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.