

УДК 616:61.001.4]+616.001.37).001.33

*А.Б. Зіменковський, О.А. Федущак, Т.В. Єремєєва, Ю.А. Сагач***ПРОБЛЕМА ПРОФЕСІЙНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ ТА СИСТЕМАТИЗАЦІЇ  
В СУЧАСНИХ МЕДИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЧНИХ СТАНДАРТАХ***Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,  
Кафедра клінічної фармації, фармакотерапії та медичної стандартизації,  
м. Львів, Україна*

e-mail: azimenkovski@ukr.net

**Резюме:** На прикладі аналізу медичних технологічних стандартів надання медичної допомоги при пневмоніях досліджено окремі аспекти медичної термінології та методологічні підходи до сучасних класифікувань та статистичної систематизації поширених захворювань. Доведено, що медичні терміни та їх дефініції, чітка систематизація й лаконічна нозологічна класифікація є вагомими вимогами до створення якісних галузевих стандартів та їх практичного застосування.

**Ключові слова:** клінічний протокол, медичний технологічний стандарт, медична термінологія, фаховий глосарій, класифікація пневмоній, негоспітальна пневмонія.

**Вступ.** Проблема медичних стандартів (МС), медичних технологічних стандартів (МТС) актуалізувалася із ухваленням нової редакції Закону України Основи законодавства про охорону здоров'я України<sup>8</sup>, згідно якого, дотримання МТС – клінічних протоколів (КП), є обов'язковим для застосування у закладах охорони здоров'я (ОЗ) усіх форм господарювання. Однією із вимог до інформаційних стандартів (ІС), до яких належать і МТС – КП, як галузеві нормативи медичної діяльності, є уніфікація термінологічного глосарію, підходів до класифікування та документування медичної інформації.

Напрямок термінологічної стандартизації, який є одним із пріоритетів у систематизації та стандартизації загалом, в Україні ще системно не розвивався. Уніфікація базової медичної/фармацевтичної термінології, дефініцій та їх трактувань є не лише основою фахового спілкування та обміну інформацією, але й нормативних актів, коректності перекладів. У першу чергу, це стосується власних назв захворювань та патологічних станів, які є графічними кодами значного обсягу інформації, ключовими словами, за якими здійснюється систематизація, інформаційний пошук, статистичне й наукове опрацювання інформації.

В Україні галузевими нормативами<sup>16,17</sup> передбачено, що означення, дефініції захворювань і хворобливих станів та їх систематиза-

ція повинні відповідати визнаній медичною спільнотою чинній Міжнародній статистичній класифікації хвороб та споріднених проблем ОЗ десятого перегляду (МКХ-10)<sup>3,4</sup>. За цією класифікацією функціонують сучасні інформаційно-пошукові системи, здійснюється офіційна медико-статистична обробка даних, епідеміологічний аналіз клінічного матеріалу тощо. Недосконалість та особливості вітчизняного нозологічного глосарію, застосування в повсякденній медичній практиці традиційних, переважно клінічних, не завжди співзвучних із сучасними, класифікацій поширених захворювань можуть мати не лише клінічні, але й правові наслідки в частині дотримання/недотримання передбачених законодавством МС – КП та інтерпретації їх фахівцями немедичних професій (медичне страхування, правоохоронні органи, засоби масової інформації). Отож, корекція та уніфікація вітчизняного медичного, зокрема, нозологічного глосарію є одним із актуальних завдань у системі медичної стандартизації, що має непересічне значення для практичної діяльності лікарів, медичних статистиків, організаторів ОЗ, перекладачів фахової літератури, науковців тощо.

**Мета дослідження.** На підставі термінологічного та структурного аналізу КП, зокрема, за спеціальністю «Пульмонологія»<sup>13</sup> розробити підходи щодо уніфікації медичної термінології МТС та пропозиції щодо класи-

фікування інфекційних захворювань нижніх дихальних шляхів.

**Матеріали та методи дослідження.** Досліджено інформаційні потоки з проблеми класифікації та дефініцій пульмонологічних захворювань. Основним предметом дослідження обрано тлумачення назв захворювань із загальною назвою «пневмонія» (П). Застосовано методи: системного підходу та аналізу, семантичний, порівняльно-аналітичний, логічний, моделювання, бібліографічний.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Сьогодні людство стрімко наближається до глобальної інформаційної цивілізації, де інформація стає найважливішим ресурсом<sup>9</sup>. Тому, сучасний стан і перспективи світової та вітчизняної ОЗ вимагають застосування не лише новітніх медичних, але й інформаційних технологій. Концепцією управління якістю медичної допомоги<sup>12</sup>, ключовими елементами якої є впровадження МТС, що передбачає розробку ефективних, реальних до виконання медичних технологічних документів – ІС, як то: клінічні настанови (КН), універсальні та локальні КП, фармацевтичні формуляри. Зазначене не можливе без розробки на засадах доказової медицини галузевих ІС – технологічно-прикладної, нормативно-правової, наукової та обліково-статистичної документації. Такі стандарти, зокрема, повинні бути зрозумілими для користувачів, мати уніфікований формат і трактування викладеної інформації, не суперечити вже діючим нормативним документам у сфері стандартизації медичних технологій та управління ЯМД, мають бути реальними до застосування у закладах ОЗ (ЗОЗ)<sup>11,12,14,15,17</sup>.

Більшість із запроваджених в Україні МТС створювались упродовж минулого десятиліття, ще до розробки і затвердження уніфікованої методики з розробки МТС<sup>14,15</sup>, якою регламентовано розробку КП на підставі новостворених та/або адаптованих КН, до впровадження галузевих програм стандартизації та управління ЯМД в системі вітчизняної ОЗ<sup>11,12</sup>. Серед пріоритетів програми медичної стандартизації – гармонізація організації технологічних процесів відповідно до європейських вимог щодо орієнтованої на пацієнта ефективної, безпечної та високої якості МД, розробка медичних стандартів та якісно нових медико-технологічних документів (адапованих КН, МС, уніфікованих протоколів МД, запровадження практики розробки локальних КП, а також відміна раніше затверджених документів, що не відповідають вимогам «Уніфікованої методики з роз-

робки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини»<sup>11,14,15</sup>. До обов'язкових вимог віднесені чітке формулювання діагнозу (нозологія та/або синдром) і внесення відповідного коду за МКХ-10 та іншими класифікаціями<sup>9,10</sup>. Однак, галузевим нормативом щодо медичної статистичної звітності<sup>16</sup> захворювання та патологічні стани повинні класифікуватися і кодуватися за МКХ-10, що відповідає й програмним цілям Галузевої програми стандартизації<sup>11</sup>. Це ще раз засвідчує актуальність уніфікації не лише професійної лексики, односторонності викладу текстів галузевих нормативних документів.

Виходячи з наведеного нами проведено дослідження підходів до класифікування та галузевого нормативного термінотворення на прикладі чинного МТС – КП<sup>13</sup>, а також розробленого колективом авторів проекту КН<sup>5,6</sup> з діагностики та лікування однієї із найпоширеніших груп захворювань у дорослих – П, означених у вітчизняних нормативних та фахових наукових інформаційних джерелах «негоспітальними П», що, на нашу думку, є сьогодні не зовсім коректним. Результати аналізу інформаційних потоків із проблеми засвідчує, що питання раціональної класифікації П, вирішення термінологічних проблем залишаються відкритими.

Донедавна існувало чимало клінічних класифікацій П за етіологією, клініко-морфологічними ознаками, локалізацією й поширеністю процесу, варіантами й ступенями важкості перебігу, дихальної недостатності, близьких і віддалених ускладнень тощо. Проте, такі класифікації були малоінформативними з точки зору вибору своєчасної раціональної етіотропної терапії. Сучасні підходи до класифікування цієї групи захворювань не передбачають додаткового означення як «гострі», рекомендується не використовувати означення «атипова П»<sup>13,17</sup>. Встановлено особливості клінічного перебігу, фармакотерапії (ФТ) й результатів лікування П на фоні імунodefіцитних станів, аспіраційних П, у випадках, спричинених внутрішньоклітинними збудниками, легіонелю, мікоплазмами, хламідіями, рикетсіями, вірусними інфекціями, грам-негативною, анаеробною антибіотикорезистентною мікрофлорою. В багатьох країнах використовують класифікації, що враховують умови виникнення нозології, особливості інфікування, стан імунної реактивності організму хворого, особливості перебігу зах-

ворювання, що дозволяє з досить високим ступенем ймовірності передбачити можливого збудника хвороби та застосувати адекватну ФТ. Таким чином, на перший план як в діагностиці, так і класифікуванні вийшли етіологічні фактори цього захворювання. В останні роки набула поширення класифікація П, запропонована Європейським товариством пульмонологів (2005), Американським товариством інфекційних хвороб та Американським торакальним товариством (2007)<sup>5,6,13</sup>, яка впроваджена у вітчизняну медичну практику. Виділяють такі види П (в офіційній вітчизняній транскрипції): 1) негоспітальна (позалікарняна, розповсюджена, амбулаторна), 2) нозокоміальна (госпітальна), 3) аспіраційна, 4) П в осіб із важкими порушеннями імунітету (вроджений імунодефіцит, ВІЛ-інфекція, ятрогенна імуносупресія); виділено 4 клінічні (функціональні) групи – клінічні ситуації, не передбачені для статистичного обліку<sup>13</sup>. В сучасних проектах КН<sup>5,6</sup>, які є вагомим кроком до уніфікації діагностики та раціональної ФТ запальних захворювань легень, до визначених чинними КП<sup>13</sup> «негоспітальних» П авторами додатково введено П хворих на грип, П при грипі у вагітних, вентилятор-асоційовані (*ventilator-associated pneumonia*) та П, зумовлені діагностично-лікувальним процесом на загал. Слід зазначити, що за наведеними класифікацій-

ними ознаками відповідні рубрики в МКХ-10 є лише для аспіраційних П (J.69) та П хворих на грип (J.10.0, J.11.0) (табл. 1.).

Однією із причин обмеженої інформативності та достовірності вітчизняної медико-статистичної інформації щодо захворювань П може бути те, що в офіційній статистичній звітності діагнози класифікуються й шифруються за кодами J12-J16, J18 на загал (звітні форми №12, №20)<sup>16</sup>. Таким чином, класифіковані в КП<sup>13</sup>, але відсутні в МКХ-10, нозокоміальна П, П в осіб з важкими порушеннями імунітету обліковуються разом із іншими, а специфічна щодо епідеміології, клінічного перебігу та ФТ група П вірусної етіології – як грип з П з ідентифікованим (J.10.0) чи не ідентифікованим вірусом (J.11.0) за статистичною звітністю взагалі випадає з групи нозологій під назвою «пневмонія». При цьому, не виключена ймовірність класифікування вірусних П за рубриками «П при вірусних хворобах, класифікованих в інших рубриках» (J.17.1) або «Інша П, збудник неуточнений» (J.18.8).

Результати аналізу номенклатури та рубрифікації П за МКХ-10 (табл.1) засвідчують, що основним принципом класифікування цієї патології обрано нозологічно-етіологічний, яким передбачається рання ідентифікація збудника.

Таблиця 1. Класифікація П згідно МКХ-10<sup>3,4</sup> за причинними факторами

Групи пневмоній 1	Класифіковані пневмонії 2
<b>Вірусні П, збудник уточнений (n=5)</b>	J.10.0 Грип з П, вірус грипу ідентифікований J.10.1 Грип з різними клінічними проявами в дихальній системі, вірус грипу ідентифікований J.12.0 Аденовірусна П J.12.1 П, спричинена респіраторно-синцитіальним вірусом J.12.2 П, спричинена вірусом парагрипу
<b>Вірусні П, збудник не уточнений (n=3)</b>	J.11.0 Грип з П, вірус не ідентифікований J.11.1 Грип з різними клінічними проявами в дихальній системі, вірус грипу не ідентифікований J.12.9 Вірусна П, не уточнена
<b>Бактерійні П уточнені (n=9)</b>	J.13 П, спричинена <i>Streptococcus pneumoniae</i> J.14 П, викликана <i>Haemophilus influenzae</i> J.15.0 П, спричинена <i>Klebsiella pneumoniae</i> J.15.1 П, спричинена <i>Pseudomonas</i> J.15.2 П стафілококова J.15.3 П стрептококова, групи В J.15.4 П, спричинена іншими стрептококами J.15.5 П, спричинена <i>Escherichia coli</i> J.15.6 П, спричинена іншими аеробними грамнегативними бактеріями
<b>Інші пневмонії, збудник уточнений (n=3)</b>	J.15.7 П, спричинена <i>Mycoplasma pneumoniae</i> J.16.0 П, спричинена хламідіями J.16.8 П, спричинена іншими уточненими інфекційними агентами
<b>Бактерійні пневмонії не уточнені (n=2)</b>	J.15.8 Інша бактеріальна П J.15.9 Бактеріальна П не уточнена

Продовження табл. 1

1	2
<b>Пневмонії при інших хворобах, збудник не уточнений (n=4)</b>	J.17.0 П, при бактеріальних хворобах класифікованих в інших рубриках J.17.1 П, при вірусних хворобах класифікованих в інших рубриках J.17.2 П, при мікозах J.17.3 П, при паразитарних хворобах
<b>Інші, не уточнені (n=7)</b>	J.12.8 Інша П J.18.0 Бронхопневмонія, не уточнена J.18.1 Верхньодолева П, не уточнена J.18.2 Гіпостатична П, не уточнена J.18.8 Інша П, збудник не уточнений J.18.9 П, не уточнена J 69 П аспіраційна

Однак, із 33 рубрик, присвячених П, до нозологій з ідентифікованими інфекційними агентами можна віднести лише 13 (5 – вірусні, 5 – бактерійні, 3 – інші уточнені збудники), ще 6 означень не конкретизуються за етіопатогеном (П, спричинені вірусами, стафілококами, стрептококами, грам-негативними бактеріями, при мікозах, паразитарних захворюваннях, при бактерійних хворобах, класифікованих в інших рубриках). Решта 14 нозологічних форм належать до не уточнених щодо збудників чи класифікованих за іншими ознаками (аспіраційна, гіпостатична, верхньодольова, не уточнена П, бронхопневмонія).

На нашу думку (на прикладі П), можна стверджувати, що систематизація захворювань, спричинених інфекційними факторами, за окремим, далеко не повним, переліком основних збудників<sup>3,4</sup>, навряд чи є достатньо інформативною і раціональною для практикуючого лікаря, щодо раціональної ФТ на ранніх (основних!) етапах лікування, статистичного та наукового опрацювання. По-перше, перелік нозологій занадто громіздкий, а розподіл за рубриками неоднозначний. Для порівняння: інші, не менш важкі, поліетіологічні захворювання, які вимагають своєчасної етіотропної антибактеріальної ФТ, такі як перитоніт чи сепсис, класифіковані за МКХ-10 лише 9-ма рубриками кожне. По-друге, на практиці етіологічна діагностика у більшості хворих ускладнена через значну тривалість та недостатню інформативність стандартних діагностичних підходів та результатів традиційних мікробіологічних досліджень<sup>5,10</sup>. Враховуючи умови та можливості вітчизняної медичної практики, ідентифікація етіопатогенів в амбулаторних умовах і в переважній більшості випадків стаціонарного лікування або не реальна взагалі через відсутність бактеріологічних/вірусологічних лабораторій, значну ресурсоемність досліджень, або є запізнілою з точки зору своєчасної та адекватної етіотропної терапії. По-тре-

те, наведена класифікація не враховує багатьох клінічних, клініко-анатомічних, патогенетичних, медико-соціальних факторів, які мають суттєве значення у стандартизації діагностики, лікування, профілактики, медико-соціальної реабілітації та медичної експертизи. Внаслідок цього, очевидно, більшість із діагностованих випадків П потрапляють до рубрики J.18.9 (П не уточнена), в деяких випадках – J.11.0, J.11.1, J.12.9, J.17.0, J.18.8, що, без сумніву, спотворює реальну картину статистичного аналізу.

Проведений нами аналіз інформаційних джерел засвідчує, що деякі із означених чинним стандартом МД<sup>13</sup> П не мають відповідників в латинській транскрипції, в англомовній номенклатурі захворювань, у МКХ-10, в іноземній фаховій літературі<sup>1,3,4,7,18,19,20</sup>. В першу чергу, це стосується «негоспітальних (позалікарняних, амбулаторних, розповсюджених)» П. В МКХ-10 відсутні класифікаційні рубрики не лише щодо «нозокоміальних (госпітальних)» П, але й нозокоміальних інфекцій на загал, «П при імунodefіцитних станах», «вентилятор-асоційованих П». Очевидно, ідентифіковані за такими діагнозами захворювання окремо не шифруються, не обліковуються і не підлягають статистичному обліку, клініко-епідеміологічному, епідеміологічному аналізу. Отож, такі означення можуть мати лише окреме чи вузьке прикладне призначення.

В зарубіжних інформаційних джерелах<sup>20</sup> П, як дефініція запальних захворювань нижніх дихальних шляхів, означені, переважно, як *Community-acquired pneumonia* (суспільно- чи загальнонабута, поширена, розповсюджена П), що не перекладається українською як «негоспітальна», «ненозокоміальна». Окремо виділяються *Hospital-acquired pneumonia* (набута в лікарні, госпітальна П), *Nosocomial pneumonia*. В буквальному перекладі з англійської слово *community*, яке походить від латинського «*commune*» (загальне, спільне), означає групу осіб, об'єднаних чи-

мось спільним, спільноту, общину, громаду, суспільство, об'єднання, населення, населений пункт, локальність; *acquired* – набувати, наживати, обзаводитись, отримувати. Отож, переклад словосполучення *Community-acquired* у випадку означення П мав би означати набута (нажита, отримана), поширена в спільноті людей, серед населення. Така дефініція цілком відповідає усталеному збірному поняттю «пневмонія» й класифікованим за етіологічними чи іншими ознаками інфекційно-запальним захворюванням нижніх дихальних шляхів. Доречі, автори проекту КН в англійській анотації «негоспітальну» П подають як *Community-acquired pneumonia*<sup>5,6</sup>.

В англійській медичній лексиці прийнято назву (діагноз) П уточнювати за етіологічним фактором, як то: *Pneumococcal pneumonia*, *Staphylococcus aureus community-acquired pneumonia*, *Community-acquired methicillin-resistant Staphylococcus aureus pneumonia*, *MRSA-nosocomial pneumonia*, *Methicillin-resistant S. aureus ventilator-associated pneumonia*, *Ventilator-associated pneumonia caused by Pseudomonas infection*, *Gram-positive ventilator-associated pneumonia* тощо<sup>20</sup>. Слід зазначити, що така діагностична й класифікаційна диференціація в реальній клінічній практиці (не лише в Україні) малоймовірна, оскільки достовірна рання ідентифікація збудника, а відтак, – встановлення етіологічного діагнозу, в перші 4-7 днів практично не можлива навіть в умовах добре оснащених спеціалізованих ЗОЗ<sup>10</sup>.

Госпітальні (нозокоміальні) П, які в структурі захворюваності на П становлять 10–15%<sup>10</sup> і за частотою займають 2-ге місце серед внутрішньолікарняних інфекцій<sup>13</sup>, в МКХ-10 не класифіковані. До нозокоміальних відносять також інфекційно-запальні процеси легень, пов'язані з перебуванням у ЗОЗ (*health-care associated pneumonia*), штучною вентиляцією легень (*ventilator-associated pneumonia*)<sup>13</sup>. Однак, ці варіанти П не мають власних класифікаційних шифрів, офіційно не підлягають медико-статистичному аналізу, отож, дані щодо епідеміології в Україні, правдоподібно, не можна вважати доказовими.

Повертаючись до питання медичної термінології, зокрема «негоспітальної» П, слід додатково наголосити на некоректності й неадекватності такого означення хвороби. Видаються не зовсім логічними й необґрунтованими спроби змінити здавна відому й загальнозживану в медичному світі клінічну загальну назву «пневмонія» (однокореневу), на некоректний, недоречний, нікому за межами СНД не відомий трикореневий неологізм

«негоспітальна П». При цьому, в основу означення покладено один із далеко не найчастіших, порівняно недавно введений у медичні класифікації й не внесений в МКХ-10, «госпітальний» різновид захворювання. Це – чи не єдиний в медичному термінотворенні приклад, коли означення цілої групи захворювань здійснюється через заперечення назви окремого, далеко не найчастішого, різновиду, впровадження терміну, який не має вербального відповідника в іноземній, за винятком російськомовної, медичній лексиці та термінології (за аналогією й всі інші відомі інфекції мали б означатися як «негоспітальні», «позалікарняні», «не-нозокоміальні»). Такий підхід суперечить традиціям, стандартам і практиці наукового і фахового термінотворення. Виходячи з наведеного, вважаємо, що термін «негоспітальна П» має бути виведеним із вітчизняної медичної лексики та термінології, в першу чергу – МТС. Очевидно, для загального означення інфекційних захворювань нижніх дихальних шляхів цілком коректною, однозначною зрозумілою й нефахівцям, класифікованою в МКХ-10, мала б залишатися традиційна назва «пневмонія» (*Pneumonia communes*, з лат. – П поширена, загальна, розповсюджена; *Community-acquired pneumonia* (англ.)). Наведене засвідчує високу вагу термінологічних стандартів, значення професійного глосарію, коректності й адекватності перекладів сучасних іноземних інформаційних джерел, особливо, стосовно адаптації інформаційних МТС до вітчизняної медичної практики.

Станом на сьогоднішній день, в Україні стандартом означення хвороб і їх документування вважається МКХ-10<sup>3,4</sup>. Отож, на нашу думку, чинні і створювані медико-технологічні стандарти мають термінологічно й класифікаційно відповідати визначенням міжнародною медичною спільнотою.

В новітній медичній термінотворчості проглядається тенденція до застосування слів-визначень англійського походження, які мають багато варіантів прочитань, довільних і часто некоректних перекладів, неоднозначних трактувань, що може бути причинами порушення принципів раціональної систематизації, термінологічної й класифікаційної плутанини, зокрема й при адаптації іноземних медичних стандартів. Вважаємо, що сьогодні в Україні вже варто нарешті акцентувати увагу на якості тлумачень та якості перекладу важливих дефініцій в ОЗ.

Наведений як приклад аналіз термінотворчості та класифікації на прикладі П, засвідчує існування ще не вирішених питань щодо

термінології, її тлумачення та уніфікованих підходів до класифікування захворювань як основи інформаційних МС.

Серед методологічних причин, на нашу думку, є невизначеність щодо вибору «моделей» пацієнта, зокрема, при розробці МТС. Очевидно, що дизайн стандарту мав би орієнтуватися на споживача, на його запити й вимоги. Оскільки безпосередніми користувачами МТС, якими регламентується процес і очікувані результати МД, в основному і в першу чергу, є фахівці-медики, то саме їхнім професійним запитам, а також вимогам та потребам тих, на кого й зорієнтовані МС – пацієнтів, повинні відповідати побудовані на базових клінічних моделях (синдромальна, нозологічна, модель клінічної ситуації) МС<sup>2</sup>.

Вважаємо, що модель клінічної ситуації та синдромальна модель є найбільш придатними для розробки переважної більшості ЛКП та клінічних маршрутів пацієнтів у сучасних реаліях вітчизняної медичної практики. Очевидно, що цим моделям повинні відповідати стандартизована номенклатура клінічних ситуацій та уніфікована класифікаційна структура МТС. Слід зазначити, що більшість класифікацій, зокрема й МКХ-10 та КП, побудовані на нозологічних «моделях» пацієнта. Отже, вони можуть застосовуватися за умови попередньо верифікованого діагнозу (за окремим діагностичним стандартом), тобто, в практиці надання спеціалізованої стаціонарної МД, а також в амбулаторному лікуванні/реабілітації деяких поширених та хронічних захворювань.

Оскільки процес лікування починається з діагнозу, то принципи й алгоритм лікування (невідкладне, відтерміноване до уточнення діагнозу, консервативне, оперативне тощо), застосування того чи іншого МС визначає ступінь верифікації патологічного стану.

Ключовим словом у діагнозі є загальне визначення, яке найширше, в загальних рисах, окреслює групу найімовірніших патологічних станів і дозволяє в першому наближенні прогнозувати перебіг хвороби та способи лікування, додаткові діагностичні процедури.

При досліджуваній патології діагноз «пневмонія» означає гостре інфекційне захворювання, переважно бактерійної етіології, яке характеризується вогнищевим ураженням респіраторних відділів легень та наявністю внутрішньоальвеолярної ексудації<sup>13</sup>, де ключовими словами є «інфекційне захворювання переважно бактерійної етіології». Таке визначення, очевидно, передбачає першочергову диференціацію бактерійних та небактерійних причинних факторів (вірусні, хламідійні), що дає підстави для початку своєчасної і навіть невідкладної емпіричної антибактерійної ФТ з достатньо високою ймовірністю її адекватності при «переважно бактерійній етіології». Отже, підставою, і не лише формальною, призначення навіть емпіричної антибіотикотерапії має бути діагноз «П бактерійна»; навпаки, застосування противірусної ФТ та непризначення антибіотика виправдане при діагнозі «П вірусна».

Очевидно, що на етапі діагностики-лікування «позалікарняне» чи «нозокоміальне» походження П не має суттєвого значення, оскільки: а) такий поділ не пов'язаний із важкістю перебігу захворювання; б) єдиним критерієм диференціації є оточення, в якому розвинулась П; в) нозокоміальні П є набагато рідшим явищем; г) «нозокоміальний» діагноз може бути встановленим за умови тривалого, понад 48 годин лікування в стаціонарі клінічно відмінного захворювання; д) первинна етіотропна ФТ є однаковою і залежить від підозри на бактерійну чи вірусну природу.

Таким чином, етапи діагностики мали б відображатися діагнозами, для прикладу: «П бактерійна, не уточнена», «П бактерійна, стафілококова, *St. aureus*», чи: «П вірусна, не уточнена», «Грип із П, вірус не ідентифікований», «П, спричинена грипом, вірус А/Н1N1 Каліфорнія».

Очевидно, у випадках доведеного внутрішньо-лікарняного походження запалення легень (без інших проявів септичного процесу) клінічні діагнози та їх шифри за МКХ-10 будуть аналогічними, за винятком додаткового епідеміологічного означення «нозокоміальна» (напр. «П бактерійна, стафілококова, *MRSA*, нозокоміальна»). Отож, вникаючи в суть графічного відображення діагнозу, можна стверджувати, що загальне означення (П бактеріальна/вірусна) безпосередньо стосується емпіричної і подальшої проспективної ФТ згідно відповідного СМД, тобто, визначає суть лікувального процесу і має прикладне клінічне значення. Уточнення «нозокоміальна» є підставою для ретроспективного епідеміологічного аналізу, прийняття управлінських рішень щодо організації МД в конкретному ЗОЗ.

Враховуючи, що П, як інфекційні захворювання нижніх дихальних шляхів, характеризуються подібністю інфекційного процесу, патоморфологією, патогенезом, діагностичними, включно з рентгенологічними, ознаками, підходами та стандартами ФТ, класифікування цих захворювань має відбуватися за алгоритмом від загального означення «пневмонія» з подальшою диференціацією за най-

більш ймовірними клінічними та анамнестичними етіологічними факторами (бактерійні, вірусні, аспіраційні), подальшим уточненням за верифікованим збудником (табл. 2). За клініко-епідеміологічними озна-

ками, коли запальний процес у легенях діагностовано після 48 год. із моменту госпіталізації, така форма П набуває ознак нозокоміальної інфекції та може бути означена як «П нозокоміальна».

Таблиця 2. Етіологічна класифікація П (рекомендації)

Пневмонія							
Бактерійна				Вірусна			
Збудник ідентифікований		Збудник не ідентифікований		Збудник ідентифікований		Збудник не ідентифікований	
Поширена, розповсюджена	Нозокоміальна	Поширена, розповсюджена	Нозокоміальна	Поширена, розповсюджена	Нозокоміальна	Поширена, розповсюджена	Нозокоміальна
I-II група (амбулаторне лікування)	III-IV група (стаціонарне лікування)	I-II група (амбулаторне лікування)	III-IV група (стаціонарне лікування)	I-II група (амбулаторне лікування)	III-IV група (стаціонарне лікування)	I-II група (амбулаторне лікування)	III-IV група (стаціонарне лікування)
<b>Додаткові означення:</b> П хворих на грип та у вагітних; П в осіб з тяжкими порушеннями імунітету; аспіраційна П; вентилятор-асоційована П; П, зумовлена діагностично-лікувальним процесом тощо.							

За таким алгоритмом діагностики та класифікування чинними КП визначено й алгоритм надання МД при П: від емпіричної антибактерійної ФТ – до цілеспрямованої етіотропної та патогенетичної ФТ.

Підсумовуючи наведене, на нашу думку, можна стверджувати, що чинна номенклатура, класифікація та шифрування запальних захворювань нижніх дихальних шляхів за МКХ-10 не відповідає сучасній вітчизняній клінічній практиці, рубрифікація П надто громіздка, переобтяжена деталізацією нозологічними формами, які в повсякденній практиці, як правило, не діагностуються, отож, і не підпадають статистичному аналізу.

Вважаємо, що із зазначених 33 нозологічних форм основні клінічні та етіологічні діаг-

нози П вкладаються в 18 класифікаційних рубрик МКХ-10 (табл. 3), які цілком задовольняють, на нашу думку, потреби статистичного опрацювання, отримання достовірної клініко-епідеміологічної інформації для аналізу та висновків. Із точки зору своєчасності, адекватності, раціональності ФТ, лікувальної тактики на загал, П доцільно класифікувати на бактерійні, вірусні (з диференціацією за ідентифікованим збудником, епідемічні), атипові (причинний фактор не встановлений, особливий перебіг, неефективність застосованих стандартів ФТ), а також – нозокоміальні П, як один із різновидів нозокоміальної інфекції.

Таблиця 3. Уніфікована статистична класифікація П (за МКХ-10, проект)

<b>Вірусні П (n=3 із 8)</b>	J.10.0 Грип з П, вірус грипу ідентифікований J.10.1 Грип з різними клінічними проявами в дихальній системі, вірус грипу ідентифікований J.12.9 Вірусна П, не уточнена
<b>Бактерійні П (n=10 із 15)</b>	J.15.0 П, спричинена <i>Klebsiella pneumoniae</i> J.15.1 П, спричинена <i>Pseudomonas</i> J.15.2 П стафілококова J.15.4 П, спричинена іншими стрептококами J.15.6 П, спричинена грпам-негативними бактеріями J.15.7 П, спричинена <i>Mycoplasma pneumoniae</i> J.16.0 П, спричинена хламідіями J.16.8 П, спричинена іншими уточненими інфекційними агентами J.15.8 Інша бактеріальна П
<b>П при інших хворобах (n=4 із 4)</b>	J.17.0 П при бактеріальних хворобах класифікованих в інших рубриках J.17.1 П при вірусних хворобах, класифікованих в інших рубриках J.17.2 П при мікозах J.17.3 П при паразитарних хворобах
<b>Інші П (n=2 із 7)</b>	J.12.8 Інша П J 69 П аспіраційна

Часто застосовуване у вітчизняних фахових інформаційних джерелах, зокрема й МТС, означення великої групи запальних захворювань нижніх дихальних шляхів терміном «негоспітальні П» є, на нашу думку, некоректним. Не відомо, коли терміни «позалікарняна», «негоспітальна», «амбулаторна» П з'явилися в вітчизняній медичній лексиці, в усякому разі таке означення було відсутнє як в радянській, так і в сучасній українській фаховій термінології<sup>1,7,18,19</sup>. Такі означення не обґрунтовані принципами медичного термінотворення, не мають словникового відповідника в англійській медичній термінології, відсутні в офіційно визнаному й застосовуваному в Україні класифікаторі захворювань (МКХ-10).

Означення групи інфекційних захворювань нижніх дихальних шляхів узагальненим терміном «пневмонія» (*Pneumonia*) чи «П поширена, розповсюджена» (*Pneumonia commune*) більше відповідає історичній назві та медичній практиці, має уніфіковане й зрозуміле трактування, співзвучне й англійському означенню (*Community-acquired pneumonia*). Отож, є всі підстави застосовувати у вітчизняних МТС та фаховій лексиці загальновідоме й застосовуване не лише у фаховій лексиці означення – П, П поширена. Відтак, назви нозологічних форм з означенням «негоспітальна» (П) повинні бути виведені із професійного глосарію.

Унаслідок недостатньої опрацьованості теоретичної та методологічної бази сучасної медичної лексики, на сучасному етапі понятійний апарат медичних ІС, у першу чергу – медико-технологічних документів не можна вважати сформованим. Це стосується й нозологічних назв, що є базовим у галузевих термінотвореннях, основою відтворення й адаптації іншомовної інформації, систематизації та однозначного застосування МТС.

Медико-технологічні та інші ІС отримують ознаки галузевих нормативних документів за умови засвідчення факту їх офіційного визнання згідно галузевого розпорядчого акта (наказ МОЗ України). При цьому, сам нормативний документ, який є продуктом стандартизації, має відповідати основним засадам стандартизації – досягнення відповідного ступеня впорядкування положень, норм і вимог для загального та багаторазового використання з метою оптимізації процесів у вирішенні поставлених задач.

Зasadничими вимогами до тексту документу є відповідність реквізитів, достовірність, точність, максимальна чіткість, стислість і, водночас, повнота інформації. В першу чергу

стандартизації підлягають реквізити медико-технологічних документів. Згідно галузевих вимог до розробки та впровадження медичних стандартів<sup>17</sup> у паспортній частині лаконічно відображається узагальнена інформація щодо задокументованих нормативів (стандартів) МД – вид документа (КН, універсальний чи локальний КП), назва діагнозу, коди класифікацій (шифр). Текст документу повинен бути викладений відповідно до норм літературної мови, не має містити в собі подвійного значення слів, словосполучень та термінів.

Чітка уніфікована термінологія є основою ділового спілкування, одним із засобів обміну науковою інформацією, без чого не можливий ані прогрес науки, ані розвиток технологій. Чи не найбільше це стосується вітчизняної медицини, яка стає невід'ємною складовою сучасного інтегрованого інформаційного простору<sup>9</sup>. Через те, що значна частина медичних термінів, власних назв захворювань не мають чіткого й уніфікованого означення, а відтак, – тлумачення, нерідко зустрічається хибне, неузгоджене їх розуміння, некоректне застосування як в інформаційних джерелах, перекладах з іноземної мови і навпаки, так і в нормативних актах. Отож, однією із умов адаптації вітчизняної медичної науки і практики до європейських та світових норм і традицій є формування відповідного понятійного апарату, фахового медичного/фармацевтичного глосарію.

Можна стверджувати, що сучасна професійна медична термінологія, як понятійний інструмент інформації, потребує не лише наукового дослідження, але й невідкладного врегулювання на засадах історично складеної вітчизняної мовної традиції та сучасної власної й світової мовної практики.

Фахова медична термінотворчість є відповідальним процесом, адже терміни і їх дефініції є важливим інформаційним стандартом.

Сучасна медична термінологія має бути зрозумілою, зручною й доступною. як для обміну інформацією всередині галузі в Україні, так і в світовому інформаційному просторі. Базові терміни сучасної медичної технологічної мови, в першу чергу – назви захворювань, мають бути лінгвістично обґрунтованими, конкретними, не повинні містити двояких змістових трактувань, як у внутрішньому, так і міжнародному мовному середовищі, повинні мати однозначне прочитання й дефініції, зрозумілі не лише фахівцям галузі ОЗ, але й спеціалістами з медичного права, медичного страхування, пацієнтам, іншими



учасниками ринку медичних послуг, працівникам ЗМІ тощо.

Тому, на нашу думку, нові медичні терміни мають відповідати греко-латинській та сучасній світовій професійній мовній традиції, бути зрозумілими й легкодоступними для

перекладу й тлумачення і, перш, ніж потрапити до інформаційних стандартів, повинні погоджуватись експертами-мовознавцями, Держстандартом України, вноситись у термінологічні глосарії.

### Висновки:

1. На прикладі термінологічного аналізу застосування у вітчизняних медичних інформаційних джерелах, медичний технологічних стандартах власних назв захворювань (пневмонії) засвідчено актуальність уніфікації, стандартизації фахового термінологічного глосарію, використання коректної медичної лексики. Термін і дефініції «пневмонія» має давні історичні корені, традиційне греко-латинське походження, є основою англійської транскрипції в означенні відповідних нозологічних форм, отже, не потребує спеціального, неприродного й некоректного перефразування у вітчизняній фаховій лексиці на кшталт «негоспітальна», «позалікарняна», «амбулаторна» пневмонія.
2. Визначена чинними в Україні клінічними протоколами та проектами клінічних настанов класифікація пневмоній не відповідає офіційно визнаній статистичній класифікації за МКХ-10, що в сучасних умовах унеможливує шифрування окремих нозологічних форм за відповідними рубриками, статистичну обробку даних та отримання достовірної статистичної інформації.
3. Систематизація інфекційних захворювань нижніх дихальних шляхів за етіологічним принципом та епідеміологічними факторами дозволяє опрацювати й впровадити універсальні та локальні клінічні протоколи, адаптовані до реальної вітчизняної клінічної практики й акцентовані на своєчасну, адекватну й раціональну етіотропну фармакотерапію при пневмонії різного генезу в залежності від клінічної ситуації. Розробка клінічних протоколів на моделі клінічної ситуації (а не на нозологічних моделях) є більш виправданою, дає можливість адаптувати сучасні медичні технологічні стандарти до реальних умов та клінічних маршрутів пацієнтів.
4. Локальні клінічні протоколи – клінічні маршрути пацієнтів, як стандарти медичної допомоги в конкретному закладі охорони здоров'я, повинні створюватись на засадах моделювання клінічної ситуації та не можуть бути тотожними універсальним клінічним протоколам, побудованим, як правило, на нозологічних моделях пацієнта.
5. Вважаємо за доцільне рекомендувати подальші дослідження в наведеному форматі щодо аналізу клінічних протоколів за іншими профілями, наприклад, хірургії, офтальмології, ендокринології тощо.

### Література:

1. Большая медицинская энциклопедия: в 30-ти т./ гл. ред. *Б.В. Петровский*. – 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия. – Т.19, 1982. – 536 с.
2. *Зіменковський А.Б.* Організація стандартизації медичних технологій в Україні / *А.Б. Зіменковський, В.М. Пономаренко, Б.О. Матвійчук*. – Л.: Ліга-Прес, 2003. – 192 с.
3. Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. Десятий перегляд. Офіційне видання. Том 1 (частина 1). Спеціальні переліки для статистичного опрацювання / Відповід. за вип. *В.М. Пономаренко*. – К., 2001. – 685 с.
4. Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. Десятий перегляд. Офіційне видання. Том 3. Алфавітний покажчик / Відповід. за вип. *В.М. Пономаренко*. – К., 2001. – 817 с.
5. Негоспітальна пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія (проект клінічних настанов). Частина I / *Ю.І. Феценко, О.А. Голубовська, К.А. Гончаров* [та ін.] / Укр. пульмонолог. журнал. – 2012. – № 4. – С. 5–17.
6. Негоспітальна пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія (проект клінічних настанов). Частина II / *Ю.І. Феценко, О.А. Голубовська, К. А. Гончаров* [та ін.] / Укр. пульмонолог. журнал. – 2013. – № 1. – С. 5–21.
7. Новий англо-український медичний словник: Близько 75000 термінів / За ред. *В.Л. Ривкіна, М.С. Бенюшова*; Відп. ред. *Л.І. Шевченко, В.І. Шматко*. – К.: Арії, 2007. – 784 с.
8. Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.1992 р. Закон України №2801-ХІІ (Редакція від 01.01.2013 р.). [Елек-

- тронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
9. *Перцев І.М.* Обговорюємо дефініції базових термінів до Фармацевтичної енциклопедії / *І.М. Перцев* // Аптека. [Електронний ресурс]. – 2009. – №15 (685). – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/8366>
  10. Пневмония – Классификация. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ilive.com.ua/health/diseases/bolezni-legkikh-bronkhov-i-plevry-pulmonologiya/12879-pnevmoniya-obzor-informatsii/pnevmoniya-klassifikatsiya>
  11. Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року. Наказ МОЗ України від 19.09.2011 р. №597. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=12748>
  12. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року/ Наказ МОЗ України від 01.08.2011 р. № 454. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20110801\\_454.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html)
  13. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія». Наказ МОЗ України від 19.03.2007 р. №128. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20070319\\_128.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070319_128.html)
  14. Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина 1). Наказ МОЗ України, АМН України від 19.02.2009 р. №102/18. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20090219\\_102\\_.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090219_102_.html)
  15. Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина 2). Наказ МОЗ України, НАМН України від 03.11.2009 р. №798/75. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20091103\\_798\\_.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20091103_798_.html)
  16. Про затвердження форм звітності з питань охорони здоров'я та інструкцій щодо їхнього заповнення. Наказ МОЗ України від 10.07.2007 р. №378. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20070710\\_378.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070710_378.html)
  17. Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України. Наказ МОЗ України 28.09.2012 р. №751. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12Nn22>
  18. Українсько-англійський ілюстрований медичний словник Дорланда (переклад 30-го американського видання). У двох томах. Т. 2. / Асоційований гол. ред. *Б. Зіменковський*. – Львів, «НАУТІЛУС», 2007. – 1024 с.
  19. Українсько-латинсько-англійський медичний тлумачний словник: Близько 33000 термінів. Т.2 Л-Я / За ред. *М. Павловського, Л. Петрух, І. Головки*; Відп. ред. *Л.М. Полюга* – Львів, 2007. – 788 с.
  20. Publications of Richard G. Wunderink. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.scholars.northwestern.edu/expertPubs.asp?n=Richard+G+Wunderink&u\\_id=2649](http://www.scholars.northwestern.edu/expertPubs.asp?n=Richard+G+Wunderink&u_id=2649)

УДК 616:61:001.4]+616.001.37).001.33

## ПРОБЛЕМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ И СИСТЕМАТИЗАЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ СТАНДАРТАХ

*А.Б. Зіменковський, О.А. Федущак, Т.В. Еремеева, Ю.А. Сагач*

*Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, Кафедра клинической фармации, фармакотерапии и медицинской стандартизации, г. Львов, Украина*

**Резюме:** На примере анализа медицинских технологических стандартов оказания медицинской помощи при пневмониях исследованы отдельные аспекты медицинского терминотворчества и методологические подходы к современным классификациям и статистической систематизации распространенных заболеваний. Доказано, что медицинские термины и их дефиниции, четкая систематизация и лаконичная нозологическая классификация является весомым требованием к созданию качественных отраслевых стандартов и их практическому применению.

**Ключевые слова:** клинический протокол, медицинский технологический стандарт, медицинская терминология, профессиональный глоссарий, классификация пневмоний, внебольничная пневмония.

---

UDC 616:61:001.4]+616.001.37).001.33

**PROBLEMS OF PROFESSIONAL TERMINOLOGY AND SYSTEMATIZATION IN MODERN MEDICAL TECHNOLOGICAL STANDARDS**

*A.B. Zimenkovsky, O.A. Fedushchak, T.V. Yeremeyeva, J.A. Sagach*

*Danylo Halatsky Lviv National Medical University, Department of clinical pharmacy, pharmacotherapy and medical standardization, Lviv, Ukraine*

**Summary:** Certain aspects of forming medical terminology and methods of modern classification and statistic systematization of common diseases were studied on the example of the analysis of medical technological standards for pneumonia treatment. It is proven that medical terms and their definitions, clear systematization and laconic classification are essential for creation and implementation of qualitative branch standards.

**Keywords:** clinical protocol, medical technological standard, medical term, professional glossary, classification of pneumonias, nosocomial pneumonia.

---

*Надійшла до редакції 4.09.2013 р.*