

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



## **МАТЕРІАЛИ**

**96 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

**16, 18, 23 лютого 2015 року**

**Чернівці – 2015**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Іващук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний  
університет, 2015



спостереження, що свідчить про відсутність негативного впливу Сагеніту на систему гемостазу. Ультразвукове дослідження, яке проведено кожні 3 місяці протягом прийому препарату сагеніт показало відсутність його впливу на стан ендометрія та міометрія. У досліджених жінок розміри матки навіть не достовірно зменшилися. Величина ендометрія у жінок з ендометріозом в анамнезі виглядала наступним чином: до лікування в середньому 6,3 мм; через 3 місяці – 6,0 мм; через 6 місяців – 5,8 мм; через 9 місяців 5,6 мм.

Таким чином переваги використання сагеніту обумовлені, в першу чергу, його здатністю ефективно знижувати рівень ФСГ і тим самим, купувати нейровегетативну та психоемоційну симптоматику КС.

Препарат сагеніт не впливає на білковий, вуглеводний та жировий обміни і не призводить до збільшення маси тіла у пацієнток. Сагеніт не сприймається високоселективними рецепторами репродуктивної системи і не призводить до поліферативних змін в матці, що робить його препаратом вибору альтернативним ЗГТ при перименопаузальній порушенні у жінок з ендометріозом в анамнезі.

**Маринична І.М.**

### **СТАН СИСТЕМИ РЕГУЛЯЦІЇ АГРЕГАТНОГО СТАНУ КРОВІ У ВАГІТНИХ ІЗ ПЛАЦЕНТАРНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ**

*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології  
Буковинський державний медичний університет*

У сучасних умовах еколого-генеративного дисонансу особливе значення надається ранній діагностиці, профілактиці й корекції перинатальної патології, що визначено одним із пріоритетних напрямів охорони здоров'я в Україні. Не дивлячись на значні успіхи в зниженні захворюваності та смертності в перинатальному періоді, вони залишаються суттєво вищими, ніж в розвинутих країнах. Стан системи гемостазу визначає як перебіг, так і наслідки вагітності для матері й плода. Найбільш часті й важкі ускладнення перебігу вагітності та пологів пов'язані або обумовлені змінами саме в системі регуляції агрегатного стану крові: звичне невиношування, синдром затримки розвитку плода, плацентарна дисфункція.

Метою нашої роботи на підставі вивчення показників системи гемостазу у вагітних групи ризику виділити найбільш діагностично цінні критерії для діагностики плацентарної дисфункції.

Для вирішення встановлених завдань у вагітних вивчено характеристики системи регуляції агрегатного стану крові, яка включає коагуляційний, тромбозитарно-судинний гемостаз, протизсідуючу та фібринолітичну підсистему. Обстеження проводилися в динаміці гестації: в 20-24, 28-32 та 34-37 тижнів вагітності. У всі терміни гестації, в крові вагітних основної групи зберігалася вірогідна тенденція до активації первинного гемостазу, яка проявлялася підвищеною функціональною активністю тромбоцитів.

У вагітних основної групи індекс спонтанної агрегації тромбоцитів втрічі перевищував показники контрольної групи відповідно в 20-24 тижнів гестації і становив  $5,01 \pm 0,85$  од. проти  $14,45 \pm 1,88$  од. ( $p < 0,001$ ), в 28-32 тижнів -  $5,41 \pm 0,87$  од. проти  $18,03 \pm 2,13$  од. ( $p < 0,001$ ), в 34-37 тижнів -  $5,69 \pm 0,91$  од. проти  $20,40 \pm 3,68$  од. ( $p < 0,001$ ). Нами також виявлено збільшення відсотка адгезивних тромбоцитів у вагітних основної групи, в порівнянні з контролем у всі терміни гестації: в 1,8 рази в 20-24 тижні та майже в 2 рази в 28-32 та 34-37 тижнів ( $p < 0,001$ ). За нашими даними, протромбіновий час при плацентарній дисфункції мало залежав від терміну вагітності, тоді як тромбіновий час значно зростає в 20-24 тижні до  $21,90 \pm 1,69$  с в 34-37 тижнів і був вірогідно вищий, ніж у групі контролю ( $p < 0,02$ ).

За даними Головатюк К.П. (2006) подовження тромбінового часу вказує на присутність патологічних антикоагулянтів - продуктів деградації фібрину (ПДФ) і розчинних комплексів мономерів фібрину (РКМФ). У нашій роботі ці дані підтвердилися. Концентрація в крові розчинних комплексів фібрин-мономера у вагітних з плацентарною дисфункцією перевищувала контрольні значення більше ніж в 4 рази у всі терміни гестації і становила  $34,00 \pm 2,70$  проти  $8,27 \pm 1,59$  мкг/мл в 20-24 тижні ( $p < 0,0001$ ),  $37,33 \pm 2,84$  проти  $8,67 \pm 1,62$  мкг/мл в 34-37 тижнів ( $p < 0,0001$ ). Концентрація продуктів деградації фібрину також збільшувалася у всі терміни гестації у вагітних основної групи в 10 разів у 20-24 тижні ( $7,50 \pm 1,90$  мкг/мл), в 10,5 рази ( $8,20 \pm 0,90$  мкг/мл) у 28-32 тижні та в 9,9 рази ( $8,57 \pm 1,2$  мкг/мл) в 34-37 тижнів. Отже, головна ланка порушень у системі регуляції агрегатного стану крові у вагітних із плацентарною дисфункцією може відноситися до змін у системі протизгортання крові.

Концентрація фібриногену у контрольній групі була практично на одному рівні у всі терміни гестації:  $3,34 \pm 0,23$  г/л в 20-24 тижні і  $3,24 \pm 0,29$  г/л в 34-37 тижнів, в той час як у вагітних з плацентарною дисфункцією даний показник вірогідно вищий; у 20-24 тижнів гестації становив  $4,10 \pm 0,30$  г/л ( $p < 0,05$ ), потім збільшувався протягом всієї вагітності і в 34-37 тижнів становив  $4,73 \pm 0,31$  г/л ( $p < 0,001$ ).

Субклінічний хронічний синдром дисемінованого згортання крові спостерігається у всіх вагітних з плацентарною дисфункцією, першопричина в зростанні потенціалу гемокоагуляції полягає в активації саме тромбозитарно-судинного гемостазу. Дослідження стану системи гемостазу при плацентарній дисфункції доцільно проводити в 28-32 тижні вагітності. Найбільш діагностично цінними показниками формування дисфункції плаценти є збільшення рівня адгезивних тромбоцитів, фібриногену в 2 рази та збільшення рівня РКМФ та ПДФ в 3 рази і більше в порівнянні з даними контролю.



**Нішович І.Р.**

### **КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З МІОМОЮ МАТКИ**

*Кафедра акушерства і гінекології  
Буковинський державний медичний університет*

Видалення матки спричиняє постгістеректомічний синдромом і потребує тривалої медикаментозної корекції, супроводжується ускладненнями. Тому консервативне лікування хворих з міомою матки є актуальним питанням. Враховуючи складну систему ендокринних взаємовідносин в організмі, при вирішенні питання про консервативне лікування міоми, кращим є застосування негормональних препаратів. З цією метою застосовували рослинний негормональний препарат екстракту рослин сімейства хрестоцвітних (капуста брокколи) з активним компонентом індол-3-карбінол, який нормалізує в організмі жінок обмін статевих гормонів - естрогенів (здебільшого - естрадіолу) і служить засобом для комплексного лікування і профілактики гормонозалежних захворювань репродуктивної системи жінки.

Метою дослідження було забезпечити профілактику росту міоматозного вузла на початковому етапі.

Було проведено клініко-лабораторне обстеження 50 жінок із наявністю міоми матки, які були розділені на 2 групи: I група (основна) – 30 жінок, яким призначався запропонований метод лікування, II група (порівняння) – 20 жінок, які відмовилися від лікування, та 20 здорових жінок (контрольна група). Жінкам основної групи з міомою матки малих розмірів призначався рослинний препарат Квінол по 1 капсулі (200 мг) 2 рази на день під час їжі впродовж 6 місяців.

Проведено визначення гормонального фону (естрадіол, прогестерон) на 7 та 21 день менструального циклу та ультразвукове дослідження (УЗД) усіх жінок. Рівень концентрації естрадіолу на 7 день менструального циклу становив: у жінок основної групи  $0,636 \pm 0,07$  нмоль/л, жінок групи порівняння  $0,628 \pm 0,05$  нмоль/л, контрольної групи  $0,351 \pm 0,03$  нмоль/л ( $p < 0,05$ ). Прослідковується наявність вірогідної різниці зі збільшенням концентрації естрадіолу у жінок обох груп із міомою матки у порівнянні з жінками контрольної групи, але немає вірогідної різниці у жінок обох груп із міомою матки. Рівень концентрації естрадіолу на 21 день менструального циклу - вірогідної різниці не було виявлено. Рівень концентрації прогестерону на 7 день циклу - вірогідної різниці не було виявлено. Рівень концентрації прогестерону на 21 день циклу - відмічено вірогідне зниження його кількості у жінок основної групи -  $9,51 \pm 1,22$  нмоль/л та групи порівняння -  $8,74 \pm 1,19$  нмоль/л при порівнянні результатів із аналогічними у жінок контрольної групи ( $26,3 \pm 3,11$  нмоль/л). При аналізі результатів УЗД внутрішніх статевих органів жінок основної групи та жінок групи порівняння встановлено наявність вузлів, не більше 2 см в діаметрі. У 11 (36,7 %) жінок основної групи були субмукозні вузли, що проявлялися гіперполіменореєю, у 9 (30 %) – інтрамуральні вузли, що провокували надмірні кровотечі, у 10 (33,3 %) – субсерозні вузли, які не проявлялися будь-якими клінічними симптомами. У жінок групи порівняння розташування міоматозних вузлів вірогідно не відрізнялося від аналогічних у основній групі. У жінок контрольної групи патологічних змін з боку матки не виявлено.

Через 6 місяців проведеного лікування встановлено, що в жінок основної групи спостерігалася зниження концентрації естрадіолу ( $0,398 \pm 0,05$  нмоль/л) та підвищення концентрації прогестерону ( $22,3 \pm 4,12$  нмоль/л), при цьому вірогідної різниці у порівнянні з контрольною групою не встановлено. У жінок групи порівняння рівень гормонів відповідав попереднім показникам. При УЗД жінок основної групи виявлено, що в 5 (16,7 %) спостерігалася зменшення розмірів вузлів, у 25 (83,3 %) розміри вузлів не зменшилися, однак вони відмічають зменшення інтенсивності та тривалості менструальних кровотеч. У жінок групи порівняння позитивної динаміки не було, у 6 (30%) спостерігався ріст вузлів.

Застосування Квінолу, в терапії міоми матки малих розмірів, з метою профілактики росту міоматозного вузла, може бути альтернативою гормональним препаратам. Лікування міом малих розмірів є необхідним методом лікування та профілактики подальшого росту пухлин. Застосування Квінолу у лікуванні хворих з міомою матки призводить до зменшення кількості естрадіолу, підвищення рівня прогестерону, забезпечує зменшення інтенсивності клінічних проявів та росту пухлин.

**Печеряга С.В.**

### **СТАН ГОРМОНАЛЬНО-БІЛКОВОГО ОБМІНУ В ТРОФОБЛАСТІ ХОРІАЛЬНИХ ВОРСИН У РАННІ ТЕРМІНИ ГЕСТАЦІЇ ПРИ НИЗЬКОМУ РОЗТАШУВАННІ ХОРІОНУ**

*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології  
Буковинський державний медичний університет*

Для успішного перебігу вагітності важливе значення має місце розташування плаценти в порожнині матки. При аномальному розміщенні плаценти, зокрема в нижньому сегменті матки, його відносно тонка стінка не забезпечує необхідних умов для достатньої васкуляризації плацентарного ложа, гестаційної перебудови міометральних сегментів спіральних артерій, внаслідок чого спостерігається зниження артеріального кровопостачання плаценти і плода. За даними літератури, низька плацентажія зустрічається у 9-30% випадків в першому триместрі, а до пологів дана частота зменшується, що обумовлено процесами міграції плаценти до дна матки протягом вагітності.

Метою нашої роботи є вивчити імуногістохімічними методами такі гормони трофобласта, як хоріонічний гонадотропін, плацентарний лактоген, а також білок вагітності трофобластичний  $\beta$ -глікопротеїн (SP1), які відіграють важливу роль у процесах формування структур та функцій плода.





Досліджуваний матеріал отримали під час артифіційних абортів у 50 вагітних з низьким розміщенням хоріону, які в свою чергу поділені на дві підгрупи: 25 жінок в терміни 5-8 тижнів вагітності та 25 жінок – в 9-12 тижнів вагітності та у 45 жінок з розташуванням хоріону у дні та тілі матки в ті ж терміни гестації (відповідно  $n=22$ ,  $n=23$ ), які склали контрольну групу. Місця вмісту гормонів хоріонічного гонадотропіну, плацентарного лактогену та білка вагітності SP1 за результатами застосування імуногістохімічного методу ідентифікували за коричневим забарвленням, яке мало дрібногранулярний характер та поміж всіх структур хоріальних ворсин виявлялося лише виключно у цитотрофобласті та синцитіотрофобласті.

Було виявлено, що з 5-9 тижнів гестації при низькому розташуванні хоріона починає дещо знижуватися концентрація хоріонічного гонадотропіну на 2,2%, плацентарного лактогену на 2,4% та білка SP1 на 2,3% в порівнянні з контрольною групою ( $p<0,05$ ).

Аналізуючи дані у терміні вагітності 9-12 тижнів гестації, бачимо, що спостерігаються більш суттєві гормонально-білкові зміни у трофобласті хоріона: у основній групі у порівнянні з контролем достовірно зменшується кількість хоріонічного гонадотропіну на 6,0%, плацентарного лактогену на 10,7%, трофобластичного  $\beta$ -глікопротеїну на 5,1% ( $p<0,05$ ), що свідчить про початок розвитку первинної плацентарної дисфункції.

Отже, у ранні терміни гестації (5-12 тижнів) при низькому прикріпленні хоріону в нижньому сегменті матки відмічається формування первинної плацентарної дисфункції, що підтверджується достовірним зниженням концентрації хоріонічного гонадотропіну, плацентарного лактогену та трофобластичного  $\beta$ -глікопротеїну в трофобласті хоріону.

**Приймак С.Г.**

### **АЛЬТЕРНАТИВНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ЕНДОМЕТРИТУ ВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ**

*Кафедра акушерства і гінекології*

*Буковинський державний медичний університет*

У структурі запальних захворювань статевих органів, асоційованих з не виношуванням вагітності, важливе місце займає хронічний ендометрит (ХЕ). Він виникає частіше внаслідок неадекватного лікування гострого ендометриту. Зустрічається у жінок репродуктивного віку, викликаючи порушення менструального циклу (47%) і репродуктивної функції (67%), безпліддя (60-87%), невдалі спроби ЕКЗ (37%), не виношування вагітності (60,5-86,7%). Нині провідне місце в етіології захворювання займає змішана вірусно-бактеріальна інфекція.

Патогенетично обґрунтована комплексна терапія ХЕ повинна базуватися на результатах мікробіологічного, імунологічного та морфологічного дослідження ендометрію. На першому етапі лікування необхідно еліминувати пошкоджуючий агент або знизити його активність. Другий етап спрямований на відновлення морфофункціонального потенціалу тканини і усунення наслідків вторинних ушкоджень.

Мета дослідження - підтвердження ефективності препарату Аллокін-альфа у вигляді монотерапії на перебіг хронічного вірусного процесу.

Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 30 пацієнток репродуктивного віку (18-38 років) із звичним не виношуванням вагітності різного генезу і хронічними вірусними інфекціями. У всіх пацієнток були лабораторні ознаки носія цитомегаловірусу (ЦМВ) і вірусу простого герпесу (ВПГ).

З метою елімінації вірусу та зниження його активності був застосований препарат Аллокін-альфа, який відноситься до імунотропних лікарських препаратів. Його дія спрямована на посилення розпізнавання вірусних антигенів та інфікованих клітин натуральними (природними) кілерами, нейтрофілами та іншими ефекторними системами природного імунітету, відповідальними за елімінацію вірусу. Препарат призначають у першу фазу менструального циклу (з першого дня). Вводять підшкірно, у дозі 1 мг сухої речовини, розведеного в 1 мл фізіологічного розчину, з інтервалом 48 годин (через день). Всього на курс лікування рекомендовано 6 ін'єкцій.

Пацієнтки були розділені на 3 групи: 1 група (8) - ЦМВ (26,7%), 2 група (14) - ВПГ (46,7%), 3 група (8) - поєднання ВПГ і ЦМВ ( 26,6%). Всім пацієнткам у першу фазу менструального циклу одноразово проводили монотерапію препаратом Аллокін-альфа за стандартною схемою. При проведенні терапії в жодному разі не виявлено клінічної маніфестації цитомегаловірусу і ВПГ, а також побічних ефектів і алергічних реакцій. Перше контрольне обстеження, проведене через 2 місяці, виявило ДНК ЦМВ у 85% пацієнток, а ВПГ у 66,7%. Повторне контрольне обстеження, проведене через 3 місяці, виявило цілковиту елімінацію ЦМВ у 82,8% пацієнток, а ВПГ у 79,8%. Найменш сприятливою до стандартної схеми терапії виявилася група з поєднанням ЦМВ і ВПГ. У даного контингенту пацієнток ефективність лікування склала 45%, що, мабуть, є підставою для вибору альтернативної схеми лікування, а також розширення групи хворих для отримання більш достовірних результатів. При подальшому динамічному спостереженні протягом одного року у жодної пацієнтки не було зареєстровано епізодів рецидиву вірусної інфекції. Вагітність настала у 19 жінок. У 14 завершилася народженням живих доношених дітей без ознак вірусного інфікування, у 5 – вагітність триває. Рецидивів герпес-вірусної інфекції під час вагітності не зареєстровано.

Одноразовий курс лікування препаратом Аллокін-альфа у вигляді монотерапії надав виражений позитивний ефект на перебіг хронічного вірусного процесу. Призначення препарату Аллокін-альфа слід вважати виправданим при проведенні лікування хронічного ендометриту у жінок з вірусними інфекціями та звичним не виношуванням вагітності.



**Рак Л.М.**

### **ПАТОЛОГІЧНІ СТАНИ ШИЙКИ МАТКИ**

*Кафедра акушерства і гінекології*

*Буковинський державний медичний університет*

В Україні склалась вкрай неблагоприятна ситуація щодо раку шийки матки (Волошина Н.Н., 2007). Сьогодні кожна четверта жінка має патологію шийки матки, при цьому, у 20 % невагітних та у 40 % вагітних діагностується дисплазія, тобто, констатується наявність передракового стану шийки матки. Надзвичайну тривогу викликає ще й той факт, що частота патології епітелію шийки матки у сексуально активних дівчат-підлітків складає, за зверненням та результатами профілактичних оглядів, 71,37%. В їх структурі фонові процеси складають 74,17 %, дисплазії епітелію шийки матки - 25,83 % (Кравчук І.І., 2007).

Проведено аналіз останніх літературних даних щодо основних проблем діагностики та лікування фонові та передракової патології шийки матки. Більшість авторів звертають увагу на велику роль та важливість повноцінної ліквідації інфекційного чинника при вирішенні даної проблеми. На першому етапі досліджень вивчено мікробний пейзаж цервікального каналу та піхви 52 жінок із різноманітною фонові та передраковою патологією шийки матки. З 52 жінок у 46 (88,5%) виявлений інфекційний чинник (як патогенна, так і умовно-патогенна мікрофлора) - трихомонади, хламідії, гарднерели, гонококи, уреа-мікоплазменна інфекція, дріжджові грибки роду *Candida*, *St. aureus*, *St. haemoliticus*, *E coli*, а також вірусне інфікування - герпетична інфекція реєструвалась у 9,6 % пацієнток; інфікування вірусами папіломи людини відмічено у 17,3 % жінок. Мікробний пейзаж цервікального каналу та піхви цих пацієнток характеризувався як моноінфекцією (10,9%), так і наявністю асоціації мікроорганізмів (89,1%), у зв'язку з чим на шляху подолання проблеми хворим було призначено комплексне різнобічне етіопатогенетичне лікування. Картина слабкої дисплазії на фоні запалення при первинному цитологічному дослідженні симулювалася уrogenітальними інфекціями у 7 жінок.

Таким чином, адекватна ліквідація супутнього запального процесу, особливо, викликаного інфекціями, що передаються статевим шляхом, – є першочерговою задачею при лікуванні фонові та передракової патології шийки матки, оскільки, вражаючи, в основному, жінок репродуктивного віку, він підтримує існування патології шийки матки, є відносним протипоказом до проведення повноцінного обстеження (проведення біопсії, фракційного діагностичного вишкрібання), оперативного лікування, симулює картину атипії при проведенні онкоцитологічного дослідження. У зв'язку з цим, тривають пошуки нових, більш ефективних способів лікування фонові та передракової патології шийки матки, направленої, насамперед, на ефективну ліквідацію супутньої запальної патології.

**Рижук Л. В.**

### **ІМУНОКОНФЛІКТНА ВАГІТНІСТЬ**

*Кафедра акушерства і гінекології*

*Буковинський державний медичний університет*

Імунний конфлікт між організмом матері та плода – це звичайний природний процес, оскільки вагітність передбачає встановлення нормального співіснування цих двох генетично чужорідних систем. В організмі фізіологічно створені ряд компенсаторно-приспосувальних механізмів, які не дають можливості даному конфлікту реалізуватись та створюють умови для виношування плода в утробі матері до термінів фізіологічного родорозрішення. Імунний конфлікт за еритроцитарними антигенами не відноситься до категорії фізіологічних, пов'язаних з гестацією проблем, і, як наслідок, його реалізація створює серйозну загрозу для здоров'я та навіть життя плода чи новонародженого. Серед еритроцитарних антигенів, здатних генерувати імунний конфлікт, до найбільш серйозних наслідків призводить саме конфлікт за резус-фактором. Патологічно все досить просто: резус-негативна мати, що виношує резус-позитивний плід, за умови сформованого та встановленого гематотропного типу харчування, на поладання еритроцитів плода, що містять антиген - Rh-фактор, у власний кровоток реагує викидом антирезусних антитіл, які за таким же механізмом потрапляючи в плодовий кровотік, викликають гемоліз еритроцитів плода з усіма негативними наслідками, що з цього витікають.

Природа імунного конфлікту за резус-фактором давно вивчена, детально та чітко описані всі можливі його прояви та основні клінічні форми. Однак, питання діагностики залишається досить спірним, оскільки саме діагностичні тести, з їх чутливістю та специфічністю, можуть привести лікарів до хибно позитивного результату, за яким, керуючись клінічними протоколами, ставляться питання про дострокове родорозрішення у зв'язку з високим ризиком гемолітичної хвороби плода і новонародженого, якої насправді не існує. І навпаки, недооцінка ситуації в кожному конкретному випадку може привести до виникнення найважчої форми гемолітичної хвороби – набрякової форми, смертність та глибока інвалідність дітей при якій складає більше 80%.

Діагностика, яка базується на виявленні титру антирезусних антитіл та динамічному спостереженні за їх приростом, не у всіх випадках є абсолютно об'єктивною, оскільки практичний досвід показує, що приріст антитіл може бути ятрогеним, як результат реакції імунної системи на такі лікувальні інвазивні заходи, як плазмаферез. Ультразвукові маркери гемолітичної хвороби плода є досить чіткими, однак дають можливість діагностувати лише набрякову форму гемолітичної хвороби плода, а це буває вже надто пізно.

Наука нашого сьогодення дає нам можливості для впровадження сучасних високоінформативних методик, що діагностують або спростовують наявність імунного конфлікту за резус-фактором на ранніх стадіях. До таких методик належить визначення в крові матері еритроцитів плода та встановлення за цими