



**Т. І. Негрич, О. П. Фаюра, В. В. Чемес,
Л. В. Циганик, І. Ю. Корнійчук, М. Л. Фармага,
А. Б. Федець**

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького

7-й Макмастерський міжнародний оглядовий курс з внутрішньої медицини (7th McMaster International Review Course in Internal Medicine - MIRCIM) - 29.09-01.10.2022 (м. Краків, Республіка Польща)

29 вересня – 1 жовтня 2022 р. у Кракові (Польща) відбулася міжнародна конференція 7th McMaster International Review Course in Internal Medicine (MIRCIM 2022). Цю престижну зустріч лікарів, які спеціалізуються на внутрішніх хворобах, щорічно організовують Польський інститут доказової медицини (Polski Instytut Evidence Based Medicine) та McMaster University (Канада) – батьківщина доказової медицини (ЕВМ) і проблемно-зорієнтованого навчання (PBL) у співпраці з European Federation of Internal Medicine, International Society of Internal Medicine, Collegium Medicum Ягеллонського університету, American College of Physicians, Центром післядипломної медичної освіти у Варшаві, Польським товариством внутрішньої медицини, видавництвом Medycyna Praktyczna та 44 товариствами внутрішньої медицини з усього світу. Мета конференції – поділитися практичним досвідом, поглибити знання з певних медичних напрямів, що корисні на будь-якому рівні медичної освіти. Експерти з Європи та Північної Америки прочитали лекції про останні розробки в методології викладання медицини.

Цього року для учасників із України участь була безоплатна. Працівники усіх кафедр терапевтичного профілю Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, а також лікарі-інтерни й аспіранти кафедри сімейної медицини факультету післядипломної освіти зареєструвалися як учасники конференції.

Конференція, що об'єднала лікарів внутрішньої медицини, сімейних лікарів, вузьких спеціалістів терапевтичного профілю, мала вісім секцій, що відповідали восьми основним розділам внутрішньої медицини – кардіологія, ендокринологія, пульмоно-

логія, нефрологія, ревматологія, гастроентерологія, гематологія, хронічні інфекції. Доповідали професори, визнані на міжнародному рівні, зі США, Канади, Німеччини, Франції, Великої Британії, Ізраїлю, Індії, Мексики.

В ендокринологічній секції MIRCIM 2022 з участю професора Rene Rodriguez-Gutierrez (Autonomous University of Nuevo León, Mexico) обговорювали визначення вмісту тиротропного гормону (ТТГ), зокрема, акцентували на тому, що для цього гормону характерна внутрішня мінливість (окрім цього, на його вміст впливають вживання омепразолу, залізо- і кальцієвмісних лікарських засобів, аміодарону, наявність інсомнії, анемії, фіброміалгії, обструктивного нічного апное, синдрому хронічної втоми, болю, менопауза, хронічні хвороби нирок і печінки, розлади поведінки та особистості). Тому, отримавши показник у межах 5–10 мIU/L, слід повторити його визначення. У більшості (62,0 %) випадків показник нормалізується. Також зазначимо, що центральний гіпотирозидизм у 10,0–20,0 % випадків характеризується незначним збільшенням вмісту ТТГ. ТТГ збільшується також із віком, а отже, не потрібно медикаментозно коригувати гіпотироз у старших людей, якщо вміст ТТГ менше 7,0–8,5 мIU/L. Вживання біотину спричинює зниження вмісту ТТГ, і результати дослідження не будуть показовими.

Професор Leszek Czupryniak (Warsaw Medical University, Poland) у серії лекцій про цукровий діабет (ЦД) розповів про нові можливості його лікування, зокрема, запобігання виникненню серцево-судинних ускладнень, комбінування нових протидіабетних лікарських засобів, методи відтермінування призначення інсуліну хворим на ЦД 2-го типу.

Професор Ally Prebtani (McMaster University, Canada) поділився зі слухачами досвідом діагностики та лікування глюкокортикостероїдіндукованої надниркової недостатності. Доповідач зазначив, що дуже високий ризик її виникнення спостерігається у хворих із кушингоїдом, адреналовими кризами, високий – якщо вживати більше 5,0 мг преднізолону на день довше ніж рік, або більше 20 мг на день довше ніж три-чотири тижні на рік, або в разі вечірнього вживання преднізолону довше ніж три тижні, помірний – якщо вживати 5,0–10,0 мг преднізолону на день довше ніж три тижні на рік, низький – якщо вживати будь-яку дозу преднізолону менше ніж три тижні, або менше 5,0 мг упродовж будь-якого періоду часу, або в разі змінного дозування у межах 10,0 мг преднізолону упродовж будь-якого часу. Щоб уникнути глюкокортикостероїдіндукованої надниркової недостатності, потрібно дотримуватись ступеневого зменшення дози. Так, якщо хворий первинно вживав 40,0 мг преднізолону і більше, потрібно зменшувати дозу на 5,0–10,0 мг що два тижні до 20,0 мг, якщо 20,0–40,0 мг, слід зменшувати дозу на 5,0 мг що два тижні до 20,0 мг, якщо 10,0–20,0 мг – зменшувати по 1,0–2,5 мг що два тижні до 10,0 мг, якщо було 5,0–10,0 мг, зменшувати на 1,0 мг що два тижні до 5,0 мг. Якщо хворий досягнув дози преднізолону 5,0 мг, він готовий до визначення вмісту кортизолу.

У секції серцево-судинних хвороб професор Piotr Ponikowski (Wroclaw Medical University, Poland) запропонував для обговорення питання гострої серцевої недостатності. Зокрема, він зазначив, що найчастіші причини її виникнення складаються в аббревіатуру CHAMPIT (coronary syndrome, hypertensive emergency, arrhythmia, mechanical cause, pulmonary embolism, infections, tamponade). У діагностичний алгоритм окрім загальноклінічних методів досліджень (ЕКГ, пульсоксиметрія, Ехо-КГ, рентгенографія, УЗД легень) включено визначення натрійуретичного пептиду. Якщо показник становить менше 100,0 пг/мл, виключаємо серцеву недостатність, якщо більше – підтверджуємо. Лікування такого хворого залежить від наявних змін. Зокрема, якщо є гіперперфузія, слід призначити петлеві діуретики, інотропи, якщо ефекту немає – вазопресори (норепінефрин). Якщо гіперперфузії немає, застосовуємо петлеві діуретики, а за відсутності ефекту збільшуємо дози або комбінуємо різні діуретики. Якщо все ж ефекту від лікування немає й органи ушкоджуються, хворий потребує нирковозамісного лікування.

Професорка Marta Gulati (American Society of Preventive Cardiology, USA) у своїй доповіді зробила акцент на відмінностях у виникненні й перебігу серцево-судинних хвороб у жінок та чоловіків. Доповідачка зазначила, що у жінок більше чинників ризику для виникнення серцево-судинних хвороб, зокрема ускладнена вагітність. Жінки рідше ніж чоловіки піддаються лікуванню відповідно до затверджених протоколів, також серцево-судинні хвороби є недостатньо діагностованими, лікованими саме у жінок,

хоча симптоми цих хвороб у чоловіків і жінок здебільшого не відрізняються й є типовими.

На пульмонологічній сесії професор Paul O'Byrne (McMaster University, Canada) виступив із лекцією «Сучасне лікування астми» (Current management of asthma). Він наголосив, що бета-агоністи короткої дії найширше використовують у світі для послаблення симптомів астми, унаслідок чого погіршується контроль астми, посилюється бронхострикція і запалення дихальних шляхів. Надмірне використання бета-агоністів короткої дії асоційоване з посиленням тяжкості перебігу астми та смертності від бронхіальної астми. Включення інгаляційних глюкокортикостероїдів у лікування легкої астми мінімізує ризик виникнення загострень. Зазначено зміни у веденні пацієнтів із бронхіальною астмою між Gina 2018 та 2021. Згідно з рекомендаціями Gina 2021, пацієнтам на ступіні 1-2 – препаратом, який знімає напади астми, не рекомендовано призначати бета-агоністи короткої дії. Лікарський засіб, який полегшує симптоми, має містити малі дози інгаляційних глюкокортикостероїдів. Ці рекомендації прийнятні для дорослих і дітей віком від 12 років.

Професорка Katharine Woessner (Scripps Clinic Medical Group, USA) представила лекцію з теми: «Нестероїдні протизапальні препарати – загострення респіраторної хвороби: діагностика та лікування». Аспіриніндукована респіраторна хвороба (AERD) – ендотип хронічного синуситу з поліпозом носа. Це хронічне еозинофільне запалення носових пазух з або без ураження легень із чутливістю до нестероїдних протизапальних лікарських засобів (НПЗЛЗ) – інгібіторів ЦОГ-1, частіше трапляється у жінок віком 30–40 років, астма настає через один–п'ять років після початку риніту, аспірин і НПЗЛЗ викликають напади астми. Методом діагностики є провокація аспірином або НПЗЛЗ. Тяжкість хвороби наростає незалежно від того, чи припиняли використовувати НПЗЛЗ. 33,0 % хворих описують чутливість до алкоголю (чхання, бронхоспазм). Для лікування застосовують аспірин, доза коливається в межах 81,0–1300,0 мг на день. Якщо є протипоказання до лікування аспірином, рекомендовано використовувати біотерапію: дупілумаб, меполізумаб, омалізумаб.

На лекції професорки Jadwiga Wedzicha (Imperial College London, UK) розглянуто питання: як можна послабити тяжкість перебігу у хворих на хронічну обструктивну хворобу легень (ХОХЛ). Основними причинами виникнення ХОХЛ визнано куріння, забруднення навколишнього середовища, запальні хвороби легень. У групі ризику також є люди, які не курять, але в дитинстві часто мали респіраторні хвороби. Зазначмо, що особи, які перестали курити до 30 років, не ризикують захворіти на ХОХЛ, а у людей, які продовжили курити у віці 30–45 років, настає пре-ХОХЛ. Щоб знизити ризик наростання тяжкості ХОХЛ, потрібно проводити просвітницьку роботу серед хворих; хворий мусить припинити курити, рекомендовано за потреби використовувати бронходилататори, прово-

дити вакцинацію, вчасно лікувати інфекційні хвороби та загострення ХОХЛ. Із-поміж засобів фармакологічної терапії за потреби слід використовувати інгаляційні глюкокортикостероїди, інгібітори фосфодіестерази 4, муколітики й CFTR-препарати.

Професорка Uta Kunter (RWTH Aachen University, Germany – Рейнсько-Вестфальський технічний університет Аахена, Німеччина) презентувала доповідь з теми «Інфекції та нирки». Вона вела мову про поширення бактерій, зокрема лептоспірозу, застосування антибіотиків у разі асимптоматичної бактеріурії у різних регіонах світу. Рекомендовано антибактерійну терапію, оскільки клінічно доведені позитивні результати її застосування в лікуванні жінок порівняно з плацебо. Під час вибору антибактерійної терапії необхідно враховувати спектр і чутливість виявлених патогенів, ефективність щодо конкретного патогену, доведену в клінічних дослідженнях, переносимість і наявність побічних реакцій, побічні екологічні ефекти, вартість, доступність.

Рекомендовано застосовувати такі препарати у фертильних жінок: фосміцінтриметамол 3000,0 мг 1 раз на добу, один день, нітрофурантоїн макрокристали 50,0 мг чотири рази на добу, сім днів, нітрофурантоїну макрокристали пролонгованої дії 100,0 мг двічі на добу, п'ять днів, нітросолін 250,0 мг тричі на добу, п'ять днів, півмецилінам 400,0 мг тричі на день, три дні.

Професор Jurgen Floege (RWTH Aachen University, Germany – Рейнсько-Вестфальський технічний університет Аахена, Німеччина) мав доповідь з теми «Оптимальна нефропротекція у хворих на хронічну хворобу нирок». Він докладно розповів, що нефропротекція у цієї категорії хворих починається з оцінки ризику наростання тяжкості захворювання. Також потрібно контролювати цільові показники артеріального тиску та протеїнурії, розмовляти з пацієнтами про користь спорту та дієти, а також про обмеження вживання алкоголю і шкідливість нікотину. Поява інгібіторів SGLT2 змусила багатьох фахівців поглянути на проблему лікування хронічної хвороби нирок під новим кутом зору. Гліфлозини мають вагомий кардіо- і ренопротекторні властивості. Використання інгібіторів натрій-глюкозного котранспортера 2-го типу (НГЛТ-2, SGLT2), які сьогодні застосовують для лікування пацієнтів із цукровим діабетом 2-го типу (дапагліфлозину, емплагліфлозину), є перспективним для цієї категорії пацієнтів.

Професорка Tracy Balboni (Harvard Medical School, USA) наголосила на важливості духовної опіки у лікуванні тяжкохворих і ролі духовності в медицині й охороні здоров'я загалом. Її дослідження мало ґрунтовну доказову базу й засвідчило, що завдяки залученню медичних капеланів до міждисциплінарних команд, які надають допомогу таким пацієнтам, а також участі останніх у богослужіннях, знижуються смертність і кількість суїцидальних випадків, зменшується споживання наркотиків та нікотину, суттєво поліпшується психологічне здоров'я. «Духовність

має бути визнана чинником, що визначає стан здоров'я», – резюмувала доповідачка.

Гастроентерологічний блок доповідей присвячено тактиці ведення та лікуванню хелікобактерної інфекції, поліпів кишки та неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП). Так, професор Paul Moayyedi (McMaster University, Canada) дав настанови і рекомендації щодо лікування *Helicobacter pylori* згідно з торонтськими рекомендаціями (2016) і Маастрихтським консенсусом VI (2022), а саме – в регіонах із високою (>15 %) резистентністю до кларитроміцину рекомендував проводити квадротерапію з препаратом вісмуту або одночасну квадротерапію без вісмуту (інгібітор протонної помпи, амоксицилін, кларитроміцин і метронідазол). У регіонах із високою подвійною резистентністю до кларитроміцину та метронідазолу як лікування першої лінії запропоновано чотирикомпонентну схему лікування з вісмутом (рівень доказів ІІВ, сильна рекомендація). Зазначено, що успішна ерадикація *Helicobacter pylori* здатна зменшити ризик виникнення раку шлунка, тому важливою є стратегія test-and-treat («діагностуй і лікуй») у роботі з цією категорією хворих.

Професор Ian Gralnek (Technion-Israel Institute of Technology, Israel) розповів про так званий потенціал злякості поліпів кишки залежно від патоморфологічної будови поліпів і зазначив важливість програмного забезпечення колоноскопії, що уможливить вчасний скринінг передракових станів, а відтак і виникнення колоректального раку.

Професорка Shira Zelber-Sagi (University of Haifa/The Tel-Aviv Medical Center, Israel) розповіла про практичні рекомендації щодо тактики ведення пацієнтів з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП). Цей стан часто супроводжується фіброзом печінки та є чинником ризику виникнення гепатоцелюлярної карциноми. Інсулінорезистентність і порушення регуляції адипонектину, ключового гормону, що регулює енергетичний гомеостаз організму, мають вирішальну роль у патогенезі цієї хвороби. Причиною НАЖХП є висококалорійна їжа (на зразок fast food), багата на рафіновані вуглеводи, особливо на фруктозу, насичені жири і підсолоджені напої, що в комбінації з недостатньою фізичною активністю призводить до ожиріння. Безсимптомний перебіг, відсутність чітких алгоритмів діагностики створюють проблеми для лікування хворих цієї категорії. Тому рекомендовано в первинній ланці надання медичної допомоги використовувати формулу FIB-4, що дає змогу провести вчасну і просту неінвазивну оцінку фіброзу.

Доповідачка зауважила, що модифікація способу життя має вирішальне значення у лікуванні хворих із НАЖХП: середземноморська дієта, зменшення калорійності раціону, обмеження в раціоні простих вуглеводів і насичених жирів. У багатьох дослідженнях приділяють увагу фізичній активності та її здатності знижувати активність трансаміназ. За деякими дослідженнями, будь-яка активність щонайменше тричі на тиждень (не менше 150 хв на тиждень) здат-

на зменшувати підтверджені біопсією прояви фіброзу печінки. Також обмеження вживання кави до трьох-чотирьох порцій на день та повна відмова від алкоголю позитивно впливають на лікування і прогноз.

Гематологічний блок представлено трьома доповідями. Професор Andreas Greinacher (University of Greifswald, Germany) розповів про гепариніндуковані, вакциніндуковані та інші імунні тромбоцитопенії. Докладно описавши складний каскад імунологічних реакцій, які лежать в основі цих процесів, доповідач звернув увагу на комплекс ефективних заходів у розв'язанні згаданих проблем, а саме – вчасну діагностику клініцистами, обізнаність громадськості та розробку чітких алгоритмів дій для закладів первинної медичної допомоги.

На ревматологічній секції обговорювали особливості діагностики системних хвороб сполучної тканини. Зокрема, професорка Kim Legault (McMaster University, Canada) представила два клінічних випадки, на прикладі яких продемонстровано труднощі діагностики системного червоного вовчака у хворих із неспецифічними клінічними проявами (хронічний біль, втома, когнітивні порушення). Доповідачка запропонувала декілька практичних порад для того, щоб уникнути діагностичних помилок у лікуванні: подумати про інші стани, що супроводжуються подібною симптоматикою, провести детальне обстеження, використовуючи за потреби біопсію тканин, дослідження рідинного вмісту плевральних порожнин, серологічні дослідження; дотримуватися класифікаційних критеріїв системного червоного вовчака згідно з рекомендаціями Американської колегії ревматологів та Європейської протиревматичної ліги (2019); виявляти і вчасно усувати можливі причини загострення, наприклад, сепсис і ендокринні порушення.

У своїй доповіді професорка торкнулася питання діагностичної цінності деяких лабораторних маркерів системних хвороб. Зокрема, звернула увагу на те, що антинуклеарні антитіла є обов'язковим діагностичним критерієм варіанта системного червоного вовчака, але їхня відсутність не виключає наявності шкірного вовчака. Крім цього, антинуклеарні антитіла не корелюють із активністю хвороби і не потребують повторної оцінки, на відміну від антитіл до двохспіральної дезоксирибонуклеїнової кислоти, які характеризуються високою специфічністю та залежать від активності хвороби. Зменшення вмісту комплексу С3, С4 у крові є чутливим маркером системного червоного вовчака, а збільшений титр характерніший для інфекційних ускладнень. Доповідачка нагадала також, що ШОЕ та С-РП є малоінформативними для оцінювання загострень, оскільки навіть за умови важкого перебігу ці показники перебувають у межах нормативних значень.

Були обговорені рекомендації Європейської протиревматичної ліги з лікування хворих на системний червоний вовчак без ураження нирок, зокрема, особливості призначення антималярійних засобів, глюкокортикоїдів короткої дії, цитотоксичних та імуно-

біологічних лікарських засобів. Менеджмент люпус-нефриту передбачає вибір лікарських засобів залежно від патоморфологічного класу. Клас I (із мінімальними мезангіальними змінами) та клас II (мезангіопроліферативний) вимагатимуть лише ренопротекції з використанням інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту і сартанів. Для лікування фокального та дифузного проліферативного люпус-нефриту, що відповідають класу III і класу IV, потрібні глюкокортикоїди дозою 1,0 мг/кг та мікофенолатумофетил дозою 2,0–3,0 мг/кг або циклофосфамід. У разі мембранозного нефриту лікування залежатиме від величини протеїнурії: якщо вміст білка не перевищуватиме 3,5 мг, рекомендовано інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту й сартани, за наявності нефротичного синдрому слід призначати глюкокортикоїди та цитостатики.

Ревматологічну секцію продовжив професор Mohanad Abu-Hilal (McMaster University, Canada), який доповів про особливості диференційної діагностики ревматичних хвороб, що супроводжуються змінами на шкірі. На прикладі клінічних випадків він показав, як біопсія шкіри та біохімічні маркери системних хвороб сполучної тканини можуть полегшити діагностичний пошук. Доповідач поділився клінічним досвідом використання капіляроскопії для диференційної діагностики системного червоного вовчака та дерматомиозиту.

Краків відвідала делегація ЛНМУ у складі професорки Т. М. Соломенчук та професора В. А. Скибчика (кафедра сімейної медицини ФПДО), професорки Т. І. Негрич (кафедра неврології), доцентів Л. В. Циганик, М. Л. Фармаги, О. П. Фаюри, асистентів І. Ю. Корнійчук, А. Б. Федець, В. В. Чемес (кафедра внутрішньої медицини № 1).

Були записані відео в форматі питання – відповідь із професоркою Т. М. Соломенчук, професором В. А. Скибчиком, професоркою Т. І. Негрич у галузі спеціалізації. Підписано Договір про міжнародну співпрацю між ЛНМУ імені Данила Галицького та Фондом «Польський інститут доказової медицини» в особі MD, PhD, Piotr Gajewski (FACP, Голова оргкомітету MIRCIM, Президент Польського інституту доказової медицини, Assistant Professor, Department of Medicine, McMaster University, Canada).

У рамках цього Договору планується робота над проектом Empendium і видання посібника «Внутрішні хвороби», заснованого на принципах доказової медицини, який міститиме повну та скорочену версії українською мовою з адаптацією до локальних умов.

Стаття надійшла до редакції журналу 21.10.2022 р.

Конфлікт інтересів

Автори цієї статті стверджують, що конфлікту інтересів немає.

Відомості про авторів

1. Негрич Тетяна Іванівна; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра неврології (79010, м. Львів, вул. Юрія Руфа, 6; +38(032)276-93-25, +38(032)236-82-97, +38(032)236-83-97, +38(032)236-82-61, +38(032)236-83-26); докторка медичних наук, професорка, завідувачка кафедри; +38(067)709-70-61; <https://orcid.org/0000-0003-0170-511X>
2. Фаюра Оксана Петрівна; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра внутрішньої медицини № 1 (79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69; +38(032)276-97-63); кандидатка медичних наук, доцентка кафедри; 79067, м. Львів, вул. Полуднева, 7, кв. 2; +38(096)814-17-49, fayurchuk@ukr.net; <https://orcid.org/0000-0003-1122-9030>
3. Чемес Вікторія Вікторівна; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра внутрішньої медицини № 1 (79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69; +38(032)276-97-63); асистентка кафедри; 79013, м. Львів, вул. Київська, 34, кв. 11; + 38(098)134-92-93; viktoriya0001@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-9584-637X>
4. Циганик Лілія Володимирівна; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра внутрішньої медицини № 1 (79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69; +38(032)276-97-63); кандидатка медичних наук, доцентка кафедри; 79060, м. Львів, вул. Наукова, 41, кв. 73; +38(067)957-71-25, itsyhanyk@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-6165-5586>
5. Корнійчук Ірина Юріївна; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра внутрішньої медицини № 1 (79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69; +38(032)276-97-63), кандидатка медичних наук; асистентка кафедри; 79014, м. Львів, вул. Личаківська, 119; +38(066)732-28-70; irina_korniychuk@ukr.net; <https://orcid.org/0000-0003-0438-1341>
6. Фармага Марта Любомирівна; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра внутрішньої медицини № 1 (79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69; +38(032)276-97-63); кандидатка медичних наук; доцентка кафедри; 79067, м. Львів, вул. Запорізька, 4, кв. 1; + 38(098)806-79-58; martafarmaha@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-1298-4644>
7. Федець Ангела Богданівна; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра внутрішньої медицини № 1 (79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69; +38(032)276-97-63); кандидатка медичних наук; асистентка кафедри; 79021, м. Львів, вул. Кульпарківська, 176, кв. 55; +38(096)367-13-88; anhelafed@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-5016-5776>