Идиопатическая низкорослость у детей и подростков

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: E34.3 · Российская ассоциация эндокринологов

Идиопатическая низкорослость — низкий рост при исключении известных причин низкорослости; это диагноз исключения. Рекомендация посвящена обследованию детей и подростков, наблюдению и выбору терапии соматропином или других вариантов в отдельных клинических ситуациях.

Главное

- Идиопатическую низкорослость устанавливают при росте менее −2 SDS или ниже 3-го перцентиля при исключении известных причин; телосложение и пропорции должны быть нормальными, а длина и масса тела при рождении — нормальными.
- Это диагноз исключения: после выявления конкретной причины задержки роста диагноз идиопатической низкорослости больше не применяют.
- Обследование требуется также при росте выше −2 SDS, если скорость роста составляет −2 SDS и менее за 1 год либо −1,5 SDS и менее за 2 года; между точными измерениями должно пройти не менее 6 месяцев.
- Форму определяют по росту родителей: при семейной форме рост ребенка укладывается в диапазон среднеродительского роста, при несемейной SDS роста минимум на 2 SD ниже SDS среднеродительского роста. У девочек с 13 лет и у мальчиков с 14 лет дополнительно оценивают задержку пубертата.
- Всем девочкам с низкорослостью проводят кариотипирование независимо от наличия признаков синдрома Шерешевского—Тернера; генетическое тестирование показано, в частности, при росте менее −3 SDS, диспропорциях, аномалиях скелета, мальформациях или нарушениях нервно-психического развития.
- Динамическое наблюдение без лекарственной терапии допустимо. Пробную терапию соматропином рассматривает врачебная комиссия при SDS роста ниже −2,25, выраженной обеспокоенности ребенка или семьи и наличии подписанного информированного согласия.
- На фоне соматропина контролируют рост, скорость роста, SDS, костный возраст, ИФР-1 и безопасность терапии; регулярная МРТ головного мозга без неврологических симптомов не показана.

Диагностика

1. Соберите анамнез беременности и родов, данные массы и длины тела при рождении, сведения о хронических заболеваниях, психоэмоциональных факторах и возрасте начала замедления роста. Отдельно уточните рост, сроки пубертата и наличие низкорослых родственников.
2. Выполните антропометрию: измерьте рост или длину тела, рост сидя, массу тела и ИМТ; рассчитайте SDS роста, скорости роста и ИМТ, постройте индивидуальный график роста. У детей младше 2 лет рост измеряют лежа, при измерении стоя к результату прибавляют 0,7 см.
3. Оцените скорость роста по минимум двум точным измерениям, предпочтительно с интервалом не менее 6 месяцев. Идиопатическая низкорослость характеризуется ростом SDS −2 и ниже при отсутствии другой причины; при SDS роста больше −2, но скорости роста −2 SDS и менее в течение 1 года либо −1,5 SDS и менее в течение 2 лет рекомендуется обследование ребенка.
4. Проверьте пропорциональность тела, соотношение верхнего и нижнего сегментов, размах рук, признаки дизэмбриогенеза, стадии пубертата и психологический статус. Нижний сегмент рассчитывают как разницу между ростом стоя и ростом сидя.
5. Проведите общий анализ крови и мочи, биохимический анализ с определением креатинина, мочевины, общего белка, ионизированного кальция, фосфора, билирубина, АЛТ, АСТ и щелочной фосфатазы, а также тесты на антитела к глиадину и тканевой трансглутаминазе. Определите ТТГ, свободный Т4 и ИФР-1; дефицит гормона роста исключайте по СТГ-стимуляционным тестам.
6. Выполните рентгенографию лучезапястного сустава для определения костного возраста и прогноза конечного роста. МРТ головного мозга не рекомендуется проводить для диагностики идиопатической низкорослости, но ее рекомендуют перед началом терапии соматропином.
7. При показаниях расширьте обследование генетическими методами: при тяжелой низкорослости, диспропорции, макро- или микроцефалии, синдромальных признаках, больших мальформациях, нарушениях

нервно-психического развития, аномалиях скелета или семейном анамнезе, указывающем на возможный наследственный тип. У девочек кариотипирование выполняют независимо от фенотипа.

Лечение

- Динамическое наблюдение без медикаментозного лечения — приемлемая тактика, поскольку идиопатическая низкорослость не считается болезнью, а связь лечения с качеством жизни взрослого недостаточно изучена.
- Пробную терапию соматропином рассматривает врачебная комиссия детских эндокринологов при SDS роста ниже −2,25, если ребенок и родители существенно обеспокоены низким ростом и настойчиво хотят лечения. Нужны подписанное информированное согласие, оценка готовности соблюдать терапию и регулярное наблюдение эндокринолога и психолога; применение при ИН является off-label.
- Стартовая расчетная доза соматропина — 0,033 мг/кг/сутки, или 0,24 мг/кг/неделю (УУР В, УДД 2). Оптимальный период начала — допубертатный.
- Дозу соматропина титруют до высоко-нормального ИФР-1 — верхней половины референсного диапазона для пола и возраста (УУР А, УДД 2). При превышении верхней границы нормы дозу снижают; дозы 0,07 мг/кг/сутки и выше ускоряют костное созревание и сводят на нет эффективность терапии.
- Терапию продолжают при эффективности: прирост SDS роста более 0,3–0,5 за год, увеличение скорости роста более чем на 3 см/год, SDS скорости роста выше +1 и КВ/ХВ не более 1. Лечение завершают при скорости роста менее 2 см/год и/или костном возрасте 14 лет у девочек или 16 лет у мальчиков.
- При начавшемся пубертате и неблагоприятном ростовом прогнозе врачебная комиссия может добавить к соматропину пролонгированный аналог гонадотропин-рилизинг-гормона: трипторелин или лейпрорелин 3,75 мг внутримышечно каждые 28 дней. Такая комбинация экспериментальна и применяется off-label.
- У мальчиков с начавшимся пубертатом и неблагоприятным прогнозом врачебная комиссия может добавить ингибитор ароматазы: летрозол 2,5 мг внутрь ежедневно или анастрозол 1 мг внутрь ежедневно; применение экспериментальное и off-label.
- При конституциональной задержке роста и пубертата у мальчиков старше 14 лет с ростом ниже 3-го перцентиля, препубертатом или ранним пубертатом, объемом яичек менее 6 $см^3$, тестостероном менее 3,5 нмоль/л и отставанием костного возраста не менее 3 лет комиссия может назначить тестостерона энантат 50–100 мг внутримышечно 1 раз в месяц; в РФ используют смесь эфиров тестостерона в эквивалентной дозе. Конечный рост эта терапия достоверно не меняет.

Когда направить и как наблюдать

- Плановая госпитализация нужна для проведения стимуляционных проб, если они показаны в конкретном случае.
- Плановая госпитализация может потребоваться маленькому ребенку для проведения МРТ головного мозга, если того требует рассматриваемый клинический случай.
- После начала терапии соматропином возможна плановая госпитализация для мониторинга лечения 1 раз в 6–12 месяцев.
- У ребенка на соматропине при появлении неврологических симптомов или подозрении на объемное образование головного мозга МРТ проводят незамедлительно.

Частые вопросы

Какой рост позволяет поставить диагноз идиопатической низкорослости?

Рост должен быть менее −2 SDS или ниже 3-го перцентиля для пола и возраста, а известные причины низкорослости должны быть исключены. Дополнительно учитывают нормальные пропорции тела и отсутствие хронических соматических заболеваний в стадии декомпенсации, эндокринопатий, алиментарных и психоэмоциональных (стрессорных) факторов.

Нужно ли обследовать ребенка, если рост выше −2 SDS?

Да, если скорость роста снижена до −2 SDS и менее за 1 год либо до −1,5 SDS и менее за 2 года. Динамику оценивают по точным измерениям на одном калиброванном ростомере с интервалом не менее 6 месяцев.

Всегда ли при низком росте нужен тест на дефицит гормона роста?

ИФР-1 исследуют у детей с подозрением на идиопатическую низкорослость, а дефицит гормона роста исключают по СТГ-стимуляционным тестам в соответствии с национальным консенсусом. Нормальный ИФР-1 ставит дефицит под сомнение, но не исключает его.

Когда можно назначать соматропин при идиопатической низкорослости?

Пробную терапию рассматривает врачебная комиссия при SDS роста ниже −2,25, выраженной обеспокоенности ребенка и/или родителей и наличии подписанного информированного согласия. Стартовая доза — 0,033 мг/кг/сутки; применение при ИН является off-label.

Как контролировать безопасность лечения соматропином?

Каждые 6 месяцев исследуют ИФР-1, глюкозу и гликированный гемоглобин; костный возраст оценивают ежегодно, а в позднем пубертате — каждые 6 месяцев. Также ежегодно нужен осмотр офтальмолога с исследованием глазного дна, а травматолога-ортопеда и оториноларинголога — 1 раз в 1–2 года.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1048-idiopaticheskaya-nizkoroslost-u-detej-i-podrostkov. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1048_1