Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери (задержка роста плода)

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: O36.5, O43, P05, P07 · Российское общество акушеров-гинекологов

Задержка роста плода — патологически малый плод с повышенным риском перинатальных осложнений; ключевые признаки — замедление прироста ПМП/ОЖ либо ПМП/ОЖ <10-го процентиля в сочетании с патологическим допплеровским кровотоком, либо ПМП/ОЖ <3-го процентиля. Рекомендация фокусируется на разграничении ЗРП и малого для гестационного возраста плода, динамическом УЗ/допплер/КТГ-наблюдении и выборе срока родоразрешения.

Главное

- МГВ: ПМП/ОЖ 3–9-й процентиль, нормальный допплер и нормальная динамика роста; ЗРП: замедление прироста ПМП/ОЖ или ПМП/ОЖ <10-го процентиля с патологическим допплером, либо ПМП/ОЖ <3-го процентиля.
- Раннюю ЗРП диагностируют до 32 недель, позднюю — после 32 недель; термины «симметричная» и «асимметричная» формы использовать не следует.
- При первом визите нужно оценить факторы риска ЗРП; группа высокого риска — 1 фактор с ОШ >2,0 или ≥3 факторов с ОШ <2,0. УУР С, УДД 4.
- С 22 недель измеряйте ВДМ; отставание ВДМ на ≥3 см от срока беременности — критерий субоптимального роста и показание к УЗИ после 26 недель. УУР С.
- После постановки диагноза ЗРП или МГВ — УЗИ плода каждые 2 недели до родоразрешения для контроля роста. УУР А, УДД 2.
- При подозрении на ЗРП или МГВ КТГ начинают с 28 недель; предпочтительна компьютерная КТГ с STV. Патологичны STV <2,6 мс независимо от срока, STV ♡ мс с 29 недель и повторные спонтанные децелерации. УУР А, УДД 2.
- Эффективного лечения ЗРП препаратами или диетой не указано: не назначают гестагены, силденафил, рутинно гепарины, постельный режим, специальные диеты/добавки, оксигенотерапию и доноры NO.

Диагностика

1. На предгравидарном этапе или при первом визите оцените факторы риска; при скрининге I триместра рассчитайте индивидуальный риск по материнским факторам, ПИ маточных артерий и PAPP-A. Риск ЗРП ≥1:100 — высокая группа риска. УУР С, УДД 4.
2. В 11–13+6 недель измерьте КТР; если расхождение со сроком по последней менструации ≥5 дней, срок беременности корректируют по УЗИ. УУР А, УДД 1.
3. С 22 недель измеряйте ВДМ и вносите значения в гравидограмму; ВДМ меньше срока на ≥3 см — повод заподозрить недостаточный рост. УУР С.
4. При ВДМ на 3 см меньше срока после 26 недель выполните УЗИ плода с оценкой околоплодных вод. УУР С.
5. На УЗИ оценивают ОЖ, ОГ, БПР, ДБ, ПМП и максимальный вертикальный карман; маловодие: МВК <2 см или индекс амниотической жидкости <5 см. В протоколе указывают процентиль ПМП.
6. Беременным высокого риска выполните УЗИ в 30–34 недели, а допплер ПИ артерии пуповины и маточных артерий — в 18–20+6 и 30–34 недели. УЗИ: УУР С, УДД 5; допплер: УУР С, УДД 4.
7. При ранней ЗРП направьте пациентку к генетику для исключения хромосомной патологии плода. УУР С, УДД 4.

Лечение

- Профилактика у беременных с риском ЗРП и преэклампсии: ацетилсалициловая кислота внутрь с 12 до 36 недель по 150 мг/сут. УУР А, УДД 1.
- При МГВ и нормальном ЦПО родоразрешение проводят в 37–39 недель. УУР А, УДД 2.

- При выраженной ЗРП с ПМП < 3-го процентиля без нарушений допплера и без маловодия родоразрешение — в 36–38 недель. УУР А, УДД 2.
- При ЗРП с невыраженными допплер-нарушениями — повышенный ПИ в артериях пуповины или маточных артериях либо сниженный ЦПО — и/или маловодии родоразрешение — в 34–37 недель. УУР С, УДД 5.
- При нулевом диастолическом кровотоке в артерии пуповины родоразрешение — в 32–34 недели; при реверсном диастолическом кровотоке — в 30–32 недели. УУР С, УДД 5.
- При нулевой или реверсной а-волне в венозном протоке родоразрешение — в 26–30 недель. До 26 недель вопрос решает перинатальный консилиум после разъяснения родителям высокого риска младенческой заболеваемости и смертности. УУР А, УДД 2; до 26 недель — УУР С, УДД 5.
- Родоразрешение рекомендовано при спонтанном повторяющемся стойком неспровоцированном замедлении ЧСС плода, а также при STV < 3,5 мс в 32+0–33+6 недель или < 4,5 мс при сроке ≥ 34 недель. УУР С, УДД 5.
- Перед родоразрешением до 32 недель для нейропротекции вводят магния сульфат: 4 г сухого вещества внутривенно за 20 минут, затем 1 г/ч внутривенно не менее 12 и не более 24 часов. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация в стационар 3-й группы показана при ЗРП с нарушениями допплерографических показателей и/или маловодием.
- Госпитализация в стационар 3-й группы показана при нарушении состояния плода по данным КТГ.
- Выписка возможна при положительной динамике параметров, из-за которых пациентку госпитализировали.
- При подозрении на врожденную инфекцию пациентку направляют в региональный центр медицины матери и плода для дальнейшего обследования.
- При ранней ЗРП пациентку направляют к врачу-генетику для исключения хромосомной патологии плода. УУР С, УДД 4.

Частые вопросы

Чем ЗРП отличается от малого для гестационного возраста плода?

МГВ — это ПМП/ОЖ 3–9-й процентиль при нормальном допплере и нормальном приросте. ЗРП — ПМП/ОЖ < 3-го процентиля либо ПМП/ОЖ < 10-го процентиля с патологическим кровотоком или замедлением прироста.

Как часто делать УЗИ после выявления ЗРП или МГВ?

После постановки диагноза ЗРП или МГВ УЗИ плода проводят каждые 2 недели до родоразрешения. Это нужно для оценки динамики роста, а не только разового размера.

Когда при ЗРП начинать КТГ?

При подозрении на ЗРП или МГВ КТГ выполняют с 28 недель. Предпочтительна компьютерная КТГ с STV; патологичны STV < 2,6 мс независимо от срока, STV ♡ мс с 29 недель и повторные спонтанные децелерации.

Какие препараты лечат ЗРП?

В рекомендации не указано лекарств, улучшающих рост плода. Для лечения ЗРП не назначают гестагены, силденафил, рутинно гепарины, доноры NO, оксигенотерапию, постельный режим, специальные диеты и добавки.

Когда при ЗРП показано кесарево сечение?

Кесарево сечение выполняют при патологической КТГ, нулевом или реверсном диастолическом кровотоке в артериях пуповины, нарушении кровотока в венозном протоке или показаниях со стороны матери. При ЗРП и тазовом предлежании роды через естественные пути не рекомендуются, если ПМП < 2500 г.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/722-nedostatochnyj-rost-ploda-trebuyushchij-predostavleniya-medicinskoj. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/722_2