



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ
МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ЛІКАРІВ-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІВ
І КОСМЕТОЛОГІВ**

**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
II Всеукраїнської науково-практичної конференції
«МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЇ,
ГІНЕКОЛОГІЇ, КОСМЕТОЛОГІЇ ТА ЕСТЕТИЧНІЙ МЕДИЦИНІ»**

20-21 жовтня 2023 р.



**М. ЗАПОРІЖЖЯ
2023**

ВАЗОМОТОРНІ СИМПТОМИ ТА КАРДІОМЕТАБОЛІЧНІ РИЗИКИ.....	66
Сюсюка В.Г., Деміденко О.В., Сергієнко М.Ю., Колокот Н.Г., Рослік О.А.	
КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ЗАТРИМКИ РОСТУ ПЛОДА.....	68
Сюсюка В.Г., Пучков В.А.	
УЛЬТРАЗВУКОВІ МАРКЕРИ СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗУ ЯЄЧНИКІВ ...	71
Сюсюка В.Г., Сергієнко М.Ю., Бачуріна О.І., Катеруша Д.А.	
МЕЛАНОЦИТАРНІ НОВОУТВОРЕННЯ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ: ДЕРМАТОСКОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ.....	74
Чернеда Л.О.	
СОНОЛОГІЧНА ХАРКТЕРИСТИКА ПАЦІЄНТОК З ГЕНІТАЛЬНИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ.....	77
Шаповал О.С., Сюсюка В.Г.	
ЙМОВІРНІСТЬ ЗБІЛЬШЕННЯ ВИПАДКІВ АКУШЕРСЬКИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЖІНОК З ПАТОЛОГІЧНОЮ МАСОЮ ТІЛА.....	79
Шелестова Л.П.	
RETINAL ANGIOPATHY AND CHRONIC ARTERIAL HYPERTENSION DURING PREGNANCY.....	82
Deinichenko O.V., Pavliuchenko M.I., Onopchenko S.P.	
MORPHOLOGICAL AND IMMUNOHISTOCHEMICAL CHARACTERISTICS OF ENDOMETRIAL LAYERS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH ENDOMETRIAL HYPERPLASIA WITHOUT ATYPIA COMPARED WITH SECRETORY ENDOMETRIUM	85
Khaskhachykh D.A., Potapov V.O., Kukina G.O., Demchenko T.V., Garagulia I.S.	
A COMPREHENSIVE LOOK AT COLPOSCOPY AND TARGETED BIOPSY AS CONFIRMATORY METHODS FOR DIAGNOSING CERVICAL PATHOLOGY	933
Pavliuchenko M.I., Siusiuka V.G., Deinichenko O.V.	

КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ЗАТРИМКИ РОСТУ ПЛОДА

Сюсюка В.Г.

доктор медичних наук, професор кафедри акушерства і гінекології,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Пучков В.А.

кандидат медичних наук, доцент кафедри акушерства і гінекології,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Затримка росту плода (ЗРП) визначається як неспроможність плода реалізувати свій потенціал росту через патологічний фактор, найчастіше дисфункцію плаценти [Melamed N. et al., 2021]. У всьому світі ЗРП є основною причиною мертвонародження, неонатальної смертності та коротко- та віддаленої захворюваності [Melamed N. et al., 2021; Miranda J. et al., 2023]. Дуже важлива рання діагностика ЗРП, оскільки вона дає змогу визначити етіологію захворювання та адекватно контролювати стан плода, тим самим мінімізуючи ризики передчасних пологів та внутрішньоутробної гіпоксії [Nardozza L.M. et al., 2017].

ЗРП визначається як неспроможність плода реалізувати свій потенціал росту внаслідок патологічних факторів. Важливо розрізняти поняття розмірів плода в певний момент часу та росту плода, оскільки останній є динамічним процесом. Точка відсікання нижче 10-го перцентиля до терміну гестації для обводу живота та/або розрахункової ваги плода є загальноприйнятим визначенням ЗРП. Однак, значення показника 10-го перцентиля змінюється залежно від використовуваної діаграми росту. Крім того, більшість немовлят малих до гестаційного віку не мають обмежень росту при народженні, а деякі діти з ЗРП через плацентарну недостатність, які піддаються ризику ураження або мертвонародження, є відповідними до терміну гестації. Чим нижчий

граничний перцентиль окружності живота та/або розрахункової ваги плода, тим вищий ризик істинної ЗРП. Міжнародний консенсус Delphi нещодавно запропонував, що відсікання обводу живота та/або розрахункової ваги плода нижче 3-го перцентилля може бути використано як єдиний діагностичний критерій для ЗРП. У разі визначення окружності живота та/або розрахункової ваги плода нижче 10-го перцентилля діагноз ЗРП слід розглядати лише у поєднанні з іншими доплерівськими параметрами.

Відповідно до Клінічної настанови «Затримка росту плода» (2023) та Стандарту медичної допомоги «Затримка росту плода» (2023) ЗРП має бути прямо класифіковано на основі гестаційного віку на момент встановлення діагнозу: ЗРП із раннім початком (<32 тижнів) та ЗРП із пізнім початком (≥ 32 тижнів).

Критерії діагностики ранньої ЗРП (< 32 тижнів):

- передбачувана маса плода чи окружність живота < 3-го перцентилля;
- нульова кінцева діастолічна швидкість кровотоку/реверсна кінцева діастолічна швидкість кровотоку в артерії пуповини;
- передбачувана маса плода чи окружність живота < 10-го перцентилля у поєднанні з однією або більше ознак (пульсаційний індекс в артерії пуповини >95-го перцентилля, пульсаційний індекс в матковій артерії >95-го перцентилля).

Критерії діагностики пізньої ЗРП (≥ 32 тижнів):

- передбачувана маса плода чи окружність живота < 3-го перцентилля;
- 2 або більше з наступних 3 критеріїв: передбачувана маса плода чи окружність живота < 10-го перцентилля; передбачувана маса плода чи окружність живота перцентилі зменшуються >2 кuartилів на перцентиллях росту; церебро-плацентарне відношення <5-го перцентилля чи пульсаційний індекс в артерії пуповини >95-го перцентилля.

Слід зазначити, що оцінка лише розміру плода недостатня для ідентифікації ЗРП, якщо окружність живота та/або розрахункова вага плода не нижче 3-го перцентиля. Доплерівський кровоплин внутрішньоплацентарних та фетоплацентарних судин може бути використана для розрізнення малий для гестаційного віку та ЗРП. Мультимодальна оцінка рекомендується для визначення стану плода та подальшої тактики ведення жінок з підозрою на ЗРП. Відповідно, рекомендації щодо моніторингу, термінів і методу розродження у випадках підозри на ЗРП мають включати оцінку кардіотокографії та/або біофізичного профілю у поєднанні з показниками доплерометрії системи мати-плацента-плід.