



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ
МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
Всеукраїнської науково - практичної конференції з
міжнародною участю
«Узагальнення досвіду теоретичної та практичної роботи
дерматовенерологічної спільноти країни та світу»
22 травня 2026 р.**

**М. ЗАПОРІЖЖЯ
2026**

| | |
|--|----|
| Копос Д.М. ОЦІНКА СПРИЙНЯТОГО СТРЕСУ У ЖІНОК З КЛІНІКОЮ НЕВИНОШУВАННЯ В РАНЬОМУ ТЕРМІНІ ВАГІТНОСТІ..... | 36 |
| Лахно І. В., Коровай С. В., Дьоміна О. В., Сикал І. М., Ромаєва В. П., Шаповал Д. М., Пак С. О. РОЛЬ ФЕРОПТОЗУ ТА ВПЛИВ ЕНДОМЕТРІОЗУ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ..... | 38 |
| Лісницька О.А., Михасик С.В., Светашов О.М. ПСОРІАТИЧНА ЕРИТРОДЕРМІЯ: ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ВЕДЕННЯ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)..... | 44 |
| Макуріна Г.І., Гамова Д.А. ІН'ЄКЦІЙНІ МЕТОДИКИ В ЛІКУВАННІ АНДРОГЕНЕТИЧНОЇ АЛОПЕЦІЇ..... | 46 |
| Міхневич О.В., Москаленко О.М. ЕФЕКТИВНІСТЬ ВУЗЬКОСМУГОВОЇ UVB-ФОТОТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ПСОРІАЗУ: ВПЛИВ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ..... | 49 |
| Платонов С.І., Юнацька Т.А. БАЛАНІТ ЗУНА: ВІД КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ДО ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ..... | 51 |
| Онопченко С.П., Кириченко М.М. ПІСЛЯПОЛОГОВА ДЕПРЕСІЯ: ВПЛИВ НА ФІЗИЧНИЙ, ЕМОЦІЙНИЙ ТА КОГНІТИВНИЙ СТАН..... | 53 |
| Пучков В.А., Богуславська Н.Ю., Колокот Н.Г. ПРАКТИЧНІ КРОКИ ДІАГНОСТИКИ ЗАТРИМКИ РОСТУ ПЛОДА..... | 58 |
| Рослік О.А. МЕНЕДЖМЕНТ ЖІНОК З НЕВИНОШУВАННЯМ В РАНЬОМУ ТЕРМІНІ ВАГІТНОСТІ..... | 61 |

ПРАКТИЧНІ КРОКИ ДІАГНОСТИКИ ЗАТРИМКИ РОСТУ ПЛОДА

Пучков В.А.

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

Богуславська Н.Ю.

заступник медичного директора з перинатальної допомоги, КНП Територіальне
медичне об'єднання «Здорова родина» ЗОР,

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

Колокот Н.Г.

асистент кафедри акушерства і гінекології,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Затримка росту плода (ЗРП), яку діагностують у 7-15% вагітних є однією з провідних причин перинатальної захворюваності та смертності. На сьогодні відомо, що цей клінічний стан має вплив на частоту й тяжкість потенційних неонатальних ускладнень та визначають ризик довгострокової захворюваності, а не саму вагу при народженні. Приблизно 60% випадків ЗРП є ідіопатичними та багатофакторними, тоді як у 40% випадків визнається певна етіологія (попередньо існуючі захворювання матері, хромосомопатії, вади розвитку плода, інфекційні захворювання). Здатність точно ідентифікувати малі до гестаційного віку (МГВ) плоди, які піддаються ризику, має першорядне значення. Помилково-позитивний діагноз може призвести до необґрунтованих обстежень та акушерських втручань. Ключовим завданням сучасної діагностики ЗРП залишається чітке розмежування конституційно малих плодів та справжньої патологічної затримки росту.

Перший крок перед визначенням того, чи є розмір плоду адекватним, - це отримати точну оцінку гестаційного віку. За винятком вагітностей, що виникають за допомогою репродуктивної технології, в яких відома дата зачаття, датування вагітності можна оцінити клінічно за допомогою першого дня останньої менструації жінки, вимірюючи висоту дна матки, або сонографічно, головним чином шляхом вимірювання куприко-тем'яного розміру (КТР) або обвід голови (ОГ).

Не дивлячись на те, що ризик перинатальної смерті та несприятливого результату нейророзвитку найвищий, коли очікувана маса плоду (ОМП) становить < 3-го перцентилю, важливо зазначити, що > 80 % несприятливих результатів виникають у немовлят, які не є малими до гестаційного віку і це вказує на те, що навіть плоди, які перевищують 10 перцентиль, все ще можуть не досягти нормального потенціалу росту.

Враховуючи вище викладене можливо запропонувати використання наступного практичного «чек листу» для діагностики ЗРП:

1. Підтвердження гестаційного віку (датування за КТР/ранне УЗД).
2. Проведення біометрії (BPD, HC, OJ, FL) → визначення ОМП за Nadlock; зафіксувати перцентиль.
3. Якщо ОМП/ОЖ < 10 го → UA доплер (PI, кінцево діастолічний кровоплин).
4. Розміри плода відповідають терміну < 32 тиж: застосувати ранні Делфі критерії; цільове УЗД, СМА за показаннями; вибірково тестування на інфекції (ЦМВ ПЛР при амніоцентезі).
5. Розміри плода відповідають терміну ≥ 32 тиж: застосувати пізні Делфі критерії (динаміка перцентилів, ЦПВ, UA PI).
6. Якщо показники доплерометрії нормальні і стабільна траєкторія росту → діагноз МГВ замість ЗРП.

7. Контроль динаміки росту кожні 2–3 тижні (проведення біометрії плода ± доплерометрія).

Слід зазначити, що показання до розродження базуються на моніторингу за допомогою доплерометрії кровотоку в АП, ВП і СМА на визначених термінах вагітності з традиційним НСТ або кКТГ за доступності.

Висновки

Таким чином, сучасний підхід до діагностики ЗРП передбачає багаторівневу інтеграцію антропометричних та функціональних параметрів в динаміці, що узгоджується з кращими практиками професійних товариств та консенсусу Делфі. Реалізація такого алгоритму дозволяє значно зменшити встановлення хибнопозитивних діагнозів, зберігаючи водночас високу чутливість щодо істинно патологічного стану, яким є ЗРП.