

промотавшись, «богачам» приходится залечь на дно и с грустным недоумением подсчитывать оставшиеся от прежней роскоши гроши.

Конечно, это две крайности, а мы с вами где-то посередине. Временами мы впадаем в экономию и стараемся не тратить лишнего, а потом устраиваем себе праздник. Однако у каждого из нас все же преобладает либо одна, либо другая жизненная позиция. Более того: предпосылки нашего отношения к деньгам закладываются еще в детстве.

В каждой душе сидит и богач и бедняк. «Хочу жить лучше», - кричит один. «Так спокойнее», - убеждает другой. Что мешает нам быть богатыми? Обстоятельства жизни и время, в котором мы живем? Это удобная философия не прибавит нам денег. Может дело все-таки в нас самих? Если вам кажется, что некоторым счастливицам «везет», то знайте: это везение они обеспечили себе внутренней психологией богатства, часто не сознавая этого. Для овладения психологией богатства, прежде всего, надо поверить в себя, в свои силы. А для этого придется провести небольшую ревизию подсознания. Настройтесь на успех – достигните успеха. Настройтесь на неудачу – неудача не заставит себя ждать. Может быть, стоит «перетряхнуть» свои мысли, «проверить» суждения, «выбросить» обиды, «починить» жизненные установки и впустить в свое сознание свежий ветер перемен.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ЗА БОЛЬНЫМИ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ

Божко Г.Г., Боярчик В.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и терапии

Научный руководитель - д.м.н. Угляница К.Н.

Меланома кожи – одна из самых злокачественных опухолей. В большинстве стран мира наблюдается неблагоприятная эпидемиологическая ситуация, неуклонно растет заболеваемость, причем в ряде стран заболеваемость и смертность от меланомы увеличивается быстрее, чем от злокачественных новообразований других локализаций, за исключением рака легкого [1, 2].

Объектом исследования явились больные меланомой кожи (всего 162 человека), проходившие лечение в онкологических отделениях УОЗ «Гродненская областная клиническая больница» в 2000-2007 гг., которым проводилось хирургическое и химиолучевое лечение. Диагноз меланомы кожи у всех больных был подтвержден морфологически.

Цель исследования состояла в организации мониторинга за больными меланомой кожи; оценке значимости прогностических факторов в диспансерном наблюдении и исходе заболевания, изучении особенностей хирургического лечения и иммунотерапии меланомы кожи.

Основными методами диагностики этой патологии были морфологические методы (цитологическое исследование мазков отпечатков с поверхности опухоли (87,7 %), тотальная ножевая эксцизионная биопсия (12,3%). Наряду с клиническим выявлением лимфогенных метастазов, мы использовали дополнительные (УЗИ, КТ) методы визуализации и морфологического подтверждения. При диагностике и выработке тактики лечения использовали клиническую и патологическую TNM-классификацию, принятую Международным противораковым союзом.

Хирургическое вмешательство в качестве единственного метода лечения применяли при ранних формах меланомы кожи, как правило, без метастатического поражения регионарных лимфоузлов (66,41% больных). При метастатических формах

меланомы использовали комбинированное и комплексное лечение. Проводя активное диспансерное наблюдение за нашими пациентами, мы использовали перечень известных прогностических факторов, имеющих объективное и решающее значение, таких как толщина опухоли кожи по A.Breslow, степень инвазии опухоли по W.Clark, наличие регионарных метастазов, изъязвление поверхности опухоли, локализация опухоли, возраст и пол пациентов. На основе разработанной учетной формы проводилась оценка суммарного прогностического показателя (Z) и был налажен мониторинг за больными меланомой кожи, позволивший выделить группу пациентов с неблагоприятным прогнозом заболевания (74 чел. – 45,68 %) $Z_{cp} < -160,2$.

Дифференцированный подход к больным меланомой кожи при наличии компьютерной обработки данных из амбулаторной карты и истории болезни больного, позволяет обеспечить детальное диспансерное наблюдение и обосновать целесообразность проведения адъювантной химио- и иммунотерапии.

Литература:

1. Фрадкин С.З. Меланома кожи: Практич. пособие для врачей/ С.З.Фрадкин, И.В.Залуцкий - Минск: Беларусь, 2000. – 221с.
2. Balch C.M., Urist M., McMasters K.M., Soong S.-J./ Prognostic Factors Analysis of 17,600 Melanoma Patients: Validation of the American Joint Committee on Cancer Melanoma Staging System // Journal of Clinical Oncology. - 2001. – V. 19. - № 16. – P. 3622-3634.

ИММУННЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ИФА-ТЕСТОМ НА АСКАРИДОЗ

Бойко О.Л., Турченко М.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь

Кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель: аспирант Жмакин Д.А., ассист. Горецкая М.В.

Повсеместное распространение аскаридоза и влияние его на многие системы человека, включая иммунную, подчеркивает актуальность темы и необходимость изучения особенностей иммунного ответа у лиц, инвазированных аскаридами (*Ascaris lumbricoideus*).

Целью исследования является изучение иммунного ответа у больных аскаридозом.

Материалом исследования стали данные иммунограмм больных аскаридозом, проходящих обследование на базе УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница». Всего обследовано 32 человека: 17 мужского и 15 женского пола, преимущественно дети. Серологическое исследование на специфические антитела к аскаридам (IgM, G, E, A) проведено методом ИФА. Иммунологическое исследование крови проведено на базе Гродненской областной клинической больницы классическими тест-системами (проточный флюориметр). Проведен анализ иммунограмм по 10 показателям. Все больные были разделены на две группы по положительному (группа № 1) и отрицательному (группа № 2) результату ИФА на аскаридоз.

Результаты. Результаты исследований показали, что количество В-лимфоцитов в 1 группе ($12,97 \pm 1,84$) было меньше по сравнению с 2 группой ($16,98 \pm 2,44$); количество натуральных киллеров (NK), несущих Т-клеточный рецептор, было ниже значительно в 1 группе ($3,18 \pm 1,5$), чем во 2 группе ($15,11 \pm 5,73$). Количество NK клеток, не несущих рецепторов, в 1 группе также было заметно ниже ($12,76 \pm 1,76$), чем во 2 группе ($21,22 \pm 5,07$). Количество Т-хелперов ($37,9 \pm 1,88$) и Т-киллеров ($31,68 \pm$