

ПРИНЦИПИ ФОРМУВАННЯ КЛАСИФІКАЦІЙ

Необхідність створення класифікацій тих чи інших явищ і понять зумовлена потребами їх систематизації при вивченні суті біологічних, фізичних, соціальних та інших процесів, а також використання в сфері практичної діяльності.

Класифікація (classis – розряд, клас, facio – робити, лат.) – це розподіл предметів, явищ, понять за класами і розрядами в залежності від їх спільних ознак.

Класифікації, за визначенням М.В. Поповича (1980) [7], відображають глибинні закономірності руху та розвитку об'єктивної дійсності, вони є необхідним етапом кожного пізнавального акту. Їх формування вимагає дотримання обов'язкових правил, це стосується, звичайно, і класифікації хвороби, як класу.

Кожний предмет (елемент) класу при розподілі має входити в один із розрядів класу, сума всіх предметів в усіх розрядах повинна відповідати сумі усіх предметів класу, предмети належить розподіляти лише за однією ознакою.

Самою значущою помилкою при складанні класифікацій В.Ф. Асмус [1] вважає порушення правила розподілу елементів за однією ознакою – «нельзя делить людей на худых, толстых и глупых или делить картины на исторические, бытовые, пейзажные и акварельные».

Створення класифікацій біологічних явищ, в тому числі хвороб, є складною задачею, пов'язаною з обґрунтованим виділенням з численної сукупності ознак лише домінуючих, які б містили інформацію про основні прояви тих чи інших процесів. Класифікації хвороб не повинні базуватись лише на клінічній симптоматиці, необхідною складовою їх структури мають бути механізми розвитку патологічних станів з ураху-

ванням сучасних даних морфологічних, біохімічних, імунологічних та інших досліджень.

О.А. П'ятак, А.Г. Камінський [8] основою формування класифікації хвороби вважають етіологічний та клініко-патологоанатомічний принципи.

Перша Міжнародна класифікація хвороб була прийнята в Парижі в 1900 р. і надалі її переглядали кожні десять років з урахуванням нових концепцій, зумовлених науково-технічним прогресом. Вперше в нашій державі МКХ (сьомого перегляду) була введена в 1965 р., останній – десятий перегляд здійснювався в 1998 р.

Класифікації, звичайно, не задовольняють всіх зацікавлених, що породжує дискусії та пропозиції стосовно створення нових варіантів, при цьому автори, як правило, не дотримуються обов'язкових вимог, про які йшлося раніше. В повній мірі це стосується і хвороб вуха, горла, носа.

Навіть в класифікації риніту, прийнятій Міжнародним консенсусом в 1994 р., в одному ряду з етіологічними чинниками (ідіопатичний, професійний, гормональний та ін.) включено один патогенетичний фактор – атрофічний, що не узгоджується з основною вимогою розподілу предметів за спільною ознакою.

Можна погодитись з С.З. Піскуновим, Г.З. Піскуновим [6] про недоцільність включення катаральної форми в класифікацію ринітів (оскільки відомо, що це лише тип ексудативного запалення), але замінити його терміном «інфекційний неспецифічний» означає використати етіологічний чинник замість форми явища.

Це ж стосується і термінів «кавернозна форма гіпертрофічного риніту і «нейровегетативний риніт», оскільки заміна першого

поняття другим означає зміну категорії форми явища на категорію його причини.

Що стосується словосполучення «нейровегетативний риніт» з дослівним його тлумаченням – нейровегетативне запалення слизової оболонки порожнини носа, то воно навряд чи означає, що причиною запалення, як ендogenous фактор, служить саме локальна нейровегетативна система. Здебільшого має місце порушення нейрорегуляторних механізмів кровообігу при вегетосудинних дистоніях, запаленні та інших процесах.

В класифікації запалення враховуються характер перебігу (гостре, підгостре, хронічне), особливості етіологічного чинника (банальне, специфічне), фази запальної реакції (альтеративне, ексудативне, продуктивне). Виключення будь-яких з цих ознак не відповідатиме повній характеристиці явища. Це ж стосується заміни та спрощення загальноприйнятої термінології.

Ф.О. Тишко [9] пропонує замінити термін «катаральний» риніт на «простий», при цьому усувається ознака процесу – *kattarrheo* (лат.), тобто стікання, що в повній мірі характеризує гостру стадію або загострення запалення. Інша справа, що катар – не самостійна форма, він відноситься до одного з видів ексудативного запалення, і тоді його виключення із форм хронічного риніту (а не заміна) може мати підґрунтя. Вживання терміну «вегетативний» замість «нейровегетативний» може свідчити лише про розростання субстрату (*vegetativus, vegetatio* – лат. – рослинний, розростання рослини) і відповідає за змістом гіпертрофічній формі, яку, до того ж, пропонується замінити на обструктивну, мотивуючи тим, що лікар не має юридичного права користуватись патоморфологічною термінологією, оскільки «на мікроскопічному рівні лікар хворого не обстежує». Диплом лікаря, на наш погляд, надає йому повне право вживати фразеологію всіх дисциплін, які вивчались у вузі, а термін «гіпертрофія» означає лише збільшення тканин та органів в об'ємі, що може виявити без мікроскопа і лікар з невеликим досвідом роботи, не говорячи вже про застосування ендоскопічної технології.

Якщо прийняти точку зору автора, то, поряд з терміном «сухий риніт» (замість атрофічний), логічно використовувати «вологий, мокрий» (замість ексудативний), адже клініцист бачить виділення і не в змозі визначити, яку частину в них складає дійсно ексудат, яку – секрет.

Гострий ринальний синдром не може бути однією з форм гострого риніту, оскільки синдроми є окремою нозологією.

Некоректне поєднання двох понять наводить А.С. Кушнір [2] в класифікації типів внутрішньої структури сосковидних відростків у людини. Запропонована ним «схема класифікації» є дійсно схемою і не може вважатись класифікацією.

Не відповідає правилам розподіл кохлеарної приглухуватості на рецепторну, невральну, рецепторно-невральну, адаптаційно-зберігаючу (Б.М. Миронюк, 2003) [4], оскільки остання відноситься до іншої категорії ознак і може розвиватись при трьох попередніх формах.

Г.Ц. Лутфуллаєв [3] синонімом класифікації гемангіом глотки вважає стадійність, яка обмежується певними анатомічними структурами. І дійсно, в грецькій термінології «стадій» був мірою довжини, і мова може йти про розповсюдженість процесу, а не про його види.

Невідповідності зустрічаються і в офіційній Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (Женева, 1998) [5]. Приміром, гострий тонзиліт буває фолікулярним, гангренозним, інфекційним, виразковим, однак інфекційний в цьому ряду відноситься до іншої категорії понять і може бути етіологічним чинником всіх наведених станів. Це ж стосується і видів хронічного середнього отиту – алергічний, ексудативний, серозно-муцинозний. Щодо поняття «серозний», то воно взагалі не правомірне, оскільки стінки барабанної порожнини не вкриті серозною оболонкою, цей тип вистилки зустрічається в очеревині, плеврі, епі- та перикардії.

Можна продовжувати перелік подібних неточностей, та основна мета даного повідомлення полягає в загостренні уваги спеціалістів на необхідність створення класифікацій хвороб, які б, поряд з клінічними, враховували всі лабораторно-експеримен-

тальні дослідження, направлені на виявлення етіологічних та патогенетичних механізмів патологічних явищ, дотримуючись при цьому правил формування класифікації.

тальні дослідження, направлені на виявлення етіологічних та патогенетичних механізмів патологічних явищ, дотримуючись при цьому правил формування класифікації.

1. Асмус В.Ф. Логика. – Госиздат, 1947. – 386 с.
2. Кушнір А.С. Класифікація типів внутрішньої структури сосковидних відростків у людини // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2003. – №5. – С. 66-70.
3. Лутфуллаев Г.У. К вопросу о клинической классификации гемангиомы глотки // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2007. – №1. – С. 24-26.
4. Миронюк Б.Е. Разработка классификации внутриулитковой тугоухости и проведение на ее основе лечения детей с хронической сенсоневральной тугоухостью // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2003. – №2. – С. 50-52.
5. Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я: Десятий перегляд. – Женева, 1998. – Т.1.
6. Пискунов С.З., Пискунов Г.З. О классификации ринитов // Рос. ринология. – 2005. – №2. – С. 52.
7. Попович М.В. Класифікація // Українська Радянська енциклопедія. – К., 1980. – Т.5. – С. 216-217.
8. Пятак О.А., Каминский А.Г. Классификация и терминологическая трактовка болезней системы кровообращения. – К.: Здоров'я, 1984. – 325 с.
9. Тишко Ф.О. Клінічна класифікація риніту // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2005. – №5-с. – С. 154-155.

Надійшла до редакції 30.06.10.

© А.О. Белоусова, 2011