

ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ, ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ
ТА ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

на методичній нараді

кафедри сімейної медицини, пропедевтики
внутрішньої медицини та лабораторної діагностики

Завідувач кафедри

_____ професор Ірина ВИСОЧИНА

№ __ «__» _____ 2026 р.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Навчальна дисципліна	«Загальна практика – сімейна медицина» Блок 6.3. «Внутрішня медицина»
Змістовий модуль	Змістовий модуль 1. «Організаційні аспекти системи первинної медичної допомоги в Україні, пріоритетна роль сімейної медицини в системі охорони здоров'я»
Тема заняття	Тема 2 Клінічне мислення сімейного лікаря. Симптомно-орієнтований підхід. Червоні прапорці на первинному рівні. Робота в умовах невизначеності. Безперервність медичної допомоги.
Курс	VI
Факультет	Медичний
Спеціальність	222 «Медицина»
Кількість годин	2
Автори	PhD Т.О. Яшкіна

Методичні рекомендації складено відповідно до освітньо-професійної програми підготовки магістрів за спеціальністю 222 «Медицина».

Дніпро

I. Актуальність

Клінічне мислення в загальній практиці – сімейній медицині має особливості, зумовлені самим контекстом первинної медичної допомоги. Пацієнт часто звертається не з готовим діагнозом, а з симптомом або поєднанням неспецифічних скарг на ранньому етапі захворювання. Частота тяжкої патології серед таких звернень нижча, ніж у спеціалізованому стаціонарі, однак саме сімейний лікар має своєчасно розпізнати невелику частку пацієнтів із потенційно небезпечним станом.

Тому метою первинної консультації не завжди є негайне встановлення остаточного нозологічного діагнозу. Нерідко клінічно правильним результатом є: чітко сформульована проблема пацієнта; виключення або суттєве зниження ймовірності небезпечних станів; визначення обсягу необхідних даних; формування робочої гіпотези; вибір безпечної тактики; план повторної оцінки та конкретні умови зміни маршруту пацієнта.

Важливою складовою роботи сімейного лікаря є здатність керувати невизначеністю без надмірної діагностики та без небезпечного зволікання. Час і динамічне спостереження можуть бути діагностичним ресурсом лише тоді, коли пацієнт отримав зрозумілий план контролю, ознаки небезпеки для повторного звернення та визначений термін переоцінки. Безперервність допомоги дає змогу порівнювати поточний стан із попереднім, оцінювати еволюцію симптомів і переглядати первинне клінічне рішення.

У межах цієї теми увага зосереджена виключно на клінічному мисленні сімейного лікаря, симптомно-орієнтованому підході, розпізнаванні червоних прапорців, роботі з клінічною невизначеністю та безперервності спостереження.

II. Навчальні цілі

Сформувати у студента структурований підхід до прийняття клінічних рішень на первинному рівні при недиференційованих скаргах і неповній інформації, із пріоритетом безпеки пацієнта, оцінювання ймовірності небезпечних станів, раціонального використання діагностичних методів та планового спостереження в динаміці.

Після завершення навчання студент повинен знати:

- особливості клінічного мислення в первинній медичній допомозі порівняно зі спеціалізованим рівнем;
- поняття «недиференційована скарга», «клінічна проблема», «робоча гіпотеза», «диференційний ряд», «червоний прапорець», «клінічна невизначеність», «план безпечного спостереження»;
- принципи симптомно-орієнтованого підходу та представлення проблеми;
- роль апріорної ймовірності, поширеності хвороб та клінічного контексту у формуванні диференційного ряду;
- принцип «спочатку небезпечно»: як відрізнити найімовірніше від найнебезпечнішого;
- значення негативних даних анамнезу й огляду для зниження ймовірності небезпечного стану;
- підходи до цільового, а не «панельного», призначення обстежень;
- принципи роботи з невизначеністю та допустимість відкладеного уточнення діагнозу за умови безпечного плану;
- структуру якісного плану безпечного спостереження: очікувана динаміка, конкретні симптоми небезпеки, термін і спосіб повторної оцінки;
- роль безперервності допомоги та повторної консультації як частини діагностичного процесу.

Уміти:

- сформулювати клінічну проблему на основі провідного симптому, контексту та ключових характеристик;
- виділити стани, які необхідно виключити першочергово через потенційну загрозу життю або ризик швидкого погіршення;
- збирати лише ті додаткові дані, які здатні змінити ймовірність клінічних гіпотез або тактику;
- побудувати короткий пріоритезований диференційний ряд: небезпечно – ймовірне – альтернативне;

- визначити, чи достатньо даних для остаточного діагнозу, чи доцільно залишити симптомний/синдромний рівень формулювання;
- прийняти рішення щодо спостереження, обстеження, терміновості повторної оцінки або невідкладної зміни маршруту;
- сформулювати конкретний safety-netting та умови повторного звернення;
- переоцінити первинну гіпотезу з урахуванням динаміки симптомів і нових даних.

III. Компетентності, які забезпечує тема

Загальні компетентності	Спеціальні (фахові) компетентності	Програмні результати навчання
ЗК1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу. ЗК2. Здатність вчитися й оволодівати сучасними знаннями. ЗК3. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях. ЗК11. Здатність до пошуку, опрацювання та критичного аналізу інформації.	СК. Здатність розпізнавати провідні симптоми та синдроми й формувати клінічну проблему. СК. Здатність здійснювати диференційно-діагностичний пошук із пріоритезацією небезпечних станів. СК. Здатність обирати доцільні лабораторні та інструментальні дослідження відповідно до клінічної ймовірності. СК. Здатність визначати тактику спостереження та критерії термінової зміни тактики.	ПРН. Формулювати проблему пацієнта на первинному контакті. ПРН. Визначати червоні прапорці та ступінь терміновості. ПРН. Обґрунтовувати робочу гіпотезу і мінімально достатній план уточнення. ПРН. Формувати план повторної оцінки та safety-netting. ПРН. Переглядати клінічне рішення на підставі динаміки стану.

IV. Міждисциплінарна інтеграція

Дисципліна	Знати	Вміти
Пропедевтика внутрішньої медицини	Скарги, анамнез, фізикальне обстеження, симптоми та синдроми.	Перетворювати первинні дані у коротке клінічне представлення проблеми; визначати, які додаткові питання та елементи огляду потрібні.
Внутрішня медицина	Клінічні прояви поширених і небезпечних захворювань дорослих.	Формувати пріоритезований диференційний ряд і співвідносити симптоми з ймовірністю конкретних станів.
Неврологія	Ознаки гострих неврологічних станів, порушення свідомості, вогнищеві симптоми.	Розпізнавати неврологічні червоні прапорці при головному болю, запамороченні, слабкості, синкопе.
Хірургія	Ознаки гострої хірургічної патології.	Виявляти симптоми, які потребують невідкладного хірургічного оцінювання, зокрема при болю в животі або травмі.
Акушерство і гінекологія	Фізіологічні та невідкладні стани репродуктивної системи.	Враховувати можливість вагітності та гінекологічних причин у жінок репродуктивного віку з болем, кровотечею, синкопе.
Клінічна фармакологія	Побічні реакції, взаємодії, ризики медикаментів.	Включати медикаментозно зумовлені симптоми до диференційного ряду та оцінювати ризик ятрогенії.
Доказова медицина / біостатистика	Ймовірність, чутливість, специфічність, прогностична цінність тестів.	Інтерпретувати тест у контексті попередньої ймовірності та уникати необґрунтованого тестування.

V. Зміст теми

1. Чим клінічне мислення сімейного лікаря відрізняється від мислення на спеціалізованому рівні

У первинній допомозі відсутній попередній відбір пацієнтів за діагнозом. Серед звернень переважають поширені, самообмежувальні та ранні стадії захворювань, але поряд із ними

трапляються рідкісні небезпечні стани. Тому сімейний лікар одночасно вирішує дві задачі: оцінює, що є найбільш імовірним, і перевіряє, чи немає ознак стану, який не можна пропустити.

Особливість ПМД	Наслідок для клінічного рішення
Недиференційовані скарги	Починати з проблеми/симптому, а не з припущеного діагнозу.
Нижча поширеність тяжких хвороб, ніж у стаціонарі	Враховувати апріорну ймовірність; не переносити безпосередньо лікарняні частоти та прогностичну цінність ознак на ПМД.
Ранні, неповні клінічні картини	Допускати, що діагноз може бути неочевидним на першому контакті; планувати переоцінку.
Широкий спектр причин одного симптому	Формувати пріоритезований, а не максимально довгий диференційний список.
Можливість спостереження в часі	Використовувати динаміку як додаткову інформацію, але лише із чітким планом безпечного спостереження.

2. Симптомно-орієнтований підхід

Симптомно-орієнтований підхід – це клінічний підхід, за якого оцінювання пацієнта починається з його провідної скарги або симптому, а завданням лікаря є насамперед виключення небезпечних станів, формування обґрунтованого диференційного ряду та визначення подальшої тактики навіть за відсутності остаточного діагнозу.

3. Практичний алгоритм клінічного мислення на первинному прийомі

Крок	Що має зробити студент/лікар
1. Сформулювати проблему	Назвати провідний симптом/синдром і клінічно значущий контекст. Не починати з нозологічного діагнозу, якщо даних недостатньо.
2. Оцінити негайну небезпеку	Життєві показники, загальний вигляд, свідомість, дихання, кровообіг, гострий біль, кровотеча, новий неврологічний дефіцит та інші ознаки нестабільності.
3. Визначити «що не можна пропустити»	Сформувати 2–4 потенційно небезпечні стани, які можуть проявлятися цим симптомом і потребують термінової дії.
4. Зібрати дані для диференціації	Поставити питання та виконати елементи огляду, які реально змінюють ймовірність гіпотез або тактику.
5. Сформувати пріоритезований диференційний ряд	Розділити на: небезпечне; найбільш імовірне; альтернативне. Не створювати довгий перелік без пріоритетів.
6. Вирішити, чи потрібні тести зараз	Призначати дослідження, якщо результат може змінити рішення. Уникати «панелей на всяк випадок».
7. Визначити ступінь визначеності	Остаточний діагноз / робочий діагноз / симптомний або синдромний рівень – залежно від наявних даних.
8. Обрати безпечну тактику	Негайна допомога; термінова оцінка; планове дообстеження; симптоматична допомога й спостереження — відповідно до ризику.
9. Сформулювати план безпечного спостереження	Що очікувати; які конкретні зміни є небезпечними; коли, куди і як звернутися; коли запланований контроль.

Крок	Що має зробити студент/лікар
10. Переоцінити в динаміці	Порівняти з попереднім станом, результатами досліджень та очікуваною траєкторією; за потреби змінити гіпотезу і тактику.

4. «Червоні прапорці»

«Червоний прапорець» – це ознака, обставина або комбінація даних, яка підвищує ймовірність небезпечного стану настільки, що потребує зміни звичайної тактики: негайної стабілізації, термінового обстеження, скорочення інтервалу спостереження або іншого невідкладного рішення. Окремий «червоний прапорець» не завжди є діагнозом і не завжди має високу специфічність; його значення визначається клінічним контекстом.

Провідний симптом	Приклади ознак небезпеки	Що насамперед не можна пропустити
Біль у грудній клітці	Гемодинамічна нестабільність; синкопе/передсинкопе; виражена задишка або гіпоксемія; новий неврологічний дефіцит; раптовий «розриваючий» біль; біль із вегетативними проявами у пацієнта високого серцево-судинного ризику.	Гострий коронарний синдром, аортальна катастрофа, ТЕЛА, напружений пневмоторакс та інші ургентні причини.
Задишка	SpO ₂ нижче очікуваного для пацієнта; ціаноз; порушення свідомості; виснаження дихання; тахіпноє з нестабільністю; раптовий початок; кровохаркання із факторами ризику тромбозу.	Гостра дихальна недостатність, ТЕЛА, пневмоторакс, тяжка астма/ХОЗЛ, набряк легень тощо.
Головний біль	Раптовий максимальний на старті; новий неврологічний дефіцит; менінгеальні ознаки/лихоманка; новий головний біль при вагітності/післяпологово; після травми; прогресування з блюванням або порушенням свідомості.	Субарахноїдальний крововилив, менінгіт/енцефаліт, інсульт, внутрішньочерепна гіпертензія, прееклампсія та ін.
Біль у животі	Нестабільність; перитонеальні ознаки; значна кровотеча; раптовий інтенсивний біль; пульсуюче утворення; вагітність/можлива вагітність із боєм або кровотечею; повторне блювання з дегідратацією.	Перфорація, кровотеча, гостра судинна патологія, позаматкова вагітність, кишкова непрохідність, інші гострі хірургічні стани.
Біль у спині	Нові розлади функції тазових органів; анестезія в ділянці промежини; прогресуючий руховий дефіцит; лихоманка/імунодефіцит; значна травма; підозра на аортальну патологію; онкологічний анамнез із новим прогресуючим боєм.	Синдром кінського хвоста, спінальна інфекція/компресія, перелом, аортальна патологія, метастатичне ураження.
Синкопе / запаморочення	Синкопе під час навантаження; біль у грудях; серцебиття перед втратою свідомості; сімейний анамнез раптової смерті; патологічні життєві показники; фокальний неврологічний дефіцит; активна кровотеча.	Аритмія, структурна хвороба серця, кровотеча, ТЕЛА, гостра неврологічна подія та ін.
Загальна слабкість	Порушення свідомості; новий фокальний дефіцит; тяжка задишка; виражена дегідратація; гіпотензія; значна кровотеча; ознаки сепсису; швидке прогресування.	Інсульт, сепсис, гостра крововтрата, метаболічна декомпенсація, гостра серцево-легенева патологія.

Примітка: наведені приклади не є вичерпними діагностичними критеріями. Остаточна оцінка завжди залежить від віку, супутніх хвороб, ліків, вагітності, механізму виникнення симптомів та загального клінічного контексту.

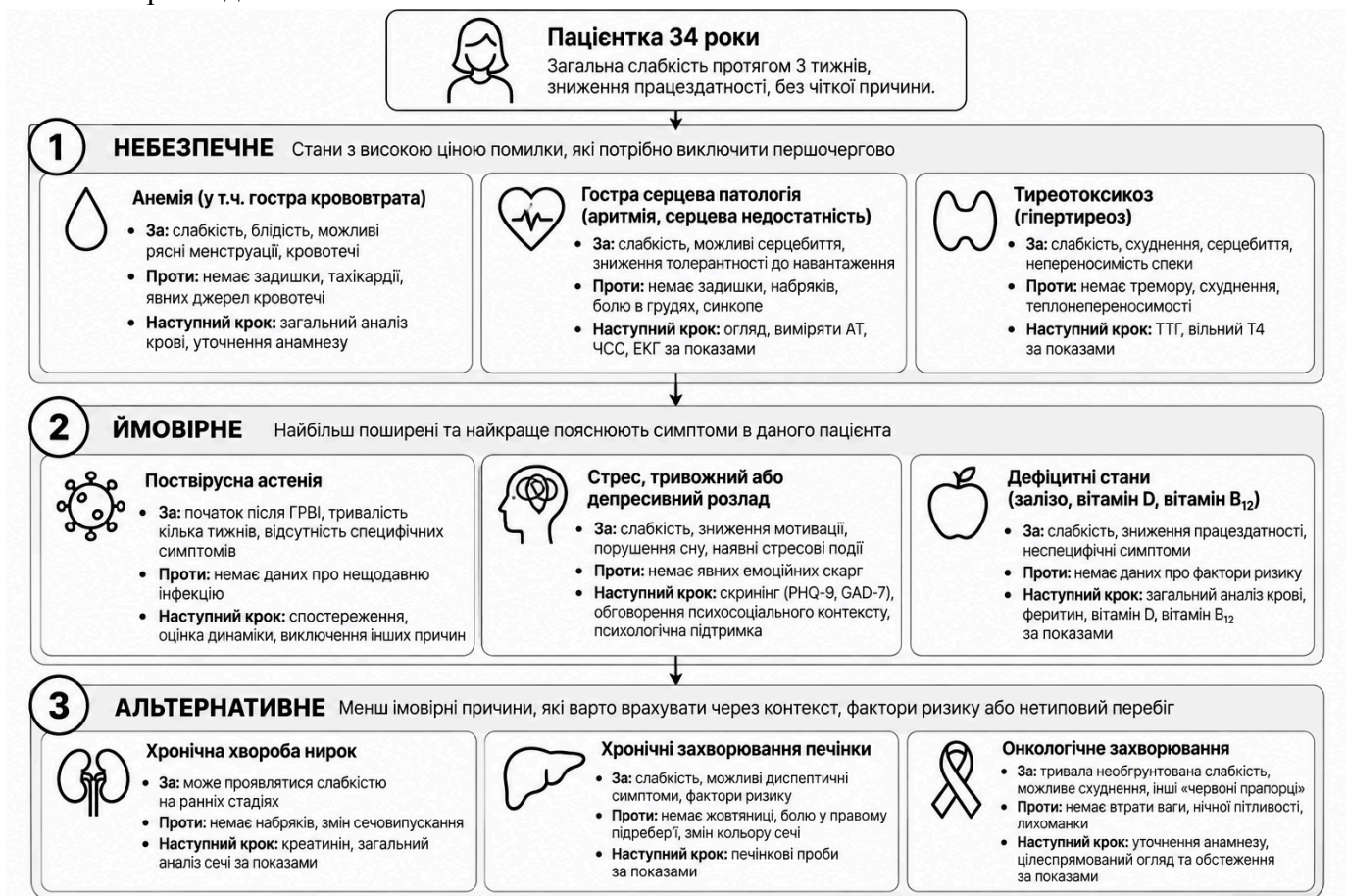
5. Формування диференційного ряду

Практичний диференційний ряд на ПМД доцільно структурувати у три рівні:

- Небезпечне: стани з високою ціною помилки, навіть якщо їхня ймовірність невисока.
- Ймовірне: поширені та найбільш сумісні з клінічною картиною причини.
- Альтернативне: менш імовірні причини, які слід розглянути через специфічний контекст, фактори ризику або нетиповий перебіг.

Кожна гіпотеза має бути пов'язана з даними «за», даними «проти» та наступним кроком. Якщо жоден наступний крок не змінюється залежно від гіпотези, деталізація диференційного ряду втрачає практичний сенс.

Наприклад:



6. Діагностичні тести як інструмент зміни ймовірності

Тест доцільний тоді, коли його результат здатний змінити клінічне рішення. Перед призначенням дослідження студент повинен відповісти на три питання: 1) яку гіпотезу я перевіряю? 2) що я зроблю при позитивному результаті? 3) що я зроблю при негативному результаті? Якщо обидва результати не змінять тактику, тест, імовірно, не є необхідним на цьому етапі.

На первинному рівні особливо важливо враховувати попередню (до тесту) ймовірність хвороби. За дуже низької ймовірності неспецифічний тест створює ризик хибнопозитивних

результатів і каскаду додаткових втручань; за високої клінічної ймовірності негативний тест не завжди виключає небезпечний стан. Тому результат тесту не інтерпретують ізольовано від клінічного контексту.

7. Робота в умовах клінічної невизначеності

Невизначеність є нормальною частиною первинної допомоги, особливо на першому контакті. Професійна відповідь на невизначеність – не маскувати її передчасним діагнозом і не компенсувати надмірним тестуванням, а зробити її керованою.

Що робити	Практичний зміст
Назвати рівень визначеності	«Є дані за...», «поки недостатньо даних для...», «не бачу ознак... на цей момент».
Визначити межу безпеки	Які стани вже достатньо малої ймовірності; які залишаються під спостереженням; що потребує негайного виключення.
Обмежити план до мінімально достатнього	Тільки ті обстеження й дії, що змінюють рішення.
Використовувати час усвідомлено	Спостереження допустиме, якщо прогнозована динаміка зрозуміла і немає ознак високого ризику.
Домовитися про точку повторної оцінки	Конкретний час або подія: через 24–48 год, після результату тесту, раніше при погіршенні.
Документувати логіку	Провідна проблема, важливі негативні дані, небезпечні стани, що оцінювалися, план безпечного спостереження.

8. План безпечного спостереження

На етапі планування автономних дій пацієнта в умовах амбулаторного спостереження разом з пацієнтом має бути узгоджений «план безпечного спостереження (safety-netting)», що включає пояснення та фіксацію для пацієнта наступних даних:

Компонент	Що необхідно пояснити
Обговорення з пацієнтом	Що зараз найбільш імовірно та які важливі стани не підтверджені на цей момент.
Очікувана динаміка процесу	Яка динаміка симптомів є нормальною: коли має настати покращення або що може зберігатися.
Ознаки небезпеки («червоні прапорці»)	Не «погіршення взагалі», а симптоми/зміни, які потребують швидшого звернення.
Час повторної взаємодії	Коли повторно потрібно оцінити стан, навіть якщо вираженого погіршення немає.
План дій для пацієнта	Куди звертатися залежно від ситуації: повторна консультація, невідкладне звернення, екстрена допомога.
Перевірка розуміння	Переконаватися, що пацієнт може повторити ключові умови повторного звернення своїми словами.

9. Безперервність медичної допомоги як діагностичний інструмент

WONCA Europe визначає безперервність надання медичної допомоги як одну з ключових характеристик загальної практики-сімейної медицини: сімейний лікар супроводжує пацієнта протягом тривалого часу, а кожна наступна консультація доповнює попередню історію та дозволяє інтерпретувати нові симптоми в контексті вже відомих даних.

Під час повторної оцінки слід порівняти: інтенсивність і характер симптомів; появу нових ознак; життєві показники; виконання призначеного плану; результати досліджень; відповідь на симптоматичне лікування; відповідність перебігу очікуваній траєкторії. Якщо картина не відповідає очікуваній, необхідно повернутися до кроку формування проблеми й переглянути диференційний ряд.

10. Стандартизована модель письмового розбору клінічної ситуації

Практична робота включає відпрацювання (письмовий розбір) клінічної ситуації з формуванням тактики сімейного лікаря, з урахуванням особливості клінічного процесу :

- формулювання проблеми, з якою фактично працює сімейний лікар на цьому етапі;
- визначення, які небезпечні стани потрібно виключити першочергово;
- додаткові дані необхідні для подальшого прийняття рішення;
- обґрунтування чи достатньо даних для встановлення остаточного діагнозу;
- умови повторного звернення або умови зміни маршруту пацієнта.

VI. Алгоритм самостійної підготовки до заняття

1. Повторити принципи збору скарг, анамнезу та фізикального обстеження, але зосередитися на їхній ролі у зміні клінічної ймовірності.
2. Опрацювати поняття недиференційованої скарги, робочої гіпотези та пріоритезованого диференційного ряду.
3. Для симптомів «біль у грудях», «задишка», «головний біль», «біль у животі», «біль у спині», «синкопе/запаморочення», «загальна слабкість» визначити 2–4 небезпечні стани та ключові ознаки, які змінюють терміновість.
4. Відпрацювати правило: «найімовірніше $\neq$ найнебезпечніше». Для кожного клінічного прикладу окремо називати обидві категорії.
5. Навчитися формулювати 5–7 цільових додаткових запитань/ознак огляду, які можуть змінити тактику, замість повного шаблонного переліку.
6. Перед кожним запропонованим тестом сформулювати: яку гіпотезу він перевіряє і що зміниться при позитивному та негативному результаті.
7. Відпрацювати формулювання плану безпечного спостереження із конкретними симптомами небезпеки, часовими межами та способом повторного звернення.
8. Підготувати 2 приклади ситуацій, у яких остаточний діагноз на першому прийомі не потрібний, але можливе безпечне спостереження.
9. Перевірити себе за переліком теоретичних питань і стандартизованою моделлю клінічного розбору.

VII. Основні теоретичні питання теми

1. Чому пацієнти на первинному рівні часто звертаються з недиференційованими симптомами?
2. Чим клінічний контекст ПМД відрізняється від спеціалізованого стаціонару з погляду поширеності хвороб?
3. Що означає симптомно-орієнтований підхід?
4. Чому раннє нозологічне маркування може бути небезпечним?
5. Що означає принцип «найімовірніше $\neq$ найнебезпечніше»?
6. Що таке червоний прапорець і як він має впливати на тактику?
7. Чому окремі «червоні прапорці» не слід автоматично трактувати як підтвердження конкретного діагнозу?
8. Як формувати пріоритезований диференційний ряд?
9. Яке значення мають негативні клінічні дані?
10. Що таке апіорна (до тесту) ймовірність хвороби?
11. Коли діагностичний тест є клінічно корисним?
12. Чому надмірне тестування може шкодити пацієнтові?

13. Коли на першому візиті допустимо не встановлювати остаточний діагноз?
14. Що означає професійне керування клінічною невизначеністю?
15. За яких умов час може використовуватися як діагностичний ресурс?
16. Що таке «план безпечного спостереження»?
17. Які обов'язкові компоненти якісного «плану безпечного спостереження»?
18. Чому фраза «зверніться, якщо стане гірше» є недостатньою?
19. Як визначити строк повторної оцінки?
20. Які дані необхідно порівняти на повторній консультації?
21. Як безперервність допомоги знижує ризик діагностичної помилки?
22. Що таке передчасне завершення діагностичного пошуку?
23. Що таке якоріння та підтверджувальне упередження?
24. Яка структура письмового клінічного розбору є оптимальною для недиференційованої проблеми на ПМД?

VIII. Перелік практичних навичок до заняття

1. Сформулювати клінічну проблему за недиференційованою скаргою в одному реченні.
2. Виконати первинну оцінку небезпеки за життєвими показниками та ключовими симптомами.
3. Назвати 2–4 потенційно небезпечні стани для заданого провідного симптому.
4. Сформувати цільовий перелік додаткових анамнестичних і фізикальних даних, що змінюють рішення.
5. Побудувати короткий диференційний ряд за категоріями «небезпечне – ймовірне – альтернативне».
6. Обґрунтувати доцільність конкретного діагностичного тесту.
7. Визначити, чи є дані достатніми для нозологічного діагнозу, чи слід залишити симптомний/синдромний рівень.
8. Сформувати план безпечного спостереження при клінічній невизначеності.
9. Сформулювати конкретний план безперервного спостереження і умови термінової зміни тактики.
10. Переоцінити клінічну гіпотезу за даними повторного візиту та динаміки симптомів.

IX. Рекомендована література та доказові джерела

1. WONCA Europe. The European Definition of General Practice / Family Medicine. 2023 Edition.
<https://www.woncaeurope.org/resources/view/the-european-definition-of-general-practice-family-medicine-wonca-europe-2023-edition>
2. World Health Organization. Primary Care Checklist. 2025.
<https://www.who.int/publications/m/item/primary-care-checklist>
3. Edwards PJ, Silverston P, Sprackman J, Roland D. Safety-netting in the consultation. BMJ. 2022;378:e069094.
<https://www.bmj.com/content/378/bmj-2021-069094>
4. Friedemann Smith C, Lunn H, Wong G, Nicholson BD. Optimising GPs' communication of advice when the diagnosis is uncertain: a realist review of safety-netting in primary care. BMJ Qual Saf. 2022;31(7):541–554.
<https://qualitysafety.bmj.com/content/31/7/541>
5. NICE. Suspected cancer: recognition and referral (NG12). Recommendations on patient support, safety netting and the diagnostic process. Updated 15 April 2026.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng12/chapter/Recommendations-on-patient-support-safety-netting-and-the-diagnostic-process>
6. Black GB. Safety netting: time to stop relying on verbal interventions to manage diagnostic uncertainty? BMJ Qual Saf. 2024;33(12):759–761. <https://qualitysafety.bmj.com/content/33/12/759>