



**Т. І. Негрич, О. М. Радченко, Л. В. Циганик,
О. П. Фаюра, С. І. Гута, Р. Р. Гута,
О. Я. Яцкевич**

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького

9-й Макмастерський міжнародний оглядовий курс із внутрішньої медицини (9th McMaster International Review Course in Internal Medicine – MIRCIM) – 09–11.05.2024 р. (Краків, Польща)

9–11 травня у Кракові (Польща) відбулася міжнародна конференція 9th McMaster International Review Course in Internal Medicine (MIRCIM 2024). Цей захід є освітньою ініціативою факультету медицини Університету МакМастера, відомого своєю діяльністю в галузі доказової медицини та проблемно-зорієнтованого навчання, і Польського інституту доказової медицини. MIRCIM 2024 організували спільно з Європейською федерацією внутрішньої медицини, Міжнародним товариством внутрішньої медицини, Медичним коледжем Ягеллонського університету й Центром післядипломної медичної освіти (Польща) у партнерстві з понад 40 національними товариствами внутрішньої медицини з усього світу.

Мета конференції – поділитися клінічним досвідом, висвітлити видатні наукові досягнення і сучасні рекомендації щодо діагностики та лікування внутрішніх хвороб.

Триденний курс інтенсивного навчання охопив лекції провідних експертів з Північної Америки і Європи, конкурс клінічних кейсів, практичні семінари у невеликих групах, жваві дискусії та спілкування з колегами з усього світу.

Перший день конференції присвятили фінальному етапу конкурсу на найцікавіший випадок у внутрішній медицині. – Clinical Cases in Internal Medicine: Learning Through Practice, яка є частиною Best Case Report Contest. Національні товариства внутрішньої медицини з усіх куточків світу делегують молодих лікарів, які презентують цікаві випадки зі своєї клінічної практики. Науковці Львівського національного університету імені Данила Галицького, який є партнером заходу, також подали дві постерні доповіді: «Інфаркт міокарда у жінки» (С. Гута, О. Радченко, Р. Гута) та «Ніколи не пізно діагностувати цєліакію» (О. Фаюра, М. Абрагамович, Л. Циганик).

Другого дня слухали лекції й обговорювали менеджмент лікування хворих ревматологічного профілю.

Зокрема, проф. Bhaskar Dasgupta (Southend University Hospital, UK) доповідав про вдосконалення діагностики ревматичних хвороб за допомогою ультрасонографії скелетно-м'язової системи. Якщо бракує класифікаційних критеріїв для діагнозу, за допомогою ультразвуку можна знайти додаткові аргументи для підтвердження або спростування наявності певної ревматичної хвороби. Наприклад, за наявності ревматоїдного артриту такими додатковими ультразвуковими критеріями можуть бути теносиновіт і синовіт, дрібні крайові ерозії, кристалічного артриту – подвійний контур, агрегація мікрокристалів, ревматичної поліміялгії – піддельтоподібно-підактоміальний бурсит, псоріазного артриту – ентезити, дактиліти, гігантоклітинного артеріїту – потовщення стінки скроневої артерії тощо. Також ультразвук може бути корисним для оцінювання ефективності лікування. Система оцінювання вираженості синовіїту й посилення кровоплину уможливорює запідозрити загострення хвороби та скоригувати лікування.

Проф. Sharon L. Kolasinski (University of Pennsylvania – Perelman School of Medicine, USA) розповіла про особливості менеджменту остеоартриту. Біль, функційна недостатність суглобів, утом, депресія – ознаки остеоартриту, через які погіршуються продуктивність і якість життя. Однак, попри зростання фармацевтичного ринку в сегменті хондропротекторів і протизапальних препаратів, найефективнішою рекомендацією нехірургічного лікування є фізичні вправи. Аеробіка, розтягнення, нейром'язові вправи принаймні по 20 хв тричі на тиждень допомагають збільшити обсяг рухів у суглобах, зміцнити м'язову силу, зменшити ризик падіння. Доцільно застосовувати 1st CMC orthoses, tibio-femoral knee brace, cane

(hip, knee). Рекомендовано також нестероїдні протизапальні засоби, якщо є гострий біль, зі застереженням, що доза лікарського засобу й термін його використання мають бути якомога меншими. Для послаблення системного впливу нестероїдних протизапальних засобів варто застосовувати їхні топічні форми. За умови запалення великих суглобів із внутрішньосуглобовим випотом можна призначати локальні ін'єкції пролонгованим глюкокортикостероїдом. Якщо є протипоказання до нестероїдних протизапальних засобів і немає змоги здійснити хірургічне лікування, рекомендують ацетамінофен, дулоксетин, трамадол і акупунктуру. До переліку лікарських засобів, неефективних для лікування остеоартриту, віднесли бісфосфонати, глюкозаміну сульфат, хондроїтину сульфат і їхні комбіновані форми, hydroxychloroquine, methotrexate. Не рекомендовано також лікування за допомогою ін'єкцій плазми, збагаченої тромбоцитами, і стовбурових клітин. Метааналіз досліджень ефективності внутрішньосуглобового введення гіалуронової кислоти для лікування остеоартриту колінних суглобів показав відсутність переваг порівняно з плацебо. Якщо біль і функційна дисфункція суглобів виражені так сильно, що не допомагає консервативне лікування, пацієнтові пропонують оперативне лікування.

Проф. Kim Legault (McMaster University, Canada) виокремила ознаки паранеопластичних артритів, а саме – високий індекс запалення, серонегативність за ревматоїдним чинником, появу специфічних маркерів дифузного ураження сполучної тканини, недостатню ефективність лікування, особливо глюкокортикоїдами. Зокрема, Remitting Seronegative Symmetric Synovitis with Pitting edema (RS3PE) характеризується набряком тильної поверхні кистей і стіп, збільшенням вмісту металопротеїнази 3 в сироватці крові. Palmar Fasciitis and Polyarthritides Syndrome (PFPAS) переважно асоціюється з урогенітальним раком, особливо аденокарциномою яєчників, і характеризується симетричним поліартритом і пальмарним чи плантарним фасциїтом, згинальними контрактурами. Симптомами Pancreatic Panniculitis and polyarthritides (PPP) є поліартрит із переважним ураженням надп'яtkово-гомількових суглобів, erythema nodosum. Як впливає із назви, виникає у хворих на рак підшлункової залози. Паранеопластичний васкуліт найчастіше супроводжує мієлодисплазію, лімфоми, солідні пухлини легень, грудної залози, яєчників. Науковиця розповіла також про зміни у класифікації ідіопатичних запальних міопатій. Так, відповідно до особливостей клінічної маніфестації і специфічних автоантитіл виокремлюють п'ять класів міозитів: дерматоміозит, антисинтетазний синдром, оверлап міозит, імуніопосередкована некротична міопатія, міозит із включеннями. Хворі на ідіопатичну запальну міопатію мають проходити онкоскринінг із урахуванням віку та чинників ризику онкозахворювання. Чинниками високого ризику є наявність дерматоміозиту, вік понад 40 років, дисфагія, некроз і виразкування шкіри, пер-

систенція високої активності, незалежно від лікування, низького ризику – феномен М. Рейно та інтерстиційна хвороба легень.

Проф. Florence Roufosse (Universite Libre de Bruxelles, Belgium) презентувала лекцію про практичний підхід інтерністів до еозинофілії. Вона зазначила, що в разі гіпереозинофілії вміст еозинофілів у крові й у тканинах не обов'язково може корелювати. Причиною гіпереозинофілії зазвичай є паразитарна інвазія або алергічна реакція, і лише якщо вплив цих етіологічних чинників виключити, варто запідозрити гіпереозинофільний синдром. Для лікування гіпереозинофілії рекомендовано використовувати глюкокортикоїди і/або імаїніб месилат.

Проф. Leszek Czupryniak (Medical University of Warsaw, Poland) зазначив, що кількість хворих на цукровий діабет другого типу зростає, а ожиріння є основним етіологічним чинником. Мета лікування має бути чіткою, щоб уникнути подальших ускладнень. Модифікація способу життя для людей молодого віку є вагомим етапом лікування, ніж для людей старшого віку. Для лікування хворих віком менше 18 років застосовують лише метформін, ліраглутид чи інсулін.

Проф. Rene Rodrigues-Gutierrez (Autonomous University of New Leon, Mexico) презентував лекцію про діабетичні невідкладні стани. Зокрема, він зазначив, що діабетичний кетоацидоз у хворих на цукровий діабет трапляється частіше, ніж гіперглікемічний гіперосмолярний стан. Для діагностування діабетичного кетоацидозу немає потреби визначати вміст глюкози в сироватці крові, він може бути у межах норми, визначальними є вміст кетонів і $\text{pH} < 7,3$. Для лікування діабетичного кетоацидозу легкого ступеня варто використовувати інсулін підшкірно, а для діабетичного кетоацидозу середнього і важкого ступеня – внутрішньовенно, більшість пацієнтів виписується додому з поліпшенням стану і з рекомендаціями застосовувати свої звичні пероральні протидіабетичні засоби.

Проф. Marianna Arvanitakis (Universite Libre de Bruxelles, Belgium) запропонувала рекомендації щодо лікування хворих із хронічним панкреатитом, а саме те, що надзвичайно важливо коригувати дієту, екзо- і ендокринну недостатність, больовий синдром. Однією з важливих діагностичних процедур для цієї категорії хворих є гастрофіброскопія, а за наявності псевдокист – дренування.

Проф. Paul Moayyedi (McMaster University, Canada) зазначив у доповіді, що гастроезофагальнорефлюксну хворобу діагностують за допомогою езофагогастроуденоскопії і/або моніторингу pH, а інгібітори протонної помпи (ІПП) переважно призначають раз на день. Тривале безперервне вживання ІПП рекомендовано для пацієнтів зі стравоходом Барретта.

Проф. Margarita Brida (Medical Faculty University of Rijeka, Croatia) у лекції про інфекційний ендокардит здійснила порівняльний аналіз протоколів лікування пацієнтів 2015 і 2023 років. Зокрема, у новому протоколі описано, що профілактика включає гігіє-

нічні заходи для всіх хворих і антибіотикопрофілактику у пацієнтів із високим ризиком, які проходять стоматологічне лікування. У деяких пацієнтів лікування антибіотиками можна завершити амбулаторно парентерально або вживати пероральні антибіотики до шести тижнів. Амбулаторне парентеральне лікування антибіотиками варто починати лише після того, як стан пацієнта стабілізується.

Проф. Bram Rochwerf (McMaster University, Canada) у доповіді на тему «Лікування сепсису: практичні поради для лікарів-нереаніматологів» рекомендував застосовувати пріоритетно цільові рідини й антибіотики. Доповідач також зазначив, що варто надавати перевагу кристалічним розчинам над альбуміном, вазопресори використовувати якомога раніше. Важливу роль у лікуванні пацієнтів із таким станом мають кортикостероїди.

Проф. Somia Iqtadar (King Edward Medical University, Pakistan) наголосив на важливості індивідуальних консультацій із медицини для подорожей, із урахуванням профілю здоров'я мандрівника та конкретних планів подорожі. Науковець також нагадав про дотримання рекомендованих щеплень і запобіжних заходів для мандрівників. Індивідуальні консультації з медицини для подорожей відіграють надважливу роль у зміцненні здоров'я та безпеки. Спеціальні поради та профілактичні заходи можуть допомогти мандрівникам досягти своєї мети у подорожах, мінімізувати ризики для здоров'я.

Наведено лише короткий опис найцікавіших доповідей, а загалом на конференції одночасно проводили декілька сесій із доповідями.

Львівський національний університет імені Данила Галицького є партнером заходу вже декілька років.

Працівники кафедр неврології (професорка Т. Негрич), внутрішньої медицини № 1 (доцентка С. Гута, доцентка О. Фаюра, доцентка Л. Циганик), внутрішньої медицини № 2 (професорка О. Радченко, асистентка Р. Гута), клінічної імунології та алергології (професор В. Чоп'як, професор С. Зубченко), променевої діагностики ФПДО (професор Н. Орищич) брали участь у конференції, наукових дискусіях і практичних семінарах. Зокрема, Т. Негрич увійшла до складу експертного журі конкурсу «Клінічні випадки внутрішньої медицини: навчання на практиці», а також традиційно надала декілька коротких інтерв'ю за різною тематикою, які згодом будуть опубліковані у відповідних розділах порталу для лікарів (Empendium).

Науковці нашого університету представили дві постерні доповіді: «Інфаркт міокарда у жінки» (С. Гута, О. Радченко, Р. Гута) та «Ніколи не пізно діягуноувати целіацію» (О. Фаюра, М. Абрагамович, Л. Циганик).

Викладачі університету взяли участь у сателітній сесії, присвяченій методології викладання медицини (Medical Education Forum).

Працівники кафедр терапевтичного профілю Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, а також лікарі-інтерни й аспіранти брали участь у конференції віддалено.

Отримані знання і практичний досвід щодо діагностики та лікування внутрішніх хвороб, а також методології викладання медичних дисциплін будуть втілені в педагогічну та лікувальну роботу.

Стаття надійшла до редакції журналу 17.05.2024 р.

Конфлікт інтересів

Автори цієї статті стверджують, що конфлікту інтересів немає.

Відомости про авторів

1. Негрич Тетяна Іванівна; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра неврології (79010, м. Львів, вул. Юрія Руфа, 6; +380(32)276 93 25, +380(32)236 82 97, +380(32)236 83 97, +380(32)236 82 61, +380(32)236 83 26); докторка медичних наук, професорка, завідувачка кафедри; +380(67)709 70 61; <https://orcid.org/0000-0003-0170-511X>
2. Радченко Олена Мирославівна; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра внутрішньої медицини № 2 (79000, м. Львів, вул. Ужгородська, 1; +380(32) 260 14 90); докторка медичних наук, професорка кафедри; <https://orcid.org/0000-0003-1108-963X>
3. Циганик Лілія Володимирівна; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра внутрішньої медицини № 1 (79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69; +380(32)276 97 63); кандидатка медичних наук, доцентка кафедри; 79060, м. Львів, вул. Наукова, 41; +380(67)957 71 25, ltshanyk@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-6165-5586>
4. Фаюра Оксана Петрівна; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра внутрішньої медицини № 1 (79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69; +380(32)276 97 63); кандидатка медичних наук, доцентка кафедри; 79067, м. Львів, вул. Полуднева, 7; +380(96)814 17 49, fayurchuk@ukr.net; <https://orcid.org/0000-0003-1122-9030>
5. Гута Соломія Іванівна; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра внутрішньої медицини № 1 (79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69; +380(32)276 97 63); кандидатка медичних наук, доцентка кафедри; 79034, м. Львів, вул. Ожинова, 5; +380(97)852 22 00; solomia.guta@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-7943-0139>
6. Гута Роксолана Романівна; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра внутрішньої медицини № 2 (79000, м. Львів, вул. Ужгородська, 1; +380(32) 260 14 90); кандидатка медичних наук, асистентка кафедри; 79017, м. Львів, вул. Студентська, 8; +380(99) 645 00 49; <https://orcid.org/0000-0002-7078-8556>
7. Яцкевич Остап Ярополкович; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра внутрішньої медицини № 1 (79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69; +380(32)276 97 63); кандидат медичних наук, доцент; 79005, м. Львів, вул. Левицького, 26; +380(67) 721 45 68; yaoya@ukr.net; <https://orcid.org/0000-0002-1774-8897>