2: 31.89](#) [icpc-2: T99](#) [icpc-2: T91](#) [icpc-2: L82](#)