

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
«ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ»**

Підсумкова LX науково-практична конференція

**«ЗДОБУТКИ КЛІНІЧНОЇ ТА  
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ»**  
(присвячена 60-річчю ТДМУ)

*14 червня 2017 року*

Тернопіль  
ТДМУ  
«Укрмедкнига»  
2017

**Відповідальний за випуск:** проф. І. М. Кліщ, доц. О. О. Шевчук

**«Здобутки клінічної та експериментальної медицини»** : матеріали підсумкової науково-практичної конференції, присвяченої 60-річчю ТДМУ (Тернопіль, 14 черв. 2017 р.) / Терноп. держ. мед. ун-т ім. І. Я. Горбачевського. – Тернопіль : ТДМУ, 2017. – 466 с.

## **ВАЖЛИВІ ПИТАННЯ ЩОДО РЕЦИДИВІВ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА**

**Овчаренко О.П., Рожковська Г.М., Дорофєєва Т.К.,  
Арбатська О.С., Цвіговський В.М., Чернецька О.В.**

*Одеський національний медичний університет*

**Вступ.** Статеву – вікові показники захворюваності на злоякісні новоутворення (ЗНУ) в Україні свідчать про значне їх зростання останнім часом. Особливу увагу до себе звертають вікові показники захворюваності та смертності серед населення.

**Основна частина.** Обрані для аналізу органи за цими показниками відносяться до 10 основних нозологічних форм ЗНУ населення України. Так, для чоловіків це передміхурова залоза, сечовий міхур; для жінок це тіло матки, шийка матки, яєчник. Питома вага основних нозологічних форм ЗНУ в структурі захворюваності для чоловіків коливається в діапазоні від 3,1% до 16,6%; для жінок — від 3,5% до 19,5% та смертності для чоловіків від 3,5% до 23,2%, а для жінок від 3,4% до 20,1%.

Доведено, що частота рецидивів залежить як від чинників, пов'язаних з індивідуальними особливостями організму, так і від стадійності пухлини до моменту початку спеціалізованого лікування, а також характеру і об'єму проведеного радикального лікування.

Риск рецидивів зростає при поєднанні декількох чинників і також не виключається при первинній множинності виникнення злоякісного зростання. На підставі здобутого матеріалу здається необхідним розробляти індивідуальний прогноз щодо виникнення рецидивів пухлин та рекомендувати індивідуальні особливості моніторингу після радикального лікування. Визначені фактори негативного прогнозу дозволяють створити індивідуальний прогноз виникнення рецидивів пухлин. Лікування рецидивних злоякісних пухлин не повинно повторювати методи та препарати, які були використані раніше для лікування первинної пухлини. У цьому напрямку особливу увагу звертають результати щодо необхідності зміцнення імунної системи.

**Висновки.** Відомо, що небезпечні для смертності є не первинні ЗНУ, а їх рецидиви. Тому вкрай необхідно продовжити вивчати

особливості профілактики, діагностики та лікування рецидивів ЗНУ. Вивчення проблем, які сприяють виникненню рецидивів ЗНУ, впровадження нових наукових підходів до попередження їх появи та знищення повинні стати, на нашу думку, пріоритетними.

УДК 616.33/.34-006.5:577.115.3

## **ХАРАКТЕРИСТИКА СКЛАДУ ЖИРНИХ КИСЛОТ ЛІПІДІВ У СИРОВАТЦІ КРОВІ У ХВОРИХ НА ПОЛІПИ КИШЕЧНИКА**

**Пікас П.Б., Полінкевич Б.С., Брюзгіна Т.С.**

*Національна медична академія післядипломної освіти імені*

*П.Л. Шупика*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

Усім захворюванням властиві певні зміни інтенсивності перекисного окиснення ліпідів, основним субстратом яких є фосфоліпіди мембран, при гідролізі яких утворюються жирні кислоти (ЖК). **Мета** дослідження - оцінити склад ЖК у сироватці крові у хворих на поліпи кишечника.

**Матеріал і методи.** Обстежено 35 (53,0 %) здорових осіб (I група) та 31 (47,0 %) хворий із 1-2 поліпами кишечника (II група). Дослідження проводили на базі Національного інституту ім. О.О. Шалімова. При діагностичних ендоскопічних дослідженнях і поліпектомії застосовували ендоскопічні апарати виробництва фірми «Olympus». Вивчався склад ЖК ліпідів у сироватці крові (біохімічним методом) на газорідному хроматографі серії «Цвет – 500».

**Результати.** В осіб II групи зростав вміст поліненасичених жирних кислот (ПН ЖК) до  $(41,8 \pm 1,8) \%$  ( $p < 0,001$ ) при  $(18,8 \pm 1,8) \%$  у I групі. Рівень лінолевої ЖК ( $C_{18:2}$ ) зростав до  $(25,1 \pm 1,5) \%$  у II групі ( $p < 0,001$ ) при  $(16,0 \pm 1,4) \%$  у I групі. Рівень арахідонової ЖК ( $C_{20:4}$ ) зростав до  $(14,5 \pm 1,0) \%$  у II групі ( $p < 0,001$ ) при  $(2,8 \pm 0,3) \%$  у I групі. Сумарний вміст насичених жирних кислот знижувався у II групі до  $(41,0 \pm 1,6) \%$  ( $p < 0,001$ ) при  $(57,0 \pm 2,0) \%$  у I групі. У пацієнтів II групи з'являлись міристинова ( $C_{14:0}$ ) та маргаринава ( $C_{17:0}$ ) ЖК