

та наркотиків МОЗ України – 24с. [Електронний ресурс] // Режим доступу: <http://aiwa.dn.ua/hypn/Files/alcohol-situation-2013.pdf>.

5. Линник С.О. Стан і проблеми наркоманії та алкоголізації населення в Україні / С. О. Линник, Ф. П. Ринда // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2012 рік. – К., 2013. – С. 113-127.

6. Ринда Ф. П. Проблеми алкоголізації населення / Ф. П. Ринда, О. В. Олексієнко // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2008 рік. – К., 2009. – С. 119-125.

7. Global status report on alcohol and health / World Health Organization. – Geneva, 2011. – 285 p.

Карпинец И.М.

Анализ десятилетних трендов показателей заболеваемости и смертности населения Украины и Ивано-Франковской области от причин, ассоциированных с употреблением алкоголя

Кафедра социальной медицины, организации здравоохранения и медицинского правоведения (зав. каф. – проф. Децик О.З.)

ГВУЗ «Ивано-Франковский национальный медицинский университет», Украина

E-mail: igorkgraf@yahoo.com

Резюме. С целью изучения десятилетних трендов показателей заболеваемости и смертности населения Украины и Ивано-Франковской области от причин, связанных с употреблением алкоголя, проанализировали данные официальной медицинской статистики заболеваемости (форма № 11) и смертности (статистические справочники МЗ Украины) в динамике за 2005-2014 гг. Установлено, что в Ивано-Франковской области уровни общей и первичной заболеваемости хроническим алкоголизмом и острыми алкогольными психозами выше, чем в целом по Украине, хотя уровень потребления алкоголя на душу населения является одним из самых низких в стране. Параллельно с тем, показатели смертности на-

селения Прикарпатья от причин, связанных с употреблением алкоголя, более чем в 2 раза ниже, чем в среднем по Украине. Установленные диспропорции указывают на недостатки своевременного выявления и учета алкогольной зависимости и требуют принятия медико-организационных решений на государственном уровне.

Ключевые слова: *алкоголизм, заболеваемость, смертность.*

I.M. Karpinets

Analysis of Decade Trends of Morbidity and Mortality in Ukraine and Ivano-Frankivsk Oblast from Causes Associated with Alcohol Consumption

Department of Social Medicine, Health Service and Medical Law (Head of the department – Prof. O.Z. Detsyk)

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

e-mail: igorkgraf@yahoo.com

Abstract. In order to study decadal trends of morbidity and mortality in Ukraine and Ivano-Frankivsk oblast from causes related to alcohol consumption, have been analyzed the medical data of the official statistics on morbidity (form No.11) and mortality rates (statistical reference books Ministry of Health Care of Ukraine) in dynamics for 2005-2014. It has been determined that in Ivano-Frankivsk oblast levels of general and primary morbidity rates from chronic alcoholism and acute alcoholic psychosis are higher than the average in the Ukraine, although alcohol consumption per capita is among the lowest in the country. In parallel, mortality rate in the Carpathian population from causes related to alcohol are more than twice lower than the average in Ukraine. The determined disproportions indicate the shortcomings of timely identification and registration of alcohol dependence and demand finding medical and organizational solutions at the national level.

Keywords: *alcoholism, morbidity, mortality.*

Надійшла 05.10.2015 року.

УДК: 616.31-08+616.31.-006 (477.86)

Костишин І.Д., Бойко В.В., Романчук В.Р., Гірна Г.А.

Рак слизової порожнини рота. Діагностика і лікування в Івано-Франківській області

Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

Івано-Франківський обласний клінічний онкологічний диспансер, Україна

Резюме. В Україні захворюваність на рак ротової порожнини швидко зростає – за останні 25 років у чоловіків вона збільшилася в 4,5 рази, у жінок – у 2,0 рази.

Проведено ретроспективний аналіз результатів діагностики та лікування 462 історій хвороб хворих на рак слизової оболонки порожнини рота в Івано-Франківській області за 2003-2012 рр. У I-II стадії захворювання було у 30,3 % хворих, у III-IV стадії – 69,7%. Радикальне лікування отримали 396 (98,0%) хворих, паліативне – 8 (2,0%). Найкращі результати були при комплексному лікуванні, де середня тривалість життя склала 27,2 місяця. Результати хіміопроменевого лікування є кращими порівняно з самостійною променевою терапією.

Ключові слова: *рак, ротова порожнина, діагностика, лікування.*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Рак органів порожнини рота і ротоглотки становить 2-7% усіх злоякісних пухлин людини [1, 2].

За останні 5 років (2009-2013) в Україні вперше взято на облік 12498 хворих на рак слизової порожнини рота (чол. 10012, жін.-2486), з них до року не прожило 42,2%. В Івано-

Франківській області рак слизової порожнини рота за цей період було виявлено у 261 хворого [3, 4, 5, 6].

Рак порожнини рота представляє собою серйозну небезпеку, оскільки призводить до важких порушень функції дихання, прийому їжі, мовлення та зовнішнього вигляду. Серйозна загроза також пов'язана з близьким розташуванням життєво важних магістральних судин і нервових стовбурів, інтенсивним кровопостачанням і лімфовідтоком. Йому притаманні швидкий темп росту, раннє метастазування, низька ефективність різних методів спеціального лікування, неблагополучний прогноз і високі показники однорічної летальності [7].

Близько 90% хворих – це люди працездатного віку (30-60 років) і, не зважаючи на так звану “візуальну” локалізацію даних новоутворень, 60-70% хворих поступають на лікування з місцево-розповсюдженими пухлинними процесами III-IV стадії, що значно ускладнює та обмежує вибір спеціальних методів лікування [8, 9].

Епідеміологічні дослідження дозволяють не лише виявити причинний зв'язок різних факторів способу життя та

Таблиця 1. Структура онкологічних захворювань органів ротової порожнини в Івано-Франківській області у 2003–2012 роках

Локалізація	Всього хворих, абс.	питома вага у структурі, %	в т.ч. чоловіки, абс.	в т.ч. жінки, абс.
Рак язика	206	44,6%	186	20
Рак дна рота	145	31,4%	140	5
Рак піднебіння	56	12,1%	51	5
Рак слизової щочки, присінку рота, ретромолярної ділянки	34	7,4%	28	6
Рак ясен	21	4,5%	14	7
Всього	462		419	43

Примітка: абс. – абсолютне число хворих у даній групі

навколишнього середовища з окремими формами раку, але й передбачають реальні шляхи запобігання злویкісних новоутворень і адекватного спеціального лікування [10, 11, 12].

Мета дослідження. Вивчити захворюваність, стан діагностики і лікування хворих на рак слизової оболонки порожнини рота в Івано-Франківській області за 10 років (2003-2012 рр.), на підставі чого розробити рекомендації по покращенню результатів лікування.

Матеріал і методи дослідження

Проведено ретроспективний аналіз 462 історій недуг хворих на рак слизової оболонки порожнини рота.

Результати дослідження та їх обговорення

Впродовж 2003-2012 років у Івано-Франківській області рак слизової ротової порожнини встановлено у 462 хворих. Переважно хворіли чоловіки – 419 (90,7%), кількість захворювань жінок – 43 (9,3%) (співвідношення чоловічого населення до жіночого склало 10:1).

Частково або зовсім не дотримувалися гігієни порожнини рота 447 (96,7%) хворих, у 457 (98,9%) вона не санована. Шкідливі звички: паління, тривалий прийом алкоголю мали 411 (89,0%) хворих. Передракові стани (по даних анамнезу) були у 37 (8,0%) хворих.

Частота ураження пухлинними процесами окремих відділів ротової порожнини є різною, зокрема на рак язика хворіло 206 осіб (44,6%), з них чоловіків – 186, жінок – 20. На другому місці за частотою ураження є рак дна порожнини рота. Всього з даною локалізацією пухлин було 145 хворих (31,4%). Третя локалізація за частотою ураження – рак слизової оболонки піднебіння – 56 (12,1%) хворих. Наступним за частотою виявляється рак слизової щочки, присінку рота, ретромолярної ділянки – 34 (7,4%) хворих. У найменшій кількості пацієнтів спостерігався рак ясен – 21 (4,5%) (табл. 1).

Як показав аналіз результатів діагностики, до початку спеціального протипухлинного лікування у 30,3% із них захворювання оцінювалось як місцево-розповсюджений процес (I–II стадії захворювання), у 69,7% – занедбаний рак (III–IV стадії) (табл. 2).

При проведенні лікування раку порожнини рота дотримувались загальноприйнятих стандартів. Якщо розповсюдженість первинної пухлини і характер ураження регіонарного лімфатичного апарату дозволяли видалити її хірургічним шляхом, проводили комбіноване або комплексне лікування: передопераційний курс телегамматерапії у дозі 40 Гр на вогнище з включенням у зону опромінення регіонарного лімфатичного апарату, або хіміопроменеве лікування, коли вплив променевої терапії доповнювався введенням протипухлинних середників регіонарно через катетеризовані артерії (скроневу або зовнішню сонну) чи системно, шляхом довенних інфузій. Через 2-3 тижні проводили хірургічне видалення первинної пухлини з одномоментним або відтермінованим видаленням ураженого регіонарного лімфатич-

Таблиця 2. Стадії захворювання на різні локалізації раку порожнини рота в Івано-Франківській області на момент встановлення діагнозу протягом 2003–2012 рр.

Локалізація	I стадія, абс.	II стадія, абс.	III стадія, абс.	IV стадія, абс.	Всього, абс.
Рак язика	12	49	85	60	206
Рак дна рота	3	31	65	46	145
Рак піднебіння	5	25	16	10	56
Рак слизової щочки, присінку рота, ретромолярної ділянки	2	7	14	11	34
Рак ясен	1	5	6	9	21
Всього	23	117	186	136	462
Питома вага	5,0%	25,3%	40,3%	29,4%	100%

Примітка: абс. – абсолютне число хворих у даній групі

ного апарату.

При розповсюджених пухлинах, глибокому ураженні регіонарного лімфатичного апарату, важкій супутній патології або при відмові від оперативного втручання проводили променеве лікування як самостійний метод у сумарній дозі на вогнище 50–60 Гр або хіміопроменеве лікування з використанням цисплатину, 5-фторурацилу.

Самостійне хіміотерапевтичне лікування використовували вкрай рідко, в основному при значному розповсюдженні захворювання.

Різні види лікування отримали 404 хворих з пухлинами ротової порожнини, з них радикальне – 396 (98,0%), паліативне – 8 (2,0%).

Найбільша кількість хворих отримувала променеве та хіміопроменеве лікування – по 131 особі (по 32,4%). Комплексне лікування отримали 75 хворих, комбіноване – 50 хворих, хіміотерапевтичне – 5 хворих, хірургічне – всього 4 хворих.

Дані про кількість хворих в залежності від виду лікування наведено в таблиці 3.

Для оцінювання ефективності лікування онкологічних хворих використовується показник п'ятирічного виживання хворих.

Показники виживання та смертності хворих, що проходили лікування в період 2003-2007рр, відображені в таблиці 4.

З наведених даних видно, що найкращі результати виживання отримано у хворих на рак піднебіння, де майже половина хворих живе 5 і більше років після лікування. Найменше хворих, що переживають цей термін, – це хворі на рак дна рота та рак язика, відповідно 9,5% та 5%.

Як показали результати п'ятирічного спостереження за хворими тривалість життя залежить від методу лікування. Середня виживаність хворих становила 19,7 місяця. Найкращі результати виявились при комплексному лікуванні, де середня тривалість життя склала 27,2 місяця. Понад 2

Таблиця 3. Застосування різних методів лікування онкологічних захворювань порожнини рота в Івано-Франківській області протягом 2003-2012рр.

Вид лікування	Кількість хворих, абс.	питома вага, %
Променеве	131	32,4%
Хіміопроменеве	131	32,4%
Комплексне	75	18,6%
Комбіноване	50	12,4%
Хірургічне	4	1,0%
Хіміотерапевтичне	5	1,2%
Всього отримали радикальне лікування	396	98,0%
Паліативне	8	2,0%

Примітка: абс. – абсолютне число хворих у даній групі

Таблиця 4. Результати п'ятирічного виживання та смертності хворих на рак порожнини рота у Івано-Франківській області за 2003-2007 роки

Локалізація	Кількість хворих, що отримали лікування, абс.	Живуть понад 5 років, абс.	Померли від прогресування хвороби, абс.	Померли від інших причин, абс.
Рак язика	100	5	82	13
Рак дна рота	73	3	62	8
Рак піднебіння	27	13	12	2
Інші відділи порожнини рота	26	4	19	3
Всього	226	25	175	26

Примітка: абс. – абсолютне число хворих у даній групі

роки жили хворі після комбінованого лікування – середня тривалість життя становила 24,7 місяця. Після хіміопроменевого лікування – 15,5 місяця. В середньому менше року жили хворі після променевого лікування – 11,2 місяця. Хворі, що не отримували протипухлинного лікування, жили в середньому 5 місяців.

Дані про кількість хворих та результати середньої тривалості життя після певного виду лікування наведені в таблиці 5.

Як видно із таблиці, результати лікування онкологічних хворих з пухлинами ротової порожнини залежать, насамперед, від поширеності пухлинного процесу. При використанні будь-якої схеми лікування кращий ефект досягається у хворих з місцево-поширеним пухлинним процесом. При комплексному та комбінованому ліванні був отриманий достатньо високий ефект і у хворих з пізніми стадіями захворювання завдяки проведенню розширених радикальних операцій з використанням сучасних методик первинної пластики. Такі операції дозволяють продовжити хворому життя, але після них погіршується якість життя хворих: виникають деформації обличчя, порушується функція жування, ковтання, мови.

Показовими є дані про середні терміни виживання понад п'яти років пацієнтів з онкологічними захворюваннями органів ротової порожнини залежно від виду отриманого лікування у 2003-2007рр., що відображені в таблиці 6.

Результати лікування хворих з онкологічними захворюваннями ротової порожнини у 2008-2012 роках виглядають дещо по-іншому, що зумовлено недостатнім терміном диспансерного спостереження за такими хворими.

На даний час живе 81 хворий. Найдовше живуть хворі, що отримували хірургічне лікування – 44 місяці. Середній показник виживання після комбінованого лікування складає 30,2 місяця, а після комплексного лікування – 28,7 місяця. Результати виживання після променевого та хіміопроменевого лікування близькі в показниках і складають 19,7 та 18,3 місяця відповідно. 144 хворих, що отримували лікування в даний період померли.

Результати середньої тривалості життя приблизно одна-

Таблиця 6. Показники середньої тривалості виживання понад п'яти років пацієнтів з онкологічними захворюваннями порожнини рота, що отримали лікування у 2003-2007рр.

Вид лікування	Кількість хворих, абс.	Середня тривалість виживання, міс.
Хірургічне	1	66 міс.
Комбіноване	11	82 міс. (66-114 міс.)
Комплексне	7	96,8 міс. (72-120 міс.)
Хіміопроменево	5	85,4 міс. (64-120 міс.)
Променево	1	89 міс.
Всього	25	83,8 міс.

Примітка: абс. – абсолютне число хворих у даній групі

Таблиця 5. Показники середньої тривалості життя пацієнтів з онкологічними захворюваннями порожнини рота в Івано-Франківській області у 2003-2007 рр.

Вид лікування	Кількість хворих, абс.	Середня тривалість життя, міс.
Комплексне	26	27,2 міс.
Комбіноване	16	24,7 міс.
Хіміопроменево	59	15,5 міс.
Променево	74	11,2 міс.
Всього	175	19,7 міс.
Без лікування	26	5 міс.

Примітка: абс. – абсолютне число хворих у даній групі

кові при комплексному та комбінованому ліванні (таблиця 7), що становить 17,9 та 17,8 місяця відповідно. При хіміопроменевому ліванні цей показник складає 9,4 місяця, а при променевому – 8 місяців.

Найнижчою є середня тривалість життя при хімотерапевтичному ліванні та у хворих без лікування – 5,2 та 5,4 місяця відповідно.

Вище згадані дані є приблизними, так як прогноз вивчено тільки за останні два роки.

Висновки

1. Додержання гігієни порожнини рота, відмова від шкідливих звичок і лікування передпухлинних станів є основною формою профілактики раку цієї локалізації.

2. Як група візуальних раків, ці захворювання не повинні залишатися непоміченими при кожному медичному огляді пацієнтів, що звертаються в медичну установу з приводу будь-якого захворювання.

3. У переважній більшості хворих рак ротової порожнини виявляється на пізніх стадіях, що призводить до невітшних результатів лікування.

4. Променево та хіміопроменево терапія залишаються домінуючими в ліванні раку ротової порожнини.

5. Найкращі результати лікування отримано при використанні хірургічного компоненту.

6. Результати хіміопроменевого лікування є кращими порівняно з самостійною променевою терапією.

7. Самостійне хімотерапевтичне лікування не призводить до кращих результатів виживання у порівнянні з пацієнтами, що не отримували жодного виду лікування.

Перспективи подальших досліджень

Слід продовжити десятирічне диспансерне спостереження за пролікованими хворими в 2003-2007 рр. та п'ятирічне, пролікованими за період 2008-2012 рр. Проаналізувати отримані віддалені результати (десятирічна і п'ятирічна виживаність) спеціального, комбінованого та комплексного методів лікування, на основі чого розробити практичні рекомендації по покращенню ранньої діагностики і ефективності різних методів лікування раку порожнини рота.

Таблиця 7. Показники середньої тривалості життя пацієнтів з онкологічними захворюваннями порожнини рота в Івано-Франківській області, що отримали лікування у 2008-2012рр.

Вид лікування	Кількість хворих, абс.	Середня тривалість життя, міс.
Комплексне	22	17,9 міс.
Комбіноване	5	17,8 міс.
Хіміопроменево	47	9,4 міс.
Променево	40	8 міс.
Хімотерапевтичне	4	5,2 міс.
Всього	118	11,7 міс.
Без лікування	26	5,4 міс.

Примітка: абс. – абсолютне число хворих у даній групі

Література

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи / Пачес А.И. – М.: Практическая медицина. 2013. – 119-145 с. – (рук. 5-е изд., доп. и переработ).
2. Давыдов М.И. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2006 г. / М.И. Давыдов // Вестник РОНЦ имени Н.Н. Блохина РАМН. – 2008. – Т. 19 (Приложение 1). – С. 154.
3. Рак в Україні 2012-2013 Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / Бюлетень Національного канцерреєстру України. – Київ. – 2014, №15. – 20-21 с.
4. Рак в Україні 2009-2010 Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / Бюлетень Національного канцерреєстру України. – Київ. – 2011, №12. – 33 с.
5. Рак в Україні 2010-2011 Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / Бюлетень Національного канцерреєстру України. – Київ. – 2012, №13. – 22 с.
6. Рак в Україні 2011-2012 Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / Бюлетень Національного канцерреєстру України. – Київ. – 2013, №14. – 22 с.
7. Чиссов В.И. Анализ состояния онкологической помощи населению России в 2004 году. / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова и соавт. // Практическая медицина. – 2005. – № 2(11). – С. 4-5.
8. Удинцов Д.Б. Рак слизистой оболочки щеки: выбор тактики лечения и методов реконструкции. // Автореферат к.м.н. Москва. – 2009. – С. 125.
9. Glisson B.S. Phase II Trial of docetaxel and cisplatin combination chemotherapy in patients with squamous cell carcinoma of the head and neck / B.S. Glisson, B.A. Murphy, G. Frenette et al // J Clin Oncol. Mar 15, 2002. – 6: Vol. 20. – P. 1593-1599.
10. Трапезников Н.Н., Заболевимость злокачественными новообразованиями и смертность от них населения стран СНГ в 1996. / Н.Н. Трапезников, Е.М. Аксель // ОНЦ РАМН. – Москва. – 1997. – С. 5 - 112.
11. Соколова Н.П. Якість діагностики, ретроспективний і перспективний аналіз захворюваності злоякісними новоутворами щелепно-лицевої ділянки: автореферат дис. на здобуття наук. ступ. канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / Н.П. Соколова. – Полтава, 2001. – 18 с.
12. Двойрин В.В., Трапезников Н.Н. Социально – экономические последствия курения в России. / В.В. Двойрин, Н.Н. Трапезников // Научно-методическое отделения онкологической статистики НИИ клинической онкологии. – 1994. – с. 3-5.

Костышин И.Д., Бойко В.В., Романчук В.Р., Гирна Г.А.

Рак слизистой полости рта. Диагностика и лечение в Ивано-Франковской области

Ивано-Франковский национальный медицинский университет, Украина

Ивано-Франковский областной клинический онкологический диспансер, Украина

Резюме. В Украине заболеваемость раком ротовой полости устойчиво растет – за последние 25 лет у мужчин она увеличилась в 4,5 раза, у женщин – в 2,0 раза.

Проведен ретроспективный анализ результатов диагностики и лечения 462 историй болезней больных раком слизистой оболочки полости рта в Ивано-Франковской области за 2003-2012 гг. В I-II стадии заболевания было в 30,3% больных, в III-IV стадии – 69,7%. Радикальное лечение получили 396 (98,0%) больных, паллиативное – 8 (2,0%). Наилучшие результаты были при комплексном лечении, где средняя продолжительность жизни составила 27,2 месяца. Результаты химиолучевой терапии являются лучшими по сравнению с самостоятельной лучевой терапией.

Ключевые слова: рак, ротовая полость, диагностика, лечение.

I.D. Kostyshyn, V.V. Boiko, V.R. Romanchuk, H.A. Hirna

Cancer of Oral Mucosa. Diagnosis and Treatment in Ivano-Frankivsk Oblast

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine
Ivano-Frankivsk Oblast Clinical Oncology Center, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Abstract. In Ukraine the incidence of oral cancer is steadily growing – over the past 25 years for men it has increased 4.5 times and for women 2.0 times.

There has been made a retrospective analysis of diagnosis and results of treatment based on treatment histories of 462 patients with cancer of the oral mucosa in Ivano-Frankivsk oblast for the 2003-2012. 30.3% patients were at the I-II stages of disease, and 69.7% at the stages III-IV. Radical treatment was received by 396 (98.0%) patients, palliative by 8 patients (2.0%). The best results were in treatment, where the average life expectancy was 27.2 months. The results of chemoradiotherapy have been better as compared to a separate radiotherapy.

Keywords: cancer, oral cavity, diagnosis, treatment.

Надійшла 07.09.2015 року.

УДК 616.61 “ 006.6 “ 037

Литвинець Є.А.¹, Строй О.О.², Лесняк О.М.³, Білоруський Р.О.², Оброцький А.С.³, Марухняк Р.В.³, Бодлак С.І.³, Смук Т.М.³, Сенік О.Р.³

Рак нирки - прогнозування виживаності

¹ Івано-Франківський національний медичний університет

² Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького.

³ Комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги м. Львова
e-mail: addictive.signals@gmail.com

Резюме. Основним критерієм ефективності лікування онкологічних пацієнтів є термін їх виживання після спеціалізованого лікування. Хірургія вважається найбільш ефективним методом у хворих на рак нирки. Прогнозування виживання хворих з нирково-клітинним раком (НКР) є предметом активних досліджень. Метою представленої роботи було створення власної прогностичної шкали виживання для пацієнтів з раком нирки, які перенесли оперативне лікування. Результати цього дослідження засновані на аналізі 49 параметрів у 343 хворих з НКР. Для створення прогностичної моделі і вибору найбільш важливих прогностичних факторів ми використовували обчислення коефіцієнта лінійної кореляції Пірсона (r). Із застосуванням тесту Бреслоу вдалося визначити, що канцер-специфічна виживаність пацієнтів впродовж трьох років статистично значущо залежить від стадії пухлини на момент її виявлення (хі-квадрат = 48,4; ступені свободи = 4, p<0,05). Жоден

із показників імунного стану не виявив принаймні помірної кореляції з показниками виживання ($|r| < 0,1$). Всі статистично значущі параметри були стандартизовані у відповідності з їх значеннями, і кожному було присвоєно окремий прогностичний бал. Сумарний прогностичний бал є критерієм виживаності у хворих НКР за розробленою власною шкалою. За допомогою методики Cohen J., 1988 р. та Field A., 2009 р. було обчислено залежність розрахункового виживання від балу, що дає змогу спрогнозувати виживаність пацієнта. При цьому нами було розроблено власну шкалу оцінки ймовірності виживання протягом одного, двох і трьох років після операції. Створена прогностична шкала дозволяє стратифікувати хворих з НКР на підгрупи сприятливого (0-8 балів), сумнівного (9-14 балів) та несприятливого (15-24 балів) прогнозу.

Таким чином, розроблена методика може допомогти урологам передбачати виживаність пацієнтів з раком нирки. Запропонована