

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
_____ № _____

СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ЗАТРИМКА РОСТУ ПЛОДА

2023

Загальна частина

Діагноз: Затримка росту плода.

Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:

Z36.4 Допологове обстеження за допомогою ультразвуку та інших фізичних методів з метою виявлення затримки росту плода

O36.5 Медична допомога матері при недостатньому росту плода

Розробники:

Дубоссарська Юліанна Олександрівна	завідувач кафедри акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти Дніпровського державного медичного університету, заступник голови робочої групи з клінічних питань;
Гуленко Оксана Іванівна	начальник відділу стандартизації медичної допомоги Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного ведення;
Артьоменко Володимир Вікторович	професор кафедри акушерства і гінекології Одеського національного медичного університету;
Гребініченко Ганна Олександрівна	завідувач відділення медицини плода Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені акад. О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України» (за згодою);
Жабченко Ірина Анатоліївна	завідувач відділення патології вагітності та пологів Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України»;
Камінський В'ячеслав Володимирович	в.о. Ректора Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, академік Національної академії медичних наук України;
Малачинська Марія Йосипівна	директор Комунального некомерційного підприємства Львівської обласної ради «Львівський обласний клінічний перинатальний центр» (за згодою);
Ошовський Віктор Іванович	директор медичного центру «Уніклініка» (за згодою);
Скрипченко Наталія	завідувач відділення впровадження та вивчення

Яківна ефективності сучасних медичних технологій в акушерстві та перинатології Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової Національної академії медичних наук України» (за згодою);

Хаджинова Наталія
Афанасіївна начальник відділу реалізації політик у сфері медичного забезпечення Департаменту медичних послуг Міністерства охорони здоров'я України.

Рецензенти:

Резніченко Галина
Іванівна професор кафедри акушерства, гінекології та репродуктивної медицини Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, д.мед.н., професор;

Булавенко Ольга
Василівна завідувач кафедри акушерства і гінекології № 2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, д.мед.н., професор.

Дата оновлення стандарту - 2028 рік.

Перелік скорочень

АП	–	артерія пуповини
БФП	–	біофізичний профіль
ВДМ	–	висота дна матки
ВП	–	венозна протока
ВР	–	відносний ризик
ДС	–	довжина стегнової кістки
ЗОЗ	–	заклад охорони здоров'я
ЗРП	–	затримка росту плода
ІМТ	–	індекс маси тіла
кКТГ	–	комп'ютеризована кардіотокографія
КМП	–	клінічний маршрут пацієнта
КТГ	–	кардіотокографія
МА	–	маткова артерія
МГВ	–	малий для гестаційного віку
мс	–	мілісекунди
МТ	–	маса тіла
НКДШК	–	нульова кінцева діастолічна швидкість кровотоку
НСТ	–	нестресовий тест
ОГ	–	окружність голови
ОЖ	–	окружність живота
ПІ	–	пульсаційний індекс
ПЛР	–	полімеразна ланцюгова реакція
ПМП	–	передбачувана маса плода
РКДШК	–	реверсна кінцева діастолічна швидкість кровотоку
СМА	–	середня мозкова артерія
УЗД	–	ультразвукове дослідження
ЦНС	–	центральна нервова система
ЦПВ	–	церебро-плацентарне відношення
ЧСС	–	частота серцевих скорочень
РАРР-А	–	асоційований з вагітністю протеїн А плазми
PIGF	–	плацентарний фактор росту
STV	–	короткострокова варіабельність

Розділ I. Організація надання медичної допомоги при затримці росту плода

1. Положення стандарту

Ведення вагітності із затримкою росту плода (далі – ЗРП) здійснюється лікарем акушером-гінекологом в амбулаторних умовах у закладі охорони здоров'я, обраним пацієнткою незалежно від місця реєстрації чи фактичного проживання.

Госпіталізацію для моніторингу стану плода та розродження при ЗРП проводять у спеціалізовані акушерські заклади охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) із наявністю умов для надання медичної допомоги новонародженим з малою масою тіла при народженні та у складних неонатальних випадках.

2. Обґрунтування

Затримка росту плода визначається як неспроможність плода реалізувати свій потенціал росту внаслідок патологічних факторів. Важливо розрізнити поняття розмірів плода в певний момент часу та росту плода, оскільки останній є динамічним процесом. Оцінка росту плода вимагає проведення принаймні двох ультразвукових досліджень (далі – УЗД) плода, розділених у часі 2–3 тижнями. Знижена швидкість росту зазвичай визначається як зменшення між послідовними УЗД плода окружності живота (далі – ОЖ) або, частіше, передбачуваної маси плода (далі – ПМП) на > 50 перцентилів або на > 2 квантилів.

ЗРП зазвичай пов'язують із плацентарною дисфункцією, коли ПМП становить < 10 -го перцентиля та інші причини ЗРП виключено (генетичні та структурні аномалії плода, інфекції плода, вживання матір'ю психоактивних речовин або деяких лікарських засобів), особливо якщо є відхилення показників доплерометрії кровотоку в артерії пуповини або матковій артерії. ЗРП є основною причиною мертвонародження і неонатальної смертності, коротко- та довгострокової захворюваності.

Тяжка ЗРП визначається як ПМП або ОЖ < 3 -го перцентиля для гестаційного віку. Такі плоди мають найвищий ризик перинатальної захворюваності та смертності, незалежно від терміну вагітності при народженні.

Малим для гестаційного віку (далі – МГВ) вважається плід, якщо ПМП або маса тіла дитини при народженні менше 10-го перцентиля для гестаційного віку. Більшість МГВ плодів є конституційно здоровими маленькими плодами, чії малі розміри є лише результатом їх заздалегідь визначеного потенціалу росту.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Існує локально узгоджений клінічний маршрут пацієнта, що координує та інтегрує медичну допомогу для діагностики ЗРП, забезпечення своєчасного направлення для госпіталізації у акушерський ЗОЗ та розродження.

2) Необхідно забезпечити інформованість вагітної щодо стану її плода з особливим акцентом на коротко- та довгострокових наслідках для здоров'я дитини.

3) Пацієнтки і, за згодою, члени сім'ї/особи, які здійснюють догляд, забезпечуються у доступній формі інформацією щодо стану плода, плану обстеження, термінів розродження та подальшого спостереження, навчання навичкам догляду за новонародженим, необхідним для поліпшення результатів медичної допомоги, контактів для отримання додаткової інформації та консультації.

4) Жінкам надають наполегливі рекомендації щодо припинення куріння та виключення вживання алкоголю і наркотиків під час вагітності для зменшення ризику ЗРП згідно з чинними стандартами у сфері охорони здоров'я.

Бажані:

5) Жінок інформують про асоціацію ЗРП із недостатньою прибавкою маси тіла під час вагітності, а також рекомендують цільовий діапазон збільшення ваги в залежності від вихідного індексу маси тіла.

6) Жінок із ЗРП в анамнезі консультують щодо ризику ЗРП при наступній вагітності в залежності від терміну виникнення, тяжкості ЗРП та результатів патолого-анатомічного дослідження посліду відповідно до додатків 1, 2 до цього Стандарту.

Розділ II. Діагностика при затримці росту плода

1. Положення стандарту

Визначення ЗРП ґрунтується на поєднанні перцентильних значень розмірів плода (ПМП та ОЖ) та аномальних результатів доплерометрії кровотоку в артеріях пуповини, маткових і середніх мозкових артеріях.

У випадках підозри на ЗРП проводять обстеження, спрямоване на виявлення етіологічних чинників, що лежать в основі малих розмірів плода, зокрема конституційно малі для гестаційного віку, плацентарна дисфункція, вроджені вади розвитку, генетичні чи інфекційні захворювання плода. Вроджені вади розвитку при ЗРП включають омфалоцеле, гастрошизис, діафрагмальну килу, скелетну дисплазію, деякі вроджені аномалії серця. Виявлення генетичних аномалій у плода із затримкою росту істотно впливає на прогноз і стратегію ведення, а також на постнатальний догляд за новонародженим.

2. Обґрунтування

Рання ЗРП з поширеністю 0,5–1% зазвичай має тяжкий перебіг і частіше асоціюється з патологічними показниками доплерометрії кровотоку в артерії пуповини (далі – АП), ніж пізня ЗРП. Патологія плаценти – судинна материнська мальперфузія, яка лежить в основі ранньої ЗРП, часто подібна до тієї, що спостерігається у випадках ранньої прееклампсії, і це пояснює тісний зв'язок ранньої ЗРП із прееклампсією. Ступінь збільшення резистентності плацентарного кровотоку є основним фактором, що визначає темпи клінічного прогресування, і пов'язаний з ними ризик погіршення стану плода та мертвонародження при ранній ЗРП. Зі збільшенням ступеня резистентності плацентарного кровотоку патологічна форма хвилі АП визначається як така, що має підвищений пульсаційний індекс (далі – ПІ), нульову або реверсну кінцеву

діастолічну швидкість кровотоку (далі – НКДШК або РКДШК відповідно). Аномальні показники доплерометрії кровотоку у венозній протоці (далі – ВП) переважно спостерігаються при ранній ЗРП і є важливими для оцінки кислотно-лужного балансу плода та ризику мертвонародження.

Пізня ЗРП зустрічається частіше, ніж рання ЗРП, із поширеністю 5–10%. На відміну від ранньої ЗРП, вона має більш легкий перебіг, рідше поєднується з прееклампсією та асоціюється з нормальними показниками доплерометрії кровотоку в АП. Діагноз пізньої ЗРП ґрунтується на адаптивних змінах у мозковому кровообігу, що відображаються в низькому опорі кровотоку в середній мозковій артерії (далі – СМА), та, відповідно, призводять до зменшення показника церебро-плацентарного відношення (далі – ЦПВ). При пізній ЗРП доплерометричні показники кровотоку в АП та ВП залишаються в межах норми, однак існує ризик раптової декомпенсації та мертвонародження.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Вагітній проводять стратифікацію ризику ЗРП та інших ускладнень плацентарного генезу під час антенатального візиту в I триместрі за допомогою анамнестичних факторів ризику відповідно до додатку 3 до цього Стандарту.

2) На ранніх термінах вагітності жінок інформують про нормальні рухи плода, цикли бадьорості / сну і фактори, які можуть змінити сприйняття матір'ю рухів плода. Вагітним надають чіткі інструкції щодо негайного звернення за медичною допомогою для моніторингу стану плода, якщо спостерігається зменшення рухів плода, особливо після 28 тижнів вагітності.

3) З 20 тижнів вагітності до пологів всім жінкам проводиться вимірювання висоти стояння дна матки (далі – ВДМ) та занесення даних до гравідограми. Необхідно скеровувати жінок для ультразвукової фетометрії після 24 тижнів вагітності у наступних випадках: з ВДМ на ≥ 3 см нижче за очікувану для даного терміну вагітності; з одноразовим вимірюванням ВДМ нижче 10-го перцентиля за даними гравідограми; з декількома вимірюваннями ВДМ, які демонструють повільне зростання або відсутність динаміки зростання плода.

4) З 24–28 тижнів вагітності жінкам з високим ризиком ЗРП проводять ретельне спостереження за ростом плода, зокрема фетометрію на 26–28-му тижні; на 34–38-му тижні та на 40-му тижні. У разі встановлення діагнозу подальша частота проведення УЗД залежить від тяжкості затримки росту плода.

5) Жінкам з підозрою на ЗРП здійснюють обстеження, яке включає:

детальний анамнез щодо підтвердження терміну вагітності та наявності факторів ризику ЗРП, що наведено у додатку 3 до цього Стандарту;

УЗД плода: фетометрію (окружність голови, окружність живота, довжина стегнової кістки) та розрахунок ПМП за формулою Hadlock з визначенням перцентилей для гестаційного віку; вимірювання максимальної вертикальної кишені амніотичної рідини та оцінку плаценти;

виявлення вроджених вад розвитку, «м'яких» ультразвукових маркерів і ультразвукових ознак, що асоціюються з інфекцією плода;

доплерометрію кровотоку в артерії пуповини, маткових та середніх мозкових артеріях з визначенням перцентилей для гестаційного віку.

6) ЗРП класифікують на основі гестаційного віку на момент встановлення діагнозу на ранню та пізню згідно з додатком 1 до цього Стандарту.

7) Скринінг вагітної на перинатальні інфекції (цитомегаловірус, токсоплазмоз, краснуху, вітряну віспу, генітальний герпес, сифіліс) проводять згідно з галузевими стандартами медичної допомоги.

8) При виявленні ознак генетичної патології у плода (додаток 4 до цього Стандарту), ранньої ЗРП або ЗРП у поєднанні з вродженими вадами розвитку плода і полігідрамніоном вагітній здійснюють консультацію лікаря-генетика для вибору подальшого обстеження; за показаннями – консультації інших лікарів-спеціалістів, пренатальний консиліум для вибору тактики ведення вагітності та пологів згідно з чинними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

9) Діагностика ЗРП при багатоплідній вагітності враховує невідповідність (дискордантність) передбачуваної маси плодів, особливо у випадках монохоріальної плацентації, згідно з галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

10) При ЗРП діагностику супутньої патології та акушерських ускладнень проводять відповідно до галузевих стандартів медичної допомоги.

11) Патолого-анатомічне дослідження посліду здійснюють для визначення патології плаценти та оцінки ризику повторення ЗРП при наступній вагітності відповідно до додатку 2 до цього Стандарту.

Бажані:

12) У випадках ранньої тяжкої ЗРП, за наявності ультразвукових знахідок, пов'язаних з генетичною етіологією, вагітним проводять амніоцентез для каріотипування (а також, при доступності, для мікроматричного аналізу) згідно з галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

13) Скринінг на антифосфоліпідні антитіла здійснюють жінкам з тромбоемболією, невиношуванням вагітності, з тяжкою ЗРП в анамнезі, пов'язаною з раннім початком тяжкої прееклампсії, якщо патолого-анатомічне дослідження плаценти при попередній вагітності демонструє ознаки вираженої материнської судинної мальперфузії відповідно до додатку 2 до цього Стандарту.

Розділ III. Ведення вагітності та розродження при затримці росту плода

1. Положення стандарту

Спостереження вагітних із ЗРП ґрунтується на поєднанні біофізичних (кардіотокографія/ нестресовий тест (далі – КТГ/НСТ), кКТГ, біофізичний профіль) і серцево-судинних параметрів (доплерометрія кровотоку в АП та СМА, з або без доплерометрії кровотоку венозної протоки) разом із заздалегідь визначеними показаннями та методом розродження. Моніторинг

вагітностей із ЗРП проводиться для запобігання погіршенню стану плода або мертвонародження, вибір обстежень та час їх проведення залежить від терміну вагітності.

2. Обґрунтування

У випадках ранньої ЗРП основною метою є пролонгувати вагітність та отримати максимальне дозрівання плода за допомогою очікувальної тактики з ретельним моніторингом, доки не з'являться ознаки пізніх доплерометричних змін кровотоку в артерії пуповини (НКДШК або РКДШК), змін кровотоку у ВП або зміни частоти серцевих скорочень (далі –ЧСС) плода.

ЗРП є важливою причиною ятрогенних передчасних пологів, оскільки раннє розродження залишається основною і, мабуть, єдиною стратегією запобігання мертвонародженню у випадках тяжкої ЗРП. ЗРП також є незалежним фактором ризику спонтанних передчасних пологів. Інші акушерські ускладнення, що асоціюються із ЗРП, включають прееклампсію та передчасне відшарування плаценти. Кесарів розтин зазвичай є кращим варіантом для розродження у випадках тяжкої ранньої ЗРП після досягнення життєздатності, проте за відсутності додаткових факторів наявність пізньої ЗРП не виключає можливість індукції пологів.

Новонароджені з затримкою росту мають підвищений ризик коротко- та довгострокової захворюваності, тому вимагають більш ретельного постнатального спостереження, ніж новонароджені з нормальним ростом. У недоношених дітей супутня наявність ЗРП додатково підвищує ризик певних ускладнень, пов'язаних з недоношеністю, таких як дихальні розлади, внутрішньошлуночкові крововиливи, некротизуючий ентероколіт та метаболічні розлади. Немовлята з затримкою росту також мають ризик довгострокових ускладнень, включаючи порушення психомоторного розвитку та неінфекційні захворювання.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Профілактичні заходи, моніторинг стану плода, вибір термінів і методу розродження при ЗРП проводять за інформованою згодою вагітної згідно з алгоритмом, наведеним у додатку 5 до цього Стандарту.

2) У жінок із високим ризиком прееклампсії або при ЗРП плацентарного генезу в анамнезі призначають ацетилсаліцилову кислоту в дозі 100–150 мг на добу щодня ввечері з 12 тижнів до 36 тижнів вагітності або до передчасного розродження відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я.

3) При ЗРП призначення антенатальних глюкокортикостероїдів для профілактики респіраторного дистрес синдрому новонародженого з 24⁺⁰ до 34 тижнів та у терміні 34⁺⁰–36⁺⁶ тижнів гестації у жінок, які мають ризик передчасних пологів протягом 7 днів та не отримували попереднього курсу антенатальних глюкокортикостероїдів, проводять згідно зі стандартами медичної допомоги.

4) При передчасних пологах та передчасному розриві плідних оболонок у вагітних із ЗРП застосування магнію сульфату з метою нейропротекції плода

до 32⁺⁰ тижнів вагітності здійснюють відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я.

5) Моніторинг стану плода проводять амбулаторно у випадках ізольованої помірної тяжкості МГВ (ПМП відповідає 3–9 перцентилю) та ізольованої тяжкої МГВ (ПМП <3 перцентиля) без супутніх патологічних змін (тобто нормальні кількість амніотичної рідини та результати доплерометрії плода).

Моніторинг стану плода здійснюють в акушерському ЗОЗ у випадках ЗРП: із ранніми змінами доплерометрії плода або помірними супутніми патологічними змінами (олігогідрамніон, субоптимальний інтервал росту, прееклампсія);

з НКДШК/РКДШК в артерії пуповини;

з патологічними результатами доплерометрії кровотоку у ВП.

Інші показання до госпіталізації при ЗРП наведено у додатку 6 до цього Стандарту.

6) Вибір термінів розродження при ЗРП визначається гестаційним віком, тяжкістю ЗРП, результатами моніторингових досліджень стану плода та материнськими факторами, такими як прееклампсія, відповідно до додатку 7 до цього Стандарту.

7) У випадках генетичної чи інфекційної патології плода очікувальне ведення вагітності або розродження при ЗРП є індивідуалізованим залежно від характеру патології, очікуваного прогнозу, терміну вагітності та інформованої згоди вагітної.

8) Показаннями до розродження при ЗРП є дистрес плода, підтверджений інструментальними методами дослідження, тяжка прееклампсія з неконтрольованою гіпертензією, HELLP синдромом або іншими варіантами ураження органів-мішеней (олігурія або гостре ураження нирок, але інше, ніж протеїнурія, набряк легенів чи еклампсія), передчасне відшарування плаценти згідно зі стандартами медичної допомоги.

9) Кесарів розтин проводять у випадках ЗРП у поєднанні: з дистресом плода під час вагітності, підтвердженим інструментальними методами дослідження, зокрема при спонтанних повторних постійних неспровокованих децелераціях на КТГ; НКДШК/РКДШК в артерії пуповини, аномальній STV при кКТГ, патологічному біофізичному профілі плода (далі – БФП); змінах доплерометрії кровотоку у ВП при ранній ЗРП; з тяжкою прееклампсією; при багатоплідній вагітності та за наявності інших показань відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я.

10) За відсутності показань до кесаревого розтину при ЗРП здійснюють індукцію пологів згідно зі стандартами медичної допомоги.

11) Для преіндукції пологів при ЗРП віддається перевага балонному катетеру перед препаратами простагландинів.

12) Ведення передчасних та термінових пологів при ЗРП здійснюють за відповідними стандартами медичної допомоги.

13) Під час пологів при ЗРП проводять постійний фетальний моніторинг.

14) За наявності супутньої патології та акушерських ускладнень тактику ведення вагітності та розродження здійснюють відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я.

Індикатори якості медичної допомоги

Перелік індикаторів якості медичної допомоги:

1. Наявність у ЗОЗ клінічного маршруту пацієнта з ЗРП.

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ клінічного маршруту пацієнта (далі – КМП) з ЗРП.

Індикатор ґрунтується на положеннях Стандартів медичної допомоги «Затримка росту плода».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів у регіоні. Якість надання медичної допомоги пацієнткам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинним Стандартам медичної допомоги даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2023 рік – 90%;

2024 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

ЗОЗ, що має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями акушерами-гінекологами ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам, розташованих на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, у тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх лікарів акушерів-гінекологів ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам, зареєстрованих на території обслуговування.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів акушерів-гінекологів ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам, зареєстрованих в районі обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про лікарів акушерів-гінекологів ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів акушерів-гінекологів ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам,

зарєєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП із ЗРП (наданий екземпляр КМП). Джерелом інформації є КМП, наданий лікарями акушерами-гінекологами ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнткам.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік літературних джерел та нормативно-правових актів, використаних при розробці стандартів медичної допомоги

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Затримка росту плода», 2023 року.
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України та Академії медичних наук України від 31 грудня 2003 року № 641/84 «Про удосконалення медико-генетичної допомоги в Україні».
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 лютого 2006 року № 67 «Про затвердження форм первинної облікової документації в закладах, що надають медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям, та інструкцій щодо їх заповнення», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 02 березня 2006 року за № 221/12095.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 березня 2006 року № 179 «Про затвердження Інструкції з визначення критеріїв перинатального періоду, живонародженості та мертвонародженості, Порядку реєстрації живонароджених і мертвонароджених», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 12 квітня 2006 року за № 427/12301.
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 жовтня 2011 року № 726 «Про вдосконалення організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 19 січня 2012 року за № 68/20381.
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.
7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.
8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 08 квітня 2015 року № 205 «Про затвердження Порядку надання медичної допомоги жінкам з багатоплідною вагітністю», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 06 травня 2015 року за № 501/26946.
9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05 січня 2022 року № 8 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Кесарів розтин»».
10. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24 січня 2022 року № 151 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної

допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді».

11. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26 січня 2022 року № 170 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи»».

12. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09 серпня 2022 року № 1437 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Нормальна вагітність»».

13. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26 січня 2023 року № 151 Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної та спеціалізованої медичної допомоги «Цукровий діабет 1 типу у дорослих».

14. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16 червня 2023 року № 1102 «Про затвердження п'ятнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

**Директор Департаменту
медичних послуг**



Тетяна ОРАБІНА

Додаток 1
до Стандарту медичної допомоги
«Затримка росту плода»
(підпункт 6 пункту 3 розділу I)

Класифікація затримки росту плода

Рання ЗРП (< 32 тижнів)	Пізня ЗРП (≥ 32 тижнів)
<ul style="list-style-type: none">• ПМП чи ОЖ < 3-го перцентиля або• АП з НКДШК/РКДШК або• ПМП чи ОЖ < 10-го перцентиля у поєднанні з однією або більше з наступних ознак:<ul style="list-style-type: none">а. ПІ АП >95-го перцентиляб. ПІ МА >95-го перцентиля	<ul style="list-style-type: none">• ПМП чи ОЖ < 3-го перцентиля або• ≥2 з наступних 3 критеріїв:<ul style="list-style-type: none">а. ПМП чи ОЖ < 10-го перцентиляб. ПМП чи ОЖ перцентилі зменшуються >2 кuartилів на перцентилях ростус. ЦПВ <5-го перцентиля чи ПІ АП >95-го перцентиля

Примітка: З метою визначення перцентильних значень для гестаційного віку лікарі з ультразвукової діагностики використовують номограми або калькулятори, зокрема Фонду медицини плода (FMF) за посиланнями: для ПМП і ОЖ <https://fetalmedicine.org/research/assess/growth> та для доплерометрії кровотоку плода і маткових артерій <https://fetalmedicine.org/research/doppler>.

Додаток 2
до Стандарту медичної допомоги
«Затримка росту плода»
(підпункт 6 пункту 3 розділу I)

**Фенотипи та ризики повторення ЗРП,
асоційовані зі специфічними типами патології плаценти**

Патологія плаценти	Характерні ознаки в плаценті	Патофізіологія	Фенотип	Ризик повторення
Материнська судинна мальперфузія	Децидуальна артеріопатія, аглютиновані ворсинки, збільшення синцитіальних вузликів, міжворсинчасте відкладення фібрину, інфаркти ворсинок.	Порушення перфузії плаценти внаслідок неглибокої інвазії трофобласта та недостатнього ремоделювання спіральних артерій	Рання або пізня ЗРП, прееклампсія, відшарування плаценти	10–25%
Плодова судинна мальперфузія	Аваскулярні ворсинки, тромби в хоріальній пластинці або стовбурових ворсинках, обструктивні ураження пуповини.	Найпоширеніші причини: хронічна/періодична обструкція пуповини внаслідок здавлення, обвиття або надмірного закручування судин пуповини. Можливий зв'язок зі спадковою тромбофілією	ЗРП, ураження ЦНС у плода, мертвонародження	Низький
Хронічне запалення				
<i>Віліт невідомої етіології</i>	Хронічне запалення стромы ворсин, опосередковане Т-клітинами	Материнська реакція відторгнення трансплантата на фетальні антигени в плаценті	Пізня ЗРП, затримка психомоторного розвитку, мертвонародження	10–50%
<i>Хронічний гістіоцитарний інтервіллозит</i>	Материнський гістіоцитарний інфільтрат в міжворсинчастому просторі		Повторні викидні, повторна тяжка рання ЗРП, мертвонародження	70–100%
Масивне перивіллозне відкладення фібриноїду (інфаркт плацентарної площадки)	Велика кількість фібриноїдного матриксу навколо ворсинок	Неясна	Повторні викидні, повторна тяжка рання ЗРП, мертвонародження	40–60%

Фактори ризику затримки росту плода

Анамнестичні фактори ризику

a. Материнські демографічні дані

- Старший вік
- Недостатня вага
- Проживання в умовах великої висоти
- Фактори навколишнього середовища (забруднення повітря, важкі метали, високі температури)

b. Медичні стани

- Хронічна артеріальна гіпертензія
- Хронічні захворювання нирок
- Системний червоний вовчак
- Запальні захворювання кишечника
- Тяжка анемія, гемоглобінопатії
- Антифосфоліпідний синдром
- Прегестаційний діабет (тривалий перебіг)

c. Акушерський анамнез

- Попередня вагітність із ЗРП або преєклампсією

Біохімічні маркери в сироватці крові матері

- Низький PlGF у I триместрі
- Низький PAPPA-A у I триместрі
- Високий альфа-фетопротеїн у II триместрі

Ультразвукові маркери

- Маткові артерії: PI > 95 перцентиля
 - Маткові артерії: двобічна дикротична виїмка
 - Крайове чи оболонкове прикріплення пуповини
 - Дві судини пуповини (єдина артерія пуповини)
 - Аномальна морфологія плаценти (збільшення товщини, кальцинати, ехогенні кістозні зміни)
 - Знижена швидкість росту плода
-

Додаток 4
до Стандарту медичної допомоги
«Затримка росту плода»
(підпункт 8 пункту 3 розділу II)

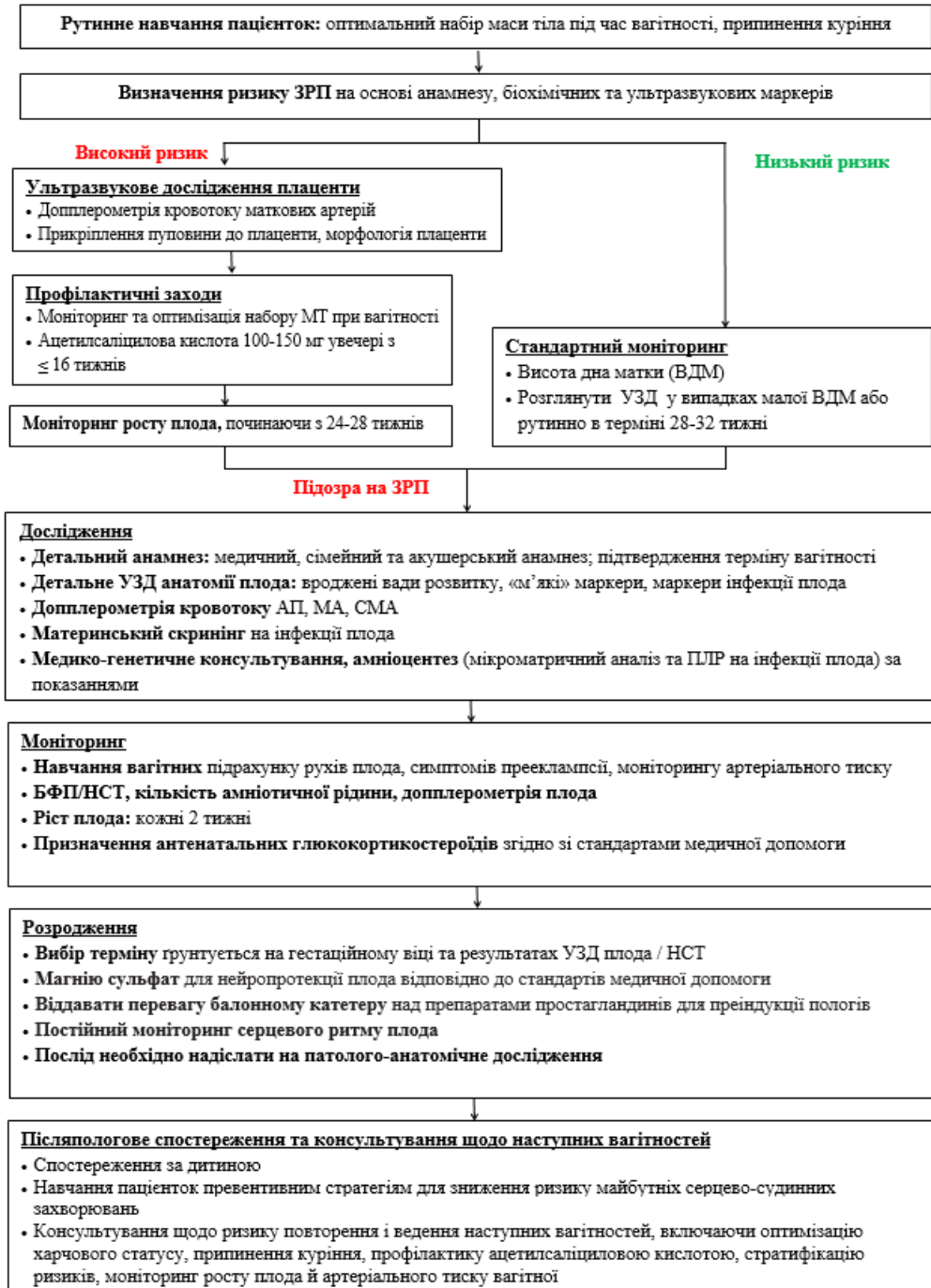
Найпоширеніші генетичні причини ЗРП

Походження	Тип генетичної аномалії	Приклади
Фетальне	Хромосомні аберації	Трисомія 13, 17 і 18
		Синдром котячого крику - Cri-du-chat (делеція 5p15.2 або 5p15.3)
	Моногенні синдроми	Синдром Вільямса-Бойрена (делеція 7q11.23)
		Синдром Корнелії де Ланге (мутація <i>NIPBL</i>)
		Синдром Сміта-Лемлі-Опіца (мутація <i>DHCR7</i>)
		Синдром Мейєра-Горліна (мутація <i>ORC1</i> , <i>ORC4</i> , <i>ORC6</i> , <i>CDT1</i> або <i>CDC6</i>)
		Синдром 3 М (мутація <i>CUL7</i>)
		Синдром Нунана (мутація <i>PTP11</i>)
		Синдром ахондроплазії або гіпохондроплазії (мутація <i>FGFR3</i>)
		Аномальне метилювання
Плацентарне	Обмежений плацентарний мозаїцизм	Найпоширеніші хромосоми: 2, 6, 7–10, 13–18, 21, 22
		<i>Підвищення регулювання</i>
	Зміни в експресії генів	<i>DLX3</i> і 4
		<i>TGIF-1</i>
		<i>HLX1</i>
		<i>CUL1</i>
		<i>CUL4B</i> , 4a
		<i>CUL7</i>
		Інсуліновий фактор росту 2 (IGF-2); інсулінового фактора росту зв'язуючий білок 3 (IGFBP-3)
		<i>Зниження регулювання</i>
<i>ESX1L</i>		
<i>HLX1</i>		
Однонуклеотидні варіанти	Підвищена	Інсуліновий фактор росту 1 (IGF-1)
		Рецептор інсуліноподібного фактора росту 1 типу (<i>IGF1R</i>)
	Підвищена	Sirtuin-3

Походження	Тип генетичної аномалії	Приклади
	мітохондріальна експресія	
	Генні мутації, що викликають його аномальну функцію	Ендотелін 1 (ET-1) <i>FOXD1</i> Фактор некрозу пухлини α (TNF α)
Материнське	Однонуклеотидні поліморфізми	Варіанти рецептора естрогену α (ESR1) rs2234693-rs9340799 Варіант метилентетрагідрофолатредуктази (MTHFR) 677C > T
	Генетичні причини прееклампсії	

Додаток 5
до Стандарту медичної допомоги
«Затримка росту плода»
(підпункт 1 пункту 3 розділу III)

Алгоритм скринінгу, діагностики та ведення ЗРП



Додаток 6
до Стандарту медичної допомоги
«Затримка росту плода»
(підпункт 5 пункту 3 розділу III)

Показання до госпіталізації при затримці росту плода

- олігогідрамніон (максимальна вертикальна кишеня < 2 см або індекс амніотичної рідини < 5 см)
 - нереактивна КТГ (після 28 тижнів вагітності)
 - патологічна оцінка (≤ 4 балів) біофізичного профілю плода після 28 тижнів
 - вагінальна кровотеча
 - зменшені або прискорені рухи плода після 28 тижнів вагітності
 - НКДШК/ РКДШК в артерії пуповини
 - ЦПВ < 5 перцентиля
 - НКДШК/ РКДШК у венозній протоці
 - інші ознаки дистресу плода
-

Додаток 7
до Стандарту медичної допомоги
«Затримка росту плода»
(підпункт 6 пункту 3 розділу III)

**Рекомендації щодо моніторингу, термінів і методу розродження
у випадках підозри на ЗРП**

Отримані дані	Ризик мертвонародження	Моніторинг ^a	Терміни і метод розродження ^b
МГВ (ПМП в межах 3-9 перцентилів, нормальні кількість вод і результати доплерометрії плода)	Низький	<ul style="list-style-type: none"> • Допплерометрія (АП, СМА) кожні 1-2 тижні • Фетометрія кожні 2 тижні • В терміні ≥ 37 тижнів розглянути проведення БФП/НСТ 1-2 рази на тиждень^c 	<ul style="list-style-type: none"> • 37–39 тижнів • Метод розродження: індукція пологів
Неускладнена ЗРП < 3 перцентилів (нормальні кількість вод і результати доплерометрії плода)	Низький	<ul style="list-style-type: none"> • Допплерометрія (АП, СМА) 1-2 рази на тиждень • Фетометрія кожні 2 тижні • В терміні ≥ 37 тижнів розглянути проведення БФП/НСТ 1-2 рази на тиждень^c 	<ul style="list-style-type: none"> • 36–38 тижнів • Метод розродження: індукція пологів
ЗРП з помірними патологічними змінами: <ul style="list-style-type: none"> • Ранні зміни доплерометрії: <ol style="list-style-type: none"> а. АП ПІ > 95 перцентилів, або б. СМА ПІ < 5 перцентилів, або в. ЦПВ < 5 перцентилів, або г. МА ПІ > 95 перцентилів • Олігогідрамніон • Субоптимальний інтервал росту плода • Підозра на прееклампсію 	Низький	<ul style="list-style-type: none"> • Розглянути моніторинг в умовах стаціонару • Розглянути глюкокортикостероїди для дозрівання легень плода • БФП/НСТ 1-2 рази на тиждень • Допплерометрія (АП, СМА, ВП) 1-2 рази на тиждень • Фетометрія кожні 2 тижні 	<ul style="list-style-type: none"> • 34–37 тижнів • Метод розродження: кесарів розтин або індукція пологів
ЗРП із НКДШК/РКДШК в артерії пуповини	<ul style="list-style-type: none"> • Загальний ризик мертвонародження: <ol style="list-style-type: none"> а. НКДШК: 6,8%, ВР 3,6 (2,3–5,6) б. РКДШК: 19%, 	<ul style="list-style-type: none"> • Моніторинг в умовах стаціонару • Глюкокортикостероїди для дозрівання легень плода 	<ul style="list-style-type: none"> • НКДШК: 32–34 тижні^d • РКДШК: 30–32 тижні^d • Метод

Отримані дані	Ризик мертвонародження	Моніторинг ^a	Терміни і метод розродження ^b
	ВР 7,3 (4,6–11,4) • Ризик мертвонародження при дотриманні чіткого протоколу моніторингу: а. НКДШК: 0–1% б. РКДШК: 1–2% • Середній час до погіршення стану: а. НКДШК: 5 днів б. РКДШК: 2 дні	• БФП/НСТ 1-2 рази на день • Допплерометрія (АП, СМА, ВП) кожні 1-2 дні • Фетометрія кожні 2 тижні	розродження: кесарів розтин
ЗРП з патологічною доплерометрією кровотоку у ВП	• Загальний ризик мертвонародження: 20%, ВР 11,6 (6,3–19,7) • Ризик мертвонародження при дотриманні чіткого протоколу моніторингу а. Збільшений пульсаційний індекс для вен у ВП: 2% б. Нульова/реверсна А-хвиля у ВП: 4%	• Моніторинг в умовах стаціонару • Глюкокортикостероїди для дозрівання легень плода • БФП/НСТ 2 рази на день • Допплерометрія (АП, СМА, ВП) щоденно	• 26–30 тижнів ^d • Метод розродження: кесарів розтин

Примітки.

^a Моніторинг має ґрунтуватися на інтеграції декількох груп критеріїв (доплерометрії, БФП, НСТ).

^b Абсолютні показання до розродження у будь-якому гестаційному віці та масі при народженні, які вважаються терміном життєздатності, включають: патологічні БФП чи НСТ або тяжку преєклампсію з неконтрольованою гіпертензією чи ураженням органів-мішеней.

^c При прогнозуванні ризику погіршення стану плода та оптимальній стратегії моніторингу у випадках неускладнених МГВ плодів, особливо при доношеній вагітності, рішення щодо використання БФП/НСТ ґрунтується на наявних ресурсах у кожному ЗОЗ.

^d Терміни повинні бути індивідуальними відповідно до локальних неонатальних результатів. До 26 тижнів рекомендується обережне прийняття рішень спільно з батьками та лікарем неонатологом.

Показання до розродження при ЗРП

Перехідний період	Рання життєздатність	Життєздатність	Потреба у ВІТН													
АБСОЛЮТНІ ПОКАЗАННЯ ДЛЯ РОЗРОДЖЕННЯ НЕЗАЛЕЖНО ВІД ТЕРМІНУ ВАГІТНОСТІ <ul style="list-style-type: none"> - Материнський статус (наприклад, преєклампсія) - Повторні децелерації ЧСС, синусоїдальна крива, відсутня варіабельність ЧСС з пізними децелераціями - БФП < 4/10 балів - STV при кКТГ < 2,6 мс 																
Індивідуалізо вани ведення залежно від стану вагітної та плода якщо ПМП > 500 г	Ведення залежно від стану вагітної, результатів доплерометрії АП і венозної протоки з НСТ/КТГ та БФП або кКТГ	Ведення залежно від стану вагітної, результатів доплерометрії АП і СМА (±венозна протока) з НСТ/КТГ та БФП або кКТГ	Розродження при ПМП <10-го перцентилу незалежно від доплеру за можливості													
ВІДНОСНІ ПОКАЗАННЯ ДЛЯ РОЗРОДЖЕННЯ ЗАЛЕЖНО ВІД ГЕСТАЦІЙНИХ РИЗИКІВ																
<ul style="list-style-type: none"> - Нульова або реверсна А-хвиля у венозній протоці - БФП < 6/10 балів - STV при кКТГ < 3 мс 																
		<ul style="list-style-type: none"> - РКДШК в артеріях пуповини - STV при кКТГ < 3,5 мс 														
		<ul style="list-style-type: none"> - НКДШК в артеріях пуповини - STV при кКТГ < 4,5 мс 														
		<ul style="list-style-type: none"> ↑ПІ в артеріях пуповини 														
24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
Тижні гестації																

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.

Примітка: ВІТН – відділення інтенсивної терапії новонароджених.