МІЖНАРОДНА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «РЕВМОСАМІТ: ОСІНЬ 2026»

ПРИСВЯЧЕНА ПАМ'ЯТІ АКАДЕМІКА В.М. КОВАЛЕНКА

1. ЦИФРОВІ БІОМАРКЕРИ ГОСТРОГО АУТОІМУННОГО ЗАПАЛЕННЯ ТА ХРОНІЧНОГО ІНФЛАМЕЙДЖИНГУ: ДІАГНОСТИЧНІ Й ПРОГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ

О.Є. Абатуров, С.В. Самсоненко

Дніпровський державний медичний університет, Дніпро

Актуальність. Хронічне низькоінтенсивне запалення (інфламейджинг) розглядається як один із механізмів передчасного старіння та розвитку коморбідних станів при автоімунних ревматичних захворюваннях, зокрема ювенільному ідіопатичному артриті (ЮІА) та системному червоному вовчаку (СЧВ). Тривала прозапальна активація та імунне старіння можуть спричиняти ранній розвиток серцево-судинних ускладнень, зниження мінеральної щільності кісткової тканини, порушення росту й погіршення якості життя. Традиційні лабораторні маркери не завжди відображають персистенцію низькоінтенсивного запалення, особливо за клінічної ремісії. У цьому контексті перспективним є використання цифрових біомаркерів біологічного старіння, зокрема iAge та GlycanAge.

Мета: проаналізувати сучасні дані щодо діагностичного та прогностичного значення iAge і GlycanAge для раннього виявлення передчасного інфламейджингу та стратифікації ризику коморбідних ускладнень у дітей із ЮІА та СЧВ.

Матеріали та методи. Проведено наративний огляд літератури з елементами систематичного пошуку відповідно до підходів PRISMA 2020. Пошук здійснювали в базах PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science і Google Scholar за період 2000–2026 рр. Після скринінгу 639 записів до огляду включено 66 досліджень. Для оцінювання якості доказів використовували інструменти Newcastle–Ottawa Scale (NOS), AMSTAR-2 та OMERACT. З огляду на методологічну й клінічну гетерогенність результатів проведено наративний синтез.

Результати. iAge та GlycanAge належать до перспективних біомаркерів оцінювання біологічного старіння та хронічного запального навантаження. У дорослих популяціях iAge асоціюється з мультиморбідністю, імунним старінням, крихкістю та підвищеним серцево-судинним ризиком. Водночас дані щодо його застосування в педіатричній ревматології залишаються обмеженими. При ЮІА та СЧВ описано зміни глікозилювання імуноглобуліну G, які можуть відображати прискорене біологічне старіння та прозапальне спрямування імунної відповіді. Зокрема, збільшення частки галактозодефіцитних глікоформ G0, зменшення галактозильованих глікоформ G2 та сіальованих структур може свідчити про формування прозапального глікопрофілю. Зміни глікозилювання потенційно можуть зберігатися навіть за клінічної ремісії, коли традиційні маркери системного запалення не демонструють суттєвих відхилень. Це створює передумови для використання GlycanAge як додаткового інструменту моніторингу залишкової запальної активності та оцінювання ризику віддалених ускладнень.

Висновки. Цифрові біомаркери iAge та GlycanAge мають перспективне значення для персоналізованої педіатричної ревматології. Їх потенційне використання може сприяти ранньому виявленню передчасного інфламейджингу, уточненню ризику серцево-судинних і кісткових ускладнень та оцінюванню ефективності майбутніх стратегій впливу на механізми клітинного й імунного старіння. Водночас для впровадження цих маркерів у клінічну практику необхідні проспективні дослідження за участю дітей із ЮІА та СЧВ, стандартизація методик і визначення вікових референтних значень.

2. ІНТЕРСТИЦІЙНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ПРИ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ: МОЖЛИВОСТІ РАННЬОГО ВИЯВЛЕННЯ ТА КОМПЛЕКСНОЇ ОЦІНКИ

В.О. Бомбела

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, Вінниця

Актуальність. Інтерстиційне захворювання легень, асоційоване з ревматоїдним артритом (РА-ІЗЛ), є важливою клінічною проблемою через імовірність безсимптомного перебігу на ранніх стадіях і ризик прогресування, що зумовлює необхідність своєчасної діагностики. Розуміння можливостей і обмежень опитувальників, визначення дифузійної здатності легень до оксиду вуглецю (DLCO) та комп'ютерної томографії високороздільної здатності (ВРКТ) може допомогти лікарям обирати діагностичну тактику й інтерпретувати результати обстежень. Тому **мета** цього аналізу — узагальнити й зіставити наявні дані щодо можливостей раннього скринінгу та ролі DLCO і ВРКТ у подальшій діагностиці й комплексній оцінці РА-ІЗЛ.

Матеріали та методи. Проведено цільовий наративний пошук публікацій у PubMed та PubMed Central. До аналізу включено клінічні когортні й валідаційні дослідження, метааналізи та рекомендації, у яких розглядали поширеність РА-ІЗЛ, діагностичну точність скринінгових критеріїв, показники DLCO, візуальні й кількісні параметри ВРКТ та їхні взаємозв'язки, а також використання опи-

тувальників для оцінювання симптомів і пов'язаної зі здоров'ям якості життя. Серед розглянутих інструментів — King's Brief Interstitial Lung Disease Questionnaire (K-BILD).

Результати. Метааналіз 74 досліджень показав, що загальна поширеність РА-ІЗЛ становила 20,6% (95% довірчий інтервал (ДІ) 18,3–23,2; I^2=99,7%). За методом оцінки встановлено 31% для ВРКТ, 21% для функціональних тестів і 13% для поєднаних методів; у новіших дослідженнях із низьким ризиком упередження — 10,1% (Vermant et al., 2026).

У проспективній когорті раннього РА SAIL-RA (Study of Inflammatory Arthritis and Interstitial Lung Disease in Early RA; n=172) ІЗЛ за даними ВРКТ виявили у 11% пацієнтів. Чутливість скринінгових стратегій становила 5–100%, специфічність — 11–97%. Використання щонайменше одного фактора ризику забезпечувало чутливість 95–100% за специфічності 11–30%; критерій Paulin із порогом 4 бали — чутливість 5% і специфічність 97% (McDermott et al., 2025). Критерії SER / SEPAR у когорті раннього РА (n=146) виявили 19,2% випадків за чутливості 92,9%, специфічності 45,8%, позитивної та негативної прогностичної цінності 28,9 і 96,4% відповідно. У незалежній когорті (n=270) поширеність ІЗЛ становила 21,5%, чутливість критеріїв — 96,5%, специфічність — 25%. За цими критеріями скринінгові обстеження рекомендували 90% пацієнтів, а ВРКТ — 75% (Aguilar-Coll & Narváez, 2025; Bachiller-Corral et al., 2026).

Серед 492 пацієнтів без відомого ІЗЛ низькодозова фотонлічильна комп'ютерна томографія (КТ) виявила інтерстиційні зміни у 35%, що не тотожно клінічному діагнозу. У підгрупі з функціональними тестами (n=363) їх чутливість і специфічність щодо КТ-змін становили 21 і 77%; серед пацієнтів із позитивною КТ лише у 3% DLCO становила <75% від належного. Кількісні результати КТ обернено корелювали із DLCO (r=–0,224; p<0,001) (Fritsch et al., 2025). В іншій когорті (n=151) ІЗЛ за допомогою ВРКТ виявлено у 19,2%; площа під ROC-кривою для DLCO становила 0,811 (95% ДІ [0,737–0,885]), а поширеність змін за ВРКТ була пов'язана з DLCO та задишкою (p<0,0001) (Salaffi et al., 2019).

Ступінь ураження за ВРКТ обернено корелював із DLCO: для бала Warrick r=–0,357 (p=0,001), для кількісного бала QILD у когорті з 26 пацієнтів ρ=–0,433 (p=0,027). В автоматизованому аналізі текстури зображень кореляція фіброзного бала з DLCO становила ρ=–0,67 і –0,65 у двох когортах (n=289 і n=50; обидва p<0,001) (Yilmazer et al., 2016; Lee et al., 2021; Humphries et al., 2025). У невеликому дослідженні раннього РА з антитілами до цитрулінованих білків (АСРА; n=18) інтерстиційні легеневі аномалії (ІЛА) за ВРКТ виявили у 7 пацієнтів; у 6 із них зміни прогресували протягом року, тоді як 10 із 11 учасників без початкових ІЛА залишалися стабільними (Dong et al., 2019).

Психометричні властивості K-BILD оцінювали у когорті 663 пацієнтів із прогресуючим фіброзуючим ІЗЛ, зокрема 89 пацієнтів із РА-ІЗЛ. Внутрішня узгодженість опитувальника була високою (α Кронбаха=0,94), а відтворюваність результатів при повторному заповненні становила ICC=0,74. У той час кореляція бала K-BILD із форсованою життєвою ємністю легень (ФЖЄЛ) була на рівні r=0,20. Зниження бала приблизно на 1,5 пункта мало чутливість 63% і специфічність 65% щодо погіршення якості життя за 52 тиж (Birring et al., 2022). У когорті BERTHA (n=95) середній бал становив 72±21, не відрізнявся за наявності фіброзу на ВРКТ і без нього (71±20 проти 74±22; p=0,68) та суттєво не змінювався протягом 24 міс (Kawano-Dourado et al., 2026).

Висновки. Для раннього виявлення РА-ІЗЛ у пацієнтів із підвищеним ризиком доцільно поєднувати ВРКТ і функціональні тести, зокрема DLCO: збережений DLCO не виключає томографічних змін. Використання опитувальників доповнює оцінку якості життя, але не підтверджує діагнозу. Загалом такий підхід узгоджується з рекомендаціями American College of Rheumatology (ACR) / American College of Chest Physicians (CHEST) і може сприяти своєчасному виявленню РА-ІЗЛ у пацієнтів із підвищеним ризиком.

3. КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ, МРТ- ТА ДЕНСИТОМЕТРИЧНІ ЗІСТАВЛЕННЯ ПРИ РАННЬОМУ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ

Д.В. Вершиніна[1], І.Ю. Головач[2], Н.З. Позур[3]

[1]Прикарпатський діагностичний центр «Євроклінік», Івано-Франківськ

[2]Клінічна лікарня «Феофанія», Київ

[3]Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ

Актуальність. Рання діагностика ревматоїдного артриту (РА) необхідна для своєчасного призначення терапії та запобігання прогресуванню структурного ураження суглобів. Стандартна рентгенографія кистей може не виявляти деструктивних змін на початкових стадіях захворювання. Магнітно-резонансна томографія (МРТ) уможливлює візуалізацію синовіту, набряку кісткового мозку та ерозій, а денситометрія — оцінку стану кісткової тканини. Комплексне зіставлення цих методів важливе для повнішої характеристики ранніх змін при РА.

Мета роботи полягає у встановленні взаємозв'язків між клінічними, лабораторними та інструментальними показниками у пацієнтів із раннім РА, а також у порівнянні діагностичних можливостей стандартної рентгенографії кистей і МРТ.

Матеріали та методи. Обстежено 65 пацієнтів із РА, діагностованим відповідно до критеріїв ACR / European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) 2010 р. Тривалість суглобового синдрому не перевищувала 12 міс і в середньому становила 8,2±2,6 міс. Середній вік пацієнтів — 38,3±6,3 року; 48 учасників були жінками, 17 — чоловіками. Активність захворювання оцінювали за DAS28; середнє значення становило 5,2±2,1 бала. Усім пацієнтам виконували стандартну рентгенографію кистей і МРТ домінантної кисті на високопольному томографі Siemens MAGNETOM Espree (1,5 Тл). МРТ прово-

дили до та після внутрішньовенного введення контрастного препарату на основі гадопентетату диметглуміну (Gd-DTPA) у дозі 0,1 ммоль/кг. Оцінювали синовіт, набряк кісткового мозку та ерозії за системою OMERACT RA MRI. Мінеральну щільність кісткової тканини визначали методом двофотонної рентгенівської абсорбціометрії в ультрадистальному відділі променевої кістки. Для статистичного аналізу використовували кореляційний аналіз і критерій χ^2; статистично значущими вважали відмінності при $p<0,05$.

Результати. За стандартної рентгенографії ерозії кистей виявлено у 3 із 65 пацієнтів (4,6%), тоді як за даними МРТ – у 46 (70,7%). МРТ виявляла ерозивні зміни і за початкових рентгенологічних стадій: у 23 із 35 пацієнтів із 0 стадією за Steinbrocker (65,7%), у 11 із 16 пацієнтів із I стадією (68,75%) та у 9 із 11 пацієнтів із доерозивною II стадією (81,8%). Різниця між виявленням ерозій методами візуалізації була статистично значущою ($\chi^2=6,36$; $p<0,01$). DAS28 корелював із наявністю МРТ-синовіту ($r=0,52$; $p<0,05$) і мав сильний зворотний зв'язок із мінеральною щільністю кісткової тканини ($r=-0,86$; $p<0,001$). МРТ-ознаки також були взаємопов'язаними: ерозії корелювали з набряком кісткового мозку ($r=0,44$; $p<0,01$), а синовіт — з ерозивними змінами ($r=0,37$; $p<0,05$). Нижча мінеральна щільність кісткової тканини асоціювалася з вираженішими рентгенологічними та МРТ-змінами.

Висновки. У пацієнтів із раннім РА МРТ кисті виявляла ерозивні зміни значно частіше, ніж стандартна рентгенографія, зокрема за початкових рентгенологічних стадій захворювання. Поєднання клінічного оцінювання, рентгенографії, МРТ і денситометрії дає змогу комплексніше охарактеризувати ураження суглобів і кісткової тканини. Виявлені взаємозв'язки між активністю РА, МРТ-ознаками та мінеральною щільністю кістки можуть бути корисними для ранньої оцінки структурних змін і планування подальшої тактики ведення пацієнтів.

4. ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ФОРМАМИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ ТА ВІКОВИХ УРАЖЕНЬ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ І СИСТЕМИ ТРАВЛЕННЯ

Л.О. Волошина

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Актуальність. Посттравматичні стресові розлади (ПТСР) у зв'язку з воєнною агресією росії проти України набувають дедалі більшого поширення серед різних вікових груп населення України. В осіб старшого віку ПТСР, як правило, проявляється у вигляді хронічних форм, гірше піддаються лікуванню стандартними для ПТСР методами лікування, в тому числі через різні набуті вікові хронічні захворювання, зокрема, опорно-рухового апарату та системи травлення. Відомо, що через порушення психоневрологічного статусу пацієнтів головному прояву ПТСР притаманний низький комплаєнс до застосування ліків, особливо синтетичного походження. З більшою довірою такі хворі ставляться до засобів рослинного походження, що доцільно врахувати при розробці комплексного лікування командою лікарів-психоневрологів та фахівців з приводу наявних вікових супутніх захворювань.

Мета: оптимізація комплексного лікування пацієнтів із ПТСР на тлі вікових уражень опорно-рухового апарату (ОРА) та системи травлення (СТ) шляхом додаткового використання в дієтичному харчуванні засобів рослинного походження.

Матеріали та методи. Спостереження проведені у 30 пацієнтів із ПТСР віком 40–68 років, серед яких переважали жінки (19 осіб — 63,3%). Наша участь в якості консультантів з приводу вікових захворювань хворих спричинена низькою ефективністю стандартних підходів до лікування ПТСР та посиленням клінічних проявів уражень ОРА (остеоартрит, остеохондроз хребта) та СТ (гастродуоденопатії, холецистопанкреатопатії, синдром подразненого кишечнику), давність яких, зі слів пацієнтів, становила 6–14 років. Враховуючи гіршу переносимість нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) через патологію ОРА та зниження ефективності засобів через ураження СТ (гастропротектори, поліферменти, пробіотики, прокінетики) до дієтичного харчування додатково призначали порошок імбиру ½ чайної ложки 2 рази на добу, порошок куркуми ½ чайної ложки на добу, молотий чорний перець ¼ чайної ложки 2 рази на добу та ½ чайної ложки розмарину впродовж 6 міс (обрана тривалість спостереження).

Результати. Встановлено, що першими позитивними клінічними ознаками були помірне, але прогресуюче зменшення проявів з боку СТ і дещо пізніше (на 3–5 днів) — з боку психоневрологічного статусу. Зменшення вираженості симптомів уражень ОРА почалося з 10–14-го дня. Досягнення загального зменшення вираженості симптоматики ПТСР та супутніх захворювань орієнтовно на 50% відмічено через 1,5–2,5 міс залежно від віку пацієнтів та вираженості симптомів виявлених патологічних станів. Ремісія ПТСР та уражень СТ встановлена у 23 пацієнтів (76,7%) через 3,5–4,5 міс. Регрес проявів уражень ОРА був повільнішим і залежав від рівня фізичних навантажень та виконання фізичних вправ.

Комплаєнс запропонованих вдосконалень був досить хорошим. Побічних ефектів не виявили. Спостереження триває. З наукової літератури відомо, що обрані нами засоби рослинного походження мають багатогранні метаболічно і регуляторно полісистемні властивості впливу на СТ (всі), центральну нервову систему (як транквілізатори — чорний перець, розмарин) та ОРА (імбир).

Враховуючи, що обраний нами контингент спостереження, як правило, уражений віковими хворобами з боку ОРА, СТ та особливо чутливий до різних негативів воєнного часу у вигляді ПТСР, використання обраних нами рослинних засобів оптимізації комплексного лікування з таким чи подібним віко-

вим морбідним фоном є виправданим, безпечним і перспективним.

Висновки. Комплексне лікування хворих із хронічними ПТСР із супутніми віковими ураженням ОРА і СТ є складним, потребує командного індивідуалізованого підходу в раціональному виборі засобів багатогранного метаболічного і регуляторного, багатосистемного впливу. Такими можуть вважатися різні лікарські рослини та спеції.

5. ГЕТЕРОГЕННІСТЬ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ І РОЛЬ МРТ У ВИЯВЛЕННІ ПОШИРЕНОГО УРАЖЕННЯ ОСНОВИ ЧЕРЕПА ПРИ ГРАНУЛЕМАТОЗІ З ПОЛІАНГІЇТОМ

І.Ю. Головач[1], Д.В. Вершиніна[2], Т.М. Чіпко[1], А.С. Ярославцева-Розмовенко[1], О.О. Лазоренко[1]

[1]Клінічна лікарня «Феофанія», Київ

[2]Прикарпатський діагностичний центр «Євроклінік», Івано-Франківськ

Актуальність. Гранулематоз із поліангіїтом (ГПА) може дебютувати неспецифічними ЛОР-симптомами й тривалий час приховуватися під маскою інфекційного отиту або риносинуситу. За поширення запального процесу на основу черепа, мозкові оболонки та венозні синуси МРТ допомагає визначити межі ураження, виявити ускладнення й оцінити зміни в динаміці.

Мета: продемонструвати клінічну гетерогенність ГПА та діагностичне значення МРТ у пацієнтки з тривалими ЛОР-проявами й поширеним ураженням основи черепа.

Матеріали та методи. Проведено описовий аналіз клінічного випадку 66-річної жінки на підставі наданої клінічної історії, результатів лабораторних, морфологічних та інструментальних обстежень.

Результати. Захворювання розпочалося у 2020 р. болем у вухах і поступовим зниженням слуху. Попри повторні курси антибактеріальної терапії та ЛОР-лікування, симптоми прогресували: виникли рецидивний риносинусит із кров'янистими виділеннями, головний біль, схуднення та геморагічний висип. Виявлено підвищення рівня антитіл до протеїнази-3 (PR3-ANCA — 80,02 од.), негативні антитіла до мієлопероксидази. Морфологічна картина біоптату відповідала гранулематозному запаленню та потребувала клініко-морфологічного зіставлення. МРТ голови виявила поширені структурні зміни м'яких тканин лівого парафарингеального простору з переходом на стінку носоглотки, заглотковий і правий парафарингеальний простори. Процес поширювався на основу черепа, ділянки внутрішніх сонних артерій, яремний отвір, овальні отвори, правий крилоподібний канал, верхню орбітальну щілину та канал зорового нерва. Визначалися потовщення й контрастування мозкових оболонок, а також ознаки тромбозу лівої внутрішньої яремної вени, поперечного та сигмоподібного синусів. Пацієнтка отримала 4 курси терапії ритуксимабом згідно з протоколом RAVE (індукція ремісії) – 375 мг/м^2 1 раз на тиждень, усього 4 інфузії. У подальшому був застосований режим MAINRITSAN – 4 інфузії з перервою 6 міс. У динаміці відзначено зменшення потовщення і контрастування мозкових оболонок та майже повне зникнення патологічного контрастування в ділянці основи черепа й правої орбітальної щілини; ознаки венозного тромбозу зберігалися. Отримані результати дозволяють констатувати ефективність терапії риткусимабом.

Висновки. ГПА може тривало маніфестувати переважно ЛОР-симптомами, що ускладнює та затримує встановлення діагнозу. Затримка у встановленні діагнозу призвела до поширення гранулематозного процесу та генералізації проявів. У цьому випадку МРТ продемонструвала поширення запального процесу від парафарингеальних тканин до основи черепа, орбітальних каналів і мозкових оболонок, а також виявила венозний тромбоз. Динамічне МРТ-спостереження дало змогу оцінити відповідь окремих ділянок ураження та зберегти настороженість щодо персистування тромбозу, а також ефективність проведеної терапії ритуксимабом.

6. КІСТКОВА, М'ЯЗОВА ТКАНИНА ТА ШКІРА: ЗВ'ЯЗКИ ВІКОВИХ ЗМІН

Н.І. Дзерович

Медична мережа «Добробут», Київ

Актуальність. Вивчення остеосаркодерматопорозу є одним із пріоритетних напрямів досліджень у галузі геронтологічної медицини. Встановлення зв'язків між вікзалежними змінами кісткової, м'язової тканини та шкіри в осіб різних етнічних груп є важливим.

Мета: оцінити показники мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) та м'язової тканини, шкіри в українських жінок різного віку.

Матеріали та методи. Обстежено 390 практично здорових жінок віком 20–87 років (середній вік — 57,50±15,99 року). Показники МЩКТ, знежирену масу оцінювали за допомогою двофотонної рентгенівської абсорбціометрії (Prodigy, GEHC Lunar, Madison, WI, USA).

Силу скелетних м'язів визначали за допомогою пружинного кистьового динамометра.

Функцію скелетних м'язів оцінювали за допомогою тестів «дві ноги разом», «напівтандем», «тандем», «на одній нозі», «сидіти – стояти», «8 кроків», «3 м», «4 м» та «15 м».

Товщину шкіри вимірювали за допомогою штангенциркуля.

Антропометричні характеристики жінок оцінювали за методикою В.В. Бунака (1941 р.) у модифікації П.Ф. Шапаренко (1994 р.).

Статистичний аналіз проводили з використанням пакету програм «Statistica 6.0» Copyright© StatSoft, Inc.

Результати. Встановлено вірогідне зниження апендикулярної знежиреної маси (АЗМ) з віком (F=2,7; p=0,01). Втрата АЗМ у жінок вікової групи 50–59 років становила 1,7%, 60–69 років — 2%, 70–79 років — 5,3%, 80–89 років — 10,2%.

Порівняно з жінками віком 20–29 років втрата сили скелетних м'язів за даними кистьової динамометрії

правої кисті у жінок у віці 60–69 років була 30%, 70–79 років — 34%, 80–89 років — 46%; за даними кистьової динамометрії лівої кисті — 36%; 38% та 47% відповідно.

При оцінці функції скелетних м'язів у жінок різного віку встановлені вірогідно нижчі показники у вікових групах 50–59, 60–69, 70–79 та 80–89 років порівняно з показниками в жінок віком 20–29 років у разі використання наступних тестів: «тандем», «на одній нозі», «сісти-встати», «3-метровий» та «4-метровий», «8-кроковий» ($p<0,05$). Вірогідне зниження МЩКТ на рівні поперекового відділу хребта відмічали у жінок віком 50–87 років порівняно з жінками віком 30–39 років ($F=27,28$; $p<0,001$).

Встановлено вірогідний регресійний зв'язок між показниками АЗМ та МЩКТ на рівні поперекового відділу хребта ($r=0,19$; $t=2,92$; $p=0,004$).

Частота пресаркопенії у жінок із остеопоротичними деформаціями тіл хребців становила 14,6%, у жінок без деформацій — 2,2%. Крім того, у жінок віком 70–79 років порівняно з жінками віком 50–59 років виявлені вікзалежні зміни товщини шкірної складки на різних ділянках тіла: на рівні плеча була менше на 30–39%, стегна — 31%, гомілки — 34%.

У жінок у постменопаузальний період виявлено вірогідний зв'язок між вікзалежними змінами товщини шкірної складки на спині та МЩКТ на рівні поперекового відділу хребта ($r=0,23$; $t=2,11$; $p=0,04$).

У жінок з пресаркопенією товщина складки була вірогідно меншою порівняно з жінками з нормальними показниками АЗМ ($p=0,006$).

У жінок із найбільш низьким індексом АЗМ за квартильним розподілом (ІАЗМ <6,38 кг/м^2) виявлені вірогідно менші наступні антропометричні характеристики: окружність шиї, окружність живота, ширина плеча, окружність кисті і вузької частини гомілки ($p<0,05$). Жінки з остеопорозом мали вірогідно нижчі показники окружності передпліччя ($F=9,41$; $p=0,0002$), гомілки ($F=3,90$; $p=0,02$) та поперечного діаметру грудної клітки ($F=4,69$; $p=0,01$).

Висновки. Дослідженням уперше встановлено зв'язки вікзалежних змін кісткової, м'язової тканини та шкіри у репрезентативній когорті жінок України. Отримані результати можуть бути використані для формування «антропометричного портрету» жінки з остеосаркодерматопорозом.

7. ОСОБЛИВОСТІ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ, ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ЖІНОК З ГОНАРТРОЗОМ ТА САРКОПЕНІЧНИМ ОЖИРІННЯМ

***Н.В. Заверуха*[1,2]**

[1]Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ

[2]ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», Київ

Актуальність. Остеоартрит колінних суглобів (ОАКС) є одним із найпоширеніших захворювань опорно-рухового апарату, яке супроводжується хронічним больовим синдромом, обмеженням функціональної активності та зниженням якості життя. Ожиріння є важливим фактором ризику ОАКС, проте останнім часом особливу увагу привертає його поєднання із саркопенічним ожирінням (СПО), яке характеризується зниженням м'язової маси на тлі надмірної маси тіла. Водночас особливості клінічного перебігу ОАКС у жінок із СПО залишаються недостатньо вивченими.

Мета: вивчення больового синдрому, показників функціональних тестів та якості життя у жінок у постменопаузальний період з ОАКС залежно від наявності СПО чи ожиріння.

Матеріали та методи. Обстежено 88 жінок з ОАКС II–III стадії за Kellgren — Lawrence, яких стратифікували на 3 групи: I — 19 осіб з нормальною масою тіла та передожирінням, II — 48 пацієнток з ожирінням та III — 21 хвора із СПО. Аналіз показників болю в колінних суглобах (КС) та якості життя проводили за результатами опитувальника Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS), силу скелетних м'язів — за допомогою кистьового динамометра та тесту «5 разів сісти-встати зі стільця» (5СВС). Склад тіла визначали методом двофотонної рентгенівської абсорбціометрії (ДРА) на приладі Hologic (Discovery WI, USA). Критерієм ожиріння був індекс маси тіла (ІМТ) ⩾30,0 кг/м^2 відповідно до класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) [1]. СПО діагностували згідно з критеріями ESPEN із використанням межових значень для українських жінок (вміст жирової маси (ЖМ) ⩾41% та вміст апендикулярної знежиреної маси (АЗМ) ⩽22%) [2].

Результати. Пацієнти трьох груп не відрізнялися за віком, зростом та тривалістю постменопаузального періоду ($p>0,05$ для всіх показників). Інтенсивність болю у КС у пацієнток з СПО становила 50 (30,0–50,0) балів і достовірно не відрізнялася від відповідного показника у пацієнток з ожирінням — 50 (40,0–60,0) балів ($p=0,2$). Водночас у жінок I групи інтенсивність болю у КС становила 55 (40,0–60,0) балів, що достовірно вище відповідного показника у групі СПО ($p=0,02$) й свідчило про меншу вираженість больового синдрому. У групі жінок з ОАКС м'язова сила недомінантної та домінантної кінцівок була достовірно нижчою у пацієнток з СПО (10,0 (10–15) та 13,5 (10–15,5) кг відповідно) порівняно з такими з ожирінням (20,0 (18–26) та 22,0 (19–26,5) кг) та пацієнтками групи I (16 (10–27) та 18 (12–26) кг; $p<0,001$ для обох показників). Серед пацієнток з ОАКС та СПО знижену м'язову силу обох кистей виявлено у 85,7 та 75% осіб, тоді як у жінок з ожирінням – 15,2 та 15,9% ($\chi^2=28,6$ та $\chi^2=19,5$; $p<0,0001$ для обох показників), а у жінок групи I — 47,4 та 44,4% ($\chi^2=6,5$; $p=0,01$ та $\chi^2=3,6$; $p=0,06$ порівняно з пацієнтками з СПО). Виявлено достовірні відмінності у тривалості виконання тесту «5СВС» у пацієнток групи I та ожирінням (23,0 (14–25) проти 13,5 (12–15) с, $p=0,01$) без достовірних відмінностей з результатами пацієнток з СПО (15,0 (13,5–16); $p>0,05$ порівняно з показниками групи I та II). Показники якості життя були достовірно нижчи-

ми у жінок із СПО (40 (40,0–50,0) балів), на відміну від осіб ОАКС та ожирінням (50 (40,0–52,5) балів; p=0,02) без достовірних відмінностей з показниками жінок у групі I. Після проведення коригування за масою тіла чи ІМТ не виявлено достовірних відмінностей між показниками больового синдрому, фізичної працездатності та якості життя у групах пацієнток з ОАКС.

Висновки. Наявність СПО у жінок з ОАКС асоціювалася з достовірно більшою вираженістю болю в КС порівняно з пацієнтками з нормальною масою тіла та передожирінням, а також із нижчими показниками якості життя порівняно з жінками з ожирінням. Після коригування на ІМТ не виявлено достовірних міжгрупових відмінностей між показниками болю, функціональної здатності та якості життя, що свідчить про визначальну роль надмірної маси тіла в клінічному перебігу та функціональному стані пацієнток з ОАКС. Необхідні подальші дослідження для уточнення впливу ожиріння та СПО на клінічний перебіг ОАКС.

8. АНАЛІЗ МЕДІАННОГО ЧАСУ ТРАНСФОРМАЦІЇ ПСОРІАЗУ В ПСОРІАТИЧНИЙ АРТРИТ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

К.Д. Івах, В.В. Качковська

Сумський державний університет, Суми

Актуальність. Псоріаз і псоріатичний артрит (ПсА) — це імуноопосередковані запальні захворювання, між якими можливі психонейроімунологічні взаємодії. Хронічний стрес, пов'язаний із воєнними діями, може спричиняти прискорений перехід псоріазу в ПсА.

Мета: проаналізувати медіанний час трансформації псоріазу в ПсА у військовослужбовців України під час війни.

Матеріали та методи. Це обсерваційне одноцентрове дослідження проводилося з 2022 р. серед українських військовослужбовців, які перебували під нашим клінічним наглядом. У дослідження включали пацієнтів із підтвердженим псоріазом та/або ПсА. Клінічний анамнез, час виникнення псоріазу та ПсА, а також тривалість псоріазу до розвитку ПсА аналізували за допомогою описової статистики.

Результати. У дослідження включили 44 військовослужбовці із ПсА. Серед них у 28/44 (63,6%) пацієнтів ПсА розвинувся під час війни, тоді як у 16/44 (36,4%) захворювання виникло до лютого 2022 р.

Серед пацієнтів, у яких ПсА виник під час війни, у 15/28 (53,6%) псоріаз і ПсА розвинулися впродовж воєнного періоду. У цій підгрупі медіанний час від появи псоріазу до розвитку ПсА становив 5,53 міс, що свідчить про швидкий перехід до ураження опорно-рухового апарату.

У решти 13/28 (46,4%) пацієнтів псоріаз існував ще до виникнення ПсА. Тривалість псоріазу перевищувала 10 років у 3 пацієнтів, 20 років — у 2, 25 років — у 2, 30 років — у 2 та 35 років — у 4 пацієнтів. Загалом у 6/28 (21,4%) пацієнтів тривалість псоріазу до розвитку ПсА перевищувала 30 років.

Висновки. Значна частка випадків ПсА виникла під час війни. Короткий інтервал між появою псоріазу та розвитком ПсА в підгрупі пацієнтів обґрунтовує необхідність подальшого вивчення психонейроімунологічних та екологічних чинників, які можуть впливати на прогресування запального захворювання. Ці результати є попередніми, а проспективне спостереження триває.

9. АТИПОВИЙ БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ ПРИ АРТЕРІЇТІ ТАКАЯСУ: ДІАГНОСТИЧНА РОЛЬ КТ-АНГІОГРАФІЇ ТА РАННЯ ВІДПОВІДЬ НА ТЕРАПІЮ ТОЦИЛІЗУМАБОМ

В.В. Качковська[1], Г.І. Коваленко[2], Н.І. Логоша[2], Л.Н. Приступа[1]

[1]Сумський державний університет, Суми

[2]КНП СОР «Сумська обласна клінічна лікарня», Суми

Актуальність. Артеріїт Такаясу — васкуліт великих судин, який може проявлятися запаленням стінки аорти та її гілок до розвитку вираженої ішемічної симптоматики. Атиповий локальний біль у проєкції магістральної артерії ускладнює раннє розпізнавання захворювання.

Мета: описати діагностичний пошук при атиповому больовому синдромі у пацієнта з артеріїтом Такаясу та оцінити ранню динаміку комп'ютерної томографії (КТ)-ангіографічних змін на тлі комбінованої терапії з тоцилізумабом.

Матеріали та методи. Проаналізовано клінічний випадок чоловіка 1989 р. народження, лабораторні показники, результати КТ-ангіографії аорти та її гілок від 11.04.2026 і 01.07.2026 р., а також дані щодо проведеної терапії.

Результати. Провідною скаргою був постійний біль у підключичній ділянці, більш виражений у спокої, без типового зв'язку з фізичним навантаженням. Вихідна швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) становила 38 мм/год. За даними первинної КТ-ангіографії від 11.04.2026 р. виявлено концентричне потовщення стінки дуги аорти до 9 мм із поширенням на початкові відділи низхідної грудної аорти та проксимальні відділи гілок дуги, зокрема лівої підключичної артерії; описано звуження просвіту уражених судин. Ознак аневризми чи дисекції не виявлено. Клініко-візуалізаційна картина відповідала артеріїту Такаясу, ангіографічний тип IIb. Призначено глюкокортикостероїди та тоцилізумаб внутрішньовенно 8 мг/кг маси тіла кожні 4 тиж. Контрольна КТ-ангіографія від 01.07.2026 р. після третьої інфузії продемонструвала позитивну динаміку: максимальна товщина стінки аорти зменшилася з 9 до 4 мм (на 5 мм; 55,6%). Товщина стінки дуги аорти становила 3 мм, низхідної грудної аорти — 4 мм. Помірне циркулярне потовщення з поширенням на проксимальні відділи гілок зберігалося. За контрольним дослідженням стенозів, аневризматичних розширень та екстравазації контрасту не виявлено. Загалом проведено 6 інфузій тоцилізумабу.

Обговорення. Переважання болю у спокої не є типовим для ішемічної кульгавості та потребує диференціації з іншими причинами болю. У цьому випадку КТ-ангіографія забезпечила як верифікацію ураження великих судин, так і кількісну оцінку динаміки. Зменшення товщини стінки не слід ототожнювати з повною ремісією васкуліту. Під час блокади рецептора інтерлейкіну-6 ШОЕ та С-реактивний білок можуть недостатньо відображати активність запалення, тому важливе поєднання клінічного контролю та судинної візуалізації.

Висновки. Постійний локальний біль у проєкції магістральної артерії у поєднанні з підвищеною ШОЕ є підставою для виключення васкуліту великих судин навіть без типової навантажувальної ішемії. У представленому випадку комбінована терапія з тоцилізумабом супроводжувалася ранньою позитивною КТ-динамікою після третьої інфузії зі зменшенням максимального потовщення стінки аорти з 9 до 4 мм. Динамічна візуалізація доповнює клінічну оцінку відповіді на лікування.

10. ОСТЕОСАРКОПЕНІЯ: ПРОСТА КОМБІНАЦІЯ ЧИ ДЕЩО БІЛЬШЕ?

Д.Ю. Курило

ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», Київ

Актуальність. Остеопороз і саркопенія є поширеними вікасоційованими захворюваннями, які останнім часом виділяють в окремий геріатричний синдром остеосаркопенії (ОСП). ОСП асоціюється з підвищеним ризиком падінь, зниженням функціональних можливостей, погіршенням якості життя та зростанням смертності. Водночас додатковий вплив саркопенії на стан кісткової тканини у пацієнтів з остеопорозом та його ускладненнями залишається недостатньо вивченим.

Мета: оцінити мінеральну щільність кісткової тканини (МЩКТ) у жінок у постменопаузальний період з остеопорозом залежно від наявності супутньої саркопенії.

Матеріали та методи. В одномоментному дослідженні обстежено 108 жінок у постменопаузальний період віком 52–81 року, яких розподілили на дві групи: 1-ша — 54 жінки з остеопорозом, 2-га — 54 особи із ОСП. ОСП визначали як поєднання саркопенії (встановленої за критеріями EWGSOP2) та остеопорозу (Т-критерій ⩽−2,5 SD на рівні поперекового відділу хребта (ПВХ) та/або проксимального відділу стегнової кістки (ПВСК)), підтверджений методом двофотонної рентгенівської абсорбціометрії (ДРА)).

Основні антропометричні вимірювання проводили за допомогою стандартних клінічних методів. М'язову силу визначали за допомогою кистьової динамометрії та тесту «5 разів сісти-встати зі стільця». МЩКТ ПВХ, ПВСК, шийки стегнової кістки (ШСК) та апендикулярну знежирену масу (АЗМ) оцінювали за допомогою ДРА (Hologic, Discovery WI, USA, 2016).

Результати. Обстежені жінки з остеопорозом та ОСП не відрізнялися за віком і менопаузальним статусом (вік менопаузи та тривалість постменопаузального періоду), тоді як у групі з ОСП встановлено достовірно нижчі показники зросту, маси тіла та індексу маси тіла (ІМТ) порівняно з групою з остеопорозом ($p<0,005$ для всіх показників). При оцінці МЩКТ на рівні ПВХ виявлено достовірно нижчі показники в групі жінок з ОСП порівняно з особами з остеопорозом (відповідно 0,70 (0,65; 0,75) та 0,75 (0,67; 0,81) г/см^2, $p=0,009$). Подібні відмінності отримані і при вимірюванні МЩКТ на рівні ШСК (0,57±0,07 проти 0,59±0,06 г/см^2, $p=0,04$), проте не на рівні ПВСК (відповідно 0,69±0,08 та 0,72±0,08 г/см^2, $p=0,07$).

При оцінці параметрів ДРА у жінок із ОСП отримано достовірно нижчі значення Т-критерію порівняно з пацієнтками з остеопорозом на рівні ПВХ (−3,20 (−3,50; −2,70) проти −2,65 (−3,40; −2,30) SD, $p=0,02$) та ШСК (−2,54±0,64 проти −2,29±0,57 SD, $p=0,03$). На рівні ПВСК Т-критерій не відрізнявся між групами (−2,03±0,69 та −1,80±0,66 SD, $p=0,08$). Проте після стандартизації показників МЩКТ за масою тіла та зростом достовірних відмінностей досліджуваних показників ДРА нами не виявлено.

Висновки. Пацієнтки з ОСП мають достовірно нижчі показники МЩКТ на рівні ПВХ та ШСК порівняно з хворими на остеопороз. Проте після стандартизації груп за основними антропометричними показниками (маса тіла і зріст) достовірних відмінностей між ними не виявлено, що підтверджує визначальну роль зменшеної маси тіла і зросту у впливі на показники кісткового здоров'я.

11. БІОХІМІЧНІ МАРКЕРИ КІСТКОВОГО РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЯК ІНСТРУМЕНТ РАННЬОГО ВИЯВЛЕННЯ ОСТЕОПЕНІЧНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ ІЗ ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ

О.А. Маковійчук, С.І. Ільченко, А.О. Фіалковська, С.В. Самсоненко

Дніпровський державний медичний університет, Дніпро

Актуальність. Ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА) асоціюється з підвищеним ризиком порушень кісткового метаболізму, зниження мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) та розвитку остеопенічного синдрому (ОС), що в подальшому може спричиняти формування остеопорозу. Рутинні лабораторні показники не завжди дають змогу виявити ранні порушення кісткового обміну, а денситометричні методи характеризують переважно стан мінералізації кісткової тканини, не відображаючи безпосередньо інтенсивності процесів кісткового ремоделювання. Тому визначення біохімічних маркерів кісткового метаболізму є перспективним напрямом раннього виявлення ОС у дітей із ЮІА.

Мета: визначити діагностичну значущість маркерів кісткового метаболізму для оцінювання та прогнозування ризику розвитку ОС у дітей із ЮІА.

Матеріали та методи. Обстежено 50 дітей із ЮІА віком 5–18 років. Визначали сироваткові рівні 25-гідроксивітаміну D (25(OH)D), остеокальцину та β-CrossLaps (β-CTX) методом імунофермент-

ного аналізу. МЩКТ оцінювали за допомогою ультразвукового денситометра Sunlight Omnisense 9000. Для встановлення взаємозв'язків між досліджуваними показниками проводили кореляційний аналіз, а для визначення діагностичних порогових значень маркерів використовували ROC-аналіз.

Результати. ОС різного ступеня вираженості виявлено у 42% обстежених дітей із ЮІА. У пацієнтів з ОС рівень 25(OH)D був достовірно нижчим порівняно з дітьми без ОС і становив 17,5 (15,7–23,6) проти 34,1 (22,8–39,2) нг/мл відповідно (p<0,05). Аналогічну тенденцію встановлено щодо остеокальцину: його рівень у дітей з ОС становив 6,7 (3,9–11,5) нг/мл проти 14,9 (9,2–20,9) нг/мл у дітей без ОС (p<0,05). Натомість рівень маркера кісткової резорбції β-CTX був достовірно вищим у дітей з ОС — 1,83 (1,48–2,27) проти 0,95 (0,78–1,52) нг/мл (p<0,05).

Кореляційний аналіз продемонстрував позитивний зв'язок між рівнем остеокальцину та Z-показником денситометрії (r=0,44; p<0,05), а також концентрацією 25(OH)D (r=0,60; p<0,05). Виявлено сильний від'ємний зв'язок рівня остеокальцину з активністю захворювання (r=−0,88; p<0,05) та слабкий від'ємний зв'язок із кількістю активних суглобів (r=−0,29; p<0,05). Рівень β-CTX мав від'ємні кореляційні зв'язки із Z-показником денситометрії (r=−0,42; p<0,05) та концентрацією 25(OH)D (r=−0,40; p<0,05).

За результатами ROC-аналізу визначено порогові значення маркерів, асоційовані з ризиком ОС. Концентрація β-CTX >1,7 нг/мл характеризувалася чутливістю 61,9%, специфічністю 89,7% та діагностичною ефективністю 78,0%. Зниження рівня остеокальцину <8,7 нг/мл мало чутливість 66,7%, специфічність 75,9% та діагностичну ефективність 72,0%.

Висновки. У дітей із ЮІА розвиток ОС супроводжується зниженням рівнів 25(OH)D та остеокальцину на тлі підвищення концентрації β-CTX, що відображає порушення балансу кісткового ремоделювання. Встановлені порогові значення β-CTX >1,7 нг/мл та остеокальцину <8,7 нг/мл можуть використовуватися як додаткові діагностичні критерії для виявлення дітей із підвищеним ризиком розвитку ОС. Найвищу специфічність серед досліджених порогових значень продемонстрував β-CTX.

Комплексна оцінка маркерів кісткового метаболізму разом із денситометричними показниками та клінічними характеристиками ЮІА може сприяти ранньому виявленню порушень кісткового ремоделювання та своєчасному проведенню профілактичних заходів.

12. ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ТЯГАРЯ ОСТЕОАРТРИТУ КИСТЕЙ В УКРАЇНІ У 2003 ТА 2023 Р.: АНАЛІЗ ДАНИХ ДОСЛІДЖЕННЯ GLOBAL BURDEN OF DISEASE

О.Б. Неханевич*, *О.В. Смольянова

Дніпровський державний медичний університет, Дніпро

Актуальність. Остеоартрит (ОА) кистей є поширеним захворюванням суглобів, яке суттєво впливає на функціональну здатність і якість життя пацієнтів, проте довгострокові зміни його тягаря в Україні залишаються недостатньо вивченими. Аналіз змін поширеності, захворюваності та показника втрачених років здорового життя (DALYs) дозволяє оцінити епідеміологічні тенденції та обґрунтувати потреби в ресурсах для лікування й реабілітації пацієнтів.

Мета: оцінити зміни показників поширеності, захворюваності та DALYs внаслідок ОА кистей в Україні у 2003 та 2023 р. за даними Global Burden of Disease Study (GBD).

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз даних дослідження GBD 2023, координованого Інститутом оцінки та вимірювання показників здоров'я (США), дата доступу — 13.10.2026 р. Показники захворюваності, поширеності та DALYs при ОА кистей представлені у вигляді стандартизованих за віком значень на 100 тис. населення з 95% інтервалами невизначеності (ІН). Оскільки ОА кистей є нефатальним захворюванням, показник DALYs фактично складається лише з YLDs (років життя з інвалідністю). У роботі проаналізовано показники за 2003 і 2023 р. Відносну зміну (%) розраховували за центральними оцінками.

Результати. У 2023 р. показник захворюваності на ОА кистей в Україні становив 194,3 на 100 тис. населення (95% ІН 150,2–240,9), для жіночої статі — 241,6 (95% ІН 187,3–299,4), для чоловічої — 136,9 (95% ІН 104,6–170,3). Цього ж року показник поширеності становив 3819 на 100 тис. населення (95% ІН 2918–4796) і був вищим серед жінок — 4589 (95% ІН 3503–5800) порівняно з чоловіками — 2648 (95% ІН 2017–3306). Показник DALYs становив 121,9 на 100 тис. населення (95% ІН 53,7–273,1), для жінок — 146,7 (95% ІН 64,5–327,6), для чоловіків — 84,9 (95% ІН 37,6–194,7).

У 2003 р. показник захворюваності становив 179,6 на 100 тис. населення (95% ІН 138,1–226,7), для жіночої статі — 219,3 (95% ІН 167,4–274,7), для чоловічої — 127,6 (95% ІН 99,6–161,1). У цей же час показник поширеності становив 3491 на 100 тис. населення (95% ІН 2678–4386) і знову був вищим серед жінок — 4123 (95% ІН 3145–5179) порівняно з чоловіками — 2458 (95% ІН 1861–3097). Показник DALYs становив 110,9 на 100 тис. населення (95% ІН 49,1–247,0), для жінок — 131,2 (95% ІН 58,1–287,9), для чоловіків — 78,1 (95% ІН 34,6–179,9).

У 2023 р. порівняно з 2003 р. центральні оцінки стандартизованих за віком показників захворюваності на ОА кистей зросли на 8,2% загалом, на 10,2% серед жінок і на 7,3% серед чоловіків. Показник поширеності підвищився відповідно на 9,4; 11,3 та 7,7%. Показник DALYs зріс на 9,9% загалом, на 11,8% серед жінок та на 8,7% серед чоловіків.

Обмеження дослідження. Показники GBD є статистичними оцінками, отриманими шляхом математичного моделювання на основі доступних епідеміологічних даних, а не безпосередніми результатами популяційних спостережень за кожен рік досліджуваного періоду. Незважаючи на використання уніфікованої методології, точність ретроспективних оцінок залежить від повноти та якості первинних даних. В Україні популяційні дослідження ОА кистей обме-

жені, а збір офіційної статистики останніми роками ускладнений через збройну агресію та міграцію населення, тому оцінки GBD спираються на модельні припущення, що може обмежувати їхню точність.

Висновки. За даними GBD 2023, в Україні у 2023 р. порівняно з 2003 р. для ОА кистей встановлено підвищення стандартизованих за віком показників захворюваності (на 8,2%), поширеності (на 9,4%) та DALYs (на 9,9%). В обидва періоди значення показників серед жінок були вищими, ніж серед чоловіків, а приріст між порівнюваними роками — більшим. Отримані результати свідчать про збереження тягаря ОА кистей, що вказує на необхідність урахування цього під час планування лікувальної та реабілітаційної допомоги.

13. IgG4-ЗАЛЕЖНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ: КІЛЬКІСНО-ЯКІСНА ОЦІНКА КОКРАНІВСЬКИХ ДОКАЗІВ ТА ЇХ ДИНАМІКИ ЗА 2016–2026 РР.

О.Г. Пузанова

ПВНЗ «Київський медичний університет», Київ

Актуальність. Імуноглобулін G4-залежне захворювання (IgG4-ЗЗ) є маловивченим з позицій доказової медицини. Докази щодо рідкісних хвороб, до яких належить IgG4-ЗЗ, зазвичай не є сильними. Підвищенню захворюваності на IgG4-ЗЗ, що відмічено у низці країн, зокрема, й через покращення знань лікарів, мають відповідати зміцнення доказів і включення найнадійніших з них до Кокранівських баз даних. Кількісно-якісного інформаційного аналізу таких доказів із питань IgG4-ЗЗ дотепер не проводилося.

Матеріали та методи. Електронний пошук у Кокранівській бібліотеці (www.cochranelibrary) виконано з використанням пошукового терміну «IgG4-related» двічі: у вересні 2024 та 2026 р.

Результати. Контент-аналіз знайдених публікацій довів, що клінічні дослідження IgG4-ЗЗ включають до Кокранівського центрального реєстру контрольованих досліджень (CENTRAL), починаючи з 2016 р., при тому, що вперше їх видавали з 2010 р. Кокранівська бібліотека в 2024 р. містила 42 публікації, а у 2026 р. — 70. Відносний приріст первинних Кокранівських доказів за цей період становив 66,67%, що є ознакою збільшення їх числа за експонентою. Інтенсивність публікацій у CENTRAL у 2016–2024 рр. становила в середньому 5,25 на рік, а з 2024 р. досягла 14,00 на рік, тобто збільшилася у 2,7 раза. На останні 2 роки припадає 40,00% усього обсягу виданих кокранівських доказів. Але серед них немає Кокранівських оглядів — попри наявність у літературі інших систематичних оглядів IgG4-ЗЗ, розробку його діагностичних і класифікаційних критеріїв тощо.

Пошук, здійснений у 2024 р., виявив 46 статей. Усі вони містилися у підбазі Кокранівської бібліотеки CENTRAL. Контент-аналіз їх назв і резюме дозволив відібрати 42 публікації (в решті робіт IgG4-ЗЗ було критерієм виключення чи йшлося про IgG4). Більшість статей із питань IgG4-ЗЗ стосувалося лікування (n=30; 71,43%), зокрема глюкокортикоїдами (9; 30,00% робіт із питань лікування), анти-B-клітинним засобом інебілізумабом (n=5; 16,67%), лефлуномідом (n=4; 13,33%) й ігуратимодом (n=2; 6,67%; низькомолекулярний блокатор NF-κB, дозволений для ад'ювантної терапії ревматоїдного артриту в Китаї та Японії). Панкреатобіліарні ураження висвітлили 6 статей із 42 (14,29%). По одній роботі стосувалося IgG4-ЗЗ слинних залоз, очниці, лімфовузлів і шкіри (по 2,38%) та використання цитостатиків, мофетилу мікофенолату, циклофосфаміду, белімумабу, абатацепту, обекселімабу, рілзабрутинібу й талідоміду (по 3,33% серед статей із питань лікування). Щодо діагностики IgG4-ЗЗ, то публікації висвітлили ефекти використання позитронної емісійної томографії з ^{11}C-метіоніном, поєднаної з комп'ютерною томографією, генетичного тестування, поєднаного використання імуногістохімічного й візуалізаційних методів дослідження жовчовідвідних шляхів, визначення вмісту E-селектину в крові як нового біомаркера IgG4-ЗЗ тощо. Доведено низьку діагностичну точність умісту IgG4+ клітин у лімфовузлах за їх ізольованого ураження, а також доцільність урахування вмісту IgG4 в крові як маркера залишкового кардіоваскулярного ризику. Крім того, до CENTRAL увійшли описи аргентинської і латиноамериканської когорт пацієнтів із IgG4-ЗЗ.

Важливими результатами другого пошуку є протокол Кокранівського огляду «Імуносупресанти при IgG4-ЗЗ», включений до CDSR (Кокранівська база даних систематичних оглядів) у серпні 2025 р., і 27 статей, які увійшли до CENTRAL з листопада 2024 до вересня 2026 р. Усі нові докази стосувалися лікування IgG4-ЗЗ: переважно фармакотерапії (зазначений протокол і 26 статей), а також хірургічних втручань з приводу біліарної обструкції (1 дослідження). Лідерами серед лікарських засобів виявилися анти-B-клітинні: інебілізумаб (11 статей з 26; 42,31%), ритуксимаб і обекселімаб (по 3 статті; по 11,54%). По одній статті (тобто по 3,85%) присвячено анти-CD19 засобам як золотому стандарту лікування IgG4-ЗЗ, телітасицепту (інноваційний блокатор B-клітин), мофетилу мікофенолату, івармацитинібу (селективний інгібітор янус-кінази — JAK1), рілзабрутинібу (інгібітор тирозинкінази Брутона), талідоміду, леналідоміду, елотузумабу (протипухлинні) і препарату IMM0306. Отже, 73,08% нових робіт (19 з 26) містять докази щодо анти-B-клітинних засобів, причому ефекти ритуксимабу вивчають у чоловіків літнього віку — для лікування IgG4-ЗЗ нирок (клінічне випробування ChiCTR2500103574).

Висновки. Встановлено стрімке покращення доказової бази IgG4-ЗЗ з питань лікування, насамперед анти-B-клітинними засобами, і одного з провідних клінічних фенотипів — панкреатобіліарного. Відбувся перехід від стадії первинного накопичення доказів щодо цього «рідкісного» захворювання до визнання його науковим трендом. Про це свідчать високі темпи збільшення числа досліджень у реєстрі CENTRAL і поповнення його даними міжнародних і національних когорт.

Якісним проривом є створення протоколу першого Кокранівського огляду з питань лікування IgG4-ЗЗ і виконання клінічного дослідження в геріатричній когорті.

14. РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ І ПРИСКОРЕНЕ СТАРІННЯ: КОНЦЕПТУАЛЬНА МОДЕЛЬ

О.Г. Пузанова[1], Н.І. Дзерович[2]

[1]ПВНЗ «Київський медичний університет», Київ

[2]Медична мережа «Добробут», Київ

Актуальність. Встановлення зв'язків між хронічними захворюваннями і процесами старіння є актуальною науковою проблемою, спрямованою на зниження смертності. Її розв'язання передбачає висунення й перевірку наукових гіпотез щодо спільних чинників і механізмів патогенезу та розвиток на цій основі нових концепцій.

Концепції гетеротопності й гетерохронності старіння, інфламейджингу, імуносенесценції, а також метфламації, імунометаболічного репрограмування впливають на класичну парадигму ревматоїдного артриту (РА). Наукові припущення полягають в участі механізмів прискореного старіння в патогенезі РА та доцільності виявлення в пацієнтів з РА ознак раннього старіння (імунної, кістково-м'язової, серцево-судинної та інших систем) для вчасних втручань і покращення прогнозу.

Вік, як відомо, є провідним фактором ризику (ФР) загальної, кардіоваскулярної, інфекційної смертності, а в разі РА — також ФР захворюваності, субоптимального лікування та його непереносимості. Прискорене старіння, згідно з функціональним підходом у геронтології, полягає у ранньому розвитку вікасоційованих хвороб і синдромів на тлі накопичення генетичних ушкоджень, мітохондріальної, судинної, метаболічної дисфункцій і хронічного запалення.

Матеріали та методи. Розроблена нами концептуальна патогенетична модель має прототип, зафіксований Свідоцтвом про реєстрацію авторського права України № 146455, і відтворює взаємозв'язки при РА факторів і механізмів патогенезу хронічного запалення, імунометаболічної дисфункції, раннього старіння, крихкості, кардіоваскулярного й інших вікасоційованих ризиків та уражень.

Розробка ґрунтується на комплексному дослідженні понад 200 літературних джерел з таких питань:

- геронтологічні аспекти РА;
- спільні для РА та передчасного старіння ФР й патогенетичні чинники та механізми;
- зв'язок РА з синдромами крихкості й поліморбідності як предикторами смертності;
- ключові для РА вікасоційовані коморбідні стани й ризики — метаболічний синдром (МС), кардіоваскулярний, кардіометаболічний, інфекційний, онкологічний ризики; запально-метаболічні медіатори;
- метаболічні ефекти протизапальної терапії.

Результати. Модель містить взаємопов'язані домени «хронічне запалення», «метаболічна дисрегуляція», «серцево-судинні захворювання», «крихкість» та «інші ризики» (інфекції, цукровий діабет, злоякісні новоутворення, переломи, ятрогенії) як такі, що відтворюють при РА: базову роль хронічного запалення (пов'язаного двобічною причинністю з імунним і судинним старінням, інсулінорезистентністю, дисліпідемією, ожирінням, метаболічноасоційованою жировою хворобою печінки тощо); поширеність літнього віку, поліморбідності в дебюті, метаболічного синдрому і крихкості (їх має кожен третій пацієнт); «силу» РА як ФР серцево-судинних захворювань, зумовлену рівною мірою традиційними і неконвенційними ФР (тривогою, депресією, низькоенергетичним запаленням та ін.); роль неконвенційних ФР та розладів сну у розвитку крихкості, яка є самостійним ФР загальної та інфекційної смертності.

На графічному зображенні моделі перші три домени поєднуються між собою суцільними двоспрямованими лініями, що відтворює доведеність їх зв'язків і медіаторів (між інсулінорезистентністю, дисліпідемією та хронічним запаленням такими є прозапальні цитокіни, адипокіни й імунні клітини). Найменш вивчені з позицій доказової медицини зв'язки стосуються крихкості, тому на схемі моделі їх позначено пунктирними двоспрямованими лініями.

Висновки. 1. Нова концептуальна модель висвітлює наявність при РА низки зв'язків, у тому числі причинно-наслідкових, синхронних і за типом «хибного кола», між чинниками й механізмами патогенезу хронічного запалення, імунометаболічної дисрегуляції, прискореного старіння, крихкості, кардіоваскулярного ризику та інших ключових вікасоційованих ризиків і геріатричних синдромів. Урахування всіх компонентів моделі у комплексному лікуванні РА є підходом до зниження смертності. Модель може слугувати прототипом для інших запальних захворювань.

2. РА вбачається ідеальною моделлю вивчення імунного старіння, метаболічної регуляції імунної дисфункції, крихкості та кардіоімунології. На моделі РА доцільно досліджувати механізми й біомаркери старіння — епігенетичного, парціального, судинного, запального та здорового.

15. Д2Т-СИНДРОМ ПРИ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК НЕЕФЕКТИВНОСТІ ПОПЕРЕДНЬОЇ ТАРГЕТНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ДОСЯГНЕННЯ КЛІНІЧНОГО ПОКРАЩЕННЯ НА ТЛІ ЛІКУВАННЯ РИТУКСИМАБОМ

Д.Г. Рекалов[1], І.А. Бринер[2], С.В. Самсоненко[3], В.В. Крупко[2], Е.Ю. Загорська[2]

[1]ДУ «ННЦ «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України», Київ

[2]Клініка ревматології професора Рекалова, Дніпро

[3]Дніпровський державний медичний університет, Дніпро

Актуальність. Ревматоїдний артрит (РА) є хронічним системним автоімунним захворюванням, яке в частини пацієнтів характеризується недостатньою відповіддю на стандартну та таргетну терапію. Син-

дром важколікованого РА (difficult-to-treat RA, Д2Т-РА) залишається актуальною проблемою сучасної ревматології, оскільки асоціюється зі стійкою активністю запального процесу, функціональними обмеженнями та необхідністю індивідуалізації лікувальної стратегії. Особливого значення набуває вибір препарату з іншим механізмом дії після недостатньої ефективності попередніх таргетних засобів.

Мета: продемонструвати особливості перебігу важколікованого серопозитивного РА та оцінити клінічну відповідь на терапію ритуксимабом після недостатньої ефективності попереднього лікування адалімумабом і тофацитинібом.

Матеріали та методи. Проведено клінічний аналіз випадку пацієнтки віком 41 рік із серопозитивним РА, позитивними антитілами до циклічного цитрулінованого пептиду (anti-CCP), поліартритом, синовітом колінних суглобів і функціональним класом II. Активність захворювання оцінювали за індексом DAS28, лабораторними показниками системного запалення та клінічними проявами. Проаналізовано анамнез базисної та таргетної терапії, а також клінічну відповідь після призначення ритуксимабу.

Результати. У пацієнтки виявлено прогресуючий суглобовий синдром тривалістю близько 1,5 року з ураженням суглобів кистей, колінних і плечових суглобів, вираженим больовим синдромом, ранковою скутістю та обмеженням рухливості. Незважаючи на лікування метотрексатом і глюкокортикоїдами, зберігалася висока активність захворювання. Попередня таргетна терапія адалімумабом, інгібітором фактора некрозу пухлини α (ФНП-α), та тофацитинібом, інгібітором янус-кіназ (JAK), не забезпечила належного контролю запального процесу.

Під час контрольної консультації активність РА за DAS28 становила 5,68 бала, що відповідало високій активності захворювання. Виявлено виражений синовіт лівого колінного суглоба з різким больовим синдромом і суттєвим обмеженням пасивних рухів, менш виражене ураження правого колінного суглоба, а також біль, припухлість і обмеження рухів у плечових суглобах. Лабораторні показники характеризувалися значним підвищенням С-реактивного білка (>160 мг/л), швидкості осідання еритроцитів (49 мм/год), лейкоцитозом до $21 \cdot 10^9$/л і тромбоцитозом до $1043 \cdot 10^9$/л.

З огляду на збереження високої активності захворювання та недостатню ефективність попередньої таргетної терапії, обрано ритуксимаб — моноклональне антитіло до CD20-позитивних В-лімфоцитів. На тлі лікування ритуксимабом у пацієнтки відзначено клінічне покращення стану, що свідчить про потенційну ефективність зміни механізму дії терапії у разі недостатньої відповіді на попередні таргетні препарати.

Висновки. Клінічний випадок демонструє складність лікування серопозитивного РА з високою активністю та недостатньою відповіддю на адалімумаб і тофацитиніб. Досягнуте клінічне покращення стану на тлі терапії ритуксимабом підтверджує важливість індивідуалізованого вибору лікування з урахуванням попередньої відповіді на препарати та можливості зміни механізму дії. Своєчасне розпізнавання важколікованого перебігу РА та послідовна оцінка ефективності терапії мають важливе значення для оптимізації контролю захворювання.

16. PSOUT-СИНДРОМ: ДІАГНОСТИЧНІ ВИКЛИКИ ПРИ ПОЄДНАННІ ПСОРІАТИЧНОГО АРТРИТУ ТА ПОДАГРИ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Д.Г. Рекалов[1], С.В. Самсоненко[2], В.В. Крупко[3]

[1]ДУ «ННЦ «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України», Київ

[2]Дніпровський державний медичний університет, Дніпро

[3]Клініка ревматології професора Рекалова, Дніпро

Актуальність. Поєднання псоріатичного артриту (PsA) та подагри, відоме як PsOut-синдром, є актуальною проблемою сучасної ревматології через складність диференційної діагностики та необхідність комплексного терапевтичного підходу. Спільні механізми хронічного системного запалення, метаболічні порушення та гіперурикемія можуть ускладнювати клінічну картину й маскувати активність кожного із захворювань. Своєчасне розпізнавання поєднаної патології має важливе значення для вибору оптимальної лікувальної тактики та профілактики структурного прогресування суглобового ураження.

Мета: продемонструвати особливості клінічного перебігу PsOut-синдрому та визначити ключові труднощі диференційної діагностики PsA й подагричного артриту на прикладі клінічного випадку.

Матеріали та методи. Проведено клінічний аналіз випадку 62-річного пацієнта з поєднанням PsA, подагри та генералізованого остеоартриту. Проаналізовано анамнез захворювання, клінічні прояви, лабораторні показники та результати дослідження синовіальної рідини.

Результати. У пацієнта з 2021 р. діагностовано PsA, з приводу якого проводилася терапія метотрексатом. У 2024 р. на тлі вираженої гіперурикемії максимальний рівень сечової кислоти становив 780 мкмоль/л, уперше встановлено діагноз подагри. У квітні 2026 р. пацієнт звернувся з приводу загострення суглобового синдрому, що характеризувався інтенсивним болем та обмеженням рухів у правому колінному й гомілковостопному суглобах. Під час об'єктивного обстеження виявлено поліартикулярне ураження з дефігурацією суглобів, вузлики Гебердена та ознаки ентезопатії. За лабораторними даними, рівень сечової кислоти становив 538,5 мкмоль/л, С-реактивного білка — 6,6 мг/л; також виявлено гіперхолестеринемію. У синовіальній рідині правого колінного суглоба виявлено поодинокі кристали уратів, що підтверджувало наявність подагричного компонента суглобового запалення.

За сукупністю клінічних та лабораторних даних встановлено поєднання псоріазу, PsA та подагри — PsOut-синдром, із супутнім генералізованим остео-

артритом. Клінічний випадок демонструє, що наявність раніше встановленого PsA не виключає розвитку подагричного артриту, а персистенція суглобових симптомів потребує повторної оцінки їхньої етіології. Визначення сироваткової сечової кислоти саме по собі не є достатнім для підтвердження подагричного артриту, тоді як виявлення кристалів моноурату натрію в синовіальній рідині має важливе діагностичне значення.

Висновки. PsOut-синдром є клінічно значущим поєднанням PsA та подагри, яке ускладнює оцінювання активності запального процесу й вибір терапевтичної стратегії. У пацієнтів із PsA та гіперурикемією за наявності гострого або атипового загострення артриту доцільно проводити дослідження синовіальної рідини з пошуком кристалів моноурату натрію. Комплексна оцінка клінічних проявів, лабораторних показників і результатів дослідження синовіальної рідини сприяє своєчасній верифікації поєднаної патології та індивідуалізації лікування.

17. РЕНТГЕНІВСЬКА ДЕНСИТОМЕТРІЯ ПРИ АКСІАЛЬНОМУ СПОНДИЛОАРТРИТІ: ПОКАЗАННЯ, ВИБІР ДІЛЯНКИ ОБСТЕЖЕННЯ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

А.О. Ситенко

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ

Актуальність. Рентгенівську денситометрію рутинно призначають жінкам віком від 65 років (у період постменопаузи — раніше за чинники ризику) і чоловікам віком від 70 років, а в молодшому віці — лише за наявності захворювань або прийомі ліків, асоційованих із втратою кісткової маси (хвороб нирок, кишечника, ревматоїдного артриту, прийому глюкокортикоїдів (ГК)); аксіальний спондилоартрит (АксСпА), який дебютує в молодому віці, у цих показаннях прямо не названий, а синдесмофіти можуть хибно завищувати мінеральну щільність кісткової тканини (МЩКТ) поперекового відділу хребта. Доповідь допоможе ревматологам визначити, кому з пацієнтів з АксСпА призначати денситометрію першочергово, які ділянки скелета обстежувати та як інтерпретувати результати.

Мета: оцінити частоту та чинники ризику порушень МЩКТ у хворих на АксСпА, порівняти результати денситометрії різних ділянок скелета та відповідність Т- і Z-критеріїв для обґрунтування показань до проведення рентгенівської денситометрії та підходів до інтерпретації її результатів.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз медичної документації пацієнтів з АксСпА, які лікувалися в ДУ «ННЦ «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені академіка М.Д. Стражеска НАМН України» у 2021–2024 рр. (дослідження схвалено комісією з питань етики). У когорті 142 пацієнтів оцінювали активність захворювання за індексом BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) та лікування. Двоенергетичну рентгенівську абсорбціометрію (DXA) поперекового відділу хребта (L1–L4) та шийки стегнової кістки проведено 74 пацієнтам (52 чоловіки, 22 жінки; медіана віку 35 років), у частини з них — також стегнової кістки загалом (n=21) і передпліччя (n=22). Повторну DXA виконано 24 пацієнтам через медіану 20 міс. Статистичний аналіз виконано в Statistica 10.0, SPSS 26.0 та RStudio: застосовано критерії Манна — Уїтні, Вілкоксона, χ^2, кореляційний аналіз Спірмена, множинну лінійну регресія з внутрішньою валідацією (перехресна перевірка, бутстреп); відмінності вважали значущими при $p<0,05$.

Результати. Високу активність захворювання (BASDAI ⩾4 бали) відмічено у 128 зі 142 пацієнтів (90,1%); з них інгібітори фактора некрозу пухлини (іФНП) отримували лише 13 (10,2 %), ГК — 38 (29,7%); мети лікування досягли 7,0% пацієнтів. Знижену МЩКТ (Т-критерій ⩽−1,0) у поперековому відділі хребта виявлено в 46 із 74 пацієнтів (62,2%), зокрема остеопороз — у 14 (18,9%), у шийці стегнової кістки — у 33 із 73 (45,2 %). З урахуванням усіх ділянок знижену МЩКТ зафіксовано у 53 пацієнтів (71,6%); у 7 пацієнтів (9,5% обстежених) її виявлено лише поза поперековим відділом хребта. МЩКТ поперекового відділу корелювала з індексом маси тіла (ІМТ; r=0,32), активністю захворювання (r=0,26) та чоловічою статтю (r=−0,19) і незалежно асоціювалася з ними в регресійній моделі (β=0,37, 0,23 і −0,27 відповідно; p⩽0,030); прямий зв'язок з активністю, найімовірніше, зумовлений завищенням МЩКТ за наявності синдесмофітів. Побудовано розрахункову модель:

Т-критерій (L1–L4) = −5,93 + 0,17 · ІМТ − 0,88 · стать + 0,18 · BASDAI, яка за внутрішньої валідації виявляла знижену МЩКТ з чутливістю 85% (специфічність — 39%). За повторної DXA Т-критерій поперекового відділу хребта мав тенденцію до зростання (з −1,16 до −0,93; p=0,13), а в шийці стегнової кістки не змінився (з −0,77 до −0,81; p=0,67); динаміка в цих ділянках відрізнялася (p=0,017), а зростання в поперековому відділі було однаковим у пацієнтів, які отримували і не отримували іФНП. Т- і Z-критерії поперекового відділу практично збігалися (r=0,98; збіг класифікації 98,6%), зокрема за активного запалення (BASDAI ⩾4 — 98,4%; С-реактивний білок >5 мг/л — 100%); вік 84% обстежених — молодше 50 років, Z-критерій ⩽−2,0 відмічено у 28,4% пацієнтів.

Висновки. 1. Знижену МЩКТ відмічено у більш ніж $^2/_3$ пацієнтів переважно молодого віку з АксСпА; МЩКТ поперекового відділу незалежно пов'язана з ІМТ, статтю та активністю захворювання, а ГК отримували 38 із 128 активних пацієнтів (29,7%). Це обґрунтовує призначення денситометрії всім пацієнтам незалежно від статі та віку з визначенням черговості за розрахунковою моделлю. 2. Денситометрія лише поперекового відділу хребта пропускає частину пацієнтів зі зниженою МЩКТ, а її динаміка може відображати остеопроліферацію, тому обстеження слід доповнювати денситометрією стегнової кістки, зокрема для моніторингу. 3. Т- і Z-критерії при АксСпА збігаються навіть за активного запалення, тому вибір критерію не змінює висновку; у пацієнтів віком молодше 50 років висновок формулюють за Z-критерієм (⩽−2,0 — МЩКТ, нижча за очікувану для віку).