

©О. І. Погоріла <https://orcid.org/0000-0001-6824-232X>

©О. Є. Коваленко <https://orcid.org/0000-0002-5927-5565>

©Л. В. Клименко <https://orcid.org/0000-0001-6749-113X>

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

МЕТОДОЛОГІЧНІ ТА КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА З ГЕМАТОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

РЕЗЮМЕ. Розвиток сімейної медицини потребує комплексного підходу при огляді хворого та наданні сучасної медичної допомоги пацієнтам, що підвищує вимоги до підготовки сімейних лікарів. Велику медико-соціальну проблему складають хвороби крові, зокрема, онкологічні, тому поліпшення ранньої діагностики має велике значення.

Мета – удосконалення підготовки лікарів загальної практики з питань раннього виявлення онкогематологічної патології шляхом поліпшення методики та клінічного аналізу в навчальному процесі спеціалістів на прикладі розбору клінічного випадку з особистої практики.

Матеріал і методи. Використано бібліосемантичний метод, спостереження та аналіз.

Результати й обговорення. Опитування сімейних лікарів показало їх недостатнє розуміння своїх компетенцій у допомозі хворим з гематологічною патологією, зокрема, онкогематологічною, коли рання діагностика та ведення цих хворих з приводу коморбідних станів має велике значення. Тому роз'яснення та нагадування компетенцій сімейним лікарям при їх підготовці має займати належне місце, адже ця категорія хворих зазвичай перший свій візит робить до сімейного лікаря. Через недосконале вміння пальпації лімфатичних вузлів та селезінки сімейні лікарі часто не застосовують це на практиці, тому відпрацювання навичок та робота «біля ліжка хворого» гостро необхідні. Наведений у статті клінічний приклад та його розбір є ефективною методикою навчання лікарів.

Висновки. Сімейні лікарі часто недооцінюють своє значення у наданні медичної допомоги онкогематологічним хворим через нестачу теоретичних знань та практичних навичок, тому покращення підготовки сімейних лікарів має компенсувати ці недоліки. У разі наявності неспецифічних синдромів – інтоксикаційного, запально-інфекційного, а також більш специфічних синдромів – анемічного та геморагічного, під підозрою мають бути онкогематологічні захворювання. Невід'ємними складовими обстеження хворого з поліморбідною патологією мають бути аналіз крові, пальпація селезінки та лімфатичних вузлів. Загострення уваги лікарів при викладанні та детальний клінічний розбір клінічних випадків за темою мають бути невід'ємними компонентами ефективної підготовки лікарів загальної практики.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: підготовка сімейних лікарів; онкогематологічна патологія; поліморбідні захворювання.

Вступ. Розвиток сімейної медицини потребує комплексного підходу до оцінки стану пацієнта та надання сучасної медичної допомоги. Саме холістичний підхід на принципах доказової медицини є одним із провідних компетенцій лікаря загальної практики. Разом із цим, невід'ємним питанням є забезпечення належної методологічно опрацьованої підготовки сімейного лікаря, де найефективнішим є навчання «біля ліжка хворого» [1–4].

Незважаючи на успіхи у діагностиці та лікуванні різних захворювань, проблема раннього виявлення різної патології, зокрема, онкогематологічної, залишається гостро актуальною [5, 6]. Відсутність планових профілактичних оглядів та звернення пацієнтів з ускладненими стадіями захворювання впливає на результати лікування та прогноз якості та тривалості життя, що особливо гостро постало під час війни, коли додалася суттєва кількість факторів ризику та зменшились можливості медичної допомоги в країні.

Як відомо, показники крові є вагомим відображенням тих чи інших змін в організмі людини, навіть тоді, коли об'єктивні клінічні прояви хвороби ще маловиразні. Особливо гостро це стосується онкологічних та гематологічних захворювань, оскільки й з цією вузькоспеціалізованою патологією пацієнт свій перший візит спрямовує до лікаря первинної ланки медичної допомоги, а втрата часу на верифікацію хвороби та зволікання з належною медичною допомогою можуть бути фатальними для хворого. Тому вже при первинному зверненні хворого до сімейного лікаря важливим є вміння виявити найперші симптоми захворювання, вирізнити прояви та дослідити зв'язок між собою декількох патологій у випадку поліморбідності, визначити пріоритетність надання медичної допомоги, фахово організувати подальший маршрут пацієнта. У зв'язку з цим вимоги до підготовки сімейного лікаря як на додипломному, так і на післядипломному рівнях безперервно зростають [2, 4, 5].

У зв'язку з цим ми поставили за **мету** обґрунтування та удосконалення методології обстеження пацієнта з гематологічною патологією на етапі первинного звернення до лікаря загальної практики щодо визначення ранніх ознак первинних і вторинних імунodefіцитів у дітей і дорослих пацієнтів з онкогематологічними проявами на прикладі аналізу клінічного випадку з особистої практики. Це сприятиме поліпшенню медичної допомоги гематологічним хворим та процесу викладання у підготовці сімейних лікарів.

Матеріал і методи дослідження. У дослідженні було використано бібліосемантичний метод, спостереження та аналіз.

Результати й обговорення. Проведене нами опитування сімейних лікарів показало недостатню впевненість у клінічній оцінці ранніх ознак онкогематологічної патології та вмінні клінічного обстеження лімфатичних вузлів та селезінки, інтерпретації показників крові, особливо у разі декількох хвороб у пацієнта. І, хоча робота сімейного лікаря відзначається суттєвим навантаженням та лімітованим робочим часом, вона вимагає швидкого реагування, ефективного огляду пацієнта, прийняття відповідних рішень та призначення відповідного маршруту пацієнта для забезпечення подальшого лікування. Поєднання різних захворювань (коморбідні та поліморбідні стани) ускладнює діагностичний пошук та може призвести до помилкових діагнозів, призначення неналежного лікування, спроможного навіть нанести шкоду здоров'ю пацієнта через побічні ефекти та протипоказання. Тому в навчальному процесі лікарів потрібно загострювати їхню увагу на тому факті, що різні захворювання людини часто поєднуються з розвитком онкологічних, зокрема онкогематологічних захворювань, і їхнє своєчасне виявлення є неабиякою важливою задачею [5–10].

Важливим є не тільки виявлення одночасно різної патології, а інтегроване ведення пацієнта, яке включає розподіл хворих за ступенем тяжкості наявних захворювань, надання переваги у лікуванні різної патології з оцінкою сумісності фармакологічних препаратів, виявлення груп хворих з хронічними захворюваннями для проведення контрольних оглядів та своєчасного лікування, проведення профілактичних заходів. Фаховий цілісний (холістичний) підхід до стану хворого дає уяву не тільки про загальний стан пацієнта, а й про окреме захворювання, що робить комплексну, мультидисциплінарну оцінку при огляді хворого актуальною для підвищення ефективності роботи сімейного лікаря та результатів медичної допомоги [2–4].

Тому алгоритм обстеження пацієнта має включати такі основні завдання:

1. Провести опитування скарг та їх градацію за ймовірною належністю до тих чи інших захворювань (специфічні та загальні), дослідити зв'язок їх між собою.

2. Дослідити анамнез різних захворювань та життя пацієнта, сімейний та соціальний анамнез, алергологічний та медикаментозний анамнез.

3. Провести повний клінічний огляд пацієнта.

4. Оцінити результати загальноклінічного огляду хворого та виявити основні синдроми, характерні для цих захворювань, провести попередню інтерпретацію.

5. Розробити план подальшого маршруту пацієнта – лабораторного, інструментального обстеження та консультацій інших спеціалістів, лікування хворого. Визначити першочерговість дій в кожній конкретній ситуації.

6. На всіх етапах залучати пацієнтів до прийняття рішень.

Для ефективної медичної практики сімейному лікарю слід бути глибоко ознайомленими з теоретичним матеріалом за навчальною темою і пам'ятати, що імунodefіцити (ІД), зокрема первинні імунodefіцити (ПІД), часто асоціюються з гематологічними проявами, такими як периферичні цитопенії або лімфопроліферативні синдроми. Вторинний імунodefіцит (ВІД) також може бути викликаний онкогематологічними захворюваннями та специфікою їхнього лікування [5, 7, 8]. Тому лікарі загальної практики, гематологи та онкологи не повинні забувати про зв'язок між захворюваннями крові та онкологічними захворюваннями і бути готовими запропонувати своїм пацієнтам відповідну медичну допомогу без зволікань. Рання діагностика та лікування мають значне позитивне прогностичне значення [5–10].

Онкогематологічні захворювання поділяються на гострі та хронічні, для чого при підготовці та перепідготовці лікарів первинної ланки викладачі надають відповідний теоретичний та практичний матеріал, який має бути чітким, лаконічним, інтегрованим. Зазначається, що для діагностики цих захворювань важливим є виявлення наступних як неспецифічних, так і специфічних синдромів: інтоксикаційного, анемічного, геморагічного, лімфопроліферативного, гепатолієнального та/або спленомегалії. Зазвичай хворі з гострим лейкозом звертаються до лікаря невдовзі від маніфесту хвороби через стрімкий перебіг патології та погіршення стану. Натомість пацієнти з хронічними лімфопроліферативними та мієлопроліферативними захворюваннями навпаки, досить довго не звертаються до лікаря. Захворювання може мати тривалий перебіг, стан пацієнта погір-

шується поступово. Навіть уже після появи клінічних ознак захворювання, частіше хворий на них не звертає уваги. Тільки при значному погіршенні стану пацієнт нарешті звертається до сімейного лікаря, домінуючою причиною звернення можуть бути інфекційні процеси різної локалізації з ознаками інтоксикаційного синдрому. Сімейний лікар, як правило, свою увагу зосереджує на причинах звернення пацієнта, збирає анамнез, проводить клінічний огляд та лабораторно-інструментальні дослідження [6–10]. Як попередньо зазначалось, опитування нами сімейних лікарів виявило, що при клінічному огляді на практиці далеко не кожному пацієнту проводять належне комплексне обстеження, а саме – пальпацію периферичних лімфатичних вузлів та селезінки, що пов'язують як з нестачею робочого часу, так і з ненаданням достатнього значення повному клінічному огляду та невпевненістю в своїх практичних навичках щодо виявлення ознак гематологічної патології.

Тому слід загострити увагу лікарів, що інтоксикаційний синдром, як відомо, є слабоспецифічним проявом хвороб, оскільки може бути як за наявності інфекційного процесу (найчастіше), так і пухлинної природи. Досить поширеним явищем, пов'язаним зі зниженням імунного захисту, є ко- та поліморбідність, тому досить часто хворі з онкогематологічними захворюваннями звертаються до сімейного лікаря саме з проявами інфекційного процесу як більш рутинною й найпоширенішою проблемою, особливо в міжсезоння, коли респіраторна інфекційна захворюваність зростає й знижує пильність щодо онкології. Натомість, слід загострити увагу лікарів, що при класичному перебігу хвороб інтоксикація пухлинного ґенезу має деякі особливості, що проявляється підвищенням температури вище 38° С, нічною пітливістю, втраченою ваги за 6 місяців до 10 %. Зазвичай лікар проводить обстеження та лікування стосовно певного інфекційно-запального процесу, який був причиною звернення пацієнта, тоді як більш тяжка й прогностично несприятлива хвороба залишається недіагностованою і, нерідко, у разі недостатнього клінічного обстеження на першому візиті до сімейного лікаря, навіть буває поза підозрою. Проте, слід наголосити, що через слабку специфічність ранніх проявів онкогематологічної патології і високу ймовірність ко- та поліморбідності, зокрема, супутніх інфекційно-запальних захворювань, клінічне обстеження пацієнта має супроводжуватися прискіпливим обстеженням лімфатичних вузлів та пальпацією селезінки. Крім того, при первинному огляді пацієнта сімейному лікарю завжди слід дуже уважно ставитись до можливих клінічних проявів анемії (блідість шкіри та слизових), хоча

для діагностики онкогематологічних захворювань цього недостатньо, оскільки анемічний синдром у цієї категорії хворих спостерігається досить часто, а також може бути проявом інших патологій (жіночі хвороби, виразки шлунково-кишкового тракту тощо). Тому прискіпливий огляд і обстеження пацієнта для виявлення інших, більш специфічних змін і синдромів, є гостро нагальними [5–10].

Однак слід підкреслити, що у онкогематологічних хворих прояви анемічного синдрому і його клінічні прояви залежать від ступеня тяжкості анемії. При опитуванні і огляді пацієнта можна виявити загальні ознаки анемії та сидеропенії. При виявленні клінічних ознак анемії лікар первинної ланки повинен проводити диференційну діагностику щодо визначення ймовірної природи анемії, виявлення онкологічних та інших хронічних захворювань. Дуже важливим є не лише дослідження показників обміну заліза, вітаміну В12, фолієвої кислоти, а проведення обстеження для виключення онкологічних захворювань, зокрема онкогематологічних. Отже, у хворого з анемією слід проводити подальше виявлення ймовірних більш специфічних ознак – інтоксикаційного, геморагічного, лімфопроліферативного синдромів, спленомегалії, що дозволить з більшою ймовірністю верифікувати попередній діагноз та покращити діагностику онкогематологічних захворювань. Дуже важливою для сімейного лікаря і гематолога є діагностика геморагічного синдрому, з приводу якого пацієнт може звернутись до лікаря з різними його проявами. Слід не забувати, що прояви геморагічного синдрому можуть бути зовнішніми та внутрішніми, а кровотечі – відкритими та закритими, що становлять загрозу для життя. При виявленні геморагічного синдрому обов'язковим є визначення в аналізі крові кількості тромбоцитів, оцінка згортальної системи крові (коагулограми) та виявлення інших синдромів, які допомагають у діагностиці онкогематологічних захворювань [6–10].

Також на первинній ланці медичної допомоги кожному пацієнту необхідно проводити дослідження периферичних лімфатичних вузлів та селезінки для виявлення/виключення лімфопроліферативного синдрому та спленомегалії. Особливе значення це має для діагностики хронічних лімфо- та мієлопроліферативних захворювань і опрацюванню цього питання має приділятися належна увага на практичних заняттях для лікарів.

Пацієнт може звернутись до сімейного лікаря з проявами різних вищевказаних синдромів, тому особливу увагу слід приділити випадкам поєднання цих синдромів задля виключення або підтвердження онкогематологічних захворювань.

Клінічний випадок. Пацієнт Ф., 1973 року народження, звернувся на консультацію до гематолога (чергового у відділенні) ввечері у вихідний день з направленням від сімейного лікаря. Скаржитися на слабкість, втому, підвищення температури до 38 °С, пітливість, зниження маси тіла на (близько 10 кг за три тижні).

З анамнезу хвороби відомо, що пацієнт хворіє близько трьох тижнів, коли з'явилися слабкість, втома, підвищення температури до 39 °С, пітливість, кашель. Проводилось лікування у сімейного лікаря, отримував антибактеріальні препарати регос. Через тиждень стан хворого погіршився. У ЛОР лікаря-оториноларинголога проводилось розкриття паратонзиллярного абсцесу, призначено антибактеріальні препарати парентерально. Стан незначно покращився. В подальшому проводилось обстеження і лікування у стоматолога (стоматит, гінгівіт). Виписки відсутні. Стан пацієнта не змінювався і лише через тиждень було призначено загальний аналіз крові з формулою у вихідний день. За результатами загального аналізу крові виявлено лейкоцитоз 48×10^9 , гемоглобін 102 г/л, еритроцити $2,2 \times 10^{12}$, ШОЕ 70 мм/год, у формулі крові визначено 100 % лімфоцитів. Направлений в терміновому порядку на консультацію до гематолога для вирішення питання госпіталізації.

У приймальному відділенні проводили наступні обстеження: загальний аналіз крові, біохімія крові, група крові, резус фактор, рентгенографія органів грудної порожнини, консультація лікаря-оториноларинголога, гематолога.

Загальний аналіз крові: лейкоцити 52×10^9 , гемоглобін 107 г/л, еритроцити $3,2 \times 10^{12}$, гематокрит 32,7 %, тромбоцити 88×10^9 , лейкограма відсутня.

Консультація лікаря-оториноларинголога: на момент огляду (фарингоскопія) стан після розкриття паратонзиллярного абсцесу зліва. Патології паратонзиллярної клітковини та іншої патології ЛОР-органів наразі не виявлено. Рекомендовано лікування основного захворювання.

Рентгенографія органів грудної порожнини: легені та серце в межах вікових змін.

Консультація гематолога. Попередній діагноз: лейкоцитоз, тромбоцитопенія, гострий лейкоз? Хворий для подальшого обстеження і лікування госпіталізований у відділення гематології.

При огляді стан пацієнта середнього ступеня тяжкості. Свідомість ясна, нормостенічна статура. Шкіра блідо-рожевого кольору, поодинокі синці на шкірі тулуба різної давнини (після травмування?). При пальпації виявлено підщелепні та пахвинні лімфатичні вузли, еластичні, не болючі, до 1,0–1,2 см.

При огляді ротової порожнини – гіперемія слизової оболонки ротоглотки, значна гіпертрофія та кровоточивість ясен.

АТ 125/80 мм рт. ст., тони серця ослаблені, ритмічні, пульс 76 уд. на хв.

При перкусії над легеньми вислуховується легеневий звук. При аускультації легень дихання везикулярне, в нижніх відділах послаблене, хрипи не вислуховуються.

При пальпації живіт м'який, не болючий. Печінка, селезінка не збільшені. Дефекація, діурез в нормі. Периферичні набряки відсутні.

Призначено комплексне планове лабораторно-інструментальне обстеження в динаміці. Призначено лікування: антибактеріальна, протигрибкова, симптоматична терапія.

Наступного дня в аналізі крові виявлено: $85,7 \times 10^9$, гемоглобін 84 г/л, еритроцити $2,5 \times 10^{12}$, гематокрит 26,4 %, тромбоцити 14×10^9 , лейкограма: бластні клітини – 64 %, мієлоцити – 11 %, метамієлоцити – 7 %, паличкоядерні нейтрофіли – 2 %, сегментоядерні нейтрофіли – 3 %, лімфоцити – 11 %, моноцити – 2 %. За результатами мієлограми діагностована тотальна бластна метаплазія. Наведені дані підтверджують діагноз гострого лейкозу. Для встановлення варіанту гострого лейкозу біоматеріали направлені в лабораторію для проведення імунного фенотипування та цитохімічного дослідження. В лікуванні планується проведення поліхіміотерапії.

Аналіз наведеного клінічного випадку показав, на яких пунктах у межах клінічного розбору під час навчання лікарів за фахом «Загальна практика – сімейна медицина» слід зробити акценти:

1. Хворий звернувся вперше до лікаря з ознаками запального процесу та інтоксикаційного синдрому – неспецифічними синдромами, які можуть супроводжувати різні захворювання, тому слід розглянути їх ймовірність, починаючи з найпоширеніших патологій.

2. Має викликати підозру той факт, що, незважаючи на антибіотикотерапію одного інфекційного процесу, на цьому тлі виник інший запальний процес (паратонзиллярний абсцес), що потребувало більш ретельного обстеження, дослідження показників крові. На жаль, навіть загального аналізу крові в амбулаторній карті хворого на той момент не було.

3. Саме поєднання різних запальних процесів у хворого, зокрема, паратонзиллярний абсцес, стоматит, гінгівіт, а також важкий перебіг захворювання, відсутність позитивних результатів лікування, повинно викликати ще більшу насторогу стосовно наявності у пацієнта захворювань крові.

4. Особливістю даного випадку є те, що у хворого спочатку переважав неспецифічний ін-

токсикаційний синдром та запальні процеси, проте більш специфічні гематологічні прояви – анемічний і геморагічний синдроми, хоча й були менш виразними, вчасно не досліджувались.

5. Своєчасне дослідження загального аналізу крові і контроль показників у динаміці послужили б обґрунтуванням до раннього спрямування хворого лікарем первинної ланки на планову консультацію до гематолога для підтвердження/виключення захворювань крові.

6. Також, враховуючи перелік компетенцій сімейного лікаря, при необхідності та за станом пацієнта і фаховим обґрунтуванням, доцільною була б госпіталізація в центральну районну лікарню, де б в подальшому була забезпечена консультація гематолога.

7. При оформленні документації пацієнта у разі направлення на невідкладну консультацію до гематолога необхідно вказувати попередній діагноз, що не було здійснено в наведеному вище клінічному випадку.

Висновки. Оскільки сімейні лікарі часто недооцінюють своє значення у наданні медичної допомоги онкогематологічним хворим через нестачу теоретичних знань та практичних навичок, покращення підготовки сімейних лікарів має

компенсувати ці недоліки. У разі наявності неспецифічних синдромів – інтоксикаційного, запально-інфекційного, а також більш специфічних синдромів – анемічного та геморагічного, під підозрою завжди мають бути онкогематологічні захворювання. Невід'ємними складовими обстеження хворого з поліморбідною патологією мають бути аналіз крові, пальпація селезінки та лімфатичних вузлів. Загострення уваги лікарів при викладанні та детальний клінічний розбір клінічних випадків за темою мають бути невід'ємними компонентами ефективної підготовки лікарів загальної практики.

Джерела фінансування. Власні кошти авторів.

Внесок авторів:

О. І. Погоріла – збір і обробка матеріалів, підбір та опис клінічного випадку, написання тексту;

О. Є. Коваленко – концепція та методологія тексту, участь у трактуванні та складанні тексту, огляді літератури, редагування тексту;

Л. В. Клименко – участь у підборі літератури та методологічному забезпеченні підготовки статті.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Становлення нової моделі надання первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні – не данина моди, а об'єктивна реальність / Матюха Л.Ф. та ін. *Сімейна медицина*. 2013. Т.4. Вип. 48. С. 157–158.

2. Чернобровий В. М. Загальна практика – сімейна медицина: основи інформатики, доказова медицина, скринінг-діагностика, диспансеризація, телемедицина. Вінниця: ТОВ «Видавництво-друкарня ДІЛО». 2011. 84 с.

3. The state of health advocacy training in postgraduate medical education: a scoping review / McDonald M. et al. *Med Educ*. 2019. No. 53(12). P. 1209–1220. DOI: 10.1111/medu.13929.

4. Whole person assessment for family medicine: a systematic review / Thomas H. R. et al. *BMJ Open*. 2023. No. 13(4). P. e065961. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-065961.

5. Rivière J. G. PIDCAP expert group; Cos X, Serrapicamal X, Soler-Palacin P. Development of an Expert-Based Scoring System for Early Identification of Patients with Inborn Errors of Immunity in Primary Care Settings – the PIDCAP Project. *J Clin Immunol*. 2024. No. 45(1). P. 26. DOI: 10.1007/s10875-024-01825-3.

6. Інфекційні ускладнення у хворих на хронічну лімфоцитарну лейкемію. / Гайдукова С. М. та ін. *Нові в гематології та трансфузіології*. 2005. Вип. 3. С. 38–51.

7. Treatment patterns and burden of infection in patients with chronic lymphocytic leukemia and secondary immunodeficiency: a retrospective database study / Siffel C. et al. *Ann Hematol*. 2024. No. 103(11). P. 4567–4580. DOI: 10.1007/s00277-024-05984-6.

8. Silvia Sánchez-Ramón, Arancha Bermúdez, Luis Ignacio González-Granado, Carlos Rodríguez-Gallego, Ana Sastre, Pere Soler-Palacin; ID-Signal Onco-Haematology Group. Primary and Secondary Immunodeficiency Diseases in Oncohaematology: Warning Signs, Diagnosis, and Management. 2019. No. 26.10. 586. DOI: 10.3389/fimmu.2019.00586.eCollection 2019.

9. Матлан В. Л. Профілактика та лікування інфекційних ускладнень у онкогематологічних хворих *Український журнал гематології та трансфузіології*. 2006. № 6 (6). С. 5–15.

10. Del Favero F., Bucaneve G., Furno P. Choice of empirical therapy and prophylaxis *Hematol. J.* 2004. No. 5. P. 53–58.

REFERENCES

1. Matyukha LF, Hoyda NH, Odrzyn'skyi VA, Kovalenko OYe, et al. Stanovlennya novoyi modeli nadannya pervynnoyi medyko-sanitarnoyi dopomohy na zasadakh simeynoyi medytsyny v Ukraini – ne danyina mody, a

ob'yektyvna real'nist' [The formation of a new model of primary health care on the basis of family medicine in Ukraine is not a tribute to fashion, but an objective reality]. *Simeyna medytsyna*. 2013;4(48):157–158. Ukrainian.

2. Chernobrovyy VM. Zahal'na praktyka – simeyna medytsyna: osnovy informatyky, dokazova medytsyna, skryninh-diahnostyka, dyspanseryzatsiya, telemedytsyna [General practice - family medicine: basics of informatics, evidence-based medicine, screening diagnostics, medical examination, telemedicine]. Vinnytsia: LLC "Publishing house-printing house DILO"; 2011. Ukrainian.
3. McDonald M, Lavelle C, Wen M, Sherbino J, Hulme J. The state of health advocacy training in postgraduate medical education: a scoping review. Med Educ. 2019;53(12):1209-1220. DOI:10.1111/medu.13929.
4. Thomas HR, Best M, Chua D, King D, Lynch J. Whole person assessment for family medicine: a systematic review. BMJ Open. 2023; 13(4):e065961. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-065961.PMID: 37080631
5. Rivière JG, Carot-Sans G, Piera-Jiménez J, de la Torre S, PIDCAP expert group, Cos X, Serra-Picamal X, Soler-Palacin P. Development of an Expert-Based Scoring System for Early Identification of Patients with Inborn Errors of Immunity in Primary Care Settings - the PIDCAP Project. J Clin Immunol. 2024;45(1):26. DOI: 10.1007/s10875-024-01825-3.
6. Haydukova SM, Vydyborets' SV, Karnabeda OA, et al. Infektsiyni uskladnennya u khvorykh na khronichnu limfotsytarnu leykemiyu [Infectious complications in patients with chronic lymphocytic leukemia]. Nove v hematolohiyi ta transfuziolohiyi. 2005;3:38–51. Ukrainian.
7. Siffel C, Richter J, Anderson-Smits C, Kamieniak M, Ren K, Shah D, Davids MS. Treatment patterns and burden of infection in patients with chronic lymphocytic leukemia and secondary immunodeficiency: a retrospective database study. Ann Hematol. 2024;103(11):4567-4580. DOI: 10.1007/s00277-024-05984-6.
8. Sánchez-Ramón S, Bermúdez A, González-Granado LI, Rodríguez-Gallego C, Sastre A, Soler-Palacín P, ID-Signal Onco-Haematology Group. Primary and Secondary Immunodeficiency Diseases in Oncohaematology: Warning Signs, Diagnosis, and Management. 2019;26:10:586. DOI: 10.3389/fimmu.2019.00586.eCollection 2019.
9. Matlan VL. Profilaktyka ta likuvannya infektsiynikh uskladnen' u onkohematolohichnykh khvorykh [Prevention and treatment of infectious complications in oncohematological patients.]. Ukrayins'kyi zhurnal hematolohiyi ta transfuziolohiyi. 2006;6:5-15. Ukrainian.
10. Del Favero F, Bucaneve G, Furno P. Choice of empirical therapy and prophylaxis. Hematol. J. 2004;5:53-58.

O. I. Pohorila, O. Ye. Kovalenko, L. V. Klymenko

Shupyk National University of Health Care of Ukraine, Kyiv, Ukraine

METHODOLOGICAL AND CLINICAL ASPECTS OF MANAGING HEMATOLOGICAL PATHOLOGY PATIENT IN A FAMILY DOCTOR PRACTICE ON A CLINICAL CASE EXAMPLE

SUMMARY. The development of family medicine requires a comprehensive approach to examining the patient and providing modern medical care to patients. In this regard, the requirements for training a family doctor at both undergraduate and postgraduate levels are constantly increasing. Blood diseases, in particular, oncological ones, constitute a major medical and social problem, therefore improving their early diagnosis is great importance.

The aim – to improve the training of general practitioners in identifying the earliest signs of oncohematological pathology by improving the methodology and clinical analysis in the educational process of specialists using the example of analyzing a clinical case from personal practice.

Material and Methods. bibliosemantic, observation and analysis methods were used.

Results. A survey of family doctors showed their insufficient understanding of their competencies in helping patients with hematological pathology, in particular, oncohematological, when early diagnosis is of great importance, as well as further management of these patients regarding comorbid conditions. Therefore, explaining and reminding family doctors of competencies in their training should take their due place, because this category of patients usually directs their first visit to a family doctor. Due to the imperfect ability to palpate the lymph nodes and spleen, family doctors often do not apply this in practice, so practicing skills and working "at the patient's bedside" is urgently needed. The clinical example given in the article and its analysis is an effective method of training doctors, in particular with oncohematological pathology.

Conclusions. Family doctors often underestimate their importance in providing medical care to oncohematological patients due to the lack of theoretical knowledge and practical skills, so improving the training of family doctors should compensate for these shortcomings. In the presence of non-specific syndromes – intoxication, inflammatory and infectious, as well as more specific syndromes – anemic and hemorrhagic, oncohematological diseases should always be suspected. Integral components of the examination of a patient with polymorbid pathology should be a blood test, palpation of the spleen and lymph nodes. Increased attention of doctors during teaching and detailed clinical analysis of clinical cases on the topic should be integral components of effective training of general practitioners.

KEY WORDS: training of family doctors; oncohematological pathology; polymorbid diseases; family doctor.

Отримано 17.04.2025

Електронна адреса для листування: oksanapogorila19@gmail.com