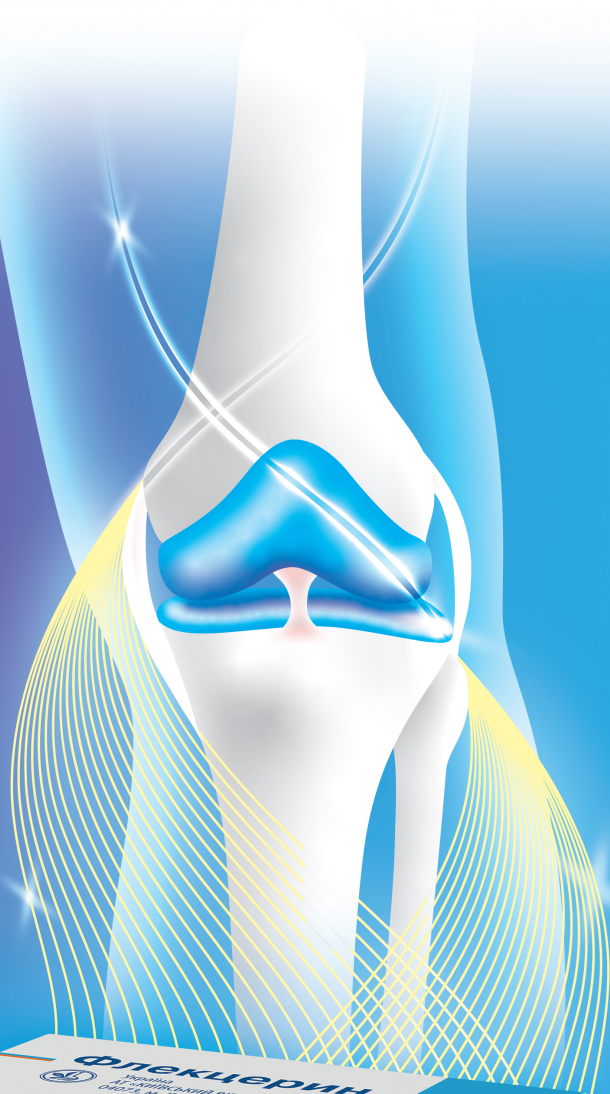
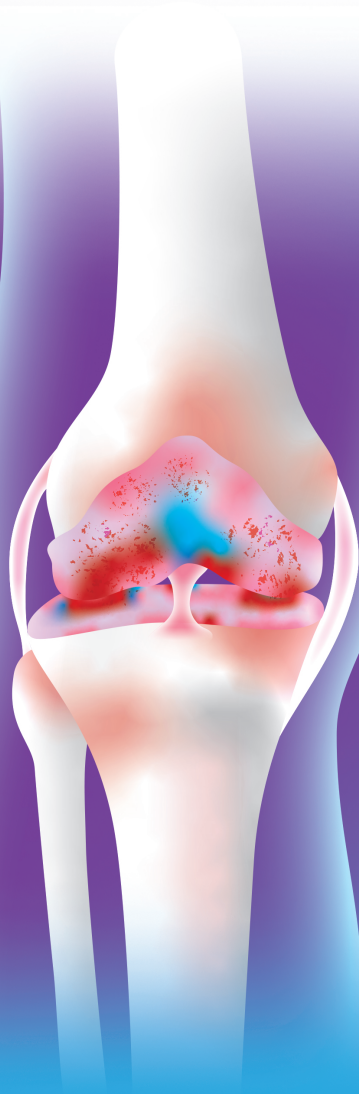


ФЛЕКЦЕРИН *Діацереїн*

50 мг (mg)

Для лікування остеоартрозу



*Має анальгезивні, антипіретичні
та протизапальні властивості*

*Має оригінальний механізм дії,
що відрізняється від НПЗП*
(НПЗП — нестероїдні протизапальні препарати)



КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД
Якість без компромісів!



Інформація про лікарський засіб, призначена для розповсюдження серед медичних і фармацевтичних працівників на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.
Ресстраційне посвідчення МОЗ України № UA/12618/01/01 від 16.08.2017 р.

Т.Л. Можина

Центр здорового серця
доктора Крахмалової,
м. Харків

Ключові слова: остеоартрит, SYSADOA, діацереїн, ефективність, плейотропні властивості.

ЗАПАЛЬНИЙ ФЕНОТИП ОСТЕОАРТРИТУ: ДІАЦЕРЕЇН У ФОКУСІ ДОКАЗОВОЇ ТЕРАПІЇ

Остеоартрит (ОА) є однією з найпоширеніших патологій опорно-рухового апарату, яка уражує мільйони людей у всьому світі. Після початку повномасштабної війни проблема ОА набула особливої актуальності для українського населення. Згідно з вітчизняними статистичними даними, протягом останніх 10 років відмічається стрімке та суттєве зростання поширеності ОА: в когорті осіб похилого віку захворюваність на ОА підвищилася на 83,4% порівняно з 2013 р. ($p < 0,05$), причому найбільш значне зростання цього показника реєструють у прифронтових регіонах та областях, куди переїхали тимчасово переміщені особи [1]. Війна внесла зміни і в структуру захворювання, зумовивши значне зростання частки вторинного ОА. На відміну від довоєнного часу, коли первинний ОА виникав поступово в осіб похилого віку, маніфестуючи ранковою скутістю та болем, тепер переважно вторинний ОА вдирається у життя українців працездатного віку, зазвичай раптово — після травми колінних суглобів, пошкодження зв'язкового апарату або оперативних втручань, який супроводжується вираженим запальним компонентом. Хронічний біль, обмеження рухливості стали частими супутниками вимушених переселенців, людей похилого віку та осіб, що зазнали фізичного й емоційного перевантаження. Зазначена тенденція викликає серйозне занепокоєння, особливо якщо взяти до уваги особливості перебігу запального фенотипу ОА в осіб молодого та середнього віку — схильність до прогресування та ранню інвалідизацію [2]. Враховуючи вагомий негативний вплив первинного та вторинного ОА на соціально-економічні аспекти життя суспільства, провідні спеціалісти підкреслюють важливість раннього призначення максимально ефективних лікарських засобів [1–3].

ПАТОГЕНЕЗ ОА

Нині ОА розглядають з позиції захворювання, яке викликає тотальне ураження усього суглоба, включаючи деградацію хряща, ремоделювання субхондральної кістки, утворення ектопічної кістки, пошкодження менісків, погіршення стану сухожиль і зв'язок, запалення синовіальної оболонки [4]. Патогенез розвитку ОА остаточно не зрозумілий, тому зараз існує декілька теорій виникнення цієї патології: механістична, метаболічна, запальна, нейрогенна, генетична, відповідно до яких виділяють такі фенотипи захворювання, як синовіально-запальний, остеопоротичний, дегенеративний, метаболічний (ендокринний) [5]. Серед них найбільше значення приділяють запальному фенотипу [6]. Основною метою ведення хворих із запальним фенотипом ОА, особливо пацієнтів із супутнім ожирінням, вважають пригнічення активності запального процесу (рис. 1) [7, 8].

Незважаючи на те що запальний процес при ОА має хронічний характер, є низькоінтенсивним [10] та переважно опосередкованим вродженою імунною системою [11], чим суттєво відрізняється від такого при ревматоїдному артриті та інших ауто-

імунних захворюваннях, він викликає деградацію хряща, утримує хондроцити у «стресовому» режимі, внаслідок чого останні самостійно починають продукувати ферменти деградації та прозапальні цитокіни, а також створює умови для розвитку синовіту та появи випоту у порожнині суглоба [9–11]. Саме тому запальний фенотип ОА потребує призначення лікарських засобів, здатних забезпечити істотний протизапальний вплив (рис. 1).

ФАРМАКОТЕРАПІЯ ЗАПАЛЬНОГО ФЕНОТИПУ ОА: У ФОКУСІ ДІАЦЕРЕЇН

Сучасні погляди на лікування ОА передбачають застосування нефармакологічних, фармакологічних та хірургічних методів лікування [12]. Фармакологічна терапія спрямована на усунення деструктивних факторів та процесів, зниження ригідності субхондральної кістки, покращення лубрикації суглобової поверхні, а головне — пригнічення запального процесу. Враховуючи провідну роль низькоінтенсивного запалення у розвитку ОА, особливе значення приділяють новим протизапальним препаратам, які можуть відкрити нові можливості у лікуванні цього захворювання, зокрема діацереїну [9].

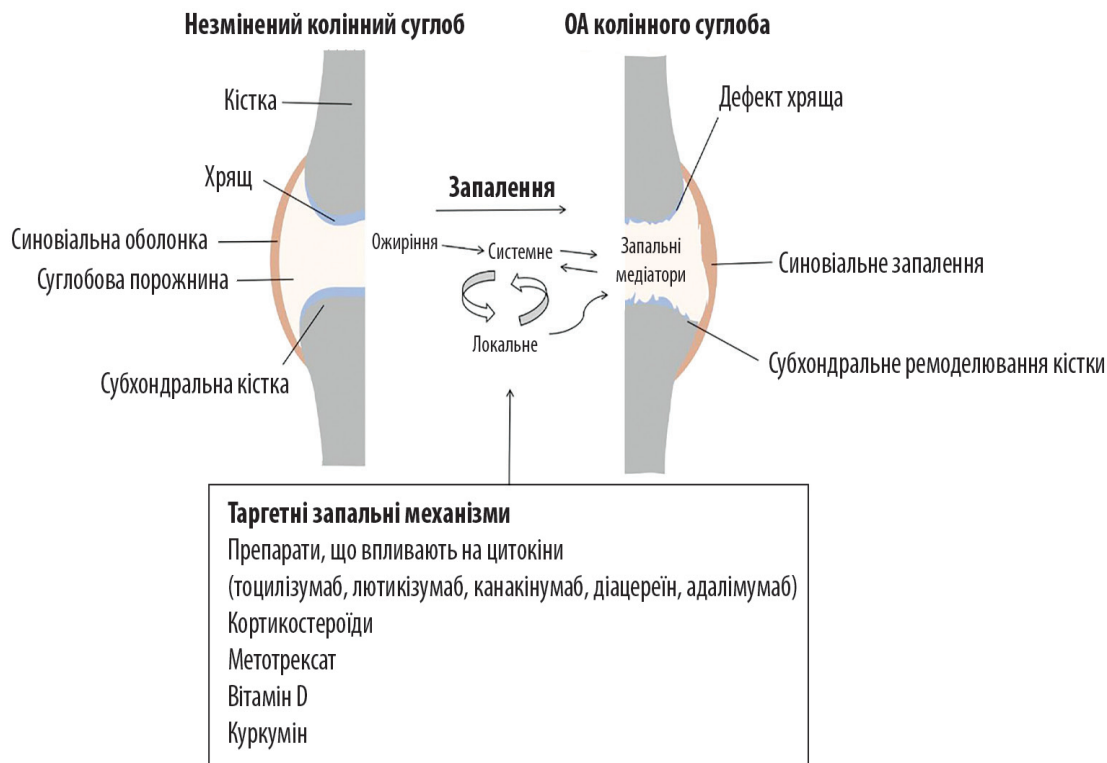


Рис. 1. Механізми запалення при ОА та вірогідні способи фармакотерапії [9]

Механізми дії діацереїну

Діацереїн є представником класу симптомомодифікуючих препаратів повільної дії (symptomatic slow-acting drug in osteoarthritis — SYSADOA); його фармакологічна дія реалізується через кілька патогенетичних механізмів, основний з яких полягає в інгібуванні активності інтерлейкіну (ІЛ)-1 β — ключового цитокіну, що бере участь у деградації хрящової тканини, стимулює продукцію матриксних металопротеїназ та пригнічує синтез протеогліканів і колагену II типу [13].

Встановлено, що при ОА в хондроцитах та синовіальній мембрані відбуваються значні патологічні зміни: знижується вміст металопротеази-3, колагенази, дезінтегрину, оксиду азоту, NO-індуцибельної синтази, також відбувається ІЛ-1 β -опосередковане інгібування синтезу колагену та протеогліканів. Взаємодія ІЛ-1 з рецепторами клітинної поверхні призводить до активації прозапального шляху мітогенактивованої протеїнкінази (МАРК). Доведено, що введення діацереїну в культуру клітин людських хондроцитів сприяє модуляції активності шляху інтегрин-ФАК-МАРКs, STAT3 та зниженню рівня ІЛ-6 [14]. Низка експериментальних досліджень продемонструвала, що введення діацереїну в культуру субхондральних остеобластів сприяє модуляції активності ферментів, які відповідають за ремоделювання кісткової тканини (металопротеаза-13, вітамін D₃-індукований остеокальцин), є складовими компонентами системи активації плазміногену / плазміну (активатор плазміногену урокіназного типу) або безпосередніми учасниками запального процесу (простагландин E2, циклооксигеназа-2) (рис. 2) [14].

Дані численних експериментальних та клінічних досліджень, проведених протягом більш ніж 20 років після представлення діацереїну на фармацевтичному ринку, довели, що, крім протизапальної дії, йому властиві різноманітні додаткові плейотропні ефекти: нефро- та гепатопротекція, зниження інсулінорезистентності та покращення глікемічного контролю, анальгезивна та антиноцицептивна дія (рис. 2) [13]. Крім цього, діацереїн забезпечує достовірне підвищення експресії генів, залучених у процеси хондрогенезу (SOX9, COL2A1, ACAN, TGFB1; в усіх випадках $p < 0,001$), таким чином зумовлюючи підвищення синтезу колагену II типу [15]. Така особливість дозволила вченим припустити, що діацереїн здатний ініціювати та посилювати хондрогенез, що має особливе значення при лікуванні ОА [15].

РЕЗУЛЬТАТИ КЛІНІЧНИХ ВИПРОБУВАНЬ ДІАЦЕРЕЇНУ

Порівняльні дослідження

Ефективність діацереїну у зменшенні вираженості болю та покращенні функціональної активності у хворих на ОА продемонстрована в різноманітних дослідженнях. В одному з них доведена зіставна ефективність 2-місячної терапії діацереїном та нестероїдними протизапальними препаратами (НПЗП) у лікуванні ОА колінних суглобів. Діацереїн та НПЗП з однаковою результативністю забезпечували покращення значень шкал Lysholm Knee Scoring Scale, KOOS та WOMAC, причому найбільш поширеним небажаним ефектом у групі діацереїну

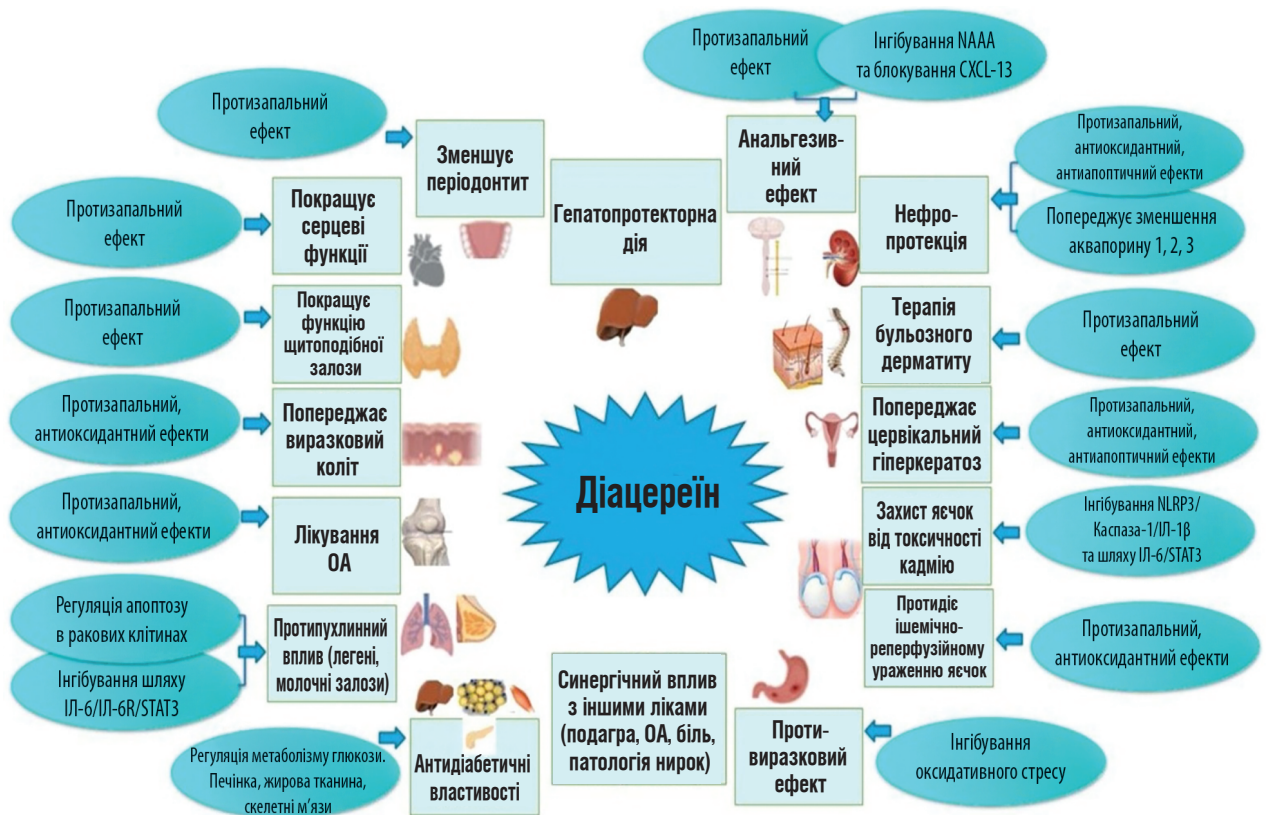


Рис. 2. Основні та плейотропні механізми дії діацереїну [13]. Примітки: CXCL – сімейство хемокінів, NAAA – N-ацилетаноламін-гідролізуюча кислотна амідаза, NLRP3 – кріопірин.

була лише зміна кольору сечі, тоді як у групі НПЗП часто виникав гастрит [16].

Слід відмітити результати метааналізу, в якому ретельно проаналізували дані 12 рандомізованих контрольованих досліджень (РКД; $n=1732$), в яких порівнювали ефективність 4-тижневої терапії діацереїном та НПЗП у зниженні інтенсивності больового синдрому за шкалою WOMAC та візуальною аналоговою шкалою (ВАШ). Вчені не зафіксували достовірної міжгрупової різниці у значенні шкал WOMAC (стандартизована різниця середніх (СРС) 0,09; 95% довірчий інтервал (ДІ) $[-0,10-0,28]$; $p=0,34$) та ВАШ (СРС $-0,19$; 95% ДІ $[-0,65-0,27]$; $p=0,42$).

Водночас аналіз глобальної ефективності препаратів продемонстрував, що діацереїн перевершує НПЗП у зниженні балів за шкалою WOMAC та ВАШ як за думкою пацієнтів (1,97; 95% ДІ $[1,18-3,29]$; $p=0,01$), так і дослідників (2,18; 95% ДІ $[0,99-4,81]$; $p=0,05$) [17]. Автори метааналізу дійшли висновку, що «діацереїн можна розглядати в якості потенційного фармакологічного засобу зі значною ефективністю для лікування ОА колінного суглоба, та пропонувати цей препарат в якості альтернативної терапевтичної стратегії пацієнтам, яким протипоказані НПЗП [17].

Комбінована терапія

Можливість комбінованого застосування діацереїну з різними препаратами, які застосовують у лікуванні ОА, продемонстрована в декількох роботах. В одному пілотному дослідженні пацієнтів з ОА колінних суглобів ($n=72$) рандомізували для стандарт-

ного лікування за допомогою НПЗП або для призначення альтернативного режиму (НПЗП та діацереїн) протягом 2 міс [18]. Прийом НПЗП сприяв зниженню середнього бала за шкалою KOOS-PS з $35,56 \pm 14,33$ до $35,14 \pm 12,65$, тоді як середній бал у групі комбінованої терапії НПЗП та діацереїну знизився з $63,31 \pm 12,08$ до $49,99 \pm 13,10$. Подібну динаміку відзначили щодо значень шкали WOMAC: монотерапія НПЗП супроводжувалася менш вираженим зменшенням середніх значень порівняно з комбінацією з діацереїном.

Додавання діацереїну до традиційної терапії ОА забезпечило досягнення кращих функціональних результатів порівняно з традиційними НПЗП. У цій роботі також був підкреслений хороший профіль безпеки діацереїну порівняно з НПЗП [18].

В іншому дослідженні аналізували доцільність застосування комбінації діацереїну та целекоксибу: пацієнтів з ОА ($n=71$) рандомізували для прийому діацереїну та целекоксибу, діацереїну та плацебо або целекоксибу та плацебо [19]. 4-тижнева терапія діацереїном та целекоксибом сприяла достовірному зменшенню абсолютної кількості балів за шкалою ВАШ, зменшенню скутості та покращенню фізичного функціонування за шкалою WOMAC порівняно з іншими групами. Комбінована терапія добре переносилася та не викликала жодних серйозних побічних ефектів порівняно з монотерапією [19].

Ретроспективний аналіз ефективності монотерапії діацереїном ($n=55$) та поєднаного прийому діацереїну та глюкозаміну гідрохлориду ($n=61$)

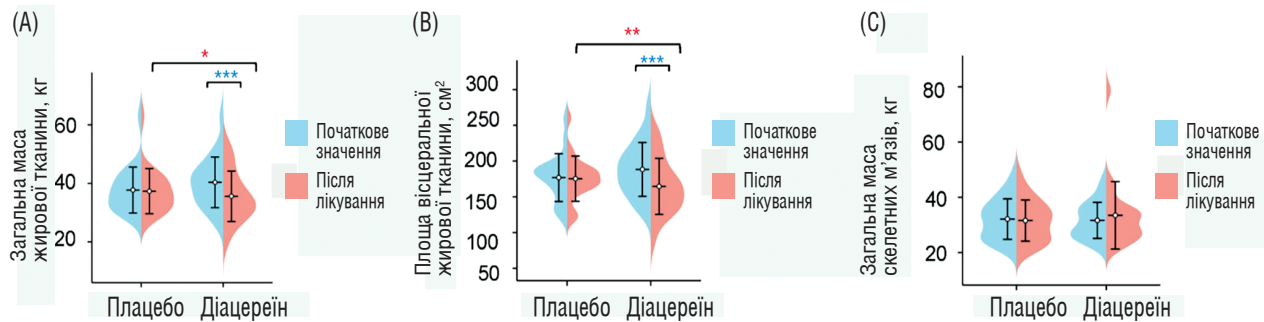


Рис. 3. Вплив діацереїну на масу тіла пацієнтів з ожирінням [21]

підкреслив кращу загальну ефективність комбінованого лікування порівняно з монотерапією. Комбінація діацереїну та глюкозаміну забезпечила більш вагоме покращення значень шкали ВАШ та індексу Lequesne порівняно з монотерапією діацереїном. Її застосування також дозволило досягти більш вагомого зменшення вмісту фактора некрозу пухлини- α , ІЛ-1 β , концентрації високочутливого С-реактивного білка порівняно з монотерапією діацереїном [20].

Діацереїн vs ожиріння

Цікаві результати отримані у нещодавно опублікованому РКД, в якому аналізували ефективність та безпеку призначення діацереїну хворим на ожиріння ($n=42$). Крім рекомендацій щодо корекції способу життя, пацієнтам призначали діацереїн або плацебо протягом 14 тижнів. Доведено, що застосування діацереїну сприяло суттєвому зменшенню маси тіла на $-6,56\%$ (95% ДІ $[-8,71 - -4,41]$) порівняно з плацебо ($-0,59\%$; 95% ДІ $[-2,74 - 1,56]$). Цей факт дослідники пояснили достовірним зменшенням загальної маси жирової тканини та вісцерального жиру в групі діацереїну порівняно з контрольною групою (рис. 3). Прийом діацереїну супроводжувався покращенням конституціональної будови тіла, зменшенням вираженості метаболічних змін та ознак стеатозу печінки, а також достовірним зниженням сироваткового рівня вісфатину (маркеру серцево-судинного ризику, артеріальної гіпертензії, інсулінорезистентності та ожиріння) порівняно з плацебо.

Дослідники підкреслили високий профіль безпеки діацереїну: вчені не виявили суттєвих міжгрупових відмінностей у кількості побічних ефектів. Грунтуючись на отриманих даних, вчені висловили думку щодо перспективності застосування діацереїну у схемах лікування ожиріння [21]. Здатність діацереїну зменшувати масу тіла та об'єм вісцеральної жирової тканини є надзвичайно актуальною для хворих на ОА із супутнім ожирінням з огляду на тісний патогенетичний зв'язок між надмірною жировою масою, системним запаленням та прогресуванням суглобової дегенерації.

БЕЗПЕКА

Профіль безпеки діацереїну досліджували в різноманітних клінічних випробуваннях та РКД, але наведено більш вагомі доказові дані — результати метааналізу, в якому порівнювали безпеку різноманітних

препаратів, які застосовуються у лікуванні ОА, на підставі аналізу даних післямаркетингових досліджень (59 статей; загальна кількість пацієнтів становила 16 990 осіб). На відміну від НПЗП, прийом яких супроводжувався появою різноманітних побічних ефектів з боку шлунково-кишкового тракту, а також небажаними серцево-судинними подіями, застосування діацереїну було визнано більш безпечним, адже його прийом асоціювався лише з окремими небажаними гастроінтестинальними ефектами (діарея) та почервонінням сечі [22].

ДІАЦЕРЕЇН: МІСЦЕ В МІЖНАРОДНИХ НАСТАНОВАХ

Останніми роками різноманітні міжнародні товариства представили оновлені рекомендації щодо лікування ОА. Положення деяких із них містять окремі пункти щодо застосування діацереїну. Наприклад, Європейська спільнота з клінічних та економічних аспектів остеопорозу та остеоартриту (European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases — ESCO) сформулювала слабку рекомендацію щодо застосування діацереїну в якості альтернативної терапії [12], цю позицію підтримують положення Малайзійського делфі-консенсусу з лікування ОА колінних суглобів [23]. Настанови Міжнародного товариства досліджень остеоартриту (Osteoarthritis Research Society International — OARSI) також розглядають можливість застосування діацереїну в лікуванні ОА [24].

ФЛЕКСЕРИН — ВІТЧИЗНЯНИЙ ДІАЦЕРЕЇН

Українські лікарі вже протягом багатьох років застосовують діацереїн у лікуванні ОА завдяки наявності на фармацевтичному ринку вітчизняного препарату під торговельною назвою **Флексерин** (виробник — **АТ «Київський вітамінний завод»**), кожна таблетка якого містить 50 мг діацереїну. Вчені встигли провести декілька досліджень з цим препаратом. В одній із таких робіт **Флексерин** призначали хворим на ОА у стартовій дозі 50 мг 1 раз на добу протягом перших 2 тиж лікування з подальшим підвищенням дози до 100 мг на добу та загальною тривалістю терапії 2 міс. Доведена здатність діацереїну (**Флексерин**) ефективно зменшувати вираженість больового синдрому (у спокої та при навантаженні), знижувати інтенсивність системного запалення, поліпшувати функції

ональну рухливість та зменшувати необхідність у додатковому застосуванні НПЗП [25].

ВИСНОВКИ

Первинний та, особливо, вторинний ОА є актуальною проблемою для вітчизняної системи охорони здоров'я, що підкреслює доцільність максимальної оптимізації фармакотерапії, що призначається. У схемі лікування хворих на запальний фенотип ОА може бути включений діацереїн (**Флексерин**), представник групи SYSADOA, якому притаманні різноманітні плейотропні ефекти. Достатня клінічна ефективність, протизапальна дія, анальгезивний ефект діацереїну (**Флексерин**) роблять доцільним його призначення хворим на ОА. Гепато- та нефропротекторний ефекти, позитивний вплив на вуглеводний обмін, властивість зменшувати загальну та вісцеральну жирову тканину дозволяють безпечно призначати діацереїн (**Флексерин**) пацієнтам із супутньою патологією, в тому числі — ожирінням, цукровим діабетом, стеатотичною хворобою печінки. За необхідності діацереїн (**Флексерин**) можна комбінувати з НПЗП, іншими SYSADOA з метою посилення ефективності терапії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Kyrychenko A., Khanyukova I., Moroz O. et al. (2024) Disability trends among elderly Ukrainians in war conditions: a 10-year retrospective study. *Aging Clin. Exp. Res.*, 36(1): 211. doi: 10.1007/s40520-024-02863-y.
2. Veronese N. (2024) Editor's note: Disability in older people during wars: the Ukrainian war. *Aging Clin. Exp. Res.*, Dec 27; 37(1): 11. doi: 10.1007/s40520-024-02907-3.
3. O'Sullivan O., Bennett A.N., Cameron K.L. et al. (2024) Prevention of Post-Traumatic Osteoarthritis in the Military: Relevance of OPTIKNEE and Osteoarthritis Action Alliance recommendations. *BMJ Mil Health*. doi: 10.1136/military-2024-002813.
4. Hunter D., Bierma-Zeinstra S. (2019) Osteoarthritis. *Lancet*, 393: 1745–1759. doi.org/10.1016/s0140-6736(19)30417-9.
5. Van Spil W., Kubassova O., Boesen M. et al. (2019) Osteoarthritis phenotypes and novel therapeutic targets. *Biochem Pharmacol.*, 165: 41–48. doi.org/10.1016/j.bcp.2019.02.037.
6. Ansari M., Ahmad N., Haqqi T. (2020) Oxidative stress and inflammation in osteoarthritis pathogenesis: role of polyphenols. *Biomed. Pharmacother.*, 129: 110452. doi.org/10.1016/j.biopha.2020.110452.
7. Haugen I.K., Gløersen M., Mulrooney E. et al. (2025) Inflammation as a Treatment Target in Hand Osteoarthritis: A Review of Previous Studies and Future Perspectives. *J. Rheumatol.*, 2025-0206. doi: 10.3899/jrheum.2025-0206.
8. Straatman L., Ivanochko N.K., Maciukiewicz J. et al. (2025) Interaction of obesity and systemic inflammation with knee extensor strength in knee osteoarthritis. *Clin. Biomech. (Bristol)*, 127: 106569. doi: 10.1016/j.clinbiomech.2025.106569.
9. Cao Y., Tang S., Ding C. (2021) Inflammatory phenotype of osteoarthritis and its potential therapies. *Rheumatology & Autoimmunity*, 1: 92–100.
10. Robinson W.H., Lepus C.M., Wang Q. et al. (2016) Low-grade inflammation as a key mediator of the pathogenesis of osteoarthritis. *Nat. Rev. Rheumatol.*, 12: 580–592. doi.org/10.1038/nrrheum.2016.136.
11. Lopes E., Filiberti A., Husain S. et al. (2017) Immune contributions to osteoarthritis. *Curr. Osteoporos Rep.*, 15: 593–600. doi.org/10.1007/s11914-017-0411-y.
12. Bruyère O., Honvo G., Veronese N. et al. (2019) An updated algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (ESCEO). *Semin. Arthritis Rheum.*, 49(3): 337–350. doi: 10.1016/j.semarthrit.2019.04.008.
13. Almezgagi M., Zhang Y., Hezam K. et al. (2020) Diacerein: Recent insight into pharmacological activities and molecular pathways. *Biomed. Pharmacother.*, 131: 110594. doi: 10.1016/j.biopha.2020.110594.
14. Lohberger B., Kaltenecker H., Weigl L. et al. (2019) Mechanical exposure and diacerein treatment modulates integrin-FAK-MAPKs mechanotransduction in human osteoarthritis chondrocytes. *Cell Signal*, 56: 23–30. doi: 10.1016/j.cellsig.2018.12.010.
15. Honarpardaz A., Daliri Joupari M. et al. (2023) In Vitro Chondrogenic Differentiation of Human Adipose-Derived Stem Cells by Diacerein. *Iran J. Pharm. Res.*, 22(1): e137803. doi: 10.5812/ijpr-137803.
16. Shrestha R., Tamrakar S., Koju P. et al. (2023) Investigating the Efficacy and Safety of Diacerein in the Management of Knee Osteoarthritis with reference to its conventional management. *J. Nepal Health Res. Council*, 20(4): 942–946. doi: 10.33314/jnhrc.v20i4.4323.
17. Zeng F., Wang K., Duan H. et al. (2023) Diacerein versus non-steroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of knee osteoarthritis: a meta-analysis. *J. Orthop. Surg. Res.*, 18(1): 308. doi: 10.1186/s13018-023-03786-6.
18. Shakya Shrestha S., Tamrakar S., Shrestha R. et al. (2021) Comparative Efficacy and Safety of Diacerein in Patients with Knee Osteoarthritis: A Pilot Study. *Kathmandu Univ. Med. J. (KUMJ)*, 19(74): 260–264.
19. Youn S., Choi J.H., Kim C. et al. (2023) Efficacy and safety of diacerein and celecoxib combination therapy for knee osteoarthritis: A double-blind, randomized, placebo-controlled prospective study. *Medicine (Baltimore)*, 102(39): e35317. doi: 10.1097/MD.00000000000035317.
20. Wang Z., Wang J., Zhang L. et al. (2023) Diacerein plus glucosamine hydrochloride improves the safety and efficacy and inhibit inflammatory factors in the treatment of knee osteoarthritis. *Am. J. Transl. Res.*, 15(1): 548–555.
21. Xiang Y., Shen L., Xue Y. et al. (2024) Efficacy and safety of diacerein monotherapy in adults with obesity: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Diabetes Obes. Metab.*, 26(11): 5293–5303. doi: 10.1111/dom.15881.
22. Honvo G., Lengelé L., Alokail M. et al. (2025) Safety of Anti-osteoarthritis Medications: A Systematic Literature Review of Post-marketing Surveillance Studies. *Drugs*, 85(4): 505–555. doi: 10.1007/s40265-025-02162-4.
23. Yeap S.S., Abu Amin S.R., Baharuddin H. et al. (2021) A Malaysian Delphi consensus on managing knee osteoarthritis. *BMC Musculoskelet Disord*, 22: 14. doi.org/10.1186/s12891-021-04381-8.
24. McAlindon T.E., Bannuru R.R., Sullivan M. et al. (2014) OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*, 22(3): 363–88. doi: 10.1016/j.joca.2014.01.003.
25. Курята А.В. (2015) Клиническая эффективность и динамика системного воспаления при использовании диацереина у пациентов с остеоартрозом; влияние ожирения. *Семейная медицина*, 5: 171–180. nbuv.gov.ua/UJRN/simmed_2015_5_43.

INFLAMMATORY PHENOTYPE OF OSTEOARTHRITIS: DIACEREIN IN THE FOCUS OF EVIDENCE-BASED THERAPY

T.L. Mozhina

Center for a Healthy Heart of Dr. Krakhmalova, Kharkiv

Abstract. Osteoarthritis (OA), one of the most common pathologies of the musculoskeletal system, affects millions of people worldwide. After the start of a full-scale war, the problem of OA has become particularly relevant for the Ukrainian population. According to domestic statistical data, over the past 10 years there has been a rapid and significant increase in the prevalence of OA: in the cohort of elderly people, the incidence of OA increased by 83.4% compared to 2013 ($p < 0.05$), with the most significant increase in this indicator being recorded in front-line regions

and regions where temporarily displaced persons moved [1]. The war also brought changes to the structure of the disease, causing a significant increase in the share of secondary OA. Unlike the pre-war period, when primary OA occurred gradually in the elderly, manifesting as morning stiffness and pain, now it is mainly secondary OA that invades the lives of Ukrainians of working age, usually suddenly — after knee joint injury, ligamentous damage or surgical interventions, which are accompanied by a pronounced inflammatory component. Chronic pain, mobility restrictions have become frequent companions of internally displaced persons, elderly people and people

who have experienced physical and emotional stress. This trend is of serious concern, especially if we take into account the peculiarities of the course of the inflammatory phenotype of OA in young and middle-aged people — a tendency to progression and early disability [2]. Given the significant negative impact of primary and secondary OA on the socio-economic aspects of society, leading experts emphasize the importance of early prescription of the most effective medications [1–3].

Key words: osteoarthritis, SYSADOA, diacerein, efficacy, pleiotropic properties.

Відомості про авторів

Можина Тетяна Леонідівна — кандидатка медичних наук, лікарка-консультантка, Центр здорового серця доктора Крахмалової, м. Харків.
E-mail: info@krakhmalova.com
ORCID ID: 0000-0001-8239-6093

Надійшла до редакції/Received: 26.06.2025

Прийнято до друку/Accepted: 30.06.2025

РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

Міжнародна платформа UpToDate продовжила безоплатний доступ для українських лікарів

UpToDate — це глобальний клінічний ресурс доказової медицини, що надає лікарям та науковцям доступ до актуальних стандартів лікування, діагностичних алгоритмів і оглядів останніх клінічних та експериментальних досліджень. МОЗ України на законодавчому рівні рекомендує використовувати цей інструмент як джерело перевіреної інформації для підтримки ухвалення клінічних рішень, навчання та підвищення кваліфікації медичного персоналу.

Вільний доступ до ресурсів платформи для українських лікарів продовжено до 1 липня 2025 р. Він можливий як в онлайн-, так і в офлайн-режимі на персональних комп'ютерах і в мобільних застосунках. Інструкція щодо реєстрації наведена на сайті Центру громадського здоров'я.

Редакція журналу «Український медичний часопис» за матеріалами moz.gov.ua, phc.org.ua, wolterskluwer.com

Які завдання ставляться перед Національною академією медичних наук?

17 червня 2025 р. відбулися загальні збори Національної академії медичних наук (НАМН) України, на яких було вибрано нове керівництво НАМН.

Участь у засіданні взяв міністр охорони здоров'я України Віктор Ляшко, який привітав новообране керівництво та підкреслив, що майбутнє академії — у партнерстві з формування єдиного медичного простору в рамках національної системи охорони здоров'я, а також розвитку медичної науки та освіти.

Коментар Віктора Ляшка

«Чи є майбутнє в НАМН? — Так. Чи є майбутнє в НАМН як окремої одиниці поза єдиною мережею надання медичної допомоги? — Ні. Я бачу майбутнє в партнерстві. У науці, яка відповідає потребам прак-

тичної медицини вже сьогодні. В освіті, де інститути НАМН і медичні університети мають діяти як єдиний організм. І в лікуванні — де інститути стають осередками сучасної медичної практики, що відповідає викликам часу. Ми очікуємо, що саме НАМН буде рушієм створення центрів передового досвіду в тих сферах, які визначатимуть обличчя медицини найближчого десятиліття: від інфекційної безпеки та проблем старіння — до репродуктивного здоров'я», — зазначив В. Ляшко.

У межах свого виступу міністр акцентував увагу на важливості розвитку клінічних баз медичних університетів в інститутах НАМН, зокрема в таких напрямках, як роботизована хірургія, сучасна радіологія, допоміжні репродуктивні технології. Також він окреслив перспективні напрями для формування центрів передового досвіду, враховуючи виклики війни та зміни демографічної структури. Ідеться про Центр сепсису та Центр інфекційної безпеки для протидії антибіотикорезистентності та оперативно-му реагуванню на нові інфекційні загрози та виклики пандемій, Центр вікових змін, що вивчатиме механізми старіння, хвороби Альцгеймера та деменції, а також розроблятиме інноваційні підходи до догляду за пацієнтами літнього віку, а також Центр допоміжних репродуктивних технологій, що спеціалізуватиметься на підтримці репродуктивного здоров'я, включно з екстракорпоральним заплідненням та генетичним скринінгом.

Нагадаємо, з січня 2025 р. заклади НАМН, які відповідають критеріям надавачів послуг, почали працювати в рамках Програми медичних гарантій. Наразі Національна служба здоров'я України вже уклала договори з 28 інститутами НАМН, а для безперебійної роботи у 2025 р. передбачено перехідне фінансування в обсязі 4,8 млрд грн.

Редакція журналу «Український медичний часопис» за матеріалами moz.gov.ua